

Riesgo Vascular

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

32º Congreso Médico SAHTA

19^{as} Jornadas de Enfermería

17^{as} Jornadas de Farmacéuticos

Junta Directiva SAHTA

Presidenta

Dra. D^a. María Dolores Martínez Esteban

Nefrología. Hospital Regional Universitario. Málaga.

Presidente Ex Oficio

Dr. D. Francisco José Fuentes Jiménez

Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Presidente de la SAHTA.

Vicepresidente

Dr. D. Luis Castilla Guerra

Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Secretario

Dr. D. Jesús Vergara Martín

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Médico Bayyana. Almería.

Tesorera

Dra. D^a. María del Pilar Segura Torres

Nefrología. Hospital Universitario de Jaén.

Vocal de Almería

Dra. D^a. M.^a Adoración Martín Gómez

Nefrología. Hospital de Poniente, El Ejido. Almería.

Vocal de Cádiz

Dra. D^a. Patricia Rubio Marín

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

Vocal de Córdoba

Dr. D. José Cuevas López

Medicina de Familia. Centro de Salud Levante Norte. Córdoba.

Vocal de Granada

Dr. D. José Francisco Frías Rodríguez

*Medicina de Familia. Jefe de sección de urgencias.
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.*

Vocal de Huelva

Dra. D^a. Ana López Suárez

Cardiología. Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Vocal de Jaén

Dra. D^a. María Jesús Martínez Soriano

Medicina Interna. Hospital Universitario de Jaén.

Vocal de Málaga

Dra. D^a. Teresa Vázquez Sánchez

Nefrología. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Vocal de Sevilla

Dr. D. José Manuel López Suárez

*Medicina Familiar y Comunitaria. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061.
Hospital Victoria Eugenia. Sevilla.*

Vocal MIR

Dra. D^a. Sara Blázquez Roselló

Nefrología. Hospital Universitario de Jaén.

Vocal de Enfermería

Sra. D^a. Ana Belén Arrabal Téllez

Enfermera. Centros Educativos UGC Nerja. Área Sanitaria Este Málaga-Axarquía.

Vocal de Farmacia

Dr. D. Emilio García Jiménez

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

Vocal de Investigación y Docencia

Dr. D. Juan Carlos Martí Canales

Clinical Hypertension Specialist (ESH); Médico de Familia, Centro de Salud de Torreperogil. Jaén.

Vocal Relaciones Institucionales

Dr. D. Fernando Miguel Marín Gallardo

Medicina de Familia. Centro de Salud de Bujalance. Córdoba.

Revista Riesgo Vascular

Editor: Fase 20 S.L.

Lugar de Edición: Granada

Depósito Legal: GR 3416-2009

ISSN: 2792-6427

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

Reservados todos los derechos de la edición.

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

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

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

Carta presentación

Noviembre de 2023

Nuestra Sociedad Andaluza de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular (SAHTA) celebra su 32º Congreso en este año 2023 con la ilusión de que sea un éxito. La SAHTA pretende ser el punto de encuentro multidisciplinar, donde diferentes profesionales sanitarios implicados en el Riesgo Vascular puedan aportar una actualización de conocimientos a la comunidad científica. Este año contamos con un ambicioso programa lleno de contenidos, aspectos novedosos y de interés en la práctica clínica.

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

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

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

Son datos que nos tienen que hacer reflexionar.

Continuando con la línea de años anteriores, aparece el nuevo número de nuestra revista oficial denominada "Riesgo Vascular" coincidiendo con el 32º Congreso Anual de la SAHTA que se va a celebrar en Córdoba, del 9 al 11 de noviembre de 2023. Aprovechando la filosofía de nuestra revista, que es poner a disposición de la comunidad científica artículos originales, revisiones, presentación de ponencias y comunicaciones al Congreso por parte de todas aquellas personas que estén interesadas, en este número se presentan los resúmenes de las diferentes ponencias, así como todas las comunicaciones y casos clínicos aceptados a nuestra Reunión Anual.

Además, en este mismo Congreso se van a celebrar las 17as Jornadas de Farmacéuticos y 19as Jornadas de Enfermería, dejando plasmado en nuestra revista por parte de los profesionales sus comunicaciones.

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

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

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

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

Reciban un cordial saludo de antemano.

Atentamente.

Dr. D. Antonio Espino Montoro

Editor de la Revista

Comité Organizador

Presidente

Dr. D. José Cuevas López

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Levante Norte. Córdoba.

Secretario

Dr. D. Fernando Miguel Marín Gallardo

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bujalance. Córdoba.

Coordinador

Dr. D. Francisco José Fuentes Jiménez

*Medicina Interna. Profesor Titular de Medicina. Unidad de Lípidos y Arteriosclerosis.
Jefe de Sección de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

Vocal

Dr. D. José López Aguilera

Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Comité Científico

Presidente

Dr. D. José López Miranda

*Medicina Interna. Unidad de Lípidos y Arteriosclerosis. Jefe de Servicio y Director UGC Medicina Interna.
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. Catedrático de Medicina Interna. IMIBIC.
Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba. Córdoba.*

Secretario

Dr. D. Antonio Espino Montoro

Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Coordinador

Dr. D. Francisco José Fuentes Jiménez

Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Vocales

Dr. D. Juan Francisco Alcalá Díaz

Medicina Interna.

Dr. D. Manuel Crespín Crespín

Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Dr. D. Antonio García Ríos

*Medicina Interna. Facultativo Especialista de Área de Medicina Interna.
Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Córdoba.*

Dr. D. Javier López Moreno

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Palma del Río. Palma del Río

Dra. D^a. María Dolores Jiménez Medina

Medicina Familiar y Comunitaria.

SUMARIO

Resúmenes

Medicina.....	8
Enfermería.....	25
Farmacéutico	31

Comunicaciones

Medicina	34
Farmacia	115
Enfermería	129

Revista Riesgo Cardiovascular

Medicina

32º Congreso Médico SAHTA

Sociedad Andaluza de Hipertensión Arterial

Mesa Redonda. La arteriopatía periférica a debate.

Temas y Ponentes:

Concienciación, detección, ¿qué hacer para mejorar en arteriopatía periférica?

Dra. María Dolores López Carmona

La enfermedad arterial periférica (EAP) se caracteriza por una oclusión de origen aterosclerosis a nivel de las arterias periféricas (distintas a la aorta y las coronarias) siendo el territorio habitual el correspondiente a los miembros inferiores y se manifiesta en forma de claudicación intermitente.

Es una enfermedad de evolución lenta, donde los síntomas van apareciendo a distancias progresivamente menores, hasta hacerse de reposo o condicionar la pérdida tisular en forma de úlcera y/o gangrena seca en los casos más severos.

Con frecuencia, la EAP forma parte de una enfermedad multivaso, pero incluso cuando se presenta de manera aislada, siempre refleja una carga aterosclerótica elevada.

Además de los pacientes con enfermedad cardiovascular establecida, los pacientes diabéticos de larga evolución y los pacientes con enfermedad renal crónica en estadios avanzados, representan las poblaciones de mayor riesgo de EAP, con una prevalencia media estimada superior al 30%.

La EAP es mejor predictor de nuevos eventos CV que la enfermedad coronaria o el ictus, y su simplicidad de detección la convierte en la manifestación más accesible de la enfermedad aterosclerótica, y la más rentable, ya que se dispone de un largo tiempo de evolución para modificar su curso con un adecuado manejo clínico.

En la práctica clínica, es frecuente que la primera evaluación del paciente se realice cuando la clínica es ya invalidante y con el objetivo de planificar una revascularización por parte de los equipos de cirugía vascular y/o radiología intervencionista.

Todas las sociedades científicas y guías de práctica clínica actuales, coinciden en que los pacientes con EAP, deberían de ser valorados por un equipo multidisciplinar que complementa la labor de los equipos quirúrgicos, para alcanzar un adecuado control de los factores de riesgo CV y mejorar así el pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes.

La EAP está infraestimada en los ensayos clínicos de los fármacos que inciden sobre el control del riesgo cardiovascular, la terapia antitrombótica o analgésica, existiendo un déficit importante de soporte científico para sustentar la toma de decisiones.

Presentamos el proyecto RECLEAR-P, el primer registro clínico multiplicar específico de enfermedad arterial periférica.

Diseñado como un registro en red que permite la participación

simultánea de varios centros y con apartados específicos referidos a las diferentes especializadas que están en contacto directo o indirecto con la EAP.

Su objetivo inicial es conocer el manejo clínico actual de la EAP pero nace con la ambición de permitir realizar estudios en vida real que permita optimizar el diagnóstico, el tratamiento médico y quirúrgico así como la calidad de vida de estos pacientes.

Isquemia de miembros inferiores en el paciente diabético; opciones terapéuticas.

Dr. José García-Revilla

La causa más frecuente de la enfermedad arterial periférica es la aterosclerosis. Factores de riesgo cardiovascular como diabetes mellitus (DM), tabaquismo, insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial y la dislipidemia incrementan la probabilidad de padecer esta enfermedad.

En España, la prevalencia de la DM es de un 13,8%, aumenta con la edad, y es mayor en varones. Entre sus complicaciones crónicas destacan las microangiopatías (retinopatía, nefropatía y neuropatía diabética) y las macroangiopatías (enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, Isquemia de miembros inferiores (IMMII)).

La evolución clínica de la IMMII se clasifica según Rutherford, en cuatro grados (0 a III) y siete categorías (0 a 6):

- Grado 0 → asintomático (0)
- Grado I → claudicación leve (1), moderada (2) o severa (3)
- Grado II → dolor en reposo (4).
- Grado III → pérdida menor de tejido (5) - pérdida mayor de tejido (6)

El índice tobillo-brazo es la exploración complementaria inicial más rentable y eficaz; índices menores de 0.9 tienen una alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de IMMII. Para confirmar la existencia de lesiones indicaríamos técnicas de imagen como el Angio-TC o la angio-RM.

El tratamiento de la IMMII se basa en dos pilares, el farmacológico y la revascularización, quirúrgica o endovascular. En general, la revascularización está indicada si la claudicación es severa o cuando exista riesgo de isquemia que pueda causar pérdida de la extremidad.

En lesiones arteriales extensas lo indicado es la cirugía. En estenosis u oclusiones cortas lo más indicado es la revascularización endovascular mediante angioplastia con balón o stent. Lamentablemente un 30% de pacientes diabéticos con IMMII no son candidatos a revascularización, debido a la severidad de las lesiones y a su localización infrapoplíteas.

En nuestra ponencia, revisamos pacientes diabéticos tratados endovascularmente en nuestro Hospital por IMMI (2019 a 2021) analizando factores de riesgo asociados así como resultados tras el tratamiento. Predominaron varones mayores de 60 años con factores de riesgo cardiovascular asociados como tabaquismo y dislipemia.

En el seguimiento de estos pacientes tratados diferenciamos dos subgrupos. Por un lado, pacientes categorías 3 y 4 en los cuales el tratamiento endovascular fue eficaz, mejorando tanto la clínica como los parámetros funcionales (ITB) y por otro lado, pacientes categorías 5 y 6 con peor evolución y más complicaciones. Este hecho se debe a la localización infrapoplíteas de las lesiones en estas categorías y a un proceso complejo en el que no solo influye la afectación macrovascular sino también la microcirculación que condiciona deficiente perfusión tisular distal favoreciendo sobreinfección de las lesiones y mala cicatrización del tejido.

Concluimos que, en la IMMII del paciente diabético, el tratamiento endovascular es eficaz en las categorías 3 (claudicantes) y 4 (dolor en reposo), con peores resultados en categorías 5 (lesiones tróficas menores) y 6 (lesiones tróficas mayores). En relación a los factores de riesgo destacamos una alta prevalencia del tabaquismo por lo son necesarias campañas de salud pública dirigidas específicamente a este grupo de pacientes.

| Mesa Redonda. Código ICTUS.

Temas y Ponentes:

Primera actuación ante una sospecha de ictus.

Dr. Francisco Aranda Aguilar

- Centros de Coordinación: es la principal puerta de entrada de los usuarios al Sistema Sanitario Público de Andalucía. Desde aquí se comienza a sospechar un posible código ictus, mediante una puerta de entrada, un cuestionario específico basado en la escala FAST y riesgo vital y la movilización del recurso mas apropiado, en caso de sospecha de código ictus los equipos de emergencias
- Equipos de Emergencias 061:
 - Confirmación de código ictus
 - Mediante escalas de valoración
 - Descartando principales Mimic
 - Prealerta al Hospital
 - Mediante llamada directa al neurólogo de guardia
 - Mediante llamada a admisión de urgencias para que el paciente este de alta antes de su llegada al hospital

- Abordaje del paciente
 - Reconociendo y tratando los ictus complicados
 - Mediante medidas generales
 - Medidas específicas, basándonos en:
 - Tensión arterial
 - Temperatura corporal
 - Saturación de O₂
 - Niveles de glucemia
 - Fármaco neuroprotector
- Elección del Hospital Útil
 - Dos modelos:
 - Drips and Ship
 - Mother Ship
- Transferencia del Paciente
 - Directamente en sala de TAC

Todos los pasos anteriormente descritos los iremos desgranando, así como, un sistema de calidad que evalúa todas las fases del proceso y que nos permite una asistencia protocolizada y con unos estándares de calidad en todo el abordaje

El paciente llega a la unidad de ictus.

Dr. Roberto Valverde Moyano

Conferencia Inaugural: Nuevas guías de Riesgo Cardiovascular 2023.

Dr. Juan José Gómez Doblas

Mesa Redonda: Tabaquismo como factor de Riesgo modificable.

Temas y Ponentes:

Donde estamos en la lucha contra el tabaquismo.

Dr. Josep María Ramón Torrell

Abordaje al paciente fumador con Riesgo Cardiovascular.

Dr. Nicolás Roberto Robles Pérez-Monteoliva

Papel de la farmacia comunitaria en la cesación del tabaco.

Dr. Emilio García Jiménez

Mesa Redonda: Novedades terapéuticas en el manejo de las Dislipemias.

Temas y Ponentes:

Dr. José López Miranda

Dr. Ovidio Muñiz Grijalbo

En España, uno de cada dos adultos tiene dislipemia, de los cuales solo aproximadamente un 30% lo tiene controlado¹. En pacientes con riesgo cardiovascular muy alto el control de los valores de c-LDL también continúa siendo subóptimo y nos encontramos muy lejos de conseguir objetivos lipídicos².

La hipercolesterolemia es el cuarto problema de salud en términos de costes sanitarios en Europa³. Además la hipertrigliceridemia presenta también una elevada prevalencia y relevancia clínica al asociarse con un aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular arteriosclerótica⁴.

En España, los fármacos modificadores de lípidos constituyeron el cuarto subgrupo terapéutico de mayor consumo en relación a envases facturados y el sexto en relación a importe facturado. En cuanto a subgrupos químicos, los inhibidores de la HMG Co A reductasa ocuparon el segundo puesto tanto en número de envases como en importe facturado⁵.

La misión de la profesión farmacéutica consiste en contribuir a la mejora de la salud y ayudar a los pacientes que utilizan medicamentos a que hagan el mejor uso de los mismos para mejorar sus resultados en salud⁶.

Los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA) se definen como *"aquellas actividades sanitarias prestadas desde la farmacia comunitaria por un farmacéutico que emplea sus competencias profesionales para la prevención de la enfermedad y la mejora tanto de la salud de la población como de los destinatarios de los medicamentos y productos sanitarios, desempeñando así un papel activo en la optimización del proceso de uso y de los resultados de los tratamientos farmacológicos"*⁷.

Los farmacéuticos, como parte del Sistema Nacional de Salud, comparten con los pacientes, con el resto de profesionales sanitarios y con las Autoridades Sanitarias, la misión de garantizar el uso seguro, efectivo y eficiente de los medicamentos. En este entorno multidisciplinar, el farmacéutico aporta conocimientos y habilidades específicas para mejorar la calidad de vida de los pacientes en relación con la farmacoterapia y sus objetivos⁸.

La falta de adherencia constituye actualmente un verdadero problema de salud pública y es uno de los principales retos a los que deben enfrentarse los profesionales sanitarios y el sistema sanitario⁹.

Actualmente, la monoterapia con estatinas sigue siendo el tratamiento predominante². La falta de adherencia al tratamiento con estatinas es frecuente y genera un aumento de la morbilidad y la mortalidad cardiovascular^{10,11}.

Distintos estudios demuestran que las intervenciones del farmacéutico comunitario contribuyen a la mejora del control del Riesgo Cardiovascular^{12,13,14,15} y de las dislipemias^{16,17,18,19}.

La extensa red de farmacias comunitarias constituye un lugar de contacto ideal para que cualquier ciudadano pueda recibir información fiable y de calidad acerca de temas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

El farmacéutico puede contribuir en el cribado y en el control periódico de las cifras de colesterol ayudando al diagnóstico precoz y en el seguimiento del tratamiento; en la educación sanitaria de los pacientes sobre estilos de vida saludables, la importancia de controlar las dislipemias y de la adherencia al tratamiento.

Bibliografía

1. O. Mahmoud Atoui, J. León Regueras, M. López Serrano, B. de Román Martínez, A. Gasol Fargas, N. Marañón Henrich, M. Mayayo Vicente, A. Navarro Gonzalvo, B. Ortiz Oliva y S. Redondo de Pedro. - GRADO DE CONTROL DE LA DISLIPEMIA EN EL ESTUDIO IBERICAN. *Semergen 2019(Espec Congr 1):101* <https://www.elsevier.es/en-revista-medicina-familia-semergen-40-congresos-41-congreso-nacional-semergen-105-sesion-cardiovascular-5607-comunicacion-grado-de-control-de-la-66260-pdf>

2. Vallejo-Vaz AJ, Bray S, Villa G, Brandts J, Kiru G, Murphy J, et al. Implications of ACC/AHA versus ESC/EAS LDL-C recommendations for residual risk reduction in ASCVD: A simulation study from DA VINCI. *Cardiovasc Drugs Ther.* 2022. doi: 10.1007/s10557-022-07343-x. Epub ahead of print. PMID: 35567726.
3. M. Urtaran-Laesgoiti¹, R. Nuño-Solinís¹, E. Urizar¹, L. Pérez de Isla, P. Mata, I. Leguina. Abordaje de la hipercolesterolemia en planes y estrategias de salud en España: estado actual y propuestas de futuro. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2021, Vol. 44, N° 3, septiembre-diciembre <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v44n3/1137-6627-asisna-44-03-339.pdf>
4. Antonio Ruiz-García, Ezequiel Arranz-Martínez, Beatriz López-Uriarte, Montserrat Rivera- Tejjido, David Palacios-Martínez et al. Prevalencia de hipertrigliceridemia en adultos y factores cardiometabólicos asociados. Estudio SIMETAP-HTG. *Clin Investig Arterioscler.* 2020;32(6):242-255
5. Prestación Farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud 2020-2021. Ministerio de Sanidad, 2022. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29241_prestacion_farmaceutica_en_el_Sistema_Nacional_de_Salud_2020-2021_-_informe_monografico.pdf
6. World Health Organization. WHO Technical Report Series, no. 961 2011 Annex 8. Joint FIP/WHO guidelines on good pharmacy practice: standards for quality of pharmacy practice.
7. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Integración de los SPFA en el proceso asistencial desde la perspectiva del paciente. Madrid, 2022
8. Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC. Guía Práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en la Farmacia Comunitaria. Madrid, Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos;2019. https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2020/02/ATFC_Guia-FORO.pdf
9. Ortega Cerda José Juan, Sánchez Herrera Diana, Rodríguez Miranda Óscar Adrián, Ortega Legaspi Juan Manuel. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta méd. Grupo Ángeles [revista en la Internet].* 2018 Sep [citado 2023 Oct 16]; 16(3):226- 232. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es
10. Siqin Ye, Ian M. Kronish. Cumplimiento terapéutico del tratamiento con estatinas: medicina de precisión para optimizar la adherencia. *Rev Esp Cardiol* 2018;71(1):4-5
11. Malo S., Aguilar-Palacio, I., Feja C., Menditto E., et al. Persistence With Statins in Primary Prevention of Cardiovascular Disease: Findings From a Cohort of Spanish Workers. *Rev Esp Cardiol* 2018;71:26-32
12. Omboni S, Caserini M. Effectiveness of pharmacist's intervention in the management of cardiovascular diseases. *Open Heart.* 2018 Jan 3;5(1):e000687. doi: 10.1136/openhrt-2017-000687. PMID: 29344376; PMCID: PMC5761304.
13. Rattanavipanon W, Chaiyasothi T, Puchsaka P, Mungkornkaew R, Nathisuwan S, Veettil SK, Chaiyakunapruk N. Effects of pharmacist interventions on cardiovascular risk factors and outcomes: An umbrella review of meta-analysis of randomized controlled trials. *Br J Clin Pharmacol.* 2022 Jul;88(7):3064-3077. doi: 10.1111/bcp.15279. Epub 2022 Mar 10. PMID: 35174525.
14. Ross T. Tsuyuki, Yazid N. Al Hamarneh, Charlotte A. Jones, Brenda R. Hemmelgarn. The Effectiveness of Pharmacist Interventions on Cardiovascular Risk: The Multicenter Randomized Controlled Rx EACH Trial, *Journal of the American College of Cardiology*, Volume 67, Issue 24, 2016, Pages 2846-2854, ISSN 0735-1097.7
15. Ifeanyi Chiazor E, Evans M, van Woerden H, Oparah AC. A Systematic Review of Community Pharmacists' Interventions in Reducing Major Risk Factors for Cardiovascular Disease. *Value Health Reg Issues.* 2015 Sep;7:9-21. doi: 10.1016/j.vhri.2015.03.002. Epub 2015 Jun 11. PMID: 29698158.
16. Dave L. Dixon, Sarah Khaddage, Shailja Bhagat, Rachel A. Koenig, Teresa M. Salgado, William
17. L. Baker, Effect of pharmacist interventions on reducing low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) levels: A systematic review and meta-analysis, *Journal of Clinical Lipidology*, Volume 14, Issue 3, 2020, Pages 282-292.e4, ISSN 1933-2874,
18. Nola KM, Gourley DR, Portner TS, Gourley GK, Solomon DK, Elam M, Regel B. Clinical and humanistic outcomes of a lipid management program in the community pharmacy setting. *J Am Pharm Assoc (Wash).* 2000 Mar-Apr;40(2):166-73. doi: 10.1016/s1086-5802(16)31060-9. Erratum in: *J Am Pharm Assoc (Wash).* 2000 Sep-Oct;40(5):583. PMID: 10730020.
19. Tsuyuki RT, Johnson JA, Teo KK, Simpson SH, Ackman ML, Biggs RS, Cave A, Chang WC, Dzavik V, Farris KB, Galvin D, Semchuk W, Taylor JG. A randomized trial of the effect of community pharmacist intervention on cholesterol risk management: the Study of Cardiovascular Risk Intervention by Pharmacists (SCRIP). *Arch Intern Med.* 2002 May 27;162(10):1149-55. doi: 10.1001/archinte.162.10.1149. PMID: 12020186.
20. Cording MA, Engelbrecht-Zadvorny EB, Pettit BJ, Eastham JH, Sandoval R. Development of a pharmacist-managed lipid clinic. *Ann Pharmacother.* 2002 May;36(5):892-904. doi: 10.1345/aph.1A158. PMID: 11978169.

Mesa Redonda: Mejora del pronóstico cardiometabólico en el paciente con Diabetes tipo 2.

Temas y Ponentes:

Dra. María José Castillo Moraga

Dra. María José Torres Sánchez

Las personas con Diabetes Mellitus (DM) pueden asociar Enfermedad Renal Crónica (ERC), Insuficiencia Cardíaca (IC) y enfermedad vascular aterosclerótica (EVA) como comorbilidades frecuentes.

Estas entidades comparten multitud de factores de riesgo, y coexisten en muchos casos constituyendo la enfermedad cardiorenometabólica (ECRM). Múltiples factores fisiopatológicos inflamatorios y neurohormonales entre otros sustentan la alteración del eje cardiorenal metabólico, base de la ECRM. La disfunción de uno de cada uno de los sistemas implicados en el eje conduce a la disfunción de los otros, ocurriendo lo mismo con la protección de cada uno de ellos.

La DM2 es un factor de riesgo para el desarrollo de ECRM a lo largo de la evolución de la enfermedad. A su vez, la presencia de ERC implica un mayor riesgo de padecer un evento CV, de mortalidad CV y de mortalidad por cualquier causa.

Es fundamental, por lo tanto, emplear un enfoque integrador de la persona con DM2 y utilizar estrategias terapéuticas que frenen la progresión de la ECRM.

Un diagnóstico e intervención precoz con terapias médicas óptimas pueden retrasar las consecuencias de las alteraciones CRM incluso la muerte cardiovascular.

Mesa Conjunta: Aceite de Oliva y Salud.

Temas y Ponentes:

Estudio CORDIOPREV: evidencias que aporta para la salud cardiovascular.

Dr. Juan Francisco Alcalá Díaz

El estudio Cordioprev, cuyos resultados principales han sido publicados recientemente en la revista The Lancet, ha sido un estudio de intervención dietética a gran escala, a largo plazo y de alta intensidad en 1002 pacientes con cardiopatía coronaria, en el que hemos investigado la eficacia de una dieta mediterránea rica en aceite de oliva frente a una dieta baja en grasas después de 7 años de seguimiento para prevenir la recurrencia de eventos cardiovasculares importantes. Hasta donde sabemos, este es el mayor estudio que ha comparado la eficacia de una dieta mediterránea rica en aceite de oliva frente a un comparador activo en este campo y podría tener importantes implicaciones clínicas para la comunidad médica. Tras la evaluación de los resultados, encontramos resultados positivos, comprobando que la dieta rica en aceite de oliva tuvo una menor incidencia de eventos cardiovasculares mayores (resultado primario compuesto que incluía infarto de miocardio, revascularización, ictus isquémico, arteriopatía periférica y muerte cardiovascular). El Estudio Cordioprev es el mayor ensayo en los últimos 23 años que evalúa directamente el impacto de la Dieta Mediterránea rica en aceite de oliva frente a cualquier otro comparador activo en la Prevención Secundaria de la enfermedad cardiovascular. Esto implica que el impacto real de la Dieta Mediterránea rica en aceite de oliva en el conjunto de directrices de tratamiento actuales de la enfermedad coronaria no se había probado nunca hasta el estudio Cordioprev. Los resultados del estudio Cordioprev proporcionan pruebas de que la Dieta Mediterránea rica en aceite de oliva es mejor que la Dieta Baja en Grasas en la prevención de la recurrencia cardiovascular.

Aspectos saludables del aceite de oliva.

Dra. Adela Martín Oliveros

El aceite de oliva (AO) es un componente esencial, y la principal **fuentes de grasa alimentaria** de la Dieta Mediterránea (DM), la D. Atlántica y la Dieta Planetaria, además de ser una alternativa más saludable que otros aceites vegetales. No contiene hidratos de carbono ni proteínas, y las calorías proceden principalmente de las grasas monoinsaturadas, beneficiosas para el corazón.

De hecho, la mayoría de las partes de la planta del olivo (*Olea Europaea L*), se utilizan desde hace siglos, en el sistema tradicional de medicina en todo el mundo. como diurético, emoliente, hipotensor y para infecciones urinarias y de vejiga.

El AO, a diferencia de otros aceites, su elaboración a partir del propio fruto, y la forma en que se cultiva, cosecha y procesa, marca no solo la diferencia en su composición química y los beneficios del aceite que se concentran en el AO virgen extra(AOVE) y AO virgen(AOV),

Tradicionalmente, las **propiedades beneficiosas del AOVE** se han atribuido a su **alto contenido en ácidos grasos monoinsaturados** (AGMI), que representan hasta el 80% de su composición lipídica total. El **ácido oleico** se encuentra en abundancia en el AO y junto con el **ácido linoleico** son los principales componentes del AO; sin embargo, muchos de los efectos beneficiosos del aceite de oliva parecen deberse a componentes menores de la aceituna. Los polifenoles de oliva son metabolitos secundarios que se encuentran en el AO y que consisten en múltiples estructuras fenólicas. **Tirosol**, el **hidroxitirosol** y la **oleuropeína** que, junto con el ácido oleico explican el papel protector de los AO en ciertas enfermedades.

Entre los principales hallazgos asociados al AO se encuentran: reducir la oxidación de lípidos y ADN, mejorar el perfil lipídico, reducir los efectos protrombóticos y los efectos anti aterogénicos, la resistencia a la insulina, mejorar la disfunción endotelial, reducir el estrés oxidativo, la inflamación, la presión arterial en pacientes con HTA, la prevención de la obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares (ECV) y neurodegenerativas y la modulación del microbiota intestinal. Estos efectos protegen tanto de las ECV, como de los trastornos metabólicos.

La Unión Europea reconoce cuatro alegaciones de propiedades saludables aplicables a los Aceites de Oliva que se desarrollarán en la ponencia.

Desde el punto de vista de la salud, vivimos en un planeta con un ecosistema muy inestable. La población mundial consume **actualmente los recursos equivalentes a 1,7 planetas**. Por ello, es importante tener en cuenta los aspectos de sostenibilidad, más teniendo en cuenta que el sector alimentario genera el **25% de la producción mundial de gases con efecto invernadero**. El AOV en nuestro entorno, aporta beneficios de salud adicionales en esta línea, que se desarrollarán en la ponencia.

Finalmente, es aconsejable emprender medidas contundentes **para mantener** y promover el consumo de alimentos saludables en la población juvenil y adolescente en una etapa de la vida en la que aún se pueden modificar los hábitos alimenticios y en concreto el consumo de grasas alimenticias saludables. Se presentarán datos recientes del Estudio Pasos 2019-2022 y del estudio MEPAFAC

Nuestro reto **como profesionales sanitarios** es, que las personas entiendan que no solo deben incorporar una grasa alimenticia saludable en su dieta como es el AO/AOVE desde las etapas iniciales de la vida, sino que también la sostenibilidad del planeta es parte de la ecuación

Bibliografía

1. Vivanco, P.G.; Taboada, P.; Coelho, A. *The Southern European Atlantic Diet and Its Supplements: The Chemical Bases of Its Anticancer Properties*. *Nutrients* **2023**, *15*, 4274. <https://doi.org/10.3390/nu15194274>
2. Pérez Martínez P. *La importancia de la nutrición en salud. Máster Olivo-cultura. Córdoba* **2023**
3. Pérez Martínez et al. *Clin Investig. Arterioescler.* 2019 Sep-Oct 31(5):218-221
4. Castejón M L , Tatiana Montoya, Alarcón-de-la-Lastra C and Sánchez-Hidalgo M. *Potential Protective Role Exerted by Secoiridoids from Olea europaea L. in Cancer, Cardiovascular, Neurodegenerative, Aging-Related, and Immunoinflammatory Diseases*. *Antioxidants* **2020**, *9*, 149; doi:10.3390/antiox9020149;
5. Isaakidis, A.; Maghariki, J.E.; Carvalho-Barros, S.; Gomes, A.M.; Correia, M. *Is There More to Olive Oil than Healthy Lipids?* *Nutrients* 2023, *15*, 3625. <https://doi.org/10.3390/nu15163625>
6. Castejón M L , Tatiana Montoya, Alarcón-de-la-Lastra C and Sánchez-Hidalgo M. *Potential Protective Role Exerted by Secoiridoids from Olea europaea L. in Cancer, Cardiovascular, Neurodegenerative, Aging-Related, and Immunoinflammatory Diseases*. *Antioxidants* 2020, *9*, 149; doi:10.3390/antiox9020149

7. Thanh Truong, Giang Ly, Jisoo Yun, Dong-Hyung Lee, Joo-Seop Chung, and Sang-Mo Kwon. Protective Effects and Benefits of Olive Oil and Its Extracts on Women's Health. *Nutrients*. 2021 Dec; 13(12): 4279. doi: 10.3390/nu13124279
8. Martínez-González MA, Sayon-Ore C, Bullon-Vela V et al. Effect of olive oil consumption on cardiovascular disease, cancer, type 2 diabetes, and all-cause mortality: A systematic review and meta-análisis. *Clinical Nutrition* 41 (2022) 2659e2682
9. Herrera-Ramos, E.; Tomaino, L.; Sánchez-Villegas, A.; Ribas-Barba, L.; Gómez, S.F.; Wärnberg, J.; Osés, M.; González-Gross, M.; Gusi, N.; Aznar, S.; et al. Trends in Adherence to the Mediterranean Diet in Spanish Children and Adolescents across Two Decades. *Nutrients* **2023**, *15*, 2348. <https://doi.org/10.3390/nu15102348>
10. Alba JE, Barrionuevo A, Molinero A, Cervero M, Magro MC, Mateos AM, Partearroyo T, Martín A. Estudio MePAFac nacional: medida de presión arterial (PA) y educación sanitaria en factores de riesgo cardiovascular en centros escolares desde la farmacia comunitaria. Resultados preliminares de la comunidad autónoma de Andalucía. *Farm Comunitarios*. 2016 May 26;8(Suplemento 1)
11. REGLAMENTO (UE) No 1226/2014 DE LA COMISIÓN de 17 de noviembre de 2014 sobre la autorización de una declaración de propiedades saludables en los alimentos relativa a la reducción del riesgo de enfermedad
12. REGLAMENTO (UE) No 432/2012 DE LA COMISIÓN de 16 de mayo de 2012 por el que se establece una lista de declaraciones autorizadas de propiedades saludables de los alimentos distintas de las relativas a la reducción del riesgo de enfermedad y al desarrollo y la salud de los niños

El aceite de oliva clave en la prevención del riesgo cardiovascular y la HTA en la infancia y adolescencia.

Sra. Ana Belén Arrabal Tellez

Los últimos estudios que se han realizado reflejan que los hábitos alimenticios de los niños están modificándose por una dieta con una cantidad creciente de grasas saturadas (animales) y que están sustituyendo a las insaturadas (las del aceite de oliva).» ...el 47% de las calorías que consumen las aportan la grasa, con un 20% de monoinsaturada, un 8% de poliinsaturada y un 19% de grasa saturada».

Durante la presentación del estudio, **Pau Gasol** ha apuntado la difícil situación de la salud de los niños/as y adolescentes: el **33,4 % presenta sobrepeso u obesidad**, realidad que se agrava en el caso del género masculino, la población de menor edad y la de menor nivel socioeconómico.

6 de cada 10 menores supera las horas recomendadas de uso de pantallas entre semana, mientras que 8 de cada 10 supera la recomendación el fin de semana.

Se reduce en 23 minutos al día el promedio de tiempo dedicado a la actividad física moderada o vigorosa.

Cada vez menos niños y niñas alcanzan un nivel óptimo de adherencia a la dieta mediterránea

Resultados del 26 de enero de 2023.

Los hábitos de vida de los niños en España empeoran en todos los niveles:

- Bienestar emocional.
- Uso de pantallas.
- Actividad física.
- Horas de sueño.
- Alimentación.

1 de cada 3 niños, niñas y adolescentes de entre 8 y 16 años viven con obesidad o sobrepeso, en concreto un 33,4 %.

La OMS define el sobrepeso y la obesidad como una **acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud**.

El sobrepeso y la obesidad infantil se definen a partir del peso y la altura como desviaciones estadísticas sobre los patrones de crecimiento de la OMS

La obesidad aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares como **la cardiopatía isquémica hipertensiva, el ictus isquémico y hemorrágico y la enfermedad renal crónica**.

La mayor parte del riesgo de enfermedad cardiovascular causado por el exceso de peso esta mediado por una combinación de hipertensión arterial, alteraciones lipídicas (hipertrigliceremia y bajo HDL-colesterol) y diabetes tipo 2.

Este aumento del riesgo es especialmente elevado en personas que presentan sobrepeso u obesidad desde edades tempranas.

La obesidad infantil es una prioridad estratégica a nivel internacional

El Artículo de la revista española de cardiología vol. 51 nº 12 1998 de Manuel de Oya (Departamento de Medicina. Fundación Jiménez Díaz. Universidad Autónoma de Madrid). **Las grasas monoinsaturadas que contiene el aceite de oliva aumentan el colesterol bueno (HDL) que protege contra las enfermedades cardiovasculares**, pero el efecto contrario tiene las grasas saturadas, que aumentan el colesterol malo (LDL) relacionado con las enfermedades cardiovasculares, trombosis y otras. ¡Protejamos la salud de nuestros niños con aceite de oliva!

OBJETIVOS

- ESTUDIOS Y ESTRATEGIAS DE HABITOS DE VIDA SALUDABLE
- BENEFICIOS DEL ACEITE DESDE LA MATERNIDAD, INFANCIA Y ADOLESCENCIA
- LA IMPORTANCIA DE INTRODUCIR EL ACEITE EN LOS COMEDORES ESCOLARES
- PROFESIONALES SANITARIOS EDUCANDO EN LA ALIMENTACION EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA
- DIFERENTES GUIAS QUE INCORPORAN EL ACEITE COMO ALIMENTO SALUDABLE

Los beneficios del consumo de Aceite de Oliva Virgen Extra en la infancia

Los beneficios del AOVE para los niños comienza antes incluso de su nacimiento ya que la madre que lo consume favorece el desarrollo fetal y el aporte de vitamina E protege a los niños también del asma y de algunos tipos de alergia, siendo igualmente saludable durante toda la infancia favoreciendo el crecimiento y el desarrollo con un aporte imprescindible de energía, con ácidos grasos y de colesterol "bueno", necesario para la formación de las membranas celulares y de tejidos del sistema nervioso.

No debemos olvidar que durante la infancia se desarrollan hábitos esenciales para el resto de nuestra vida, para nuestro sustento, proporcionándonos la energía necesaria para nuestro bienestar y la prevención de enfermedades. Bien podemos afirmar que los beneficios del Aceite de Oliva Virgen Extra en la infancia son tan notables, sino más, que en las siguientes etapas de nuestra vida, de hecho esta es la más importante para nuestro desarrollo físico e intelectual.

En cuanto a la conformación de la estructura ósea del niño el alto contenido oleico favorece la absorción del calcio ayudando a una correcta calcificación de los huesos así como a su el crecimiento.

En la digestión su baja acidez contribuye a que esta sea adecuada ayudando a mejorar el tránsito intestinal que hace que el niño tenga un buen descanso y más horas de sueño.

En cuanto a la cantidad diaria recomendable esta estará en función de la edad del niño pero en términos generales debería suponer aproximadamente un 30 por ciento de las calorías totales, aproximadamente, lo que sería el equivalente a 2 o 3 cucharadas soperas repartidas entre las distintas comidas del día.

El aceite de oliva virgen extra es uno de los pilares de nuestra dieta mediterránea y los niños también pueden beneficiarse de sus principales bondades, como su **alto contenido en ácido oleico, vitamina E y su función antioxidante**. De hecho, ya a partir de los 6 meses, cuando el bebé comienza la alimentación complementaria, los pediatras hablan de introducir una cucharada de aceite de oliva en crudo en las papillas que lo admitan por los beneficios que esto conlleva.

A partir de los seis meses e iniciada la alimentación de continuación, introducir una cucharada (menos de **10 mililitros**) de aceite de oliva virgen extra en los purés que lo acepten, generalmente, de verduras y carne.

A partir de los 2 años y a lo largo de la etapa preescolar y escolar se recomienda ingerir **3-4 raciones diarias de AOVE**, ligado a la reducción de la ingesta de grasas al 30 %, pero con un 15 % de ácidos grasos monoinsaturados.

Es interesante reseñar que el aceite de oliva virgen extra también es **muy recomendable durante el embarazo**. Como expone el citado estudio, los ácidos grasos están involucrados en el crecimiento saludable. Por ello, como indica la Sociedad Española De Nutrición Comunitaria (SENC) en la dieta mediterránea la madre debe ingerir entre 3 y 6 raciones de aceite de oliva, tanto en el embarazo como durante la lactancia.

Beneficios del aceite de oliva para niños

Los beneficios del AOVE para los niños son los mismos que para los adultos y se basan en la **composición de este jugo 100 % de aceitunas**: ácido oleico, ácido linoleico, ácido linolénico, vitamina E, provitamina A y compuestos fenólicos, que actúan como sustancias antioxidantes.

Entre los **beneficios del aceite de oliva más interesantes para los niños** se encuentra su efecto vasodilatador arterial, la mejora de la absorción del calcio o sus efectos antiinflamatorios.

En vistas a la edad adulta, es importante tener en cuenta que disminuye el colesterol LDL (conocido coloquialmente como "el malo") y aumenta el HDL (colesterol "bueno").

Para los pequeños con dificultades para comer, es una buena opción para **hacer los platos más gratos al paladar**.

El aceite de oliva también es interesante para el **estreñimiento en bebés y niños**, ya que es un remedio natural para regular el tránsito intestinal.

Colesterol y otros factores de riesgo

Colesterol y Diabetes. La diabetes (tipo I y tipo II) puede aumentar las cifras de colesterol. De hecho, los niveles de colesterol deseables en los diabéticos son más bajos que en la población general.

Colesterol y Obesidad. Los pacientes obesos suelen tener hipertrigliceridemia y un nivel bajo de HDL. Bajar de peso produce un aumento de los niveles de HDL, una reducción de los niveles de triglicéridos, mejor tolerancia a la glucosa, disminución de los niveles de insulina y ácido úrico, y descenso de la tensión arterial.

Colesterol y Sedentarismo. El ejercicio es una de las recomendaciones generales para el tratamiento y la prevención de la hipercolesterolemia. Entre las consecuencias positivas del ejercicio físico sobre el organismo destaca la mejora de la capacidad pulmonar, del sistema cardiovascular y de los niveles de colesterol y de tensión arterial.

Beneficios del aceite de oliva para niños

Los **beneficios del aceite de oliva** para la salud y el crecimiento de niños son los mismo a los que podemos obtener los adultos. Pero teniendo en cuenta que los pequeños están en pleno desarrollo, se pueden beneficiar aún más de todas estas propiedades.

La mayoría de **beneficios del aceite de oliva virgen extra** se debe a su composición nutricional rica en ácido oleico (80%), ácido linoleico (15-20%), ácido linolénico (1,5%), vitamina E, provitamina A y **compuestos fenólicos** (sustancias antioxidantes).

El consumo frecuente de **aceite de oliva virgen extra** tiene muchísimos efectos beneficiosos, la mayoría de ellos relacionados con la salud de las arterias:

- Disminuye el colesterol malo (conocido como LDL) y aumenta el colesterol bueno (conocido como HDL).
- Tiene un efecto vasodilatador arterial.
- Disminuye la agregación plaquetaria.
- Reduce el riesgo de trombosis.
- Mejora el control de la diabetes.
- Previene frente a varios tipos de cáncer (sobre todo el de mama).
- Tiene efectos antiinflamatorios (gracias al oleocanthal).
- Mejora la hipertensión arterial.
- Mejora la absorción de calcio.
- Tiene efecto saciante.
- Aporta palatabilidad a los platos y alimentos.
- Disminuye el estreñimiento.

Para los pequeños con dificultades para comer, es una buena opción para **hacer los platos más gratos al paladar**. El aceite de oliva también es interesante para el **estreñimiento en bebés y niños**, ya que es un remedio natural para regular el tránsito intestinal.

Conclusiones

Actuar desde edades tempranas ayuda a conseguir **unos mejores hábitos en la alimentación** y por eso **la presencia de las enfermeras en el ámbito escolar debe verse como un activo en salud** para mejorar los hábitos de salud de la población desde edades tempranas con el **fin de prevenir**, en un futuro, **problemas de salud**, como la **obesidad u otras patologías con problemas cardiovasculares**.

Taller: Rotatorio.

Temas y Ponentes:

Retinografía en DbM.

D. Leopoldo Martínez Roldán

La retinografía es una técnica que nos permite hacer fotos en color de la retina. De esta forma queda recogida en una imagen la exploración del fondo de ojo, que tras su lectura nos permitirá diagnosticar si existe o no una retinopatía diabética.

Las imágenes digitales obtenidas, pueden ser archivadas en dispositivos de almacenamiento de manera que las estas pueden ser valoradas más tarde de forma más eficiente, o enviarse a otro lugar para su estudio, o bien comparar la evolución en el tiempo, o usarse como material didáctico.

La retinografía es una prueba sencilla, útil, segura y cómoda para el paciente. La única incomodidad es la derivada de la dilatación pupilar.

En nuestro medio, en Atención primaria, la retinografía es una parte esencial del programa de detección precoz de retinopatía diabética implantado en Andalucía. Nuestra misión es identificar aquellos pacientes con riesgo de afectación de su visión mediante la exploración del fondo de ojo realizada con la ayuda de retinografías. El objetivo final es disminuir la incidencia de pérdida de agudeza visual y ceguera.

Las dos entidades que más ponen en peligro la visión en el paciente diabético son la retinopatía diabética proliferativa y el edema macular diabético. Es esencial por tanto el diagnóstico precoz de la retinopatía diabética, pues existen tratamientos eficaces cuando se detecta a tiempo.

Otra maculopatía a tener muy presente es la degeneración macular asociada a la edad, causa frecuente de ceguera bilateral en paciente mayores de 60-65 años, que también puede ser diagnosticada de forma precoz por retinografía, permitiendo así su tratamiento desde el inicio.

La presencia de retinopatía diabética se considera lesión de órgano diana, como la nefropatía o la neuropatía diabéticas, dato importante para la estratificación del riesgo cardiovascular de nuestros pacientes.

MAPA.

Dr. Antonio Espino Montoro

La hipertensión arterial (HTA) es el factor de riesgo cardiovascular más prevalente en el mundo ya que afecta al 34% de los adultos con edades comprendidas entre 30 y 79 años y su manejo es una de las intervenciones más frecuentes en la práctica clínica médica diaria y una de las causas prevenibles más importantes de morbimortalidad.

Se define como aquel individuo que, tras varias mediciones en la clínica y en días diferentes, tiene cifras de presión arterial (PA) sistólica y/o PA diastólica $\geq 140/90$ mmHg.

La determinación segura de la PA es la piedra angular para el diagnóstico y el manejo de la HTA. Sin embargo, la PA va a estar influenciada por multitud de factores extrínsecos (temperatura ambiental, actividad física, estado emocional, toma de alcohol, alimentos o fármacos, etc.) así como factores intrínsecos (género, sistema nervioso autónomo, hormonas, etc.). Además, la PA varía a lo largo del día/noche y depende de la actividad/descanso presentando un ritmo circadiano propio. Incluso otras mediciones más recientes como el ascenso matutino de la PA (morning surge) se han asociado a ictus hemorrágicos.

Por todo ello es necesario una correcta medida e interpretación de la PA para su diagnóstico y tratamiento. Hoy disponemos de dispositivos automáticos, calibrados y validados a nivel internacional (www.stridebp.org) que son fiables y no invasivos.

Para evitar errores diagnósticos de HTA es necesario realizar múltiples determinaciones de la PA en momentos diferentes del día. La PA puede determinarla el personal médico o de enfermería en consulta (PA clínica), el paciente o familiar en el domicilio tras entrenamiento (PA domiciliaria) o por medio de dispositivos automáticos durante las 24 horas. En los últimos años se han desarrollado 2 métodos nuevos de medida de la PA que son fundamentales como son: Automedida domiciliaria de la PA (AMPA) y la Monitorización Ambulatoria de la PA (MAPA) siendo este último el gold standard de la medición no invasiva de la PA.

Tanto AMPA como MAPA está cambiando el paradigma para el diagnóstico y seguimiento de la HTA, ya que tiene un valor pronóstico superior al de la PA clínica.

La AMPA ha sido reconocida como la manera más precisa, económica y disponible para diagnóstico y manejo del paciente hipertenso ya que nos permite eliminar parte del efecto bata blanca además de conocer si el paciente tiene una HTA enmascarada.

La MAPA nos va a permitir no sólo reconocer si el paciente tiene efecto de bata blanca e HTA enmascarada, sino que además saber como es el comportamiento nictameral de la PA por la noche (dipper, no dipper, riser o dipper extremo), morning surge y una información más extensa y menos artefactada de los valores de PA siendo actualmente la herramienta fundamental para mejorar la precisión diagnóstica y el control tensional una vez iniciado un tratamiento. La MAPA es la medición que más se correlaciona con el daño orgánico mediado por la HTA y los eventos cardiovasculares por encima de la AMPA y la PA clínica.

| Mesa Redonda: Diabetes y Riñón.

Temas y Ponentes:

iSGLT-2 más allá de la nefropatía diabética.

Dr. Ángel Rebollo Román

La enfermedad renal crónica (ERC) constituye un importante problema de salud pública que afecta al 15% de la población en nuestro país. La detección temprana resulta esencial para establecer estrategias de prevención y llevar a cabo un tratamiento adecuado.

Para su diagnóstico se requiere objetivar o bien un descenso del filtrado glomerular por debajo de 60 ml/min/1,73 m² o la presencia de daño renal, entendiendo como tal alteraciones estructurales o funcionales del riñón.

Los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) son fármacos antidiabéticos que se han asociado a una mejora del control glucémico, así como a reducciones en el peso y la presión arterial. En las guías del consorcio KDIGO de 2023, los iSGLT2 se posicionan en la primera línea de tratamiento de la ERC independientemente de su origen. Esta decisión se basa en la evidencia recabada de los estudios de seguridad cardiovascular realizados con iSGLT2. Aunque ninguno de los ensayos se diseñó específicamente para evaluar los resultados en los pacientes sin diabetes, un reciente metaanálisis que incluyó 13 ensayos con 90.409 sujetos demostró que los iSGLT2 redujeron el riesgo de lesión renal aguda y de progresión de la ERC, con efectos similares en las personas con y sin diabetes. La reducción del riesgo de muerte cardiovascular sólo resultó significativa en el grupo de pacientes con diabetes.

Parece que el beneficio a nivel renal que producen estos fármacos se debe a la natriuresis temprana con reducción del volumen plasmático, la mejora de la función vascular, la reducción de la presión arterial y las modificaciones en el manejo tisular del sodio. Además existen otros mecanismos que podrían ser beneficiosos como la reducción en la inflamación mediada por el tejido adiposo y la disminución en la producción de citocinas proinflamatorias, el uso de cuerpos cetónicos como sustrato metabólico, la reducción del estrés oxidativo, la disminución del nivel sérico de ácido úrico, la reducción de la hiperfiltración glomerular y la albuminuria.

A la hora de utilizarlos hay que tener precaución en aquellos pacientes con insulinopenia que no estén recibiendo insulina puesto que podrían originar una cetoacidosis diabética euglucémica. También habría que utilizarlos con cautela en pacientes en riesgo de deshidratación o hipotensión arterial, situaciones frecuentes en pacientes de edad avanzada. El aumento de riesgo de amputaciones que se reportó en un primer momento no ha sido confirmado.

Por último señalar la importancia de la concienciación que debemos tener para el diagnóstico de esta patología de manera que ofrezcamos a los pacientes el mejor tratamiento disponible, que en muchos casos incluirá un iSGLT2.

Evidencias de los iSGLT-2 en riesgo cardiovascular.

Dr. Javier Delgado Lista

Mesa Redonda: Importancia de la adherencia terapéutica en pacientes con alto Riesgo Cardiovascular.

Temas y Ponentes:

¿Qué aportan los iPCSK9 en mejorar la adherencia?

Dr. Francisco José Fuentes Jiménez

Los inhibidores de PCSK9 (Proteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9) desempeñan un papel importante en la mejora de la adherencia terapéutica en pacientes de riesgo cardiovascular al ofrecer una opción de tratamiento que puede simplificar la gestión de su enfermedad. Aquí se resumen algunos aspectos clave:

Eficiencia en la reducción de LDL: Los inhibidores de PCSK9 son medicamentos altamente efectivos para reducir los niveles de colesterol LDL en sangre. Esto es esencial para los pacientes de riesgo cardiovascular elevado, ya que la reducción del LDL se asocia con una disminución significativa del riesgo de eventos cardiovasculares, como infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares.

Menos frecuencia de dosificación: A diferencia de algunos otros hipolipemiantes, que deben tomarse diariamente, los inhibidores de PCSK9 generalmente se administran con menos frecuencia, por ejemplo, una vez al mes o cada dos semanas. Esta menor frecuencia de dosificación puede mejorar la adherencia al tratamiento.

Menos interacciones medicamentosas: Los inhibidores de PCSK9 suelen tener menos interacciones medicamentosas en comparación con otros medicamentos para reducir el colesterol. Esto facilita su incorporación en el régimen de tratamiento de los pacientes.

Beneficios adicionales: Además de reducir el LDL, los inhibidores de PCSK9 también pueden ofrecer otros beneficios, como la reducción de la inflamación y la estabilización de las placas de aterosclerosis en las arterias, lo que puede ser beneficioso para los pacientes de riesgo cardiovascular elevado.

Combinación con otros tratamientos: En algunos casos, los inhibidores de PCSK9 se pueden utilizar en combinación con otros hipolipemiantes, como estatinas, para lograr una reducción más significativa del LDL.

Sin embargo, es importante destacar que la adherencia terapéutica no depende solo del medicamento en sí, sino de una combinación de factores que incluyen la educación del paciente, el apoyo continuo del médico, la comunicación efectiva y la gestión de los posibles efectos secundarios o preocupaciones del paciente. A pesar de las ventajas de los inhibidores de PCSK9, el papel del equipo de atención médica en la educación y el seguimiento de los pacientes sigue siendo crucial para garantizar una adecuada adherencia terapéutica y, por lo tanto, la reducción del riesgo cardiovascular en este grupo de pacientes.

Combinaciones a dosis fijas de hipolipemiantes para mejorar la adherencia.

Dr. Alfredo Luis Michán Doña

La falta de adherencia (clínica, terapéutica y medicamentosa) es un problema médico bien conocido desde tiempo de Hipócrates que se ha convertido en una preocupación médica fundamental ya que afecta directamente a los resultados en salud, especialmente desde la aparición de fármacos más eficaces a mediados del siglo pasado. Y esto es así, dado que, a pesar de los numerosos trabajos de investigación y de las múltiples intervenciones implementadas, no se ha conseguido disminuir este fenómeno: la tasa de cumplimiento terapéutico alcanza, según la OMS, apenas el 50% de las prescripciones.

La evaluación de la adherencia ha de hacerse de forma rutinaria, sin emplear un método enjuiciador, pero incorporándola en la práctica clínica diaria; bien por métodos directos o indirectos, objetivos o subjetivos.

Entre las diferentes medidas aplicadas para la mejora de la falta de adhesión destacan varias innovaciones técnicas, como los inhaladores/plumas inyectoras inteligentes y los dispensadores electrónicos de pastillas, siendo, no obstante, las soluciones más sencillas las más eficaces. La combinación de varios medicamentos en un mismo comprimido, que simplifica de modo notable el cumplimiento, es, sin duda, una de ellas. Ítem más, la asociación de tres fármacos incrementa más la adherencia al tratamiento que la terapia dual combinada.

En este sentido, en el contexto del riesgo vascular, la poli-píldora propugnada por el Dr. Fuster ha demostrado su eficacia en prevención secundaria en el ensayo SECURE.

En nuestra presentación, tras una revisión conceptual, trataremos de contestar a la siguiente pregunta: ¿Cuál es la importancia del punto de corte para considerar "buena" adherencia? y concluiremos detallando algunos de los datos existentes del empleo de combinaciones a dosis fijas con antihipertensivos, hipoglucemiantes e hipolipemiantes en ensayos clínicos y en vida real.

Presentación oficial del Libro de MAPA de SAHTA

Ponentes:

Dr. Ricardo Roa Chamorro

Dr. Fernando Jaén Águila

La MAPA se realiza actualmente mediante un dispositivo automático, programable y validado para medir la PA a intervalos regulares de tiempo a lo largo del ciclo de actividad y descanso en condiciones rutinarias de vida del paciente, durante 24 horas consecutivas como norma general.

Las últimas guías de práctica clínica sitúan la MAPA como el mejor método para evaluar la PA y el que permite determinar el diagnóstico de hipertensión con mayor precisión, clasificarla, evaluar su papel como factor de riesgo cardiovascular y guiar un tratamiento farmacológico según el patrón observado. Posee por tanto una mayor capacidad de predecir el desarrollo futuro de enfermedad cardiovascular que la medida de la PA tomada en la consulta.

Sin embargo, a pesar de los avances tecnológicos, de la oferta de este registro en farmacias comunitarias y de las evidencias clínicas obtenidas en las últimas décadas, el uso de la MAPA fuera del ámbito de Unidades de Hipertensión y Riesgo Vascular, aún presenta algunas dudas y limitaciones.

Es cierto que no es un método adecuado para un uso frecuente, pero el principal problema es que no está ampliamente disponible en entornos de Atención Primaria. Los dispositivos son costosos y en algunos pacientes puede causar molestias, especialmente durante el sueño. Aún así hay una creciente demanda del uso de este procedimiento por parte de profesionales sanitarios, que defienden este método por todas las ventajas que proporciona en la actividad clínica diaria y por su utilidad en situaciones concretas.

Esperamos que el enfoque práctico de este libro sea de utilidad para los médicos que deben tomar decisiones complejas en pacientes hipertensos, cada vez más habituales en nuestras consultas. William Osler decía que "El buen médico trata la enfermedad; el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad". Por eso, solo si conocemos bien una enfermedad podremos tratarla de forma adecuada, individualizando cada tratamiento en función de las características nuestros pacientes.

Es por ello que creemos necesario seguir aportando conocimiento en este campo. Este libro pretende iluminar aspectos no suficientemente aclarados de la MAPA. Cada capítulo ha sido realizado por profesionales expertos que han aportado su conocimiento con un enfoque eminentemente práctico.

Es el deseo de los autores de este libro que al lector le sea de utilidad, y le ayude a tomar decisiones clínicas en fenotipos específicos de hipertensos.

Mesa Redonda: Unidades de Rehabilitación Cardíaca y Nuevos Horizontes en la reducción del Riesgo Cardiovascular.

Temas y Ponentes:

Perfil lipídico en el paciente con Riesgo Cardiovascular, sumergiéndome en las analíticas.

Dra. Teresa Arrobas Velilla

Unidades de Rehabilitación cardíaca, protocolos de actuación.

Dr. José López Aguilera

¿Otro evento Cardiovascular? Que no se vuelva a repetir. Nuevo horizonte en la reducción del Riesgo Cardiovascular.

Dr. Javier Mora Robles

Mesa Redonda: Manejo de la Hipertensión Arterial resistente/refractaria.

Ponentes:

Dr. Fernando Jaén Águila

La hipertensión arterial (HTA) es el factor de riesgo cardiovascular más prevalente. A pesar del tratamiento farmacológico, un alto porcentaje de pacientes no consiguen un adecuado control. El papel del sistema nervioso simpático en la fisiopatología de la HTA es bien conocido, y en un intento de modular su efecto, en 2009 se realizaron los primeros procedimientos de denervación simpática renal percutánea (DSRP) para el tratamiento de la HTA resistente (HTAR). La denervación renal es una intervención mínimamente invasiva que implica la interrupción de los nervios simpáticos renales mediante un abordaje con catéter. Los estudios iniciales mostraron resultados prometedores, pero los controvertidos resultados del ensayo SYMPPLICITY HTN-3 llevaron al abandono de la técnica. En los últimos 3 años han aparecido los resultados de nuevos ensayos clínicos, con nuevos dispositivos y en diferentes poblaciones, que demuestran definitivamente la eficacia de la denervación renal.

Los registros del mundo real, que han incluido ya a más de 3.500 pacientes tratados mediante DSRP, han confirmado descensos de los niveles de MAPA y PA en consulta. Algunos, de hecho, han demostrado que la bajada de PA no está asociada a la carga de medicación ni a un mayor número de fármacos antihipertensivos. La DSRP ha demostrado ser una intervención segura con un índice bajo de complicaciones asociadas a dicha intervención. El

registro GLOBAL SYMPPLICITY, con más de 2.900 pacientes, es el análisis más extenso y de mayor duración jamás realizado hasta la fecha sobre DR y confirma el perfil de seguridad y eficacia de la DSRP en el mundo real.

El documento de consenso español, elaborado por diferentes expertos, muestra el posicionamiento conjunto de la SEH-LELHA y la ACI-SEC frente a la DSRP. Este documento establece, por primera vez, una indicación para la DR en casos de HTA no controlada, especialmente en pacientes de alto riesgo cardiovascular con LOMH o enfermedad cardiovascular, teniendo en cuenta la opinión del paciente dentro de un proceso de toma de decisiones compartida y siempre que ésta se realice dentro de un equipo multidisciplinario y se lleve a cabo por operadores con experiencia.

La solidez de las nuevas evidencias científicas en este campo han posicionado la denervación renal como un escalón terapéutico más dentro del protocolo de tratamiento de la HTA resistente en las últimas guías de la SEH publicadas en 2023.

Estos argumentos hacen que la introducción de la DSRP en la práctica clínica sea tenida en cuenta hoy, cada vez con mayor frecuencia. Esta mesa trata de mostrar los datos más relevantes que tenemos hasta el momento y que apoyan el uso clínico de este procedimiento en pacientes hipertensos seleccionados y en Unidades de referencia.

Dr. Ricardo Roa Chamorro

La hipertensión arterial resistente tiene una prevalencia entre el 10 y 15% de todos los hipertensos y supone un reto terapéutico para los médicos de hoy. En esta ponencia se intenta resumir el conocimiento actual que tenemos sobre esta patología y las novedades terapéuticas que tenemos disponible o que podremos utilizar en un futuro cercano.

Cata de Aceite y Conferencia de Clausura: Arqueología: Aceite de Oliva a lo largo de la Historia.

Ponente:

Prof. Desiderio Vaquerizo Gil

Ante un cuando probablemente ya se daba en Sicilia y en algunos otros puntos de la Península Itálica, parece que la domesticación del olivo en el Lazio tendría lugar entre los siglos VIII y VII a.C. Su cultivo y su uso tardaron en cuajar, o por lo menos en generalizarse el consumo, pero, pocos siglos después, aceite y aceitunas se habían convertido en base fundamental de la dieta romana, junto con el vino y el pan. A ello contribuiría la enorme producción de la Bética, que a partir de mediados del siglo I d.C. pasó a ser la principal abastecedora del Imperio, al adquirir el Estado romano enormes cantidades de aceite del Valle del Guadalquivir para el abastecimiento del ejército y de la propia Urbs a través de la Annona. Sólo a la capital fueron enviadas más de cincuenta millones de ánforas entre los siglos I y III d.C.; envases no retornables, que una vez vacíos se arrojaban en el Testaccio, un monte artificial que surgió como vertedero? ¿ecológico? donde se conservan todavía hoy más de 25 millones de ánforas. Si tenemos en cuenta que cada una de ellas acogía setenta litros de aceite, la ecuación es fácil: sólo en dos siglos y medio la capital del Imperio importó miles de millones de litros, de los cuales al menos el 85% procedía de la Bética.

Adriano, el gran emperador bético nacido en Itálica, que concedió a Roma uno de sus periodos más pacíficos y de mayor prosperidad, llegó a acuñar monedas con la alegoría de Hispania en el reverso portando una rama de olivo como principal atributo, en una alusión clara y contundente a la importancia de la producción y del comercio hispanos en el abastecimiento del resto del Imperio durante el siglo II d.C., muy en particular de su capital: Roma.

Hoy, conocemos mediante argumentos científicos bien probados las múltiples bondades que produce al ser humano el consumo regular del aceite de oliva. Sin embargo, dicha premisa, que vendemos como uno de los descubrimientos médicos más importantes de las últimas décadas, capaz de influir de manera decisiva en la salud media de la población y en su esperanza de vida, fue ya cuando menos intuida por los romanos, que supieron fehacientemente de las propiedades nutritivas y beneficiosas del mismo, y promovieron su consumo, por lo que en realidad no estamos sino volviendo sobre lo que otros ya, antes que nosotros, percibieron. A este respecto, y como curiosidad un tanto impactante, algunos investigadores destacan la coincidencia entre la generalización de su ingesta y la prolongación de la esperanza de vida en Roma que muy pronto comienza a detectarse, también a través de la Epigrafía. ¿Simple casualidad? Se trata de una pregunta a la que no es posible ofrecer respuesta por el momento. Sin embargo, en la historia del hombre muy pocas cosas suceden porque sí; mucho menos, cuando obedecen a la experimentación y a la experiencia.

Revista Riesgo Cardiovascular

Enfermería

32º Congreso Médico SAHTA

Sociedad Andaluza de Hipertensión Arterial

Mesa: Promoción hábitos de vida saludables desde la infancia y la adolescencia. Educación sanitaria en los centros educativos.

Temas y Ponentes:

Enfermera escolar en el fomento de hábitos saludables para la prevención de riesgo cardiovascular en población infanto-juvenil.

Sra. Inmaculada Concepción Algar Algar

La enfermera escolar y la prevención del riesgo cardiovascular a través de la promoción de la salud.

Sra. Juana Ponce Domínguez

Introducción

La adopción de hábitos saludables desde la infancia, como llevar una alimentación saludable, realizar ejercicio físico diario, evitar el sedentarismo, gestionar emociones y llevar una adecuada higiene del sueño-descanso, es crucial para reducir los factores de riesgo cardiovascular en la edad adulta.

Para conseguir un estilo de vida saludable hay que llevar a cabo intervenciones dentro del ámbito educativo con el alumnado y sus familias, así como con el profesorado, el cual irá reforzando estas conductas saludables durante el curso.

La enfermera escolar posee el perfil necesario para llevar a cabo las acciones de educación para la salud (EPS) para mejorar la salud cardiovascular y durante el curso 2022-2023, se han realizado talleres orientados a la adopción de hábitos saludables en los centros educativos de Infantil y Primaria (CEIP) y de Educación Secundaria (ESO) de Aljaraque (Huelva).

Objetivos

- Conocer y llevar a cabo una alimentación saludable. Realizar ejercicio físico diario.
- Evitar el sedentarismo.
- Prevenir el consumo de bebidas energéticas, alimentos ultraprocesados (UPF), tabaco, alcohol y otras sustancias adictivas.
- Educar en el uso responsable de pantallas. Potenciar los descansos activos.
- Gestionar emociones.
- Concienciar sobre la importancia de dormir las horas recomendadas para cada etapa de la vida.

Metodología

En los CEIPs:

- Talleres de alimentación saludable para las familias y el alumnado: Importancia de basar la alimentación en la comida real
- Recomendaciones del plato de Harvard Aumento del consumo de frutas y verduras
- Lectura crítica de etiquetas de alimentos de consumo habitual
- Desayunos saludables en el centro educativo (propuesta diaria para el recreo) y uso del aceite de oliva como alimento cardiosaludable
- Talleres de ejercicio físico y recreos activos (colaboración del departamento de Educación Física y las AMPAs)
- Favorecer el desplazamiento al centro en bici o andando (en colaboración con el ayuntamiento y las AMPAs)
- Talleres para educar en el uso responsable de pantallas y descansos activos (programa "Mi primer móvil").

- Talleres de educación emocional para la gestión del estrés y emociones y canalización de respuestas.
- Taller de técnicas de la gestión del duelo (en colaboración con la universidad de Huelva).
- Taller "Desmontando bulos" para la prevención del consumo de bebidas energéticas, tabaco, cachimbas y vapors.
- Talleres de los programas "Salimos" y "Ojo con el viernes noche" para la prevención del consumo de alcohol.
- Talleres del Proyecto Alerta Cannabis para la prevención del consumo de cannabis entre el alumnado de ESO mediante el uso de dispositivos electrónicos.
- Talleres sobre la higiene del sueño (concienciar a las familias y al alumnado de la importancia del sueño en nuestra salud).

Resultados

Se han llevado a cabo los distintos talleres en todos los centros de Aljaraque con muy buena acogida por parte de la comunidad educativa.

En todos los talleres se ha evaluado lo aprendido con muy buenos resultados a través de breves cuestionarios pasados al alumnado y a las familias (más del 90% de las respuestas fueron correctas).

Conclusiones

La enfermera escolar es la figura que posee el perfil adecuado para llevar a cabo los talleres de EPS dentro de los centros educativos

Importancia de la Enfermera Escolar en la calidad y sostenibilidad de los menús escolares.

Sra. Ana Belén Romero Cañadillas

Mesa: Visibilidad de la enfermería en la prevención y proyectos científicos relacionado con el riesgo cardiovascular.

Temas y Ponentes:

Resultados Proyecto: Alerta Cannabis: Intervención en adolescentes estrategias para la prevención de la HTA y el Riesgo cardiovascular: Evaluación de una Intervención a Medida Basada en el Ordenador para la Prevención del Consumo de cannabis en adolescentes de 14 a 18 años.

Sra. Carmen Barrera Villalba

El cannabis es la tercera droga más extendida y la droga ilegal más consumida en adolescentes españoles y andaluces de 14 a 18 años, representando 8 de cada 10 admisiones a tratamiento por deshabituación en menores. Es necesario seguir invirtiendo en investigación aplicada a la prevención del consumo de cannabis, para desarrollar estrategias validadas científicamente que puedan convertirse en políticas preventivas, dadas las consecuencias negativas que tiene su consumo sobre la salud de los adolescentes, entre ellas el aumento del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. El objetivo del proyecto es contribuir a la prevención del consumo de cannabis en

menores, a través del desarrollo, implementación y evaluación del coste-efectividad de un programa de prevención a medida online basado en el ordenador (web-based-computer-tailoring) y en la gamificación, teniendo como referencia el modelo teórico integrado sobre adopción de comportamientos en salud, modelo I-Change. La hipótesis de partida es que la aplicación de este programa, ALERTA CANNABIS, a menores de 14 a 18 años en el contexto escolar, resultará coste-efectivo para la reducción de la prevalencia del consumo de cannabis.

Se realizará un ensayo aleatorio por conglomerados, con un grupo intervención, que recibirá la intervención ALERTA CANNABIS y un grupo de control en lista de espera. Se seguirán las siguientes fases: de diseño, implementación, evaluación de coste-efectividad (a los 6 y 12 meses), y difusión de resultados.

ALERTA CANNABIS realizará un asesoramiento individualizado, mediante mensajes preestablecidos, pero generados en función de características detectadas en un cuestionario (por ejemplo, el nombre de pila del usuario y teniendo en cuenta su sexo para reflejar la perspectiva de género, distintos tipos de refuerzo, etc.). Además, utilizará técnicas de gamificación (vídeos, incentivos, rankings) como medida para fomentar la motivación y adherencia a la intervención. La intervención abordará factores motivacionales asociados al consumo de cannabis tales como las actitudes, influencias sociales, autoeficacia e intención.

La muestra estará formada por 1850 estudiantes andaluces de 14 a 18 años matriculados en Institutos de Enseñanza Secundaria (IES) de adscripción pública de las provincias andaluzas de Sevilla, Córdoba, Huelva, Cádiz, Granada y Málaga, 37 grupos de clase por condición para amortiguar el diseño por conglomerados. Tanto para el estudio inicial como para la evaluación del coste-efectividad se utilizará un cuestionario "on-line" aplicado en el contexto escolar, siendo las variables resultado la prevalencia de consumo de cannabis (en la vida, en los últimos 6 meses, en el último mes), de consumo abusivo de cannabis (CAST) y la calidad de vida relacionada con la Salud en términos de años de vida ajustados a calidad (AVAC). Se asegurará la confidencialidad conforme al Real Decreto-ley 5/2018, de 27 de Julio, de Protección de datos de Carácter Personal. Se solicitará el consentimiento informado.

Si se demuestra el coste-efectividad del programa, éste podrá ser diseminado convirtiéndose en política de salud pública.

Rol de enfermería en el control de factores de Riesgo Cardiovascular.

Sra. Nicole Rizzo López

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades vasculares constituyen una de las principales causa de morbilidad y discapacidad y la primera causa de muerte en países occidentales. En España, ocasionó en el año 2022 el 26% del total de las muertes.

Andalucía es una de las comunidades autónomas con elevada prevalencia de factor de riesgo vascular (FRV). Según una evaluación preliminar del Estudio Dreca 2, afirma que el 70% de los andaluces entre 20 y 74 años presentan al menos un FRV; el 47.8% tienen dislipemia, el 31.3% son fumadores, el 29,9% hipertensos, el 29.5% obesos y el 14.4% presentan diabetes.

Para facilitar el uso rutinario en la consulta, se propone la estratificación de la población en tres niveles de riesgo: situación óptima ningún FRV, riesgo bajo (SCORE < 5%) y riesgo alto (SCORE ≥ 5%)

Objetivo

Papel de enfermería en la prevención del riesgo cardiovascular en atención primaria.

Metodología

Revisión bibliográfica, cuyas palabras claves fueron: enfermería, tabaco, hipertensión arterial y riesgo vascular.

Resultados

Dada la alta prevalencia de los FRV y que en Andalucía la puerta de entrada del usuario al Sistema Sanitario Público es la Atención Primaria, el papel de enfermería es clave en la prevención de riesgo cardiovascular. Dos grandes áreas de las intervenciones preventivas específicas en Andalucía, son;

Hábito Tabáquico

- Cribado óptimo en cada visita de forma oportunista, con periodicidad mínima de 2 años, con una edad de comienzo a los 10 años y de finalización a los 25 años.

- Oferta de intervención avanzada en modalidad individual o grupal, en aquellas personas que se encuentran en preparación para la acción. Se realizará valoración, gracias al modelo transteorético de Prochaska y DiClemente, mediante la escala de estadios de cambio de Becoña y Vázquez (versión reducida) o el test de Fagerstrom.

Hipertensión arterial

- Cribado hasta los 14 años al menos una vez, de los 14-40 años cada 5 años y mayores de 40 años cada dos años. Si TA normal alta, cribado anual.
- Se recomienda hacer la medida cuando el paciente no haya comido recientemente. Una reducción de peso de tan solo 3 kg produce una caída de 4 a 7 mmHg de la presión arterial, mientras que la reducción de 12 kg produce caídas de 13 a 21 mmHg.
- Un bajo consumo de sal también favorece la efectividad de la mayoría de los fármacos antihipertensivos y previene la hipopotasemia inducida por los diuréticos.
- En España el consumo medio de sal es de 10 g. por persona y día, cuando se recomienda un consumo inferior a 5g. diarios

Conclusión

La atención primaria se constituye como medio fundamental en la promoción de una cultura de salud en el ámbito comunitario; en este caso, la prevención de enfermedades crónicas como la hipertensión y alteraciones cardiacas que se encuentran íntimamente ligadas, requieren de un compromiso de enfermería que va dirigido al liderazgo de acciones estratégicas que permitirán reducir los porcentajes establecidos epidemiológicamente, además de establecer cuidados óptimos que fortalezcan la calidad de vida del paciente.

Caso clínico: Úlcera venosa en paciente con antecedentes de trombosis venosa profunda.

Sr. Antonio Jesús González Porras

Mesa: Prevención de los factores de riesgo en la Hipertensión Arterial y el Riesgo Cardiovascular.

Temas y Ponentes:

Relación índice tobillo-brazo y factores de riesgo cardiovascular: papel de la enfermera en su detección e intervención.

Sra. Iris María Muñoz del Pino

Sra. Julia Barrera Barrera

Introducción: La enfermedad arterial periférica (EAP) se caracteriza por una disminución del flujo sanguíneo arterial posterior al arco aórtico secundaria a un mecanismo obstructivo. El diagnóstico precoz es importante para poder mejorar la calidad de vida del paciente y reducir el riesgo de eventos secundarios mayores. La prueba diagnóstica estrella es el índice tobillo-brazo. En la consulta de riesgo vascular este procedimiento es realizado por la enfermera, además del control de los factores de riesgo.

Entre los **objetivos del estudio nos planteamos: Identificar la relación entre el índice tobillo brazo y los factores de riesgo cardiovascular. Conocer el perfil del paciente que acude a consulta de riesgo y del paciente con ITB patológico. Identificar si existe relación entre la inflamación y un valor de ITB patológico. Elaborar programas de prevención y educación al paciente con factores de riesgo cardiovascular.**

Métodos: Estudio observacional, analítico, de corte transversal de 100 pacientes aleatorios que acudieron a consulta de riesgo vascular entre Enero– Septiembre de 2023 en la Unidad de Riesgo Vascular del Servicio de Medicina Interna (HUV Macarena). Análisis estadístico: SPSS 22. Significación estadística $p \leq 0.05$.

Resultados: La mayoría de los pacientes que acuden a consulta son hombres con un porcentaje del 59% frente al 41% representado por mujeres. La edad media es de 62 años. Un 96% de estos presenta un nivel socioeconómico bajo. Con respecto al tabaco, un 15% son fumadores y un 29% exfumadores. En cuanto a la triada clásica: un 76% de los participantes presentan hipertensión, un 25% dislipemia y un 18% diabetes. Un 39% de la muestra presenta obesidad. Solo un 7% de los pacientes presenta un ITB de valor $<0,9$ sugestivo de isquemia.

Las variables analizadas muestran una diferencia significativa entre la presión de pulso de los pacientes que presentan ITB patológico, siendo esta menor en comparación con los no patológicos. Además, se confirmaría la hipótesis de mayor factor inflamatorio en aquellos pacientes con ITB patológico, ya que existe diferencia significativa en el resultado de neutrófilos e índice neutrófilo-linfocito. Existen unos niveles de colesterol más altos en los pacientes con isquemia. No se observan diferencias significativas en los demás factores de riesgo.

Conclusiones: Existe relación entre el índice tobillo brazo y los factores de riesgo cardiovascular, siendo significativa esta en la presión de pulso, los niveles de colesterol y los indicadores de inflamación. El paciente que acude a consulta de riesgo es hombre, de 62 años, nivel socioeconómico bajo, hipertenso, similar al paciente con ITB patológico. Estos datos ponen en manifiesto la necesidad de prevención y educación al paciente con factores de riesgo cardiovascular para evitar el progreso de estos a EAP. La enfermera tiene vital importancia en este proceso, por ello en la Unidad de Riesgo del HUVM se han implementado diversas medidas de prevención, entre las que destacan el programa de deshabituación tabáquica, seguimiento o punto de mira y los programas de estilo vida saludable para los pacientes con obesidad.

Beneficios cardiovasculares de la vacunación frente al Herpes Zóster y estrategias para acelerar la vacunación de grupos de riesgo.

Sr. Casto López Gallardo

Sra. Arianna Lorenzo Arrabal

Taller: Iniciación en el uso de inteligencia Artificial en enfermería.

Ponente:

Sr. Eduardo Tornos y de Inza

Revista Riesgo Cardiovascular

Farmacéutico

32º Congreso Médico SAHTA

Sociedad Andaluza de Hipertensión Arterial

Taller: La Misión del farmacéutico frente al paciente con elevado riesgo cardiovascular: un recorrido de casos clínicos.

Ponentes:

D. Enrique Ojeda García

D^a. Sara M^a Ruiz Gómez

D^a. Jacinta del Campo Molina

Mesa: Riesgo Cardiovascular y Género.

Ponentes:

D. Fernando Aguilera Castro

Dra. Mayte Climent Catalá

Recientemente han sido publicadas las actualizaciones de las guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial y de la Sociedad Europea de Hipertensión, ambas de elevado interés para la práctica profesional en la farmacia comunitaria (FC)^{1,2}. Un tercio de los pacientes que acuden a la FC presenta medidas de presión arterial (PA) elevadas³ y su manejo a menudo requiere de una intervención multidisciplinar. Conscientes de esto, sociedades científicas médicas y farmacéuticas han consensado una guía para el abordaje de la hipertensión arterial (HTA) en el ámbito de la FC⁴, estableciendo criterios de derivación y actuación en función de las medidas aisladas de PA obtenidas en la FC. Algunas recomendaciones de interés para la práctica profesional farmacéutica derivadas de estas publicaciones son:

- a) Dados los beneficios que tiene para el paciente, el control de la HTA debe conseguirse en un plazo breve de tiempo¹. Los objetivos de control han sido estratificados en función de la edad y el riesgo cardiovascular^{1,2}.
- b) La falta de adherencia es un problema relacionado con los medicamentos que limita la efectividad del tratamiento antihipertensivo. La FC goza de una posición privilegiada para identificar situaciones de no adherencia y promover con éxito el compromiso del paciente con su tratamiento farmacológico y no farmacológico⁴. Adicionalmente, se refuerza la recomendación del uso de polipíldoras que combinen dos o más tratamientos, simplificando de esta forma la posología asociada al tratamiento, dados sus beneficios sobre la monoterapia, incluso en dosis bajas².
- c) Las técnicas de medida de la PA fuera del entorno clínico son importantes en el diagnóstico y seguimiento de la HTA y contribuyen a establecer el fenotipo del paciente hipertenso. La FC debe colaborar con el resto de niveles asistenciales en la monitorización ambulatoria de la PA y la instrucción de los pacientes para realizar la automedida de la PA¹. En FC, dado que la medida de PA se equipara a las tomas fuera de la consulta, se recomienda el umbral de 135/85 mmHg como cifra de normalidad⁴.
- d) Durante el seguimiento farmacoterapéutico deberá considerarse que la selección del tratamiento farmacológico debe valorar el perfil de indicaciones y contraindicaciones de la farmacoterapia, así como la estratificación del riesgo cardiovascular. Se han publicado nuevos algoritmos SCORE 2 y SCORE OP que estiman el riesgo cardiovascular en la población europea^{1,2}.

En consecuencia, la FC juega un papel esencial en la educación, prevención, detección precoz y seguimiento farmacoterapéutico⁵ del paciente con HTA. El reconocimiento de estas competencias en las guías de práctica clínica es una oportunidad significativa para la implantación y desarrollo de servicios profesionales farmacéuticos asis-

tenciales que contribuyan a integrar la FC en el sistema de salud⁶. Por otro lado, el desarrollo de la telemedicina, acelerado a raíz de la pandemia producida por el coronavirus SARS-CoV-2, urge a la FC a integrar en su práctica clínica herramientas que posibiliten su participación en los modelos de atención basados en la teleconsulta y la telemonitorización del paciente hipertenso⁷.

Bibliografía

1. Gorostidi M, Gijón-Conde T, de la Sierra A, et al. *Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022. Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) [2022 Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the Spanish Society of Hypertension]. Hipertens Riesgo Vasc. 2022 Oct-Dec;39(4):174-194. Spanish. doi: 10.1016/j.hipert.2022.09.002. Epub 2022 Sep 22. PMID: 36153303.*
2. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, et al. *2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). J Hypertens. 2023 Jun 21. doi: 10.1097/HJH.0000000000003480. Epub ahead of print. PMID: 37345492.*
3. Mera-Gallego I, Molinero A, Fornos-Pérez JA, et al. *Campaña de medida de la presión arterial (May Measurement Month) desde las farmacias comunitarias en el 2018: análisis del cribado en España [Blood pressure measurement campaign (May Measurement Month) from community pharmacies in 2018: analysis of screening in Spain]. Hipertens Riesgo Vasc. 2021 Jul-Sep;38(3):109-118. Spanish. doi: 10.1016/j.hipert.2021.02.007. Epub 2021 Apr 15. PMID: 33863691.*
4. Penín O, Villasuso B, Domenech M, et al. *Guía para el abordaje de la hipertensión por el farmacéutico comunitario en el ámbito de la atención primaria: documento de consenso multidisciplinar. Madrid: SEFAC; 2022.*
5. World Health Organization. *Regional Office for Europe. (2005). Pharmacy-based hypertension management model: protocol and guidelines: a joint CINDI/EuroPharm Forum project. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. [consultado 7 Oct 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107638>.*
6. Urionagüena A, Piquer C, Benrimoj S, Martínez F, García V, Fernández F, Calvo B, Gastelurrutia M. *¿Qué es la integración de la farmacia comunitaria en el Sistema de Salud?. Farm Comunitarios. 2022 Jun 15;14(Supl 1. Congreso SEFAC):89. doi: 10.33620/FC.2173-9218.(2022).CMC.92*
7. Gijón-Conde T, Rubio E, Gorostidi M, et al. *Documento de consenso sobre consulta telemática en hipertensión y riesgo vascular. Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). Hipertens Riesgo Vasc. 2021;38:186-96.*

Revista Riesgo Cardiovascular

Comunicaciones Medicina

32º Congreso Médico SAHTA

Sociedad Andaluza de Hipertensión Arterial

719/1. HIPERTRIGLICERIDEMIA: LA PUNTA DEL ICEBERG

Autores:

Sastre Menor, E.¹, Aguilar Alba, S.², Manchado Reinoso, M.¹, Bonmati Gutiérrez, M.³, Muñoz Osuna, J.⁴, Fuentes Jiménez, F.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, (2) Residente de 5º año de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada, (4) Unidad de Lípidos y Aterosclerosis. IMIBIC. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, (5) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Resumen:

Descripción del Caso

Motivo de consulta: dislipidemia mixta

Antecedentes familiares: Sin interés

Antecedentes personales:

- No alergias medicamentosas conocidas.
- Hábitos tóxicos: fumadora de 1 paquete al día.
- Factores de riesgo cardiovascular: No hipertensión arterial. Diabetes mellitus tipo 2 desde los 13 años en seguimiento por Endocrinología. Dislipidemia mixta con hipertrigliceridemia (HTG) grave y episodio grave de pancreatitis aguda secundaria. Obesidad grado I.
- Síndrome de ovario poliquístico.
- Esteatosis hepática.
- Intervenciones quirúrgicas: colecistectomía laparoscópica en 2013.
- Tratamiento habitual: Ésteres etílicos de ácidos grasos omega-3 1000 mg 2 comprimido cada 8 horas, metformina 850 mg 1 comprimido al día, fenofibrato 145 mg 1 comprimido al día, ciproterona/etinilestradiol 2mg/0,035 mg 1 comprimido al día.

Mujer de 21 años derivada desde Aparato Digestivo a consultas de Medicina Interna en octubre del 2014 por HTG severa, (Triglicéridos (TG) 5.560 mg/dl) con episodio de pancreatitis aguda grave secundaria que precisó ingreso en unidad de cuidados intensivos.

Durante los siguientes años, desarrolla hasta once episodios de pancreatitis aguda con mal control de TG sin cumplimiento de hábitos dietéticos aconsejados ni realización de ejercicio físico. Inicia tratamiento hormonal médico y quirúrgico para reasignación de género en 2017. Por la mala evolución se realizó estudio genético para despistaje de causas primarias, siendo este negativo, aunque presentando la paciente polimorfismos en (APOA4 y LPL) predisponentes para desarrollo de HTG grave.

Actualmente, se encuentra en tratamiento con medidas higiénico-dietéticas, rosuvastatina 40mg/ ezetimiba 10 mg, fenofibrato 250 mg, ácidos grasos poliinsaturados omega-3, triple combinación de antidiabéticos orales e insulina. A pesar de esto, continúa con mal control lipídico y diabético.

Exploración y Pruebas Complementarias

Peso: 93,5 Kg. Talla: 172 cm. Índice de masa corporal (IMC): 31,6 Kg/m². PA: 131/74 mmHg, FC: 102 lpm. No xantomas ni xantelasmas. Resto de la exploración sin hallazgos.

Analítica: durante los 8 años de seguimiento las cifras de TG han oscilado entre 500 y 3000 mg/dl y las cifras de HbA1c entre 8 y 10 %.

Jucio Clínico

La paciente presenta diagnóstico de dislipidemia mixta con HTG grave junto con complicaciones mencionadas derivadas de la misma.

Comentario final

En la mayoría de los pacientes, la HTG severa se desarrolla sobre una combinación de factores ambientales y variaciones genéticas poligénicas que generan mayor predisposición. De este modo y como ocurre en el caso que nos ocupa, la HTG con herencia familiar poligénica junto con la suma de factores basados en los hábitos de vida del paciente puede desarrollar un fenotipo más agresivo con un mayor número de complicaciones, entre las que se sitúa la pancreatitis.

Las causas secundarias de HTG son mucho más prevalentes que las primarias y deben ser objeto de nuestra atención para identificarlas, tratarlas y evitarlas con objeto de reducir el riesgo de presentar eventos cardiovasculares.

Entre los principales factores secundarios destacan alcohol, tabaco, dieta grasa, síndrome metabólico y estrógenos. Muchas de estas causas se encontraban presentes en nuestro paciente de forma mantenida en el tiempo. Profundizando en los factores de riesgo presentes en nuestro caso, el control subóptimo de la diabetes es causa conocida de HTG severa que se vincula de forma frecuente al desarrollo de pancreatitis agudas.

En lo referente al tratamiento, se recomienda el uso de estatinas como primera elección, así como de fibratos y ácidos grasos omega-3. Recientemente se está trabajando en nuevas terapias especialmente indicadas en las formas de HTG grave con herencia familiar (pemafibrato, volanesorsen y evanicumab), así como otras estrategias más discutidas, como la infusión intravenosa de insulina, la plasmaféresis y otras variedades de hemofiltración.

Bibliografía

1. Oh RC, Trivette ET, Westerfield KL. Management of Hypertriglyceridemia: Common Questions and Answers. *Am Fam Physician*. 2020 Sep 15;102(6):347-354.
2. Garg R, Rustagi T. Management of Hypertriglyceridemia Induced Acute Pancreatitis. *Biomed Res Int*. 2018 Jul 26; 2018:4721357.

719/2. DAÑOS SILENCIOSOS A LARGO PLAZO DERIVADOS DE LA INFECCIÓN POR COVID-19

Autores:

Sastre Menor, E.¹, Manchado Reinoso, M.¹, Guerrero Martínez, M.², Limia Pérez, L.³, López Miranda, J.³, Pérez Martínez, P.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Interna. Hospital Público Comarcal de La Merced. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Resumen:

Descripción del Caso

Varón de 50 años con antecedentes de hipertensión arterial, hipercolesterolemia y fumador de un paquete diario con infección por SARS-COV2 oligosintomática en octubre 2020 y reinfección en septiembre 2021. Acude derivado por síndrome postcovid, destacando síntomas de disnea y diarrea. Describe sensación disneica a moderados esfuerzos que le limitan las actividades de la vida diaria. Además, refiere 8-9 deposiciones diarreicas sin productos patológicos de carácter explosivo diarias, que

le despierta por la noche con pérdida de 10 kilogramos en 2-3 meses.

Exploración y Pruebas Complementarias

Buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Normohidratado, normocoloreado y normoperfundido. Eupneico en reposo.

- Constantes: PA 132/78 mmHg, FC 83 lpm, SpO2 94% basal, Tª 35.3 °C.

- Exploración por órganos y aparatos anodina.

Se solicita analítica y TAC toraco-abdomino-pélvico ante disnea, síndrome diarreico y síndrome constitucional, derivándose a Aparato Digestivo para estudio.

La TAC toraco-abdomino-pélvica revela defecto de repleción del ápex cardíaco compatible con patología isquémica con trombo apical y dilatación del ventrículo izquierdo. Analítica incluyendo autoinmunidad, serología de diarrea crónica, y perfil de desnutrición y malabsorción sin alteraciones.

Ante estos hallazgos se reevalúa al paciente que se encuentra sin clínica anginosa y se solicita ecocardiograma, confirmándose anomalía en función sistólica ventricular izquierda compatible con miocardio hibernado por isquemia severa apical. Por otro lado, se diagnostica de malabsorción severa de ácidos biliares mediante gammagrafía abdominal.

Jucio Clínico

Nos encontramos ante un paciente con factores de riesgo cardiovascular asintomático con isquemia severa apical tras infección por SARS-COV2.

Comentario final

El COVID-19 es un agente infeccioso capaz de desencadenar una reacción inflamatoria sistémica con liberación de reactantes de fase aguda que propicia un estado de hipercoagulabilidad y daño endotelial vascular con depósitos de fibrina, dilatación y microhemorragias; lo que incrementa en los pacientes

que lo sufren el riesgo de eventos isquémicos. Aunque sus síntomas son predominantemente pulmonares, hasta el 36% de los casos se asocia con afectación miocárdica tanto por trombosis coronaria como por hipoxemia durante la fase inflamatoria de la enfermedad. En estudios experimentales, el SPECT de perfusión miocárdica ha demostrado la presencia de isquemia de estrés en casos moderados y graves durante la infección aguda y en estadios iniciales de convalecencia. Esto

provoca el desarrollo de lesiones coronarias que con frecuencia son asintomáticas. Son numerosos los trabajos que defienden la realización de TC torácico y/o coronario para evaluar esta posible consecuencia ante casos moderados y graves de COVID-19 junto con un ecocardiograma transtorácico,

en pacientes con disnea o dolor torácico. Los fenómenos cardíacos que acompañan al COVID-19 oscilan desde la miopericarditis hasta el infarto agudo de miocardio con afecciones trombóticas incluso sobre lesiones previamente revascularizadas. Por ello, también se ha defendido la monitorización de las troponinas y el pro-BNP durante la infección aguda.

Por último, resulta de vital importancia la realización rutinaria de un electrocardiograma, ya que hasta el 21% de los enfermos con infección grave por COVID-19 sometidos a cateterismo presentaban alteraciones electrocardiográficas estando asintomáticos o mostraban síntomas atípicos en el momento

del mismo, siendo frecuente la afectación de ramas coronarias distales.

Todos estos hechos remarcan la importancia de la vigilancia activa frente a las afecciones extrapulmonares como las cardíacas que provoca esta infección tanto en el momento agudo como posteriormente.

Bibliografía

1. Del Prete A, Conway F, Della Rocca DG, Biondi-Zoccai G, De Felice F, Musto C, et al. COVID-19, Acute Myocardial Injury, and Infarction. *Card Electrophysiol Clin.* 2022 Mar;14(1):29-39.
2. Yeo YH, Wang M, He X, Lv F, Zhang Y, Zu J, et al. Excess risk for acute myocardial infarction mortality during the COVID-19 pandemic. *J Med Virol.* 2023 Jan;95(1):e28187.

719/4. HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE DEBUT EN EL EMBARAZO, ¿O ALGO MÁS?

Autores:

Casado Díaz, A.¹, Amuedo Domínguez, S.², Jiménez de Juan, C.³, Mangas Cruz, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, (2) Especialista en Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla., (3) Especialista en Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen:

Descripción del Caso

Mujer de 44 años con Hipertensión arterial (HTA) de dos años de evolución que debuta como Preeclampsia precoz sobre HTA en su primer embarazo. Desde entonces presenta mal control tensional a pesar de tratamiento con tres fármacos a dosis plenas, remitiéndose a consultas de Medicina Interna para estudio de HTA secundaria. Tiene antecedentes familiares de HTA esencial de aparición tardía. Como único antecedente personal esterilidad primaria, en tratamiento con ciclos estimulación ovárica sin éxito y embarazo por ovo-donación en 2020. Al indagar en la historia clínica la paciente refiere amenorrea secundaria junto con ganancia ponderal de al menos 10 kg en el último año. Ha sido estudiada recientemente por una lumbociatalgia crónica con diagnóstico mediante pruebas de imagen de fracturas vertebrales por fragilidad a nivel de L2-L3. En la exploración física llamó la atención la existencia de obesidad troncular, facies congestiva con aspecto de luna llena, abdomen globuloso con estrías rojizas, edemas blandos en miembros inferiores y lesiones de fragilidad capilar sobre todo en ambas piernas. La HTA secundaria responde a numerosas posibles etiologías, lo que obliga al clínico a estar en permanente alerta para valorar aquellos pacientes que se beneficiarían de un estudio más exhaustivo. En nuestro caso, entre todas las causas de hipertensión secundaria, fue la historia clínica y una exploración física exhaustiva lo que permitió orientar el cuadro hacia una alta sospecha de hipercortisolismo endógeno, por lo que se solicitó screening del mismo evidenciando un cortisol libre en orina y cortisol salival nocturno francamente elevados, confirmándose así un Hipercortisolismo endógeno o Síndrome de Cushing y derivándose preferentemente a Endocrinología. En el estudio de confirmación, la ausencia de frenación de cortisol en el Test de Nugent así como una ACTH frenada apoyó el diagnóstico de hipercortisolismo ACTH independiente. El estudio de localización con un TAC de adrenales informó de un aumento de tamaño de ambas glándulas característico de una Hiperplasia suprarrenal macronodu-

lar. Se solicitó un estudio genético que encontró una variante patogénica heterocigótica localizada en el gen "armadillo repeat containing-5" (ARMC5), potencialmente compatible con la hiperplasia suprarrenal macronodular ACTH independiente y no descrita previamente en bases de datos. Para ayudar a la toma de decisiones en cuanto al manejo terapéutico se realizó una Gammagrafía de corteza suprarrenal que mostraba hipercaptación simétrica con glándula suprarrenal izquierda de mayor tamaño. Se inició tratamiento dirigido con ketoconazol y finalmente, tras valorar el caso en Comité, se decidió como opción terapéutica más adecuada la cirugía con suprarrenalectomía izquierda. En el screening familiar se han estudiado cinco familiares directos encontrándose en dos de ellos la misma mutación patogénica, aún pendientes pruebas complementarias para definir un diagnóstico definitivo.

Comentario final

- Ante una HTA en paciente joven sin antecedentes de interés, o acompañado de una serie de signos y síntomas característicos, se debe sospechar en HTA secundaria.

- La Hiperplasia suprarrenal macronodular bilateral primaria (HSMBP) es una causa rara de Síndrome de Cushing ACTH independiente < 2%.

- El interés actual está enfocado hacia la identificación de receptores adrenales aberrantes en pacientes con HSMBP, ofreciendo nuevas oportunidades para desarrollar terapias farmacológicas dirigidas como alternativa a la cirugía.

- Los pacientes con Síndrome de Cushing presentan un perfil cardiovascular de alto riesgo que puede persistir tras realizar un tratamiento eficaz, lo que hace necesario seguimiento a largo plazo.

Bibliografía

1. Alencar GA, Lerario AM, Nishi MY, et al. ARMC5 mutations are a frequent cause of primary macronodular adrenal Hyperplasia. *J Clin Endocrinol Metab.* 2014;99(8):E1501-E1509. 2 Assié G, Libé R, Espiard S, et al. ARMC5 mutations in macronodular adrenal hyperplasia with Cushing's syndrome. *N Engl J Med.* 2013;369(22):2105-2114.

719/5. BALLETO HIPERTENSIVO

Autores:

Castillo Matus, M.¹, Blanco Taboada, A.², Galán Azcona, M.³, Garrido Alfaro, R.⁴, Macías Clemente, J.¹, Andrades Gómez, C.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla, (2) Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga, (3) EIR 4º año en Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla., (4) Residente. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla., (5) Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen:

Descripción del Caso

Mujer de 37 años sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos. Antecedente obstétrico de tres embarazos sin complicaciones, no abortos. Acude a urgencias por hematuria macroscópica persistente desde junio 2021 junto con episodios de hipertensión arterial con cifras tensionales de 160/90 mmHg, sin otra sintomatología asociada. No realiza tratamiento antihipertensivo.

En las pruebas complementarias realizadas en urgencias destacaba hemoglobina 8.5 g/dL sin alteración de parámetros de función renal (creatinina 0.94 mg/dl). En el sistemático de orina presentaba hematuria (200 hematíes) con proteínas de 200 mg/dl.

La paciente fue remitida a consultas externas de Urología para estudio. Se realizó TC de abdomen con hallazgos de litiasis renal, no obstructivas. Cistoscopia con medio turbio por la hematuria, mucosa normal, sin lesiones macroscópicas sospechosas de malignidad. Analítica con hemoglobina 8.5 g/dl y sedimento de orina con 409 eritrocitos/campo. Tras valoración por Hematología se descartó coagulopatía como origen de la hematuria y se inició estudio de hipertensión arterial secundaria a enfermedad renal.

En consultas de Nefrología, los estudios realizados descartaron alteración de la función renal, presentando sólo alteraciones del sedimento urinario con proteinuria y macrohematuria. Se solicitó dismorfia en sedimento de orina para filiar origen de hematuria y se inició tratamiento con Enalapril 5 mg/día.

En espera de resultados la paciente acudió a urgencias por astenia y persistencia de hematuria con coágulos. A la exploración se encontraba tendente a la hipotensión TA: 90/70 mmHg. En analítica destacó Hb 5.5 g/dL motivo por el cual se solicitó nuevo TC de abdomen con hallazgos de microcálculos en riñón izquierdo sin repercusión sobre el sistema excretor y reducción del calibre de la vena renal izquierda a nivel de la pinza aorta mesentérica con dilatación de su segmento distal, acompañado de una dilatación de la vena ovárica con formaciones varicosas periuterinas. Hallazgos radiológicos que podrían visualizarse el contexto de un síndrome del cascanueces por com-

promiso de la vena renal en la pinza aortomesentérica, así como dilatación de la vena ovárica con formaciones varicosas periuterinas. Con estos resultados y ante el compromiso hemodinámico se decidió ingreso en Urología para Ureterorenoscopia (URS). Tras intento fallido de Ureteroscopia se solicitó interconsulta a cirugía vascular para valoración de tratamiento endovascular mediante la colocación de stent.

Exploración y Pruebas Complementarias

TA 160/85 mmHg, FC 97 lpm, IMC de 19 kg/m². Auscultación cardiaca rítmica, sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen blando, sin visceromegalias. No soplo abdominal. Extremidades con pulsos simétricos sin edemas ni signos de TVP.

- Analítica: Hb 8.4 g/dL, Factor XIII 74.1%, coagulación normal. VSG 1 mm/h, PCR 0.3 mg/L, FR, ANAS y ANCAS negativos, Ac. Antifosfolípidos, Anti-cardiolipinas y Anticoagulante lúpico negativo. Proteinograma normal.

- Orina 24 horas: proteínas 126 mg, albumina/creatinina 704 mg/g. Cortisol, metanefrinas, catecolaminas, aldosterona normales.

Jucio Clínico

-Síndrome de Cascanueces.

-Hipertensión arterial secundaria.

Comentario final

El síndrome del cascanueces es una causa rara de hematuria secundaria a la compresión de la vena renal izquierda entre la arteria mesentérica superior y la aorta.

La manifestación clínica característica es la hematuria. Otras manifestaciones incluyen proteinuria, dolor abdominal y varicocele izquierdo. Curiosamente, además de las manifestaciones clínicas descritas, nuestra paciente mostró una manifestación inusual: hipertensión arterial. No tenía antecedentes familiares de hipertensión, los exámenes de sangre, orina e imágenes no revelaron factores que pudieran causar hipertensión secundaria, asumiendo, por tanto, que la hipertensión estaba relacionada con la compresión de la vena renal izquierda. La hipertensión no es un signo clásico de este síndrome, pocos informes han descrito esta asociación, siendo con ello de interés nuestro caso.

Bibliografía

1. Chait J, Sen I, Kalra M. Nutcracker Syndrome: How to diagnose it and when/how should it be treated in the pelvic venous disease population. *Techniques in Vascular and Interventional Radiology*. 2021;24(1):100734.

719/8. RESISTENCIA AL CLOPIDOGREL COMO FACTOR CLAVE EN UNA ADECUADA PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL ICTUS ISQUÉMICO POR ENFERMEDAD ATEROMATOSA DIFUSA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

Luque-Ambrosiani, A.¹, Villagran Sancho, D.², Hernández-Chamorro, F.¹, Salgado Irazabal, M.¹, Villar Rodríguez, C.², Medina Rodríguez, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Neurología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla., (2) Residente de Neurología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, (3) Especialista en Neurología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen:

Descripción del Caso

Varón de 55 años, natural de Marruecos, hipertenso y diabético, sin tratamiento. Acudió al Servicio de Urgencias por dificultad para hablar de inicio brusco. En la semana anterior, su familia refería que participaba menos en las conversaciones. La tomografía computarizada craneal multimodal mostró ateromatosis difusa en troncos supraaórticos e intracraneal con estenosis intracraneales múltiples, iniciándose doble antiagregación con Ácido acetilsalicílico (AAS) y Clopidogrel, ambas con carga de 300 mg. En la resonancia magnética (RM) craneal s/c se objetivaron lesiones agudas-subagudas en territorios de arteria cerebral anterior (ACA) izquierda y cerebral posterior (ACP) derecha. Al alta se instauró tratamiento con doble antiagregación (AAS 100 mg/24 horas y Clopidogrel 75 mg/24 horas), junto con estatinas de alta potencia y antidiabéticos orales.

Al día siguiente de marcharse de alta, presenta una crisis comicial, realizándose nuevo TC craneal en el que se apreció lesión de novo en territorio de ACP izquierda. Reingresa para completar estudio por recurrencia bajo adecuado tratamiento antiagregante con cumplimiento correcto.

Exploración y Pruebas Complementarias

En la exploración general y por aparatos no hubo hallazgos patológicos, salvo TA en torno a 185/85; en la neurológica presentaba disfasia mixta moderada-grave y hemiparesia derecha.

El estudio analítico incluyó: Colesterol Total 152, LDL 101, HDL 23, Lp(A) 44,6 y HbA1c 7,3%, siendo el resto del estudio (serología, ANA, ANCA) negativo. El análisis de reactividad plaquetaria del clopidogrel frente al receptor P2Y12 (VerifyNow®) fue 254 (valores normales 95-208). La RM de cráneo mostró lesiones isquémicas de distinta cronología multiterritoriales (ACA izquierda, ACP derecha) y la secuencia black-blood no mostró captación de contraste en las arterias sugerente de vasculitis. El body-TC fue negativo y la ecocardiografía normal.

Jucio Clínico

Ictus isquémicos multiterritoriales recurrentes secundario a estenosis intracraneales múltiples arterioscleróticas en paciente con resistencia al clopidogrel.

Comentario final

Los pacientes con estenosis intracraneales arterioscleróticas sintomáticas se benefician de tratamiento con doble antiagregación, generalmente AAS junto con un inhibidor de la P2Y12. De este último grupo de fármacos, el más comúnmente usado en Neurología es el Clopidogrel. No obstante, como principal inconveniente, se asocia en torno al 30% de los pacientes a múltiples polimorfismos genéticos con porcentajes considerables de resistencia o hiperrespuesta. Consideramos, que dentro del algoritmo diagnóstico de este tipo de pacientes, debe incluirse el test de resistencia al clopidogrel.^{1,2}

Para el diagnóstico de la resistencia al Clopidogrel, disponemos de la valoración de la reactividad plaquetaria en unidades de reacción de P2Y12, también llamada PRU, por sus siglas en inglés. Esta medición es barata, rápida y fácil de hacer. Aquellos con valores de PRU mayores a 200-260 se consideran no respondedores.^{1,2} Los pacientes que son no respondedores y precisan doble antiagregación por ictus isquémico de repetición, se pueden beneficiar de cambiar Clopidogrel por Ticagrelor¹, como fue nuestro caso, en el que se modificó el tratamiento con AAS 100 mg/24h + Clopidogrel 75 mg/24h a AAS 100 mg/24h + Ticagrelor 90 mg/12h, con el que no ha vuelto a presentar recurrencias desde entonces.

Bibliografía

1. Berenson AM, Hawken TN, Fort DG, Money SR, Ramee SR, Sternbergh III WC, et al. Clopidogrel resistance is common in patients undergoing vascular and coronary interventions. *Vascular*. 2023;31(1):58-63.
2. Kang HG, Lee SJ, Heo SH, Chang D-i, Kim BJ. Clopidogrel Resistance in Patients With Stroke Recurrence Under Single or Dual Antiplatelet Treatment. *Front. Neurol*. 2021;12:652416.

719/10. HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE EN ADOLESCENTE

Autores:

Machado Álvarez, M.¹, Amaral Neiva, F.², Moliz Cordón, C.², Arrebola Montes, A.¹, Martínez Ramírez, R.¹, Martínez Esteban, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Nefrología. Hospital Regional Universitario de Málaga, (2) Especialista en Nefrología. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Resumen:

Descripción del Caso

Se trata de una mujer de 15 años de edad, nacionalidad española. Con antecedentes familiares de hipertensión arterial en la madre después de la menopausia. Y antecedentes personales a resaltar infección por SARS COV-2 leve hace 5 meses sin secuelas.

La paciente acudió a urgencias por cefalea y crisis hipertensiva, con presión arterial (PA) a su llegada de 189/130 mm Hg, e hipopotasemia. El siguiente caso se describe el estudio de hipertensión arterial (HTA) secundaria en una adolescente.

Exploración y Pruebas Complementarias

La exploración física y neurológica era anodina. Análiticamente se evidenciaba hipopotasemia de 2,04 mEq/L, alteración que ya estaba presente en una analítica previa con potasio de 3,04 mEq/L, sin nunca deterioro de la función renal normal con creatinina de 0,71 mg/dl, filtrado glomerular > 90 ml/min/1,73 m². En el estudio de causas secundarias evidenció renina elevada 1705 pg/mL (rango 4,4 - 46,1). La ecografía renal reportaba leve asimetría en el tamaño renal, con menor tamaño del riñón izquierdo. Se realizó ecografía Doppler renal, donde se apreciaba aplanamiento sistólico a nivel de la arteria renal izquierda, compatible con la sospecha de estenosis de arteria renal. Se solicitó una angiografía por tomografía computarizada que confirmó el diagnóstico, identificando una disminución en el calibre de la arteria renal izquierda a unos 16 mm de su origen.

Jucio Clínico

HTA secundaria a estenosis de arteria renal izquierda

Comentario final

El diagnóstico de HTA secundaria en adolescentes o niños puede complicarse, por lo que deberíamos tener alto índice de sospecha. La causa de la estenosis de la arteria renal encaminaba a ser una displasia fibromuscular. El tratamiento médico antihipertensivo de la paciente no fue suficiente, por lo que se decidió revascularización con angioplastia con balón. La evolución de la paciente posteriormente fue favorable sin necesidad hasta la fecha de antihipertensivo. En nuestro caso al ser una paciente joven cobra mayor importancia el tratamiento óptimo y precoz que podamos brindarle y así evitar posibles complicaciones.

Bibliografía

1. Rossi GP, Bisogni V, Rossitto G, Maiolino G, Cesari M, Zhu R, et al. Practice Recommendations for Diagnosis and Treatment of the Most Common Forms of Secondary Hypertension. *High Blood Press Cardiovasc Prev.* 2020;27(6):547-60.
2. Herrmann SM, Textor SC. Renovascular Hypertension. *Endocrinol Metab Clin North Am.* diciembre de 2019;48(4):765-78
3. Charles L, Triscott J, Dobbs B. Secondary Hypertension: Discovering the Underlying Cause. *Am Fam Physician.* 1 de octubre de 2017;96(7):453-61.
4. Van der Niepen P, Robberechts T, Devos H, van Tussenbroek F, Januszewicz A, Persu A. Fibromuscular dysplasia: its various phenotypes in everyday practice in 2021. *Kardiol Pol.* 2021;79(7-8):733-44.
5. Narula N, Kadian-Dodov D, Olin JW. Fibromuscular Dysplasia: Contemporary Concepts and Future Directions. *Progress in Cardiovascular Diseases.* 1 de marzo de 2018;60(6):580-5.
6. Gornik HL, Persu A, Adlam D, Aparicio LS, Azizi M, Boulanger M, et al. First International Consensus on the diagnosis and management of fibromuscular dysplasia. *Vasc Med.* abril de 2019;24(2):164-89.
7. Plouin PF, Baguet JP, Thony F, Ormezzano O, Azarine A, Silhol F, et al. High Prevalence of Multiple Arterial Bed Lesions in Patients With Fibromuscular Dysplasia: The ARCADIA Registry (Assessment of Renal and Cervical Artery Dysplasia). *Hypertension.* septiembre de 2017;70(3):652-8.
8. Shah KP, Peruri A, Kanneganti M, Gorsch L, Ramcharitar R, Williams C, et al. Fibromuscular dysplasia: A comprehensive review on evaluation and management and role for multidisciplinary comprehensive care and patient input model. *Semin Vasc Surg.* marzo de 2021;34(1):89-96.
9. Brinza EK, Gornik HL. Fibromuscular dysplasia: Advances in understanding and management. *Cleve Clin J Med.* noviembre de 2016;83(11 Suppl 2):S45-51.
10. Chrysant SG, Chrysant GS. Treatment of hypertension in patients with renal artery stenosis due to fibromuscular dysplasia of the renal arteries. *Cardiovasc Diagn Ther.* febrero de 2014;4(1):36-43.

719/11. RETOS DIAGNOSTICOS EN LA EDAD AVANZADA: UN CASO CLINICO DE DOLOR TORÁCICO EN UNA PACIENTE CON RIESGO CARDIOVASCULAR

Autores:

Cuello Castaño, A.¹, Daza Sánchez, M.², Sánchez Arribas, J.², Delgado Ferrary, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, (3) Residente de 5º año de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Resumen:**Descripción del Caso**

Mujer de 77 años con múltiples factores de riesgo cardiovascular (FRCV), entre ellos: hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2, obesidad y antecedentes de tabaquismo. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. En tratamiento con Omeprazol, Losartán, Simvastatina, Vildagliptina/Metformina, Empagliflozina y Sertralina.

Acudió a urgencias por malestar general con dolor torácico de características opresivas que se inició de forma repentina, sin sensación de palpitaciones, síncope o disnea ni semiología de insuficiencia cardíaca.

Durante la anamnesis, refirió antecedentes familiares de infarto agudo de miocardio y mencionó que recientemente su hijo había llegado de Letonia para visitarla.

Exploración y Pruebas Complementarias

Se encontraba estable, con tensión arterial de 150/90 mmHg y frecuencia cardíaca de 88 lpm. No se auscultaban soplos cardíacos ni anomalías a nivel pulmonar. Resto del examen físico normal.

En las pruebas complementarias destacaba:

-ECG a su llegada: depresión del segmento PR generalizada, ascenso del segmento ST de 1mm en V4-V6 y sublimétrico en cara inferior.

-ECG posterior: persistencia de segmento PR descendido generalizado y aparición de ondas T negativas en V4-V6.

-Analítica: TnT 1000 ng/dL con ascenso de hasta 1072 ng/dL y pro-BNP 3187 pg/mL.

- Ecoscopia VSCAN: VI levemente dilatado con acinesia de todos los segmentos medioapicales e hipercontractilidad compensadora de segmentos basales. FEVI moderadamente deprimida.

- Coronariografía: Dominancia derecha. Arterias coronarias sin lesiones.

Se decidió ingreso en planta de medicina interna para monitorización, estabilización cardíaca y continuar estudio por lo que en los siguientes días se realizó RMN cardíaca donde se observó ligera dilatación del ventrículo izquierdo con hipertrofia septal basal/media y disfunción sistólica moderada en segmentos medioapicales y ápex. Se identificaron pequeños trombos milimétricos en la luz del ventrículo izquierdo y una ligera dilatación del tronco de la arteria pulmonar. Hallazgos compatibles con enfermedad de Tako-Tsubo. Tras recibir el informe y la buena evolución clínica y analítica de la paciente, se decidió alta con tratamiento con anticoagulación oral con Edoxabán y ajuste del resto de fármacos para buen control de los FRCV.

Jucio Clínico

Miocardiopatía de estrés o síndrome de Tako-Tsubo.

Comentario final

El síndrome de Tako-tsubo es una condición cardíaca aguda caracterizada por una disfunción reversible del ventrículo izquierdo, desencadenada comúnmente por eventos emocionalmente estresantes o traumas físicos que generan una liberación excesiva de adrenalina. Afecta a personas de diferentes grupos de edad y género. En nuestro caso, una vez descartado el infarto agudo de miocardio dada la clínica superponible y la presencia de FRCV (hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, obesidad y tabaquismo), se sospechó que el desencadenante había sido el estrés emocional de la llegada del hijo del extranjero.

El diagnóstico de esta condición es, por tanto, un diagnóstico de exclusión, especialmente en pacientes con FRCV y debido a su potencial gravedad, se requiere un manejo adecuado para controlar los síntomas y prevenir complicaciones como insuficiencia cardíaca o arritmias.

Este caso destaca la importancia de un enfoque multidisciplinario y una evaluación exhaustiva mediante una cuidadosa interrogación, que en la mayoría de los casos son fundamentales para llegar a un diagnóstico preciso y proporcionar un tratamiento adecuado.

Bibliografía

1. Reeder GS, Prasad A. *Clinical manifestations and diagnosis of stress (Takotsubo) cardiomyopathy. Update. 2023.*
2. Urbarri A, Núñez Gil IJ, Conty DA, Vedia O, Almendro Delia M, Duran Cambra A, Martín García AC, Barrionuevo Sánchez M, Martínez Sellés M, Raposeiras Roubín S, Guillén M, García Acuña JM, Matute Blanco L, Linares Vicente JA, Sánchez Grande Flecha A, Andrés M, Pérez Castellanos A, Lopez Pais J. *Short- and Long-Term Prognosis of Patients With Takotsubo Syndrome Based on Different Triggers: Importance of the Physical Nature. J Am Heart Assoc. 2019 Dec 17;8(24):e013701. DOI: 10.1161/JAHA.119.013701. Epub 2019 Dec 13.*

719/12. UN ENEMIGO DISFRAZADO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Autores:

Rodríguez Sánchez, S.¹, Massé Palomo, A.¹, Espinosa Torres, F.², Orti Cuerva, F.³, Astudillo Ortega, P.⁴, Miranda Guisado, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, (2) Especialista de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, (3) Residente de 4º año de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, (4) Residente de 3er año de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen:

Descripción del Caso

Mujer de 34 años con hipertensión arterial (HTA) diagnosticada con 29 años. Realiza tratamiento con peridonpril, indapamida, amlodipino e hidroclorotiazida a dosis máximas. Presenta episodios de crisis hipertensivas a pesar de cuatro fármacos. Se realiza estudio de HTA secundaria diagnosticándose de hiperaldosteronismo primario (HAP). El hallazgo de un adenoma unilateral en el TC de suprarrenales superior a 1 cm clasificó el HAP en unilateral. La introducción de espironolactona al tratamiento normalizó la tensión arterial (TA). Se decide no realizar cateterismo de venas suprarrenales y realizar adrenalectomía unilateral. Posteriormente, la paciente está normotensa sin necesidad de fármacos.

Exploración y Pruebas Complementarias

Buen estado general, cifras de TA en el brazo derecho de 170/100 mmHg y brazo izquierdo de 165/100 mmHg a 70 lpm. La auscultación cardiopulmonar es rítmica sin soplos, el murmullo vesicular conservado sin otros ruidos. El abdomen es depresible, sin soplos. Los miembros inferiores sin edemas y ambos pulsos están presentes.

- Analítica de sangre: hemograma, coagulación normal y bioquímica normal salvo potasio en 3 mEq/L, colesterol total 170 mg/dl, c-HDL 64 mg/dl, c-LDL 97 mg/dl, triglicéridos 44 mg/dl, HbA1C 5,3%, TSH normal
- Concentración de renina <0,5 uIU/ml, actividad de renina plasmática (ARP) no calculable
- Aldosterona 34,30 ng/dl
- Cociente aldosterona/ARP superior a 30 ng/dl
- Aldosterona tras sobrecarga salina: 36,20 ng/dl
- Orina: normal
- ECG: ritmo sinusal a 70 lpm sin otras alteraciones
- TC sin contraste de glándulas suprarrenales: nódulo adrenal derecho de 21 mm compatible con adenoma. Adrenal izquierda normal
- Biopsia: adenoma corticosuprarrenal

Jucio Clínico

HTA secundaria a hiperaldosteronismo primario por adenoma suprarrenal derecho extirpado

Comentario final

El Hiperaldosteronismo primario (HAP) como causa de HTA secundaria, se considera la forma endocrina más común y la más frecuente curable. El exceso de aldosterona se relaciona con el incremento de morbilidad y mortalidad cardiovascular comparado con los pacientes con HTA esencial con los mismos niveles de PA (1). Todo esto, enfatiza la importancia de la detección temprana de pacientes con HAP.

Después de confirmar el diagnóstico de HAP, el próximo paso es determinar qué pacientes se van a beneficiar de tratamiento quirúrgico.

El TC de glándulas adrenales es el primer paso para la evaluación del subtipo de HAP. Los casos con hipersecreción de aldosterona unilateral representan las formas corregibles con cirugía. La secreción unilateral debería ser confirmada con un cateterismo de venas adrenales o muestreo venoso central (MVC) en la mayoría o en todos los casos ya que es la técnica Gold standard para definir el subtipo de HAP.

La presencia de un nódulo aislado >1cm en menores de 40 años es considerado por algunos expertos como un diagnóstico aceptable de HAP unilateral (5). Por esta razón en nuestra paciente se realizó cirugía sin realización de MVC.

La adrenalectomía se debería ofrecer a todos los pacientes con predominio de producción de aldosterona unilateral. La cirugía parece ser más efectiva que el tratamiento médico en el control de la HTA y en la reducción del número de

fármacos antihipertensivos (1). Revierte la hipertrofia del ventrículo izquierdo de forma más efectiva, reduce el riesgo de fibrilación auricular, de enfermedad renal crónica y parece reducir la mortalidad a largo plazo.(1).

Bibliografía

1. Reincke M, Bancos I, Mulatero P et al. *Diagnosis and treatment of primary aldosteronism. Lancet Diabetes Endocrinol.* 2021 Dec;9(12):876-892
2. Antonio Espino, Pablo Stiefel. *Manual de hipertensión arterial y lípidos: tablas y algoritmos. 1th Ed. Madrid: YOU & US. 2018*
3. Mulatero P, Monticone S et al. *Guidelines for primary aldosteronism: uptake by primary care physicians in Europe. J Hypertens.* 2016 Nov;34(11):2253-7
4. Huang WC, Lin YH, Wu VC et al. *Who should be screened for primary aldosteronism? A comprehensive review of current evidence. J Clin Hypertens (Greenwich).* 2022 Sep;24(9):1194-1203
5. Amar L, Plouin PF, Steichen O. *Aldosterone-producing adenoma and other surgically correctable forms of primary aldosteronism. Orphanet J Rare Dis.* 2010 May 19;5:9.

719/15. PEOR QUE TODO

Autores:

Orti Cuerva, F.¹, Astudillo Ortega, P.², Márquez López, L.³, Ariza Corbo, M.⁴, Rioja Villodres, J.⁴, Valdivielso Felices, P.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, (2) Residente de 3er año de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, (4) Centro de Investigaciones Médico-Sanitarias (CIMES). Málaga, (5) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Resumen:

Descripción del Caso

Mujer de 16 años remitida a nuestra consulta de Riesgo Vascular, tras múltiples episodios de epigastralgia y pancreatitis de repetición. Destacan varias cifras de triglicéridos (TG) >1000 mg/dl con pico de 2675 mg/dl. Debemos sospechar la hipertrigliceridemia como causa del cuadro planteándonos causas secundarias o primarias.

Solicitamos perfil lipídico que confirma un cociente Quilomicrones/VLDL >4.5 (fenotipo tipo I de Fredrickson). Posteriormente realizamos estudio genético donde objetivamos mutación intrónica en heterocigosis del gen GPIHBP1 de significación incierta que no nos permite confirmar origen genético. En test de Heparina para determinación de actividad y masa de Lipoproteinlipasa (LPL) resultó indetectable. Así pues, ante fenotipo tipo I de Fredrickson y la nula actividad de LPL, se establece el diagnóstico inicial de Síndrome de Quilomicronemia Familiar (SQF).

Posteriormente ampliamos estudio con panel de autoinmunidad objetivando títulos altos de autoanticuerpos anti-GPIHBP1 que podrían explicar la patogenia de la quilomicronemia como un fenómeno autoinmune, lo cual identifica una nueva patogenia de la enfermedad.

La paciente se ha manejado con dieta hipograsa estricta exclusivamente, con buena respuesta y sin nuevos episodios de pancreatitis.

Exploración y Pruebas Complementarias

Buen estado general, IMC 18,7. Auscultación cardiorrespiratoria y abdomen sin alteraciones. No xantomas.

- Test de Havel: negativo.
- Analítica tras varios días de ayuno: Hemograma normal, Bioquímica normal, Tiroides normal, Colesterol 167 mg/dl, TG 505 mg/dl, HDL 20 mg/dl, LDL 65.1 mg/dl, Apo-B 104 mg/dl.
- Autoinmunidad, porfirinas: Negativo.
- Ecografía abdomen: Sin hallazgos.
- Ultracentrífuga: Cociente Quilomicrones/VLDL 5.1
- Estudio genético: Mutación en GPIHBP1 en Heterocigosis c.523G>Cp.Gly175Arg; rs145844329 exón 4 y c.256-50 C>G intrón 3.

Jucio Clínico

Pancreatitis de repetición lipémica en contexto de Hiperquilomicronemia secundaria a fenómeno autoinmune por autoanticuerpos anti-GPIHBP1.

Comentario final

En pacientes con elevaciones de los triglicéridos, a expensas de quilomicrones, debemos realizar un diagnóstico diferencial entre formas secundarias y primarias. La sospecha inicial fue un SQF, enfermedad autosómica recesiva, aunque se han encontrado también variantes bialélicas en heterocigosis compuesta o mosaicismos. En concreto en nuestro caso la mutación se encuentra en heterocigosis, es unialélica e intrónica, por tanto, es difícil saber la funcionalidad.

Recientemente, Beigneux et al. (1) informaron de 6 pacientes con hiperquilomicronemia causada por autoanticuerpos GPIHBP1. Esta proteína, está anclada en las células endoteliales, su función es la de unirse a la LPL en los espacios subendoteliales y transportarla hacia luz capilar para que ejerza su acción. En su ausencia, la LPL permanece en el espacio intersticial, donde no puede procesar lipoproteínas ricas en triglicéridos originando la enfermedad.

Hasta el momento, se han informado una cincuentena de pacientes con estos anticuerpos en la literatura y todos tenían una hipertrigliceridemia grave con una incidencia de pancreatitis lipémica de hasta el 50% y una tasa de recurrencia mayor que otras causas secundarias (2).

La prevalencia de esta enfermedad es desconocida. Debemos sospecharla ante pacientes con otros autoanticuerpos, con enfermedades autoinmunes concomitantes o con episodios de hiperquilomicronemia intermitentes con resolución espontánea. Este último hecho debe hacernos plantear la necesidad del seguimiento de los niveles de TG de forma que, ante niveles bajos solicitemos nuevamente los niveles de anticuerpos y de actividad de LPL, pudiendo evitar la dieta hipograsa estricta a la que se ven sometidos estos pacientes durante las etapas de remisión de la enfermedad. Además, se abren nuevos caminos en el tratamiento, como los corticoides u otros inmunosupresores como el Rituximab.

La causa autoinmune debe considerarse en cualquier paciente con hiperquilomicronemia severa, no secundaria a otra patología y sin mutación genética compatible, abriendo un nuevo espectro patogénico, diagnóstico y terapéutico en esta enfermedad

Bibliografía

1. Beigneux, A. P., K. Miyashita, et al. Autoantibodies against GPIHBP1 as a cause of hypertriglyceridemia. *N. Engl. J. Med.* 2017Apr27;376(17):1647-1658.
2. Zhang G, Yang Q, et al. GPIHBP1 autoantibody is an independent risk factor for the recurrence of hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis. *J Clin Lipidol.* 2022Sep-Oct;16(5):626-634.

719/16. LO QUE LA PROTEINA ESCONDE

Autores:

Rico López, D.¹, Palacios Morenilla, C.¹, Lucena Torres, L.¹, Roa Chamorro, R.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada, (2) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Resumen:**Descripción del Caso**

Varón de 66 años con AP de HTA esencial tratada con ARA-II, hiperuricemia y ex-fumador. Derivado desde AP a la unidad de Hipertensión Arterial y Riesgo Cardiovascular por diagnóstico de dislipemia sin mejoría con medidas higiénico-dietéticas y tratamiento hipolipemiante. El paciente no comentó cambios recientes en dieta o nuevos fármacos que pudieran explicar los hallazgos. Por órganos y aparatos, pérdida de peso progresiva de 13 kilogramos en seis meses, con astenia pero sin hiporexia ni síntomas B. Desarrolló edemas perimaleolares, de predominio en tobillo derecho, con aumento de ritmo diurético, nicturia y orina más oscura y espumosa. Dolor abdominal a nivel epigástrico sin irradiación por el que se había realizado EDA y TC abdominal, con hallazgos de paniculitis mesentérica inespecífica.

Exploración y Pruebas Complementarias

A la exploración, peso 75 kilogramos, PA en consulta de 85/59 mmHg, FC 80 lpm. Auscultación cardiaca y respiratoria normal, así como la exploración abdominal. En MMII edemas a nivel bimaleolar, con fóvea +/+++.

En cuanto a las pruebas complementarias, aportaba analítica desde atención primaria: HbA1c 5'3%, Creatinina 0'74mg/dL, Á.úrico 6'3mg/dL, PT 4'7g/dL, Albúmina 2'4g/dL, GGT 88U/L, Colesterol 289mg/dL, LDLc 174mg/dL, no-HDLc 218mg/dL, Triglicéridos 239mg/dL; Hemoglobina 17'7g/dL, Leucocitos 13750 10x3/mcL y plaquetas 292000 10x3/mcL; TSH 2'6mcUI/L; NT-proBNP 2180pg/mL, Troponina 100pg/mL; Coagulación normal;

Sistemático y sedimento de orina: pH 7, Proteínas +++++, Nitritos +; Autoinmunidad negativa. Se planteó el diagnóstico de hipercolesterolemia secundaria con sospecha de síndrome nefrótico, solicitándose: Proteinograma en suero con IgA 479mg/dL, IgG 433mg/dL, IgM 64mg/dL con cadenas Kappa libres 24'22mg/L y cadenas Lambda libres 132'14mg/L (ambas elevadas). Se observó una banda monoclonal de cadena ligera lambda; Orina 24 horas: proteinuria de 11'88g/24h; Amiloide A 2'24mg/L; Ecocardiograma con signos compatibles con amiloidosis, muy inespecíficos. No alteraciones de la contractilidad y FEVI normal. Hipertrofia concéntrica ligera. Body-TC y PET-TC normales. Se planteó el diagnóstico de amiloidosis de cadenas ligeras. Se inició Captopril 2'5 mg/12h para disminuir la presión intraglomerular y evitar la proteinuria. Se contactó con Hematología para PAMO (con plasmocitosis del 3%) y con Dermatología para biopsia de grasa subcutánea siendo negativa para rojo congo. Se revisó EDA realizada resultando positiva para rojo congo. Solicitamos RMN cardiaca que sugirió amiloidosis con afectación cardiaca y realce tardío de gadolinio.

Jucio Clínico

Diagnóstico final: hipercolesterolemia secundaria a sd nefrótico por Amiloidosis AL-lambda. Se inició Ciclofosfámido-Dexametasona-Bortezomib con mejoría del síndrome nefrótico y de la dislipemia.

Comentario final

Encontramos causas primarias y secundarias de dislipemias. En causas secundarias encontramos hipotiroidismo, embarazo, anorexia, síndrome nefrótico o corticoides. En el caso de la amiloidosis AL, se produce el depósito de proteínas derivadas de inmunoglobulinas de cadenas ligeras de células plasmáticas clonales. El riñón se afectada en el 50-70%, cursando con proteinuria en rango nefrótico. Tiene una prevalencia de 51'27 por millón. El órgano más afectado es el corazón, siendo en muchos casos el que marca el pronóstico. Otro signo es la neuropatía autonómica con ortostatismo (15%). Hay que realizar proteinograma en suero y orina para establecer la discrasia de células plasmáticas existente subyaciendo un MM o macroglobulinemia de Waldstrom. Nuestro paciente, presentaba una débil banda monoclonal con una plasmocitosis en médula ósea del 3%, compatible con GMSI. Tras esto, se realiza biopsia que demuestre la presencia de depósito amiloide con rojo congo. El tratamiento es complejo, dependiendo de la edad del paciente. Actualmente el paciente continúa en tratamiento con buena tolerancia.

Bibliografía

1. Civeira F, Arca M, Cenarro A, Hegele RA. A mechanism-based operational definition and classification of hypercholesterolemia. *J Clin Lipidol [Internet]. 2022;16(6):813-21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacl.2022.09.006>*
2. Zanwar S, Gertz MA, Muchtar E. Immunoglobulin light chain amyloidosis: Diagnosis and risk assessment. *J Natl Compr Canc Netw [Internet]. 2023;21(1):83-90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6004/jnccn.2022.7077>*

719/17. ¡AY MI CABEZA!

Autores:

Rico López, D.¹, Gallego Romero, I.¹, VALENCIANO ORTIZ, T.², González Bustos, P.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada, (2) RESIDENTE. HUVN. GRANADA, (3) ADJUNTO. HUVN. GRANADA.

Resumen:

Descripción del Caso

Gestante de 37 semanas sin antecedentes personales de interés que ingresa para cesárea con score previo de bajo riesgo para preeclampsia. El primer día postparto presenta cifras de presión arterial (PA) controladas pero tras 48 horas comienza con cefalea intensa, pulsátil, de localización occipital que empeora con la sedestación, con fotofobia asociada presentando PAS>200 mmHg que se trata con varios bolos de labetalol iv, permaneciendo PA 180/88 mmHg.

Exploración y Pruebas Complementarias

Se realiza TC craneal que resulta normal. Horas después presenta crisis convulsiva tónico-clónica trasladándose entonces a UCI con diagnóstico preliminar de Eclampsia. Se realiza analítica urgente donde destaca pH 7,36, PCO2 28 mmHg, HCO3 16 mmol/L y ácido láctico 7,9 mmol/L. No se evidencia alteración del perfil hepático, anemia, plaquetopenia o cualquier otra alteración sugerente de síndrome de HELLP. Se inicia tratamiento con perfusión de sulfato de magnesio además de Doxazosina y Labetalol, con control parcial de cifras tensionales manteniéndose PAS 160-180 mmHg. Tras dos días de estancia en UCI, la paciente continúa con cefalea que no calma con analgesia habitual además de tendencia a la somnolencia. Presenta de forma repentina nueva crisis tónico-clónica por lo que se decide

inicio de fenitoína y realización de nuevo TC craneal que esta vez muestra foco de HSA parietal izquierdo junto con hipodensidades sugerentes de lesiones isquémicas subagudas en sustancia blanca de ambos lóbulos occipitales, corona radiada posterior y centros semiovais. Se añade Hidralazina y manidipino v.o logrando adecuado control de cifras tensionales (PA al alta de UCI 110/70mmHg) y de la cefalea, sin presentar nuevas crisis convulsivas. Se traslada a planta convencional realizándose RMN con resolución de la HSA así como de los focos sugerentes de lesión isquémica occipitales y en centro semiovais pero evidencia hiperintensidades T2 FLAIR en sustancia blanca subcortical parietooccipital bilateral en relación con edema vasogénico. Se realiza cambio a medicación vía oral comenzando con Bisoprolol 2,5mg cada 24h, Nifedipino 30mg cada 24h y Losartán 100mg/Hidroclorotiazida 12,5mg cada 24h con evolución favorable. Se realiza nueva RM con desaparición de todas las lesiones. Al mes HTA controlada con MAPA que muestra una PA media en 24 horas de 104/63mmHg que permite la retirada progresiva de antihipertensivos.

Jucio Clínico

Diagnóstico de síndrome de encefalopatía posterior reversible (síndrome de PRES) secundario a emergencia hipertensiva por Eclampsia.

Comentario final

El síndrome de PRES es un síndrome clínico-radiológico que se debe a una disregulación endotelial, con una incidencia entre el 20 y el 98% de las pacientes que presentan preeclampsia o eclampsia. Lo más característico detectándose hasta en el 94% de los pacientes, es una encefalopatía que varía desde confusión hasta el coma, presentando cefalea hasta en el 50%. Las convulsiones tónico-clónicas suelen ser la primera manifestación ocurriendo hasta en el 75% de los pacientes durante el curso del síndrome de PRES. La neuroimagen es fundamental, mostrando edema vasogénico sobre todo de sustancia blanca de hemisferios posteriores. El tratamiento debe realizarse en UCI con control de la presión arterial. En pacientes con diagnóstico de eclampsia suele usarse sulfato de magnesio además de fenitoína y labetalol. El síndrome de PRES suele ser reversible tras el control de la PA. A pesar de que los factores desencadenantes suelen recurrir en los pacientes, la recurrencia del síndrome de PRES es poco frecuente (<10%). En definitiva, el PRES es un síndrome con signos y síntomas neurológicos junto con cambios en neuroimagen en pacientes que desarrollan una hipertensión aguda grave cuyo tratamiento revierte, en la mayoría de los casos, las anomalías detectadas en la neuroimagen.

Bibliografía

1. Geocadin RG. Posterior reversible encephalopathy syndrome. *N Engl J Med [Internet]. 2023;388(23):2171-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/nejmra2114482>*

719/18. HIPERTENSIÓN, EMBARAZO Y SUPRARRENALES, UN TRIÁNGULO PELIGROSO

Autores:

Daza Sánchez, M.¹, Medina Sánchez, S.², Tous Romero, M.³, Ramírez Gurruchaga, P.⁴, Castilla Guerra, L.⁴

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, (2) Residente de 2º año de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, (3) Especialista en Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, (4) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Resumen:

Descripción del Caso

Mujer de 31 años sin antecedentes de interés. Derivada a consultas de Medicina Interna por crisis hipertensivas de un año de evolución, alcanzando cifras de 170/110 mmHg, asociadas a cefalea.

Exploración y Pruebas Complementarias

Inicialmente, se realiza despistaje de causas de hipertensión arterial secundarias:

- RMN: se detecta adenoma 1.6 cm en adrenal derecha, sin otros hallazgos de interés.
- Ecodoppler renal bilateral: flujo con velocidad, IR y morfología adecuada sin asimetrías significativas.

Se inició Espironolactona 50 mg c/24h, que se redujo a 25 mg a demanda por tendencia a la hipotensión. Fue remitida a Cirugía General pero, por dudas sobre el diagnóstico de hiperaldosteronismo se remitió a consultas de Endocrinología.

Jucio Clínico

Hiperaldosteronismo primario

Comentario final

Se decidió hacer pruebas confirmatorias:

- Test de captopril: aldosterona pre-captopril 27.1 y post-captopril 26.10.
- Gammagrafía con ¹³¹I-Norcolesterol: un aumento focal de la captación a nivel de glándula adrenal derecho.

Dado el diagnóstico de hiperaldosteronismo primario por adenoma suprarrenal, se plantea cirugía. Sin embargo, por el buen control tensional y situación personal de la paciente, se decide postponer con vigilancia estrecha. Posteriormente la paciente se queda embarazada. Se modifica espironolactona por Aldomet 250 mg a demanda. Durante las últimas 3 semanas de embarazo, comienza de nuevo picos de TA > 140/80 mmHg, por lo que se indica Labetalol 100 mg cada 8 horas. Además, empeoramiento analítico (aldosterona 55.2 ng/dl, renina <0.5 y cociente aldosterona/renina 110.40 ng/ml/hora).

Tras el parto, se reinicia Espironolactona, a espera de intervención quirúrgica. Tras la cirugía, la paciente se encuentra tendente a la hipotensión (90/60mmHg), objetivándose insuficiencia suprarrenal, por lo que se inicia fludrocortisona y Actocortina.

El hiperaldosteronismo primario es una causa frecuente de hipertensión arterial secundaria y de hipertensión arterial resistente. Está constituido por un conjunto de alteraciones que tienen como eje común la producción autónoma de aldosterona. La prevalencia se encuentra entre el 5-10% de los pacientes con hipertensión arterial y hasta el 20% de los pacientes con hipertensión resistente. Su causa más frecuente es la hiperplasia suprarrenal bilateral. Por el efecto de la aldosterona se pueden producir retención de sodio, supresión del eje RAA, pérdida urinaria de potasio, con o sin hipopotasemia y alcalosis metabólica. Conlleva un aumento del riesgo vascular y de daño orgánico relacionado con los niveles de presión arterial y de aldosterona.

Disponemos de tratamientos específicos que disminuyen las consecuencias del hiperaldosteronismo, ya sea tratamiento médico como quirúrgico. El objetivo del tratamiento es resolver las alteraciones hidroelectrolíticas, mejor control de cifras tensionales y mejorar la función renal y cardíaca.

El cribado del hiperaldosteronismo primario se realiza mediante la medición de las concentraciones de aldosterona, renina y el cociente aldosterona/renina plasmática. Se recomienda en:

- Pacientes menores de 40 años, con cifras de TA>150/100 en tres mediciones en días distintos.
- Pacientes con TA 140/90 resistente a 3 fármacos hipotensores (incluyendo un diurético)
- Pacientes con buen control tensional requiriendo de más de 4 fármacos.
- Pacientes con hipertensión y otros datos compatibles como hipopotasemia (espontánea o inducida por diuréticos), incidentaloma suprarrenal, SAHOS, antecedentes familiares de hiperaldosteronismo o de hipertensión arterial en menores de 40 años.

Bibliografía

1. Funder JW, Carey RM, Mantero F, Hasan Murad M, Reincke M, Shibata H, et al. The Management of Primary Aldosteronism: Case Detection, Diagnosis, and Treatment: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2016; 101(5):1889–1916.
2. Pillai PR, Griffith M, Schwarcz MD, Weiss IA. Primary Aldosteronism: Cardiovascular Risk, Diagnosis, and Management. *Cardiol Rev.* 2020;28: 84-91.
3. Irrutegui Guevara M, Calatayud Gutiérrez M, Parra Ramírez P, Gracia Gimeno P, Hanzuf A, Lamas Oliveirag C. Guía práctica sobre la evaluación inicial, seguimiento y tratamiento de los incidentalomas adrenales. *Endocrinol Diabetes Nutr.* 2020.

719/19. CRISIS HIPERTENSIVA, LESIONES DÉRMICAS Y POLIARTRITIS MIGRATORIA

Autores:

Martínez Ramírez, R.¹, De La Cueva Flores, I.¹, Casas González, C.², Moliz Cordón, C.², Martínez Esteban, M.³, Toledo Rojas, R.⁴

Centro de Trabajo:

(1) Residente. Hospital Regional Universitario de Málaga, (2) Especialista en Nefrología. Hospital Regional Universitario de Málaga, (3) Especialista en Nefrología. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga, (4) Medico Interno Residente. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.

Resumen:**Descripción del Caso**

Mujer de 52 años. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. No hábitos tóxicos. Como antecedentes personales destacaba obesidad, tiroidectomía total secundaria a cáncer de tiroides y trombosis venosa profunda anticoagulada. Negaba factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Su tratamiento habitual consistía en eutirox y sintrom.

La paciente acudió durante 2 meses en varias ocasiones a diferentes servicios de urgencias por cuadro de lesiones cutáneas; en este contexto siempre presentaba hipertensión arterial (HTA) que se controlaba en urgencias con medicación oral, en una paciente previamente no conocida como hipertensa. Las lesiones cutáneas fueron tratadas con diferentes pautas de antibióticos, tratamientos tópicos e incluso deflazacort, sin éxito.

Asociaba un cuadro de dos meses de evolución de astenia generalizada, rinitis y artralgias migratorias. Finalmente ingresó en medicina interna para estudio de dichas lesiones. Durante el ingreso presentó de manera progresiva fracaso renal agudo junto a sedimento activo con microhematuria más proteinuria no nefrótica y empeoramiento en el control de la presión arterial. Por dicho síndrome nefrítico se interconsulta con Nefrología y se decide traslado a nuestra servicio.

Exploración y Pruebas Complementarias

A la exploración presentaba lesiones cutáneas migratorias que se extendían por todo el cuerpo, principalmente en muslos, tronco, miembros superiores y cuero cabelludo. Eran pruriginosas, dolorosas, eritematosas con bordes más activos que la zona central y desaparecían espontáneamente.

Analíticamente destaca anemia normocítica y normocrómica, fracaso renal agudo. Coombs positivo para IgG. Microhematuria. Cociente proteínas creatinina en orina 1547 mg/g.

En la radiografía de tórax no se evidenciaban imágenes de condensación ni masas. Se realizó ecografía de abdomen, que resultó compatible con nefropatía parenquimatosa.

En las pruebas de autoinmunidad se detectó p-ANCA y anticuerpos anti MPO positivos, el resto negativo.

Ante el diagnóstico de Vasculitis asociada a ANCA se indicó la realización de biopsia de las lesiones cutáneas y biopsia renal

En el punch cutáneo se evidenció una dermatitis urticariforme con neutrofilia y signos indirectos de vasculitis de pequeño vaso. En la biopsia renal se observaron alteraciones compatibles con glomerulonefritis asociada a ANCAS de tipo semiluna.

Jucio Clínico

Vasculitis ANCA

HTA secundaria a cuadro inflamatorio sistémico.

Comentario final

La HTA es un importante factor de riesgo cardiovascular, en un 5-10% de los casos es secundaria a otra enfermedad. En el caso de HTA de nueva aparición asociada a astenia, artralgias y lesiones cutáneas deben orientar el diagnóstico hacia enfermedades sistémicas. Alteraciones en el sedimento urinario con proteinuria y hematuria junto con deterioro de la función renal nos deben hacer sospechar patología glomerular y, en esos casos, estaría indicado completar el estudio con una ecografía abdominal y se deberá valorar la indicación de biopsia renal, ya que el tratamiento de la hipertensión arterial puede variar. En este caso, inicialmente se administraron choques de esteroides y, una vez confirmado el diagnóstico de Vasculitis asociada a ANCA antiMPO con afectación renal, teniendo en cuenta los antecedentes tumorales de la paciente, se decidió continuar tratamiento inmunosupresor combinado con pauta descendente de prednisona oral, Rituximab y Ciclofosfamida.

Bibliografía

1. Chung SA, Langford CA, Maz M, Abril A, Gorelik M, Guyatt G, et al. 2021 American College of Rheumatology/Vasculitis Foundation guideline for the management of antineutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitis. *Arthritis Rheumatol.* 2021;73(8):1366–83. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34235894/>
2. Furuta S, Nakagomi D, Kobayashi Y, Hiraguri M, Sugiyama T, Amano K, et al. Effect of reduced-dose vs high-dose glucocorticoids added to rituximab on remission induction in ANCA-associated vasculitis: A randomized clinical trial: A randomized clinical trial. *JAMA.* 2021;325(21):2178–87. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34061144/>
3. McAdoo SP, Medjeral-Thomas N, Gopaluni S, Tanna A, Mansfield N, Galliford J, et al. Long-term follow-up of a combined rituximab and cyclophosphamide regimen in renal anti-neutrophil cytoplasm antibody-associated vasculitis. *Nephrol Dial Transplant.* 2019;34(1):63–73. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29462348/>

719/20. HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA NEUROGÉNICA E HIPERTENSIÓN SUPINA NOCTURNA: UN FINO EQUILIBRIO

Autores:

Villagran Sancho, D.¹, Villar Rodríguez, C.¹, Hernández Chamorro, F.², Macías García, D.³, Adarmes Gómez, A.³, Espinosa Torres, F.⁴

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Neurología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, (2) Enfermería de 3º año de Neurología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla., (3) Especialista de Neurología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, (4) Especialista de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen:

Descripción del Caso

Paciente de 52 años, exbebedor, que consulta en Neurología por mareo, visión borrosa, desvanecimiento y desequilibrio, asociado a hipotensión arterial, con estudio cardiológico y exploración inicialmente anodina. Se revisa 6 meses después, comentando empeoramiento de la sintomatología.

Exploración y Pruebas Complementarias

En dicha valoración se objetiva alteración oculomotora, dismetría tetraapendicular, disdiadococinesia, habla escandida, inestabilidad y bradicinesia. Además, clínica disautonómica y trastorno de la conducta del sueño REM. Ingresa para completar estudio y se deriva a consulta de hipertensión arterial (HTA). Aquí, relata episodios de desvanecimiento de predominio matutino y postprandial. Tras 3 minutos de decúbito se obtiene TA 141/88mmHg y FC 88lpm, con TA en sedestación de 73/56mmHg y tras 3 minutos de bipedestación TA 79/46mmHg y FC de 104lpm, compatible con hipotensión ortostática (HO). Se realizan durante el estudio:

- RM craneal: atrofia cerebelosa de predominio vermiano y ponto-olivar.
- Analítica: hemograma, coagulación, inmunoglobulinas y bioquímica normales. Marcadores tumorales, antineuronales en suero y VIH negativos.
- TC toracoabdominal: sin hallazgos relevantes.
- SPECT FP-CIT: sin degeneración nigroestriatal.
- MIBG-cardíaco: normal.
- ENMG: polineuropatía de fibra gruesa sensitiva y desmielinizante, bilateral, simétrica, distal y tetraapendicular de predominio inferior. Probable polineuropatía de fibra fina con alteración del sistema simpático.
- PL: LCR sin hallazgos. CASPR2, DPPX, IgLON5 negativos.
- PET-TAC cerebral 18-FDG: compatible con AMS-c.
- MAPA 24 h sin medicación: 90% lecturas exitosas. TA 24h 138/96mmHg FC 92lpm, TA diurna 133/94, FC 93lpm, TA nocturna 148/101mmHg, FC 90lpm. Patrón riser. TA al levantarse: 80/50mmHg. Pico sistólico de 200mmHg a las 17h.

Jucio Clínico

HON en el contexto de AMS-c clínicamente establecida, aunque con datos atípicos (polineuropatía desmielinizante, axonal y de fibra fina asociada, FP-CIT normal).

Comentario final

El paciente comienza tratamiento con fludrocortisona y es revisado tras realizarse MAPA, donde se observan cifras tensionales en rango durante la mayor parte del día con episodios de hipoTA (\approx 70/40mmHg) durante la bipedestación y patrón riser nocturno, así como un registro con TAS de 200mmHg a las 17.00h, coincidiendo con decúbito durante la siesta. Se añadió doxazosina nocturna al tratamiento. En las sucesivas consultas el paciente comentaba cada vez mayor temor a salir a la calle tras caídas a pesar del tratamiento, por lo que se decide plantear con la Unidad del Dolor el implante de neuroestimulador.

A diferencia de otras sinucleinopatías, la disfunción autonómica de la AMS está causada por la degeneración de neuronas del SNC implicadas en el reflejo barorreceptor, y <30% de los pacientes presentan degeneración de los nervios simpáticos posganglionares. En estos pacientes los niveles plasmáticos de Noradrenalina (Nor) son normales. Esto explica aproximaciones terapéuticas ligeramente diferentes para el tratamiento de la HON en la AMS en comparación con otras sinucleinopatías³. Por ejemplo, el bloqueo de los transportadores presinápticos de Nor aumentando sus niveles a nivel de la unión vascular simpática con fármacos como la atomoxetina resulta una opción interesante. Este fármaco ejerce su efecto vasopresor predominantemente en bipedestación, evitando

efectos indeseados en pacientes con HSN. Otra opción terapéutica es un neuroestimulador epidural colocado en raíces nerviosas de nervios torácicos, activando neuronas preganglionares simpáticas.

En la mayoría pacientes con AMS coexisten HON y HSN. Habitualmente se prioriza el control estricto de la HON, buscando reducir síntomas incapacitantes. Sin embargo, desconocemos las repercusiones a largo plazo de la HSN, requiriendo de más estudios para determinar qué objetivo perseguir en cuanto a cifras tensionales en estos pacientes.

Bibliografía

1. Gibbons CH, et al. *The recommendations of a consensus panel for the screening, diagnosis, and treatment of neurogenic orthostatic hypotension and associated supine hypertension. J Neurol.* 2017;264(8):1567–82.
2. Idiaquez JF, et al. *Neurogenic Orthostatic Hypotension. Lessons from Synucleinopathies. Am J Hypertens.* 2021;34(2):125–33.
3. Palma JA, Kaufmann H. *Treatment of autonomic dysfunction in Parkinson disease and other synucleinopathies. Mov Disord.* 2018;33(3):372–90.

719/26. A PESAR DE CONOCER AL CULPABLE

Autores:

Martínez Ramírez, R.¹, Hidalgo Guzmán, P.², Martínez Esteban, M.³, López Jiménez, V.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente. Hospital Regional Universitario de Málaga, (2) Especialista en Nefrología. Hospital Regional Universitario de Málaga, (3) Especialista en Nefrología. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga.

Resumen:

Descripción del Caso

Varón de 47 años. Como antecedentes de interés destaca, madre con HTA esencial, fumador desde hace 20 años, diagnosticado con 23 años de arteritis de Takayasu, con compromiso vascular en varios territorios. Recibió tratamiento con Infliximab y Micofenolato de Mofetilo; monorreno funcional por trombosis de arteria renal derecha; estenosis de arteria renal izquierda tratada con angioplastia y stent, trombosis del stent a los 5 años y realización de bypass aorto-renal con injerto de safena inversa.

En seguimiento en consultas de Medicina Interna, es derivado a consultas de Nefrología por un control subóptimo de la presión arterial (PA) a pesar de tratamiento con 4 fármacos antihipertensivos, donde se solicita estudio con analítica y eco-doppler abdominal.

Exploración y Pruebas Complementarias

A la exploración, pulsos periféricos en miembro superior izquierdo ausente. No se auscultan soplos. La medición de la PA se realiza en el brazo derecho.

Analíticamente; función renal estable, reactantes de fase aguda elevados, hemograma y coagulación sin alteraciones.

En ecografía-doppler abdominal se evidencia un índice de resistencia elevado en arteria renal izquierda a nivel del stent, posiblemente por trombosis a dicho nivel. Por ello se amplía el estudio con una resonancia magnética para ahorrar radiación y contraste. Sin embargo, la resonancia resulta insuficiente para la valoración por el artefacto ferromagnético del stent. Durante este tiempo, la MAPA del paciente se había mantenido controlada, habiendo podido disminuir el tratamiento a 3 fármacos antihipertensivos.

Se solicita angioTAC donde se evidencia una estenosis de arteria renal izquierda proximal, siendo esta permeable a nivel distal, probablemente por anastomosis de vasos dependientes de la arteria iliaca externa (plexo hemorroidal).

Jucio Clínico

HTA vasculorrenal

Enfermedad renal crónica estadio 2A2 secundario a vasculopatía por Arteritis de Takayasu con oclusión total de a. renal derecha

Comentario final

En la HTA secundaria, en ocasiones, el tratamiento de la causa no conlleva la normalización de la PA debido a la elevada prevalencia de HTA esencial subyacente o a un daño vascular ya establecido.

La arteritis de Takayasu es una vasculitis de grandes vasos. Inicialmente la clínica puede ser inespecífica, con síntomas constitucionales, pero posteriormente desarrollan síntomas asociados al daño vascular. La HTA está presente en más del 50% de los casos, debido al estrechamiento de una o ambas arterias renales, pero la afectación de las arterias en miembros superiores puede dificultar su evaluación, es importante un cuidadoso examen físico. El diagnóstico se lleva a cabo a través de pruebas de imagen. El tratamiento se basa en glucocorticoides a dosis elevadas junto con fármacos ahorradores de corticoides, cuya elección habrá que individualizar según la características de cada paciente, sin que exista en el momento actual evidencia suficiente que favorezca claramente a uno sobre otro. En el caso de nuestro paciente, creemos que se pudo descontrolar la PA debido a la trombosis parcial del stent, y que posteriormente se formaron anastomosis anómalas gracias a las cuales se consiguió un mayor control sin grandes cambios en el tratamiento antihipertensivo.

Bibliografía

1. Bhandari S, Butt SRR, Ishfaq A, Attaallah MH, Ekhtor C, Halappa Nagaraj R, Mulmi A, Kamran M, Karski A, Vargas KI, Lazarevic S, Zaman MU, Lakshmi Priya Vetrivendan G, Shahzed SMI, Das A, Yadav V, Bellegarde SB, Ullah A. Pathophysiology, Diagnosis, and Management of Takayasu Arteritis: A Review of Current Advances. *Cureus*. 2023 Jul 29;15(7):e42667. doi: 10.7759/cureus.42667. PMID: 37525862; PMCID: PMC10386905.
2. Santamaría Olomo R, Gorostidi M. Hipertensión arterial secundaria. Lorenzo V, López Gómez JM (Eds). *Nefrología al día*. ISSN: 2659-2606. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/409>
3. Andrews J, Al-Nahas A, Pennell DJ, Hossain MS, Davies KA, Haskard DO, Mason JC. Non-invasive imaging in the diagnosis and management of Takayasu's arteritis. *Ann Rheum Dis*. 2004 Aug;63(8):995-1000. doi: 10.1136/ard.2003.015701. PMID: 15249328; PMCID: PMC1755083.

719/27. HIPERTENSIÓN E ICTUS: ¿EXISTEN DISTITOS PERFILES DE EDAD?

Autores:

Castilla Guerra, L.¹, De La Serna Fito, M.², Fernández Moreno, M.², Luque Linero, P.³, Escobar Rodríguez, G.⁴, Jimenez Hernandez, M.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, (2) Especialista de Neurología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla, (3) Especialista en Riesgo Vascular. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, (4) Grupo de Investigación e Innovación en Informática. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, (5) Especialista de Neurología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen:

Introducción y Objetivos

La hipertensión arterial es el factor de riesgo modificable de ictus más prevalente. La edad también juega un papel predominante, duplicándose el riesgo de ictus por cada década de vida a partir de los 55 años. No obstante, en pacientes hipertensos no está descrita como la edad influyen en la aparición de un evento cerebrovascular. Nos planteamos ver como influye la hipertensión sobre la aparición del ictus y cómo ésta varía con la edad.

Métodos

Realizamos un estudio de cohorte retrospectiva basado en la población local de la provincia de Sevilla y según los datos recogidos en el Diraya, el sistema de historia clínica electrónica (HCE) del Servicio de Salud Pública de Andalucía (España) (SSPA) de pacientes con un primer ictus dados de alta de los hospitales públicos de Sevilla (España) entre 1999 y 2021. Se incluyeron sólo pacientes con hipertensión como factor de riesgo. La muestra se dividió en 3 grupos: pacientes ≤ 50 años, entre 51-79 años y ≥ 80 años.

Resultados

Se analizaron 42.855 ictus, de estos se incluyeron a 2.141 (5%) pacientes hipertensos con un primer ictus, edad media 68 (± 15) años y 1.010 (47,2%) mujeres. Se incluyeron 1.274 (59,5%) ictus isquémicos y 867 (40,5%) hemorrágicos, 309 (14,4%) pacientes ≤ 50 años, 1.253 (58,3%) pacientes de 51 a 79 años y 579 (27,3%) pacientes ≥ 80 años. El porcentaje de pacientes con diagnóstico previo de hipertensión fue del 24,3% vs. 51,3% vs. 79,4% ($p < 0,001$), con un tiempo medio del diagnóstico hasta el ictus de 5,5 ($\pm 3,7$) vs. 7,8 ($\pm 4,9$) vs. 9,6 ($\pm 5,1$) años ($p < 0,001$) respectivamente. El número de ictus hemorrágico fue de: 171 (55,3%), 523 (41,7%) y 172 (29,7%) ($p < 0,001$), siendo la mortalidad al año del 3,2%, 10% y 35,6% respectivamente ($p < 0,001$).

Conclusiones

En pacientes hipertensos con un primer ictus el porcentaje de hemorragias es superior a lo esperado, especialmente en los pacientes jóvenes, donde supera más de la mitad de los casos. Además, la mayoría de los pacientes jóvenes con ictus no estaban diagnosticados previamente de hipertensión arterial. Nuestros resultados señalan que la práctica clínica actual debería de cambiar. Pensamos que es prioritario optimizar el diagnóstico y control de la hipertensión, especialmente en los sujetos más jóvenes, para disminuir la enorme carga sociosanitaria que el ictus representa.

719/29. ANALIZANDO EL PRINCIPAL SOSPECHOSO**Autores:**

Lucena Torres, L.¹, Rico López, D.², González Bustos, P.¹

Centro de Trabajo:

(1) Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada, (2) Residente de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Resumen:**Descripción del Caso**

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

Exploración y Pruebas Complementarias

Presión arterial (PA) 138/81 mmHg (sin diferencias significativas entre los cuatro miembros) Frecuencia cardiaca (FC)76 lpm Temperatura: 36.3°C Saturación periférica de O₂ (SpO₂) 98% aa Buen estado general, atento y orientado en las 3 esferas, neurológicamente sin alteraciones (Glasgow 15/15).Eupneico en reposo. -Auscultación cardiorespiratoria: tonos rítmicos sin soplos.MVC sin ruidos sobreañadidos

-Abdomen sin hallazgos relevantes. No soplos.

-Miembros inferiores sin edemas ni signos de TVP. Pulsos conservados simétricos.

Pruebas complementarias:

En urgencias

-Hemograma sin alteraciones

-Bioquímica sin alteraciones,iones en rango

-GSV: pH 7,37,CO₂ 52,bicarbonato 30,6,lactico 1,5

-ECG: RS 80lpm,QRS estrecho, sin alteraciones en la repolarización

-Radiografía de tórax:ICT < 0,5, sin condensaciones ni derrame pleural

-Ecografía abdominal:Nódulo adrenal derecho sólido de 2,3 cm de diámetro.

En consulta

-Bioquímica: Colesterol total 150g/l,TG 83g/l,TSH 1,33uUI/ml,Cortisol 12ug/dl(6,7-22,6 ug/dl),Aldosterona 67,2ng/dl(38-150 ng/dl),Renina <0,3ng/L(1, 7-23,9 ng/dl),PCR 34,5 mg/L

-Bioquímica orina:albumina 0,5mg/dl,creatinina 59mg/dl,albumina/creatinina 8,5mg/g,cortisol orina 24h 1,23ug/dl,cortisol excreccion orina 24h 25ug/24h(5-62 ug/24h), cortisol/creatinina orina 24h 16ug/g, metanefrinas excreccion en orina 24h 113ug/24h (3-40 ug/24h),normetanefrina excreccion orina 24h 383ug/24h (74-297 ug/24h),-metanefrina orina 24h 57ug/L(73-808 ug/L),normetanefrina orina 24h 191ug/L,metanefrina/creatinina orina 24h 76ug/g(10-450 ug/g), normetanefrina/creatinina orina 24h 256ug/g(100-750ug/g)

-Hemograma sin alteraciones

-RM glándulas suprarrenales: nódulo adrenal derecho 2.3 cm de diámetro mayor con características por RM sugestivas de adenoma

Jucio Clínico

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

Comentario final

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

Bibliografía

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

719/30. EDEMA AGUDO DE PULMÓN RECURRENTE EN PACIENTE EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA

Autores:

Arrebola Montes, A.¹, Machado Álvarez, M.², Martínez Ramírez, R.³, Martínez Esteban, M.⁴

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Nefrología. Hospital Regional Universitario de Málaga, (2) Residente de 2º de Nefrología. Hospital Regional Universitario de Málaga, (3) Residente. Hospital Regional Universitario de Málaga, (4) Especialista en Nefrología. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Resumen:**Descripción del Caso**

Mujer, 72 años, HTA, DL, FA.

Colostomía tras diverticulitis aguda perforada.

ERC (Glomerulonefritis Mesangial IgA biopsiada). Inicio HD en 2002.

Primer trasplante renal (septiembre 2002). Uropatía obstructiva e infecciones de repetición a Hemodiálisis (diarrea). Trasplante en 2003.

Segundo trasplante en 2006 con rechazo crónico a Hemodiálisis (2015).

Contraindicada para tercer trasplante por calcificación vascular.

Presenta aumento de disnea progresivo con empeoramiento en el último mes y necesidad de hemodiálisis diaria en la última semana, sin clínica infecciosa. Ortopnea sin dolor torácico, palpitations ni disnea paroxística nocturna. No tos ni expectoración.

Previamente desde 2020 con cuatro sesiones de Hemodiálisis a la semana por disnea. Ingresos en 2021 y en 2022 por aumentos súbitos de disnea y seguimiento en consultas de Cardiología y Neumología por este mismo motivo, habiéndose descartado origen cardíaco o respiratorio de la disnea. Tampoco se ha apreciado mejoría total aumentando las sesiones de hemodiálisis. Se ha hecho cierre parcial de la FAV sin mejoría significativa. Se decide ingreso para estudio.

Exploración y Pruebas Complementarias

Hipertensa. Saturación oxígeno 91-92% ambiente.

ACP: Arritmica, crepitantes hasta campos medios.

Abdomen: Colostomía, no soplos abdominales, no dolor.

MMII sin edemas ni signos de TVP.

- AS:NT-proBNP 18.428pg/ml, troponina 56ng/ml, PCR 3mg/L, Hb 11.4g/dl, resto del hemograma y gasometría normal.
- PCR virus: negativas.
- Radiografía tórax: Derrame pleural derecho conocido.
- Ecocardiograma: Función sistólica biventricular conservada.
- AngioTC abdomen: Riñones atróficos con arteria renal derecha con estenosis en ostium. Renal izquierda de pequeño calibre con estenosis extrarrenal.

→Angioplastia: Estenosis en ostium renal derecha tratado con angioplastia de 4mm sin stent. Renal izquierda no revascularizable.

PREVIAS:

- TC abdomen 2020: Arteria renal derecha con calcificación en ostium con paso de contraste filiforme posterior, izquierda permeable con placas de ateroma.
- Cateterismo 2021: Coronarias normales.
- Pruebas función respiratorias y SPET-TC2022: normales

Jucio Clínico

Tras haber descartado origen cardíaco o respiratorio de la disnea, ante los cuadros de edema de pulmón flash, sobre todo al inicio de la noche y madrugada, con necesidad de ultrafiltración urgente, y las pruebas complementarias se sospecha estenosis de arteria renal bilateral y síndrome de Pickering.

Comentario final

Se programaron sesiones de hemodiálisis diarias, con posibilidad de disminuir a cuatro/semana como previamente. Aunque ambulatoriamente la intensificación de sesiones no fue suficiente, durante el ingreso con mejor control de PA, restricción de líquidos y sal, medidas difíciles de conseguir en domicilio, sí se consiguió.

Tras realización angioplastia de arteria renal derecha, al alta, se añadió AAS y se suspendió losartán, dejando solo amlodipino 5mg con PA bien controlada.

Es difícil diagnosticar la estenosis de arteria renal por confundirse con HTA esencial previa o ser atribuida a otra enfermedad renal. Hay que sospecharla ante empeoramiento de HTA previa bien controlada, edema flash de pulmón, aumento creatinina>30% tras IECA/ARAI, IR rápidamente progresiva, asimetría renal, soplo abdominal o hipopotasemia.

Es importante diagnosticarlo por ser una causa de HTA secundaria reversible. Se prefiere terapia médica en todos los pacientes (tratamiento médico con control de FRCV, AAS y bloqueo del SRAA) y recurrir a angioplastia en fracaso del tratamiento médico, edema flash de pulmón, insuficiencia cardíaca refractaria o insuficiencia renal progresiva.

En este caso, una paciente en hemodiálisis con síndrome de Pickering, tiene indicación de angioplastia, aunque el objetivo no sea la mejoría de función renal. Aun lleva poco tiempo de evolución y no queda claro que vaya a resolverse por completo, ya que la HTA de esta paciente es multifactorial: volumétrica, sin diuresis residual, aterosclerosis generalizada, alteración del MOM, ... Sin embargo, nunca antes había presentado EAP hasta la estenosis de arteria renal.

Bibliografía

1. *Hipertensión arterial renovascular | Nefrología al día.*
2. *Feehally J. Comprehensive Clinical Nephrology. 6ª edición. Elsevier. 2019.*
3. https://www-uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/chronic-kidney-disease-resulting-from-atherosclerotic-renal-artery-stenosis?search=estenosis%20arteria%20renal&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
4. https://www-uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/treatment-of-unilateral-atherosclerotic-renal-artery-stenosis?search=estenosis%20arteria%20renal&topicRef=3841&source=see_link
5. https://www-uptodate-com.bvsspa.idm.oclc.org/contents/treatment-of-bilateral-atherosclerotic-renal-artery-stenosis-or-stenosis-to-a-solitary-functioning-kidney?search=estenosis%20arteria%20renal&topicRef=3834&source=see_link

719/31. CEFALEA Y ANTICONCEPTIVOS ORALES. A PRO- PÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Rodríguez Espejo, M.¹, Vázquez Montiel, M.², Tébar Vizcaino, A.³, Palomo Ruiz, A.⁴

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aguadulce Sur. Roquetas de Mar. Almería, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Poniente. Almería, (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. El Ejido Norte. Almería, (4) Residente de 4º año. Centro de Salud Roquetas Norte. Almería.

Resumen:

Descripción del Caso

Mujer de 22 años que acude por cefalea de intensidad moderada de 4 días de evolución que ha empeorado en las últimas 24 horas. Refractaria a tratamiento analgésico con paracetamol 1g e ibuprofeno 600mg. Refiere hace años cuadros migrañosos pero menos intensos. Ahora describe el dolor como holocraneal irradiado a retroocular, pulsátil. Asocia sonofobia y fotofobia. Náuseas sin vómitos. Niega mareo o sensación de inestabilidad. Niega alteraciones de la visión. Afebril en triaje. Niega hábitos tóxicos, realiza deporte de fuerza y aeróbico de forma habitual. Constitución atlética. Sin hospitalizaciones, sin antecedentes médico-quirúrgicos que hayan precisado seguimiento. Único tratamiento actualmente: Anticonceptivos orales.

Exploración y Pruebas Complementarias

Buen estado general, normocoloreada, normohidratada y normoperfundida. Eupneica en reposo. Tensión arterial: 112/78 mmHg. Escala visual analógica del dolor: 9.

Exploración neurológica: Consciente y orientada. Pupilas isocóricas normorreactivas a la luz. Se reproduce una llamativa fotofobia durante la exploración. Movimientos oculares extrínsecos conservados, sin nistagmos. Sin signos de parálisis facial. Resto de pares craneales sin alteraciones. Fuerza y sensibilidad conservadas en las cuatro extremidades, sin claudicación de ningún miembro. Romberg negativo. Marcha en tándem conservada. Sin disimetrías ni disdiacocinesias.

Auscultación cardiorrespiratoria: Tonos cardiacos rítmicos sin soplos y murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos. Miembros inferiores sin edema ni signos de trombosis venosa profunda.

Analítica sanguínea con iones normales y resto de bioquímica sin alteraciones. Hemograma normal. Tiempos de coagulación normales. Reactantes de fase aguda normales.

Se realiza TC de cráneo sin contraste intravenoso en primer lugar y se completa estudio con administración de contraste intravenoso. Adquisición de imágenes en fase venosa donde se aprecia defecto de repleción en seno transversal izquierdo, así como en seno sagital superior. Hallazgos sugestivos de trombosis venosa.

Jucio Clínico

Trombosis venosa dural con anticonceptivo oral como único desencadenante.

Comentario final

Diagnóstico diferencial: cefalea por estrés, migraña sin aura, meningitis, meningoencefalitis, hemorragia subaracnoidea, trombosis venosa central.

Los factores de riesgo más frecuentes de TVC son:

- Condiciones protrombóticas, ya sean genéticas o adquiridas.
- Obesidad
- Anticonceptivos orales
- Embarazo y puerperio
- Malignidad
- Infección
- Lesiones en la cabeza y precipitantes mecánicos.

En más del 85 por ciento de los pacientes adultos, se puede identificar al menos un factor de riesgo de TVC, con mayor frecuencia una condición protrombótica heredada o adquirida. Se encontró un estado protrombótico en el 41 por ciento. En pacientes jóvenes fueron comunes los trastornos de cabeza y cuello, principalmente infecciones y enfermedades sistémicas crónicas (p. ej., enfermedades del tejido conectivo, trastornos hematológicos y cáncer).

Factores de riesgo adquiridos: los factores de riesgo adquiridos más comunes son el embarazo y el puerperio, el uso de anticonceptivos orales, las neoplasias malignas y la obesidad. Se identificó un factor de riesgo específico del sexo (anticonceptivos orales, embarazo, puerperio y terapia de reemplazo hormonal) en el 65 por ciento de las mujeres. Los moduladores de los receptores de estrógeno, como el tamoxifeno, y la terapia de reemplazo hormonal se han asociado con la TVC en informes de casos.

Anticonceptivos orales: el factor de riesgo más frecuente de TVC en pacientes mujeres más jóvenes es el uso de anticonceptivos orales. Además, el riesgo de TVC en mujeres que usan anticonceptivos orales aumenta en presencia de un defecto protrombótico y obesidad.

Bibliografía

1. Saposnik G, Barinagarrementeria F, Brown RD Jr, et al. *Diagnosis and management of cerebral venous thrombosis: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke* 2011;42:1158.
2. Coutinho JM, Zuurbier SM, Aramideh M, Stam J. *The incidence of cerebral venous thrombosis: a cross-sectional study. Stroke* 2012; 43:3375.
3. Devasagayam S, Wyatt B, Leyden J, Kleinig T. *Cerebral Venous Sinus Thrombosis Incidence Is Higher Than Previously Thought: A Retrospective Population-Based Study. Stroke* 2016; 47:2180.
4. Kristoffersen ES, Harper CE, Vetvik KG, et al. *Incidence and Mortality of Cerebral Venous Thrombosis in a Norwegian Population. Stroke* 2020; 51:3023.

719/32. CON EL BAZO MEDIO LLENO. INFARTO ESPLÉNICO EN PACIENTE CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE.

Autores:

Romero Linares, M.¹, Delgado Ferrary, M.², Molina León, M.³, Domínguez Álvarez, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, (2) Residente de 5º año de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, (3) Especialista Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Resumen:

Descripción del Caso

Varón de 85 años, exfumador, con hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 e hipercolesterolemia mixta. Además, enfermedad renal crónica estadio G3a A2 y aneurisma de aorta abdominal infrarrenal en seguimiento radiológico. El paciente acude a urgencias por dolor abdominal súbito e intenso en hipocondrio izquierdo, de difícil control con analgesia de primer escalón.

Exploración y Pruebas Complementarias

A la exploración física, abdomen doloroso en la región descrita, sin signos de irritación peritoneal. Analíticamente destaca importante leucocitosis ($16.440/\text{mm}^3$) con neutrofilia ($12.710/\text{mm}^3$), elevación de proteína C reactiva (PCR 167,32 mg/L) y discreto deterioro de la función renal (creatinina 1,80 mg/dl); normalidad de enzimas hepáticas, pancreáticas y de daño cardíaco. Se realiza TC abdominal sin contraste donde se evidencia imagen hipodensa en parénquima esplénico de 6,2 cm x 10 cm sugestiva de infarto esplénico atraumático (IEA). Ingresa en Medicina Interna para estudio de causas secundarias de IEA, a destacar: infecciosas, autoinmunes, cardiovasculares, tromboembólicas y neoplásicas (1,2).

Se realiza una segunda prueba de imagen, angio-resonancia magnética abdominal, que confirma la existencia de extenso infarto esplénico y estenosis significativa del 90% del origen de la arteria esplénica de 4 mm de longitud con ateromatosis generalizada. Como parte del diagnóstico diferencial, se solicitó ecocardiografía transtorácica y hemocultivos para el despistaje de endocarditis, además de serologías virales y bacterianas. Se descartaron patologías del ritmo cardíaco cardioembólicas. También se llevó a cabo estudio de autoinmunidad y de estados protrombóticos, teniendo en cuenta enfermedades congénitas y neoplasias, con especial atención a las de origen hematológico. Se solicitó analítica reglada con perfil lipídico, hepático, hemoglobina glicosilada, tiroideo y ferrocínica. Destacamos colesterol total 158 mg/dl, cLDL 87 mg/dl, colesterol HDL 39 mg/dl, colesterol no-HDL de 119 mg/dl, triglicéridos 161 mg/dl y hemoglobina glicosilada HbA1c 7.9%.

Jucio Clínico

Se descartaron las posibles etiologías descritas en el apartado anterior. Finalmente, se concluyó como causa del IEA, la enfermedad aterotrombótica favorecida por factores de riesgo cardiovascular (FRCV) mal controlados, con el siguiente diagnóstico: infarto esplénico atraumático de probable origen trombotico/ateroembólico en paciente con muy alto riesgo vascular. Se optó por un manejo conservador de la misma, cuyo principal objetivo fue el control de FRCV, insistiendo en medidas higieno-dietéticas, e iniciando terapia antiagregante con ácido acetil salicílico 100 mg al día, además de intensificar el tratamiento hipolipemiente con rosuvastatina 20 mg diario para alcanzar objetivos de cLDL < 55 mg/dl.

Comentario final

Un IEA es una causa infrecuente de dolor abdominal y raramente su etiología es la enfermedad aterotrombótica. En la mayoría de los casos descritos, existen patologías subyacentes, siendo los trastornos hematológicos la principal causa descrita (2). Un IEA en ausencia de complicaciones asociadas, suele cursar sin consecuencias graves para la salud de los pacientes. No obstante, realizar un diagnóstico diferencial extenso es fundamental.

Existe un pequeño subconjunto de casos de IEA secundarios a aterosclerosis aórtica, celíaca o esplénica en la literatura, aunque el total de casos es exiguo (3). Por tanto, siempre debemos tener presente la afectación simultánea de diferentes territorios, de forma sintomática o asintomática, de la enfermedad aterotrombótica, haciendo necesario un abordaje multidisciplinar en la prevención de nuevos eventos cardiovasculares (5).

Bibliografía

1. Palli MFF, et al. Tronco celíaco: variantes anatómicas y patología. *seram [Internet]*. 2021;1(1)
2. Ami S, et al. Acute splenic infarction at an academic general hospital over 10 years: Presentation, etiology, and outcome. *Medicine (Baltimore)*. 2016 Jan; 95(2): e2431.
3. Di Muzio B, Splenic artery atheromatous occlusion with collaterals. Case study, *Radiopaedia.org [Internet]*. 2012, Ago.
4. Visseren FLJ, et al. Guía ESC 2021 sobre la prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. *Rev Esp Cardiol*. 2022 May; 75(5):429.e1-429.e104

719/33. DM TIPO 2 O LADA EN PACIENTE JOVEN

Autores:

Vázquez Montiel, M.¹, Rodríguez Espejo, M.², Palomo Ruiz, A.³, Tébar Vizcaino, A.⁴

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Poniente. Almería, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aguadulce Sur. Roquetas de Mar. Almería, (3) Residente de 4º año. Centro de Salud Roquetas Norte. Almería, (4) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. El Ejido Norte. Almería.

Resumen:

Descripción del Caso

Varón de 41 años, raza negra, originario de Ghana, llegó a España hace 6 meses. Sin alergias a medicamentos, ni antecedentes relevantes Acudió para revisar los resultados de analítica solicitada como parte del protocolo de atención inicial al inmigrante. En la analítica destaca glucemia de 300 mg/dl, por lo que se le remitió a enfermería para recibir educación diabetológica y comenzar un perfil glucémico domiciliario (seis determinaciones diarias de glucosa capilar durante una semana). También se solicitó una nueva analítica urgente con determinación de hemoglobina glicosilada (HbA1c) iniciándose una pauta basal de insulina glargina con 10 unidades. A pesar de la insulinoterapia, las analíticas de seguimiento mostraron un mal control glucémico, con HbA1c en el rango de 9.23-10.44%, sospechándose diabetes tipo 1-LADA (Diabetes Autoinmune Latente del Adulto) debido al perfil del paciente (joven y no obeso). Se realizaron pruebas de autoinmunidad en dos ocasiones, ambas con resultados negativos. El diagnóstico final fue de diabetes tipo 2 (DM-2) ajustándose la insulina a 12 unidades. Se programó una nueva analítica de control para tres meses después, que arrojó un HbA1c del 6.5%.

Exploración y Pruebas Complementarias

Exploración física y constantes sin alteraciones. IMC: 20

Resto de analítica: Perfil hepatorenal, hemograma y coagulación normales, serologías de lúes, VHB, VHC y VIH negativos. Pruebas de autoinmunidad: Péptido C, anticuerpos antiinsulina, anticuerpos anti IA2 y anticuerpos anti GAD65 negativos. Parásitos en heces: Negativos

Jucio Clínico

Diabetes Mellitus tipo II

Comentario final

El diagnóstico de la Diabetes Mellitus se basa en criterios bien establecidos. Después de confirmarlo, es crucial clasificar el tipo de diabetes, ya que esto tiene implicaciones en el tratamiento y pronóstico. La clasificación actual incluye la Diabetes Mellitus tipo 1 (DM-1), tipo 2 (DM-2), diabetes gestacional y otros tipos menos comunes. Dentro de la DM-1, se encuentra el subtipo llamado Diabetes Autoinmune Latente del Adulto (LADA), caracterizado por una destrucción gradual de las células beta del páncreas, lo que resulta en una producción de insulina preservada durante más tiempo en comparación con la DM tipo 1 clásica. Esto se traduce en una presentación clínica más insidiosa, y algunos pacientes pueden no requerir insulina al principio debido a la progresión más lenta hacia la insulinopenia. Además, estos pacientes pueden mostrar una respuesta retardada del péptido-C al ser estimulado con glucagón y suelen tener anticuerpos positivos anti-GAD e ICA (anticuerpos contra los antígenos citoplasmáticos de las células de los islotes). En Atención Primaria, se debe sospechar la presencia de LADA en individuos entre 25 y 45 años con un deterioro rápido de la respuesta a la terapia oral. La presencia de uno o varios marcadores inmunológicos positivos, especialmente los anticuerpos anti-GAD, puede ser suficiente para establecer el diagnóstico e iniciar una terapia más agresiva con insulina. Aunque no existen pautas claras para el manejo de LADA, la evidencia científica respalda la necesidad de un enfoque personalizado que tenga como objetivo principal la preservación de las células beta y la reducción de las complicaciones a largo plazo. Dado que LADA tiene una base autoinmune, la insulización suele ser la primera opción de tratamiento.

Bibliografía

1. Rivas Sánchez F.B, López Sampalo A, Pineda Cantero A. Protocolo diagnóstico y etiopatogenia de la diabetes mellitus en la juventud y en el adulto. *Medicine*. 2020;13(16):924-8
2. Ricci M, Sanz Cánovas J, Buonaluto V, Gómez Huelgas R. Hombre de 28 años con presentación de diabetes. *Medicine*. 2020; 13 (16):942
3. Horikawa Y. Maturity-onset diabetes of the young as a model for elucidating the multifactorial origin of type 2 diabetes mellitus. *J Diabetes Investig*. 2018;9(4):704-12
4. Serra E, Guanyabens E, Aguilera E. Diagnóstico y manejo del paciente adulto con diabetes tipo 1 al inicio de la enfermedad. *Av Diabetol*. 2013; 29(2):36-43

719/34. MIOCARDIOPATÍA INFILTRATIVA E HIPOTIROIDISMO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Rodríguez Espejo, M.¹, Rey Berenguel, C.², Ruiz Victoria, M.², García Maldonado, S.², Escudero Martínez, P.¹, Carretero Hidalgo, A.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aguadulce Sur. Roquetas de Mar. Almería, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Poniente. Almería.

Resumen:**Descripción del Caso**

Varón de 54 años que acude al servicio de urgencias por palpitaciones desde hace 2 horas y opresión centrotorácica no irradiada. Hipertenso de larga evolución como tratamiento errático, fumador ocasional, ICAT 20 paquetes/año. Fue valorado hace 3 años en cardiología por dolor torácico y disnea por el que se le hizo un estudio con coronarias normales e hipertrofia ventricular severa (septo 20mm). Holter sin hallazgos. Posteriormente perdió el seguimiento.

Exploración y Pruebas Complementarias

Buen estado general, normohidratado y normoperfundido, eupneico en reposo. Tensión arterial: 159/107 mmHg.

Auscultación cardiopulmonar: tonos cardiacos rítmicos sin soplos y murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

Miembros inferiores sin edema ni signos de TVP.

ECG: evidencia una FA de novo a 74 Lpm, eje cardiaco normal, QRS estrecho, se observa un trastorno de conducción intraventricular con ondas T negativas en I, AVL, V5 y V6.

Placa de tórax que evidencia una cardiomegalia antes no descrita con un índice cardiororácico >50%. Aumento de trama vascular. Resto sin alteraciones en partes óseas ni blandas extratorácicas, sin aumento de mediastino, sin adenopatías, sin signo de derrame ni condensaciones en parénquima pulmonar.

Análítica sanguínea con bioquímica, hemograma y coagulación normales.

Se decide dejar al paciente en observación con tratamiento antihipertensivo, pendiente de analítica ampliada con perfil de estudio cardiológico y pendiente de verlo cardiología.

Jucio Clínico

FA de novo y cardiomegalia a estudio en paciente con hipertrofia ventricular conocida. Posible cardiopatía hipertensiva.

Comentario final

La analítica ampliada refleja con hipotiroidismo con cifras de TSH de 55,85 microUI/mL y tiroxina libre de 0,49 ng/dL. Se comprueban cifras anteriores, en 2018 TSH de 87,23 microUI/mL y tiroxina libre de 0,27 ng/dL. Nt probnp de 2106 pg/mL. Se realiza una ecocardiografía transtorácica que evidencia una hipertrofia ventricular izquierda con función VI conservada. Dilatación biauricular. Engrosamiento de válvulas aórtica y mitral. Insuficiencia aórtica moderada y mitral mínima. Derrame pericárdico leve.

>Hipotiroidismo primario desde abril de 2018 no tratado.

>Posible miocardiopatía infiltrativa a estudio.

Queda pendiente de estudio por gamma DPD, RMN cardiaca y estudio genético Se pauta tratamiento antihipertensivo y sustitutivo tiroideo.

los principales cambios cardiovasculares que ocurren en el hipotiroidismo incluyen una disminución del gasto cardíaco y la contractilidad cardíaca, una reducción de la frecuencia cardíaca y un aumento de la resistencia vascular periférica. Si bien la insuficiencia cardíaca debida únicamente al hipotiroidismo es rara, en pacientes con enfermedad cardíaca subyacente o preexistente, la presencia o desarrollo de hipotiroidismo conduce a una insuficiencia cardíaca más grave, niveles más altos de péptido natriurético y peor resultados hospitalarios a corto plazo. Los electrocardiogramas pueden mostrar bajo voltaje y cambios inespecíficos en el segmento ST y en la onda Q. Ocasionalmente puede producirse derrame pericárdico. En la MCD inducida por hipotiroidismo, el tratamiento de reemplazo con levotiroxina puede mejorar significativamente la función miocárdica.

Bibliografía

1. Klein I, Danzi S. *Thyroid disease and the heart. Circulation* 2007; 116:1725.
2. Taddei S, Caraccio N, Virdis A, et al. *Impaired endothelium-dependent vasodilatation in subclinical hypothyroidism: beneficial effect of levothyroxine therapy. J Clin Endocrinol Metab* 2003; 88:3731.
3. Klein I, Ojamaa K. *Thyroid hormone and the cardiovascular system. N Engl J Med* 2001; 344:501.
4. GRAETTINGER JS, MUENSTER JJ, CHECCHIA CS, et al. *A correlation of clinical and hemodynamic studies in patients with hypothyroidism. J Clin Invest* 1958; 37:502.
5. Crowley WF Jr, Ridgway EC, Bough EW, et al. *Noninvasive evaluation of cardiac function in hypothyroidism. Response to gradual thyroxine replacement. N Engl J Med* 1977; 296:1.

719/35. ICTUS ISQUÉMICO DE CAUSA NO HABITUAL

Autores:

Urrutia López, P.¹, Martínez Sánchez, P.², Segura Díaz, M.³, Flores Serrano, L.⁴, Rodríguez Rodríguez, M.⁴, Jácome Pérez, A.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Interna. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería, (2) Especialista en Neurología. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería, (3) Residente. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería, (4) Residente Medicina Interna. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería, (5) Residente Medicina Interna. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

Resumen:

Descripción del Caso

Varón de 31 años de raza negra sin factores de riesgo cardiovascular ni otros antecedentes personales de interés que acude a urgencias por cuadro de inicio brusco de dolor en la parte posterior del cuello, mareo, náuseas y vómitos. En la exploración neurológica destaca somnolencia, disartria, desviación de la mirada a la izquierda, nistagmo en la mirada vertical, debilidad de extremidades izquierdas, hipoestesia de hemicuerpo derecho, dismetría severa en dedo nariz y ataxia.

Ante la sospecha de ictus vertebrobasilar se realiza un TC donde no se observa infarto establecido ni hemorragia y un angioTC donde no aparece oclusión de gran vaso. Ingresó en unidad de ictus sin realizarse tratamiento reperfusor.

Exploración y Pruebas Complementarias

Se comienzan a realizar pruebas para dilucidar la etiología como analíticas con autoinmunidad, perfil de síndrome antifosfolípido, serologías, radiografía de tórax, electrocardiograma, ecocardiograma con suero salino agitado, siendo todas ellas normales. La RMN confirma alteración de la restricción compatible con lesión isquémica en territorio de la arteria cerebelosa posteroinferior izquierda.

En el estudio neurosonológico se observa aumento del grosor íntima-media en bulbo carotideo izquierdo que se puede relacionar con aterosclerosis incipiente, arteritis o displasia, así como asimetría de las arterias vertebrales por lo que se revisan las imágenes de angioTC observándose una imagen compatible con disección de arteria vertebral izquierda.

Jucio Clínico

Se decide solicitar un angioTC de arterias renales para descartar displasia fibromuscular resultando patológico con irregularidades en la pared de una arteria renal izquierda accesoria.

Comentario final

La displasia fibromuscular es un trastorno idiopático segmentario no inflamatorio ni aterosclerótico de arterias de pequeño y mediano calibre en el que la proliferación del músculo liso y tejido conectivo provoca alteración en la arquitectura de los vasos produciendo estenosis, dilatación o disecciones.

Puede afectar a toda la vasculatura siendo más frecuente a nivel de arterias renales seguidas de arterias cerebrovasculares extracraneales.

En más frecuente en mujeres jóvenes con una media de 52 años, pero puede aparecer en todas las edades. En hombres se puede presentar una enfermedad más grave, sobre todo en fumadores. La prevalencia es desconocida ya que gran parte son asintomáticos.

La patogénesis es poco conocida, parece tener una base genética, así como factores hormonales, mecánicos y ambientales; el gen más relacionado es un regulador de la expresión de endotelina 1.

El diagnóstico histológico se ha reemplazado por imagen mediante TC o RMN con la típica imagen 'en collar de cuentas' en el tipo multifocal que es el más frecuente, o pruebas invasivas cuando se plantea intervencionismo sobre el vaso.

En los hombres son más frecuentes las manifestaciones renales mientras que en mujeres predominan las manifestaciones cerebrovasculares.

Con respecto a la aterosclerosis, la afectación suele ser proximal y afectar a pacientes mayores, con factores de riesgo cardiovascular y vasculopatía a otros niveles. También hay que descartar otras causas menos frecuentes de ictus en pacientes jóvenes como enfermedades monogénicas del tejido conectivo, enfermedades inflamatorias como las vasculitis, vasculopatías, alteraciones hematológicas y cardiopatías.

La hipertensión renovascular es debido a estenosis de la arteria renal que activa el sistema renina angiotensina debiendo pensar en ella si existe hipertensión severa, deterioro inexplicable de la función renal al iniciar un inhibidor del sistema renina angiotensina, riñón atrófico inexplicable o asimetría, episodios recurrentes de edema agudo de pulmón o insuficiencia cardíaca refractaria con insuficiencia renal o un soplo abdominal.

El tratamiento depende de la presentación clínica y puede ser conservador o invasivo. La hipertensión renovascular incluye terapia con medicamentos antihipertensivos con fármacos bloqueadores de sistema renina angiotensina vigilando la función renal e hiperpotasemia y la revascularización. El pronóstico depende del nivel afecto.

719/36. ENFERMEDAD RENAL DIABÉTICA: CUÁDRUPLE TERAPIA EN VIDA REAL

Autores:

Massé Palomo, A.¹, Rodríguez Sánchez, S.², Orti Cuerva, F.³, Astudillo Ortega, P.⁴, Luque Caraballo, L.⁵, León Jiménez, D.⁶

Centro de Trabajo:

(1) Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, (2) Residente. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla., (3) Residente de 4º año de Medicina Interna. Hospital Univeristario Virgen del Rocío. Sevilla, (4) Residente de 3er año de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, (5) Médico Interno Residente. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla., (6) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen:**Introducción y Objetivos**

Tradicionalmente, el tratamiento de la enfermedad renal diabética (ERD) se basa en los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), los antagonistas del receptor de la angiotensina II (ARA2) y los antagonistas de los receptores mineralocorticoides (ARM); con el consiguiente riesgo de hiperpotasemia. En los últimos años las guías de práctica clínica recomiendan añadir los agonistas del receptor de GLP-1 (arGLP1) y/o los inhibidores del transportador de sodio-glucosa 2 (iSGLT2). Con este estudio buscamos objetivar los posibles beneficios de la administración de estos cuatro grupos terapéuticos (GT) de manera conjunta. Para ello analizaremos las modificaciones que se producen en el cociente albumina creatinina (CAC) y en el filtrado glomerular (FG) (medido por CDK-EPI) tras la optimización del tratamiento hasta alcanzar la cuádruple terapia propuesta conformada por IECA/ARA2, arGLP1, iSGLT2 y ARM.

Métodos

Presentamos un estudio observacional incluyendo a 4 pacientes con ERD en seguimiento en la Unidad de Riesgo Vascular del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Se analizaron controles analíticos basales y a los 3-6 meses tras completar el tratamiento con las cuatro GT. Todos los pacientes presentaban macroalbuminuria basalmente. El objetivo primario fue el cambio en el CAC y del FG, tras la intervención. Se realizó un análisis descriptivo mediante test no parámetros con la prueba de Wilcoxon debido al escaso número de pacientes para el FG, y para el CAC test paramétricos, una vez comprobada la normalidad de la muestra.

Resultados

Tras completar los cuatro GT se objetivó una reducción del CAC medio de 661,73 mcg/g creatinina, siendo no significativo ($p > 0,068$) sin cambios en la tasa FG (Tabla 1) (Figura 1 y Figura 2). El valor de K+ medio tras la introducción de los cuatro GT fue de 5,35 mEq/L, suponiendo una subida respecto a sus valores basales de 0,52 mEq/L, en clara relación con la toma de ARM. El control tensional era adecuado comprobado mediante Holter de 24h. Cabe recalcar como principal limitación en nuestro estudio el reducido tamaño muestral.

Conclusiones

A. La cuádruple terapia para la ERD (IECA o ARA2, arGLP1, iSGLT2 y ARM) ha demostrado una disminución de la albuminuria, aunque no significativa en nuestro grupo de pacientes. 1 pasó a microalbuminuria.

B. En pacientes con ERD que se encontraban bajo tratamiento con al menos IECAS/ARA2, tras la intensificación de tratamiento durante un intervalo de 3 a 6 meses han experimentado una disminución media de albuminuria de 661,72 mcg/g creatinina.

C. No se han objetivado diferencias significativas en el FG tras la toma de la cuádruple terapia en ese intervalo.

719/37. CETOACIDOSIS DIABÉTICA: UNA MIRADA MÁS ALLÁ

Autores:

Massé Palomo, A.¹, Orti Cuerva, F.², Jiménez Torres, J.³, Ortega Reina, M.⁴, Rodríguez Urbistondo, C.⁵, Alfaro Lara, V.⁶

Centro de Trabajo:

(1) Residente. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, (2) Residente de 4º año de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Interna. Departamento Riesgo Cardiovascular. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, (4) Especialista en Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios. Sevilla, (5) Residente de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, (6) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen:**Descripción del Caso**

Mujer de 51 años que presenta como único antecedente de interés la presencia de DM2 de 10 años de evolución sin lesión de órgano diana en tratamiento con metformina/dapagliflozina, linagliptina e insulina.

Acude a Urgencias por malestar generalizado y vómitos de 48 horas de evolución. En los días previos refiere hiporexia, sintomatología catarral y fiebre. Se objetiva en control gasométrico pH 6.9, pCO2 25 mmHg, bicarbonato 5 mmol/L, glucemia 286 mg/dL. Además, se realiza exudado nasofaríngeo positivo para Influenza B y elemental de orina con hallazgo de proteinuria, hematuria, glucosuria y cetonuria.

En un primer momento, se estableció el diagnóstico de cetoacidosis diabética y gripe B. Fue trasladada a observación y se inició tratamiento para corrección de cetoacidosis diabética (CAD) clásica mediante suero fisiológico y bicarbonato. La paciente persistía con importante malestar asociando intolerancia oral, polidipsia y disnea por lo que finalmente se cursó ingreso.

En el periodo de hospitalización, a nivel analítico se detectó un significativo déficit de agua libre y se inició suero-terapia baja en cloro junto con agua libre. Además, se retiró la dapagliflozina desde su llegada a planta. Presentó una rápida mejoría clínica con desaparición de sintomatología digestiva y recuperación parcial respiratoria.

Exploración y Pruebas Complementarias

Consciente, orientada, colaboradora. Sequedad mucocutánea. Taquipneica al habla con Sato2 99% sin aporte externo. Afebril. Presión arterial 129/69 mmHg, FC 108 lpm.

- Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos. Murmullo vesicular conservado con roncus dispersos.
- Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación de mesogastrio. No masas ni megalias. No signos de irritación.
- Gasometría venosa: pH 6.9, pCO₂ 25 mmHg, bicarbonato 5 mmol/L. Hb 15 g/dl, Na 137 mEq/L, K 4.7 mEq/L, Cl 110 mEq/L. Glucosa 286 mg/dL.
- Virus influenza B (exudado nasofaríngeo): se detecta ARN.
- Elemental de orina: pH 5.5, proteínas 50mg/dL, glucosa 1000 mg/dL, cuerpos cetónicos 150 mg/dL, hematíes 60/μL.
- Analítica: Hb 14 g/dL, 6.810 leucocitos/μL (4.920 neutrófilos/μL). Glucosa 223 mg/dL, amilasa 223 U/L, Na 166 mEq/L, K 2.4 mEq/L, Cl 119 mEq/L, PCR 39.6 mg/L.
- Gasometría venosa: pH 7,39, pCO₂ 32,5 mmHg, bicarbonato 20,5 mmol/L, Exceso de bases -5,3, Na 149 mEq/L, Cl 117mEq/L, K 3,5 mEq/L.
- Analítica al alta: Hb 13.5 g/dL, 4660 leucocitos/μL. Glucosa 240mg/dL, creatinina 0.43 mg/dL, Na 143mEq/L, K 4.4mEq/L, Cl 105 mEq/L.

Jucio Clínico

Cetoacidosis euglucémica secundaria al uso de iSGLT-2 precipitada por infección por Influenza B.

Comentario final

La CAD euglucémica es una emergencia médica por lo que no debe confundirse con la CAD clásica a pesar de presentar una clínica similar. Principalmente, la CAD euglucémica se diferencia en su mayor prevalencia en pacientes diabéticos tipo 2 y la ausencia de elevaciones acusadas de glucemia, pudiendo desencadenar retrasos diagnósticos (1).

En la última década, debido al uso creciente de los iSGLT-2 se ha detectado un aumento proporcional de casos de CAD euglucémica. El riesgo de desarrollar dicha complicación es siete veces mayor en pacientes en tratamiento con iSGLT-2 respecto a los que toman inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4. No obstante, la incidencia de dicha complicación en pacientes DM2 que toman gliflozinas es muy baja (<1%) (1,2,3).

En definitiva, dado el aumento de casos y el aumento del uso de las gliflozinas, aunque su incidencia sea baja, es de interés que el personal sanitario conozca y tenga presente dicha complicación.

Bibliografía

1. Córdova-Pluma VH, Vega-López CA, del Carmen Carrillo-Ramírez S, Ochoa-Salmonán H, Martínez-Martínez I, Delgado-Ayala F, et al. Cetoacidosis diabética euglucémica secundaria a la administración de inhibidor del SGLT2. *Med Interna Mex.* 2019 Dec; 35(6):958-63.
2. Yllera Gutiérrez C, Folgueras Gómez M, Argüello Martín CM, Suárez Díaz S. Cetoacidosis e iSGLT2: una complicación evitable en la DM tipo 2. *Rev Clin Esp.* 2018.
3. Nasa P, Chaudhary S, Kumar P, Singh A. Euglycemic diabetic ketoacidosis: A missed diagnosis. *World J Diabetes.* 2021 May 15; 12(5):514-23.

719/38. VALORACIÓN DEL GRADO DE CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES EN PACIENTES TRATADOS CON DAPAGLIFLOZINA CON DIABETES TIPO 2 Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Autores:

López Pérez, C.¹, Blázquez Roselló, S.², Segura Torres, M.², Sánchez - Jáuregui, M.², García Cortés, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Nefrología. Hospital Universitario de Jaén, (2) Especialista de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Jaén, (3) Jefe de Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de Jaén.

Resumen:**Introducción y Objetivos**

Introducción: Dapagliflozina es un fármaco glucosúrico con efecto natriurético que ha demostrado efectos beneficiosos cardiovasculares más allá del control glucémico, como reducción de mortalidad CV y de episodios de IC en pacientes con FEVI reducida, enlentecer la progresión renal y disminución de la albuminuria

Objetivo: Valorar el grado de control de los factores de riesgo cardiovasculares en pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) y DM tipo 2 (DM2) y tratamiento con Dapagliflozina

Métodos

Material y métodos: Seleccionamos una muestra de pacientes atendidos en Servicio de Nefrología de Jaén que llevaran más de 6 meses con Dapagliflozina. Momentos de análisis: Basal (B), 6 meses (6m), 12 meses (12m) y Final (F)

Resultados

Resultados: Total 83 pacientes. Sexo masculino 83,1%. Edad media 65,90±9,46 años. Tiempo de seguimiento 25,90±24,16 meses. Función renal basal CKD_EPI: 58,39±24,15 ml/min/1,73m²

Etiologías Renales: Enfermedad Renal Diabética 36,1, otras 28,9% Nefroangiosclerosis 12%, no filiada 10,8%

Antecedentes Cardiovasculares: Cardiopatía isquémica 24,1%, IC 20,5%, FA 14,5%, ECV 10,8% y EAP 16,9%, Tabaquismo 25,3 %, Dislipemia 83,1%, HbA1 7,34±1,21%

Tratamiento antidiabético B: Insulina 37,3%, Metformina 28,9%, Metformina+iDPP4 26,5%, iDPP4 9,6%, Semaglutide 8,4%, Dapagliflozina 7,2%, Semaglutide+Repaglinida 7,2%, Linagliptina+Repaglinida 2,4%, Dulaglutide 1,2%, Metformina+Repaglinida 1,2%, Metformina+Repaglinida+Semaglutide 1,2%, Metformina+Semaglutide +Glitazona 1,2%

Tratamiento antihipertensivo B: IECA 16,9%, ARA II 75,9%, Calcioantagonistas 59% diuréticos 66,3%, ARNI 18,1%, BB 44,6%, AlfaB 27,7%. Estatinas 83,1 %, Ezetimibe 42,2%, Fenofibrato 6% Omega3 2,4%, y IPSCK9 1,2%. Alopurinol 18,1% Febuxostat 1,2%

Encontramos diferencias:

- En el sexo solo en la talla hombres vs mujeres; p<0,001
- En peso a 12m (p=0,003), e IMC a 12m (p=0,005)
- Descenso de la TAS a 6m (p=0,001), y a 12m (P=0,001), de la TAD a 6m (P=0,035) y a 12m (p<0,001)
- Descenso del Col. Total a 6m(p<0,001) y 12m (p=0,001), del LDL a 6m (p<0,001) y a 12m (p<0,001)

Conclusiones

Hemos objetivado en pacientes en tratamiento con Dapagliflozina que padecen ERC y DM2

- 1.- Descenso de peso a los 12 meses
- 2.- Descenso del IMC a 12 M
- 3.- Descenso de la TAS y TAD a 6 y 12 M

719/39. GRADO DE CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TRATADOS CON EMPAGLIFLOZINA.

Autores:

López Pérez, C.¹, Sánchez Jauregui-Castillo, M.², Blázquez Roselló, S.², Segura Torres, M.², García Cortés, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Nefrología. Hospital Universitario de Jaén, (2) Especialista de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Jaén.

Resumen:**Introducción y Objetivos**

Introducción: La Empagliflozina ha demostrado efectos beneficiosos cardiovasculares más allá del control glucémico, como la reducción de mortalidad cardiovascular y de episodios de insuficiencia cardíaca. Otros efectos son el enlentecimiento de progresión de Enfermedad Renal Crónica(ERC) y la albuminuria.

Objetivo: Valorar el grado de control de factores de riesgo cardiovasculares en pacientes con ERC y DM tipo 2 (DM2) y tratamiento con Empagliflozina.

Métodos

Material y métodos: Seleccionamos una muestra de pacientes en tratamiento con Empagliflozina. Analizamos evolución de la ERC, control de IMC, presión arterial (PA), urato, colesterol y necesidad de fármacos de control de riesgo cardiovascular. Analizamos al momento basal (B), 6 meses (6m), 12 meses (12m) y al final del seguimiento. Establecemos relaciones mediante el test de Chi cuadrado y T de Student.

Resultados

Resultados: reclutamos 73 pacientes. Los datos basales se muestran en la tabla 1.

El tratamiento antidiabético y antihipertensivo basal se representa en la figura 1y2.

Tratamiento hipouricemiante: Alopurinol 30,1%; Febuxostat 2,7%.

Modificaciones a 6m:

- antidiabéticos: ninguno un 78,1%. Se reduce tratamiento en un 5,4%.
- antihipertensivos: 75,3 % sin cambios. Un 6,8% presentó menos necesidad.
- hipouricemiante: un 2,7% suben dosis.

Modificaciones a 12m:

- antidiabéticos: en 83,6% sin cambio. Un 2,3% reducen.
- antihipertensivo: 74% no hubo cambios. Un 16,43% aumentan.
- hipouricemiantes: 1,35% aumenta dosis.

Modificaciones al final del seguimiento:

- Antidiabéticos: 65,8% sin cambios. Un 9,5% añade análogo de GLP1.
- antihipertensivos: no hubo cambios en 61,6%. Un 20,54% requieren aumento.
- hipouricemiantes: 2 pacientes inician alopurinol.

Sufrieron evento cardiovascular 2 pacientes al final del seguimiento (2,7%).

El IMC descendió desde los 6m hasta el final ($p=0,048$).

Hay descenso de la PA Diastólica a los 12m ($p=0,041$). No encontramos diferencias significativas en los cambios de la PA sistólica.

El ácido úrico descendió a los 6m ($p=0,015$).

Conclusiones

- La Empagliflozina consigue controlar otros factores de riesgo cardiovascular distintos al control glucémico.
- Puede ayudar a controlar niveles de urato.
- Mejora el control de la PA diastólica a los 12 meses.

719/40. EFICACIA Y SEGURIDAD RENAL DE DAPAGLI-FLOZINA EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y DIABETES MELLITUS TIPO 2

Autores:

López Pérez, C.¹, Blázquez Roselló, S.², Segura Torres, M.², Sánchez Jauregui-Castillo, M.², García Cortés, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Nefrología. Hospital Universitario de Jaén, (2) Especialista de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Jaén, (3) Jefe de Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Jaén.

Resumen:

Introducción y Objetivos

Introducción: La Dapagliflozina es un glucosúrico que ha demostrado beneficio cardiovascular y renal más allá del control glucémico.

Objetivo: Valorar su eficacia y seguridad en pacientes con ERC y DM2.

Métodos

Seleccionamos pacientes en seguimiento por Nefrología y en tratamiento con Dapagliflozina durante más de 6 meses. Analizamos evolución renal, TA, HbA1c, eventos adversos en momento basal (B), 6 meses (6m), 12 meses (12m) y fin de seguimiento (F). Realizamos análisis univariante con test de Chi cuadrado y T de student.

Resultados

Resultados. N 83 pacientes. Varones 83,1%. Edad media 65,9±9,5. Seguimiento 25,9±24,16 mes. Filtrado glomerular base (CKD_EPI): 58,4±24,1 ml/min/1,73m². Etiología: enfermedad renal diabética 36,1% otras 28,9% Nefroangiosclerosis 12%, no filiada 10,8% (un 12% con dapagliflozina por DM2 solo). Antecedentes de enfermedad cardiovascular: Cardiopatía Isquémica 24,1%, Insuficiencia Cardíaca 20,5%, Fibrilación auricular 14,5%, Enfermedad Cerebrovascular 10,8% y Enfermedad Arterial Periférica 16,9%. Albuminuria basal 776,1±1221,9mg/g y proteinuria basal 900±1392,8, HbA1c basal 7,3±1,2%. Tratamiento antidiabético: Insulina 37,3%. Antidiabéticos Orales (ADOs): Metformina 28,9%, Metformina + IDPP4 26,5%, IDPP4 9,5%, M + Semaglutide 5,5 %, Dulaglutide 5,6%. A los 6m el 21.9% sufre cambios en ADOs, a 12m el 16.4% y al final el 34.2%. Al final del seguimiento, 4 pacientes suspenden el fármaco: 1 por balanitis de repetición, 1 cambio a otro ISGLT2, 1 suspensión por Endocrino, el último por infecciones urinarias siendo portador de sonda vesical.

Encontramos un aumento significativo de las cifras de Cr a los 6 m (B1,39±0,45 vs 6m 1,57±0,56 mg/dl; p<0,001) sin cambios desde los 6 meses a los 12 meses (6m vs 1,57±0,57 vs 12m 1,55±0,54 mg/dl; p=NS). Descendió el Filtrado Glomerular (FG) por CKD_EPI a los 6 meses (B 58,13±23,76 vs 6m 52,87±24,52 ml/min/1,73m²; p<0,001), sin cambios desde los 6 meses a los 12m (6m 52,04±23,19 vs 12m 52,36±23,31 ml/min/1,73m²; p=NS) y desde los 6 meses al final (6m 50,41±23,78 vs F 48,29±23,85 ml/min/1,73m²; p=NS).

La albuminuria descendió de manera significativa a los 6 m (B 776,06±1221,90 vs 6m 412,49±539,52 mg/g; p=0,008) y sin cambios significativos a los 12 meses (B 598,34±637,44 vs 12m 424,14±734,16 mg/g; p=0,05). La proteinuria descendió a los 12 meses (B 894,83±709,66 vs 12m 525,33±442,76 mg/g; p=0,043), sin cambios a los 6 meses (B 1255,33±2090,99 vs 6 m 637,28±865,85 mg/dl; p=0,078).

La glucosa descendió a los 6 meses (B 148,20±52,94 vs 6m 130,86±37,90 mg/dl; p=0,004) sin cambios a los 12 meses (B 148,54±55,63 vs 12m 134,97±36,39 mg/dl; p=0,082). La glicosilada descendió a los 12 m (B 7,42±1,29 vs 12m 7,13±1,15; p=0,019).

Conclusiones

Tras inicio de tratamiento con Dapagliflozina en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y Enfermedad Renal Crónica observamos:

- Un aumento de las cifras de Cr a los 6 meses con descenso del filtrado glomerular a los 6 meses, sin cambios a los 12 meses.
- Descenso de las cifras de glucosa a los 6 meses y de la glicosilada a los 12 meses
- Descenso de la albuminuria a los 6 meses y de proteinuria a los 12 meses en torno a un 50%

719/42. HIPOACUSIA, ENFERMEDAD RENAL E HIPERTENSIÓN ARTERIAL RENOVASCULAR ¿QUÉ SE ESCONDE TRAS ELLO?

Autores:

Astudillo Ortega, P.¹, Luque Caraballo, L.¹, Ortega Reina, M.², Rodríguez Sánchez, S.³, Rodríguez Suárez, S.⁴, López Mendoza, M.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Médico Interno Residente. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla., (2) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla., (3) Residente. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla., (4) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla., (5) Especialista en Nefrología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen:

Descripción del Caso

Mujer de 38 años que ingresó en planta de hospitalización de Medicina Interna por deterioro de la función renal rápidamente progresivo. Sin antecedentes familiares de interés. En cuanto a sus antecedentes personales destacaban importante hábito tabáquico, HTA con regular control con diuréticos tiazídicos e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAs) e hipoacusia neurosensorial de rápida evolución que requirió implante co-

clear. Desde la detección de la HTA e inicio del IECA un año antes de su ingreso, presentó un deterioro progresivo de la función renal, partiendo desde una Creatinina basal en torno a 0,7 mg/dL, llegando a alcanzar un valor de 1,84 mg/dL con FGRe de 34 ml/min/m², motivo por el cual se ingresó a la paciente. Negaba toma de anti-inflamatorios, drogas u otros agentes nefrotóxicos. Negaba alteración de las características de la orina, así como niega cualquier tipo de síntoma congestivo. Tampoco refirió clínica constitucional, sistémica o reumatológica.

Exploración y Pruebas Complementarias

En la exploración, HTA grado I sin otros hallazgos patológicos. Analíticamente destacaba el deterioro de la función renal (Cr 1,64 mg/dL), presentando buen control glucémico, sin hallazgos a destacar en el sedimento, en perfiles de autoinmunidad o en la serología. Además, los reactantes de fase aguda fueron normales. En la Ecografía abdominal se observó dilatación de aorta suprarrenal y estenosis de ambas arterias renales (ARs) y en el Renograma Isotópico se halló atrofia del riñón derecho, con muy escasa función relativa (8%) y aumento compensador del riñón izquierdo, con buena función (92%). Además, se realizó Angio-TC objetivándose dilatación difusa de la aorta abdominal suprarrenal con estenosis de Tronco celiaco, de Arteria Mesentérica Superior (AMS) y ambas ARs, hallazgos sugerentes de Vasculitis de gran vaso.

Jucio Clínico

Valorando el perfil clínico de la paciente nos planteamos el diagnóstico diferencial de dos cuadros sindrómicos muy interrelacionados: El Síndrome de Cogan "incompleto"/atípico, dada la afectación vestibular con presencia de hipoacusia neurosensorial, sin presencia de afectación oftalmológica o la Arteritis de Takayasu (AT), con aortitis y afectación principalmente de aorta suprarrenal y arterias renales. En definitiva, se diagnosticó de enfermedad renal crónica de origen isquémico y HTA de posible etiología renovascular debido al fenómeno de riñón presor, aunque no se habían objetivado hasta el momento datos de refractariedad o resistencia al tratamiento.

Comentario final

Se iniciaron corticoides a 1mg/kg/día con tapering precoz y se solicitó PET-TC para estudio de actividad y cronología de las lesiones, con ausencia de captación metabólica patológica, hallazgos compatibles con una fase inactiva/residual de la enfermedad. Además, valorando los hallazgos del Renograma Isotópico se decidió stenting en AMS y AR izquierda, consiguiendo a través del tratamiento endovascular la normalización de tensiones y de la función renal.

Recientemente se han publicado los nuevos criterios diagnósticos ACR/EULAR 2022 para definir las características de la AT que la diferencian de otras vasculitis. Nuestra paciente tiene suficientes criterios diagnósticos para confirmar la presencia de AT, si fuese posible descartar el diagnóstico del SC (Tabla 1).

Por último, es preciso destacar la importancia del estudio de actividad sistémica a través del PET-TC y de la funcionalidad renal a través del Renograma isotópico, dado que permite establecer un plan terapéutico.

Bibliografía

1. Gorostidi M et al. *Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022. Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). Hipertens Riesgo Vasc. 2023; 39:174-94.*
2. Espinoza GM, Wheeler J, Temprano KK, Keller AP. *Cogan's Syndrome: Clinical Presentations and Update on Treatment. Curr Allergy Asthma Rep. 2020 Sep 1;20(9):1-6.*
3. Grayson PC et al. *2022 American College of Rheumatology/EULAR Classification Criteria for Takayasu Arteritis. Arthritis & Rheumatology. 2022 Dec 1;74(12):1872-80.*

719/43. VALIDACIÓN DEL MODELO IBERSCORE EN POBLACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:

Espildora Hernández, J.¹, Fernández-Labandera Ramos, C.², Moral Peláez, I.³, Brotons Cuixart, C.³, Valdivielso Felices, P.⁴, Sánchez Chaparro, M.⁴

Centro de Trabajo:

(1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga, (2) Dirección de Gestión del Conocimiento y la Innovación. Ibermutua. Madrid., (3) Unidad de Investigación. Equipo de Atención Primaria Sardenya. Instituto de Investigaciones Biomédicas, (4) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Resumen:**Introducción y Objetivos**

Identificar a las personas con alto riesgo cardiovascular es un desafío, especialmente a una edad más temprana. La ecuación predictiva del riesgo cardiovascular IberScore, elaborada a partir de una amplia cohorte laboral de derivación (626.515 trabajadores, incluidos entre 2004 y 2006), demostró ser más precisa que el modelo SCORE europeo en una cohorte de validación temporal independiente (366.008 trabajadores incluidos entre 2007-2009). Ambas cohortes se siguieron más de 10 años, y se registraron todos los eventos cardiovasculares fatales y no fatales (1). El presente estudio tiene como objetivo validar este nuevo modelo predictivo en una población atendida en el ámbito de Atención Primaria.

Métodos

Se seleccionó una cohorte de pacientes sin antecedentes de enfermedad cardiovascular visitados en un centro de Atención Primaria (Sardenya, Barcelona) durante los años 2008 y/o 2009; y seguidos hasta el año 2018. El riesgo cardiovascular se calculó con la fórmula IberScore para todos los sujetos de la cohorte y se calibró el modelo; representando gráficamente, por deciles de riesgo, la proporción de eventos esperados y observados a los 10 años de seguimiento, estratificados por sexo. Se calculó el área bajo la curva ROC para evaluar la discriminación del modelo.

Resultados

Se incluyeron en el estudio un total de 10.085 pacientes visitados durante los años 2008 y/o 2009. El 55,3% de los participantes eran mujeres y la edad media (DE) fue de 41,6 (13,0) años. Durante el periodo de seguimiento se registraron eventos cardiovasculares fatales y no-fatales en el 4,4% de los hombres y en el 1,8% de las mujeres. Los hombres presentaron un riesgo medio a 10 años de sufrir un evento cardiovascular mortal o no mortal según IberScore del 17,07% (DE 20,13), con una edad vascular media (edad biológica cardiovascular-EBC-) estimada superior en más de 4 años a la edad cronológica; mientras que las mujeres tenían un riesgo medio a 10 años del 7,91% (DE 9,03), con una edad vascular (EBC) estimada de más de 2 años por encima de la edad cronológica. El área bajo la curva ROC mostró un índice de discriminación del modelo de 0,86 (IC 95% 0,84-0,88) en hombres y 0,82 (IC 95% 0,79-0,85) en mujeres (figura 1). La calibración muestra una sobrestimación del riesgo, tanto en hombres, como en mujeres (figura 2).

Conclusiones

El modelo Iberscore discrimina bien en población de Atención Primaria pero sobreestima el riesgo, especialmente en mujeres; lo que obligaría a recalibrar dicho modelo para poder aplicarlo en dicha población.

719/44. UN CASO EXCEPCIONAL DE TERAPIA CON IPCSK9

Autores:

Segura Díaz, M.¹, Jácome Pérez, A.², Sánchez López, P.³, Flores Serrano, L.⁴, Urrutia López, P.⁵, Rodríguez Rodríguez, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería, (2) Residente Medicina Interna. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería, (4) Residente Medicina Interna. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería, (5) Residente de Medicina Interna. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

Resumen:**Descripción del Caso**

Presentamos el caso de una paciente de 64 años con antecedentes de dislipemia diagnosticada a los 40 años e hipertensión. Como antecedentes familiares destacan dos hermanos y madre con dislipemia sin eventos cardiovasculares.

En tratamiento con enalapril 20 mg/hidroclorotiazida 12,5 mg. Inicialmente, para el hipercolesterolemia recibe tratamiento con simvastatina 40 mg y posteriormente con rosuvastatina 10 mg, con ambas presenta mialgias que mejoraron tras su suspensión. Por lo que, en el momento de la primera consulta en nuestra consulta se encuentra en tratamiento con Ezetimibe 10 mg.

Exploración y Pruebas Complementarias

La paciente presenta un IMC 33.54 y TA 107/79 mmHg. Resto de la exploración física sin hallazgos significativos. Analíticamente, bioquímica: glucosa 80 mg/dL, urea 37 mg/dL, creatinina 0.56 mg/dL, bilirrubina total 0.39 mg/dL, transaminasas dentro de rango, sodio 136 mEq/L, potasio 4.1 mEq/L, calcio 9.8 mg/dL. Respecto al perfil lipídico: colesterol total 268 mg/dL, HDL 78 mg/dL, LDL 163 mg/dL, TG 133 mg/dL. TSH 2.025 µUI/mL. PCR 0.27 mg/dL. El hemograma y la coagulación sin alteraciones.

Jucio Clínico

Se presenta el caso en comisión para recibir tratamiento con iPCSK9, y se inicia tratamiento con Alirocumbab 75 mg inyectable cada 15 días. Además, se insiste en la importancia de una dieta equilibrada y de realizar de ejercicio físico.

A lo largo de 2 años tras del comienzo del tratamiento con Alirocumab, destaca la ausencia de mejoría en los controles analíticos; colesterol total de 304 mg/dL HDL 102 mg/dL y LDL 173 mg/dL. Por lo que se decide sustituir el Alirocumab por Evolocumab 140 mg 1 inyección cada 15 días.

Un año después, Evolocumab tampoco mejora el perfil lipídico (LDL 175 mg/dL) por lo que se decide suspender el fármaco.

Se diagnostica a la paciente como hiporrespondedor a los iPCSK9.

Comentario final

Se inicia tratamiento con Ezetimibe 10 mg cada 24 horas, Pitavastatina de 1 mg a días alternos y omega3 2 comprimidos al día. A pesar de que la paciente comienza de nuevo con mialgias, refiere que son más tolerables y se decide de forma conjunta mantener dicho tratamiento.

En el momento actual la paciente presenta los siguientes niveles de colesterol: Colesterol 250 mg/dL, HDL 96 mg/dL, LDL 130 mg/dL.

Los iPCSK9 son anticuerpos monoclonales humanos cuya función es inhibir a la PCSK9 (proteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9). Esta proteína se une al receptor de las lipoproteínas LDL degradándolo y por lo tanto aumentando la concentración sérica de LDL. Su inhibición por parte de estos fármacos es una innovación en el tratamiento del exceso de LDL. (1)

Sin embargo, hay una pequeña proporción de pacientes que crean anticuerpos neutralizantes del fármaco (iPCSK9) al tratarse de un anticuerpo monoclonal humanizado. Siendo por lo tanto hiporrespondedores a este tratamiento, como ocurre en el caso descrito previamente. (2)

Por lo tanto, este tipo de pacientes podría beneficiarse de nuevas terapias como el ácido bempedoico, recientemente incorporado al mercado. Y también de terapias futuras basadas en técnicas de RNA, como el Inclisiran que inhibe la transcripción de PCSK-9 en los hepatocitos.(3)

Bibliografía

1. *Ascaso JF, Civeira F, Guizarro C, López Miranda J, Masana L, Mostaza JM, et al. Indications of PCSK9 inhibitors in clinical practice. Recommendations of the Spanish Society of Arteriosclerosis (SEA), 2019. Clinica e Investigacion en Arteriosclerosis. 2019 May 1;31(3):128-39.*
2. *Schwartz GG, Steg PG, Szarek M, Bhatt DL, Bittner VA, Diaz R, et al. Alirocumab and Cardiovascular Outcomes after Acute Coronary Syndrome. New England Journal of Medicine. 2018 Nov 29;379(22):2097-107.*
3. *Fragozo-Ramos MC, Gómez-Sierra V, Gómez-Galvis L V, Campo R, Santos RD, Román-González A. Inclisiran, ARN interferente pequeño: un nuevo enfoque para el tratamiento del colesterol Inclisiran, small interfering RNA: a new approach to cholesterol treatment. 2022 [cited 2023 Oct 9]; Available from: www.rccardiologia.com*

719/45. CARACTERÍSTICAS BASALES DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL CRIBADO NEONATAL DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR: ESTUDIO CRINEO-HF.

Autores:

Díaz Cáceres, A.¹, Quirós Jiménez, A.², Rueda García, L.³, Limia Pérez, L.⁴, Cortés Rodríguez, B.⁴, Fuentes Jiménez, F.⁴

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, (3) UGC Pediatría. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, (4) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Resumen:

Introducción y Objetivos

La hipercolesterolemia familiar (HF) es una enfermedad genética autosómica dominante producida fundamentalmente por mutación en el gen del receptor LDL (rLDL). Existen otras mutaciones entre las que destacan el de la apolipoproteína B (apoB) y el gen de la propotein-convertasa-subtilisin/kexin type 9 (PCSK9). Estas mutaciones, expresadas desde el nacimiento, conduce a niveles elevados de colesterol LDL y a una aceleración en el desarrollo de aterosclerosis. Se estima que la incidencia en nuestro medio es de 1 de cada 220-250 personas, siendo considerada la causa genética más frecuente de enfermedad coronaria prematura. Son necesarias medidas para el

diagnóstico precoz de cara a la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular de estos pacientes, la principal causa de mortalidad en nuestro medio. El objetivo principal de este trabajo es la descripción de las características basales de los pacientes incluidos en el estudio CRINEO-HF, cuya finalidad es la detección precoz de personas afectas de HF con un cribado neonatal.

Métodos

Estudio descriptivo transversal de los pacientes incluidos en el estudio CRINEO-HF, un estudio exploratorio y multicéntrico de todos los recién nacidos de nuestra área hospitalaria en un periodo de tres años desde abril de 2023. Se toman medidas antropométricas y una muestra de sangre capilar en las primeras 36-72h de vida obteniendo un perfil lipídico completo (colesterol total, HDL, LDL y triglicéridos), previo consentimiento informado verbal y escrito firmado por sus padres.

Resultados

Se recogían un total de 124 pacientes hasta el momento, de los cuales 74 eran varones (60%) y 50 mujeres (40%). La cifra media de colesterol total entre los recién nacidos fue de 80,3mg/dl (+/- 17,5mg/dl) con niveles de colesterol HDL medios de 24,4mg/dl (+/- 8,4mg/dl), nivel de colesterol LDL medio de 30,9mg/dl (+/- 12,2mg/dl) y nivel de triglicéridos medio de 125,5mg/dl (+/- 40mg/dl). El percentil 90 de colesterol fue de 102mg/dl, y el 95 de 109,8mg/dl. El percentil 90 de LDL fue de 47mg/dl, y el 95 de 51,3mg/dl. El percentil 90 de HDL fue de 36,8mg/dl, y el percentil 95 de 40mg/dl. El peso medio al nacer fue de 3244g (+/-409g), la talla de 49,7cm(+/-1,9cm) y la puntuación en el test de Apgar de 8,75 (+/- 0,8). No se encontraron diferencias significativas por sexo. El 60,8% de los pacientes no tenían antecedentes familiares de dislipemias, el 32,8% de hipercolesterolemia, el 1,6% de hipertrigliceridemia y el 1,6% de dislipemia mixta. El 45,6% de los pacientes tenían antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular, siendo la más frecuente el accidente cerebrovascular en un 12,8%. El 44,8% de la muestra tenían antecedentes familiares de diabetes mellitus y el 46,4% de hipertensión arterial.

Conclusiones

La realización de un cribado neonatal de cifras de colesterol podría permitir la detección de individuos subsidiarios de un test diagnóstico genético de hipercolesterolemia familiar, permitiendo de esta manera la identificación precoz de los pacientes afectos y por tanto la instauración temprana de tratamiento, así como de realizar un screening en cascada inversa.

719/46. HEMORRAGIA INTRACEREBRAL DE ETIOLOGÍA HIPERTENSIVA EN PACIENTES MENORES DE 56 AÑOS. EN BÚSCA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA.

Autores:

Villar Rodríguez, C.¹, Villagran Sancho, D.¹, Medina Rodríguez, M.²

Centro de Trabajo:

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

Resumen:

Introducción y Objetivos

La hipertensión arterial (HTA) es causa importante de morbimortalidad relacionada con el ictus. Se estima que hasta en un 35% de los pacientes con HTA podrían existir causas secundarias. Nuestro objetivo fue evaluar la etiología de la HTA en pacientes con hemorragia intracraneal (HIC) hipertensiva.

Métodos

Se diseñó un estudio observacional, unicéntrico, retrospectivo y descriptivo de pacientes ingresados en la UI de un hospital terciario en el periodo 2020-2022. Mediante revisión de la historia clínica digitalizada se incluyeron los siguientes pacientes: 1) edad <55 años y 2) HIC hipertensiva. Se analizaron características basales, TA al ingreso, tratamiento recibido, discapacidad al alta según la escala de Rankin Modificada (mRS), etiología de la HTA y existencia de daño en otro órgano. Los datos fueron anonimizados y analizados con el programa SPSS-29.0.0.

Resultados

Se incluyeron 30 pacientes (76,7% mujeres; 23,3% hombres), con mediana de edad de 49,5 años (Rango Intercuartílico (RIC) 6); 15 (50%) con obesidad. Diecisiete (43,3%) tenían historia de HTA, 6 (20%) no tomaban antihipertensivos y cuatro (13,3%) con despistaje previo de HTA secundaria.

La mediana de tensión arterial sistólica (TAS) fue 175mmHg (RIC 58) y de tensión arterial diastólica (TAD) 102 mmHg (RIC 29). Veintiún pacientes (70%) precisaron perfusión IV de antihipertensivos (33,3% urapidilo; 36,7% clevidipino). Las HICs se localizaron en territorio profundo en 23 (76,7%), lobar 6 (20%) e infratentorial 1 (3,3%). Seis (20%) hemorragias ocurrieron durante el sueño.

Se realizó estudio de HS en 16 pacientes (53,3%), siendo 8 pacientes diagnosticados: SAOS en 7 (23,3% de estudiados) y 1 (3,3%) hiperaldosteronismo primario. Las pruebas realizadas fueron: MAPA en 9 pacientes (30%): 2 (6,7%) con patrón dipper, 2 (6,7%) con dipper de alta variabilidad, 3 con patrón non-dipper (10%) y 2 (6,7%) con patrón riser. Eco-doppler renal en 11 pacientes (36,7%), test de sobrecarga salina en 5 (16,6%), eje corticoideo en 1 paciente (3,3%) y polisomnografía en 7 pacientes (23,3%).

Al alta hospitalaria, la mediana de puntuación en mRS fue de 3 (RIC 2). La mediana de antihipertensivos al alta fue 3. (RIC 2): 25 (83,3%) IECA-ARAI, 20 (66,7%) calcioantagonistas, 21 (70%) diuréticos, 13 (43,3%) alfabloqueantes y 3 (10%) betabloqueantes.

Conclusiones

El porcentaje de despistaje de HS en nuestra muestra fue inferior al esperado, concordante con los estudios previos publicados al respecto. La implementación de protocolos multidisciplinarios para su diagnóstico podría repercutir en un mejor tratamiento para los pacientes. A pesar de que el hiperaldosteronismo primario se considera la causa más frecuente de HS, encontramos como etiología más frecuente el SAOS, quizás debido a las alteraciones que produce en el flujo sanguíneo cerebral.

719/47. NEUMONÍA ORGANIZADA SUBAGUDA CON BRONQUIOLITIS OBLITERANTE SECUNDARIA A AMIODARONA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

Martín Sánchez, D.¹, Massé Palomo, A.², Delgado Garcés, P.³, García Grove, C.⁴

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Oncología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, (2) Residente. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, (3) Residente de Oncología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, (4) Especialista de Oncología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen:

Descripción del Caso

Varón de 72 años, ex fumador y con antecedentes personales de diabetes, hipertensión arterial, nefropatía vascular G2A1 y cardiopatía isquémica secundaria a enfermedad coronaria de multivaso revascularizada en septiembre de 2004 y noviembre de 2015. En mayo de 2021 debuta con cuadro de fibrilación auricular (FA), iniciándose anticoagulación con dabigatrán y dos cardioversiones eléctricas (CVE) asociando tratamiento con amiodarona 200 mg por persistencia de clínica para control de ritmo. Ingresa en diciembre de 2021 por cuadro de tos seca de dos meses de evolución, sin disnea ni fiebre, asociando cuadro constitucional con insuficiencia respiratoria hipoxémica con saturación de O₂ del 88% que precisa de soporte con terapia nasal de alto flujo.

Exploración y Pruebas Complementarias

A la auscultación mostró crepitantes bilaterales hasta campos medios, sin edemas en miembros inferiores. En radiografía de tórax se objetivaron infiltrados alveolointersticiales bilaterales de predominio en campos medios e inferiores, con elevación de PCR en 136mg/L, sin leucocitosis, neutrofilia ni eosinofilia. No se detectó mediante PCR ácidos nucleicos de virus respiratorios, entre ellos SARS-COV2. En TACAR destacaban numerosas opacidades pulmonares de apariencia pseudonodular y consolidaciones parcheadas bilaterales con tendencia a la confluencia, algunas de ellas con signo del halo asociado y broncograma aéreo, que mostraban distribución peribroncovascular, sugiriendo diagnóstico diferencial entre neumonía organizada, otras infecciones atípicas así como adenocarcinoma pulmonar difuso con crecimiento lepidico. Por ello, se solicitó biopsia transbronquial sin resultado concluyente, y posteriormente biopsia por cirugía torácica asistida por vídeo, diagnosticándose de neumonía organizada con áreas de bronquiolitis obliterante.

Tras tratamiento con corticoides a dosis altas en pauta descendente durante 6 meses y suspensión definitiva de amiodarona, presentó resolución completa del cuadro tanto clínica como radiológicamente.

Jucio Clínico

Toxicidad pulmonar secundaria a amiodarona con expresión de neumonía organizada con bronquiolitis obliterante.

Comentario final

La amiodarona es un fármaco antiarrítmico con efecto inotrópico negativo ampliamente utilizado en la profilaxis y el tratamiento de arritmias ventriculares y supraventriculares, como la fibrilación auricular. Entre sus principales toxicidades se encuentran el hipertiroidismo, hepatitis aguda y toxicidad pulmonar, siendo esta última una de las formas más graves. Además, sus efectos tóxicos pueden continuar a pesar de la retirada del antiarrítmico. En cuanto a la afectación pulmonar, aparece en un 5-10% de los pacientes, siendo la dosis total acumulada y la dosis diaria (> 400 mg/día) los factores principales en la aparición de lesiones pulmonares. La mortalidad por toxicidad pulmonar secundaria a la amiodarona puede alcanzar el 37% en algunas series de casos descritas.

Como forma de presentación a nivel respiratorio, la amiodarona puede ocasionar neumonía organizada, neumonitis intersticial y síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA). Además, se ha descrito con menor incidencia neumonía eosinofílica, hemorragia alveolar difusa y nódulos pulmonares. La clínica presenta gran variabilidad, desde disnea, presente en el 70% de los pacientes, así como fiebre, síndrome constitucional o tos no productiva. La forma radiológica de presentación más común es en forma de infiltrados alveolares, aunque también se han descrito infiltrados intersticiales o afección pleural. No existe ningún tratamiento específico para la toxicidad pulmonar por amiodarona, únicamente está indicada la retirada del fármaco así como añadir corticoesteroides al tratamiento en aquellos casos con peor evolución clínica.

Bibliografía

1. Feduska ET, Thoma BN, Torjman MC, Goldhammer JE. Acute Amiodarone Pulmonary Toxicity. *J Cardiothorac Vasc Anesth.* 2021 May;35(5):1485-1494.
2. Colby R, Geyer H. Amiodarone-induced pulmonary toxicity. *JAAPA.* 2017 Nov;30(11):23-26.
3. Skeoch S, Weatherley N, Swift AJ, Oldroyd A, Johns C, Hayton C, et al. Drug-Induced Interstitial Lung Disease: A Systematic Review. *J Clin Med.* 2018 Oct 15;7(10):356.
4. Mitrofan CE, Cretu A, Mitrofan C, Bar C, Ghiciuc CM. Amiodarone induced lung disease. *Arch Clin Cases.* 2022 Sep 26;9(3):126-132.

719/48. LA HTA Y EL SUEÑO

Autores:

Tebar Vizcaino, A.¹, Vázquez Montiel, M.², Palomo Ruiz, A.³, Rodríguez Espejo, M.⁴

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario Poniente. Centro de Salud El Ejido Norte. Almería, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Poniente. Almería, (3) Residente de 4º año. Centro de Salud Roquetas Norte. Almería, (4) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aguadulce Sur. Roquetas de Mar. Almería.

Resumen:**Descripción del Caso**

Descripción del caso: Mujer de 45 años con AP de obesidad e HTA de 2 años de evolución en tratamiento con tres antihipertensivos, enalapril 20mg- hidroclorotiazida 25mg por la mañana, amlodipino 10mg por la noche. La paciente acudió a una primera consulta refiriendo cefalea occipital durante la tarde. Realizamos toma de TA siendo de 160/90 mmHg.

Le pedimos a la paciente que realice un AMPA en domicilio, siendo citada en la consulta en una semana. La paciente vuelve a la consulta con cifras de TA que oscilan entre 165-150/90-80 mmHg.

Realizamos nueva anamnesis para valorar una posible causa secundarias, interrogamos sobre si es roncadora y la paciente refiere que su marido le dice que ronca y que "a veces se queda sin respirar", también nos comenta que se queda dormida en el trabajo por la mañana.

Sospechamos de un posible SAOS y derivamos a nuestra paciente a la consulta de neumología para su valoración. Además, recomendamos pérdida de peso y dejar de tomar alcohol u otros relajantes.

Pasado dos meses, la paciente vuelve a la consulta por otro motivo y observamos que fue valorada y que realizaron Polisomnografía con resultado de SAOS con un IAH 20 y clínicamente sintomática (HTA, hipersomnolencia diurna). Por lo que se decide iniciar tratamiento con CPAP. Tras dicho tratamiento la paciente refiere mejoría de la somnolencia, cefalea y de la TA.

Exploración y Pruebas Complementarias

En la exploración física:

Peso: 105 kg; Altura: 1,60 cm; IMC: 41.02; Obesidad androide, cuello corto.

Orofaringe: No visualizamos raíz de úvula pero sí paladar blando. Mallampati III.

ACR: Rítmica sin soplos audibles. Hipoventilación generaliza con MVC sin ruidos sobreañadidos.

Se solicita analítica completa para descartar otras causas de posible HTA secundaria descartando así problemas a nivel renal u endocrino.

Realizamos Rx. Tórax dentro de la normalidad.

Jucio Clínico

HTA refractaria en relación a SAOS

Comentario final

El SAOS se puede considerar un factor de riesgo independiente asociado a hipertensión arterial y un factor de riesgo cardiovascular.

Por tanto, es importante y necesario interrogar y sospechar esta posible patología en pacientes sintomáticos y con fenotipo típico (Obesidad, cuello corto) pues es uno de los FRCV independientes que además pueden influir en el mal control de otros factores como es la HTA.

Bibliografía

1. Borsini E, Blanco M, Schiavone M, Salvado A, Bledel I, Nigro CA. Hipoxemia y el riesgo de hipertensión arterial en apnea obstructiva del sueño. *Respirar*. 2023;(15):9-15.
2. Peña MD, Lorenzi-Filho G. Síndrome de apnea obstructiva del sueño y sus consecuencias cardiovasculares. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2021; (5): 561-569.

719/51. ¡DOCTOR, NO CONSIGO CONTROLAR LA TENSIÓN!

Autores:

Ortiz Rodríguez, M.¹, Palma Barrio, R.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras Norte. Algeciras. Cádiz, (2) Especialista en Nefrología. Hospital Universitario Punta de Europa. Algeciras. Cádiz.

Resumen:

Descripción del Caso

Varón de 65 años hipertenso, dislipémico, diagnosticado de fibrilación auricular, en tratamiento con anticoagulantes orales. Portador de marcapasos definitivo. Angor secundario a crisis de HTA, con dolor torácico atípico, precisando de coronariografía en 2021, sin lesiones. Obesidad. ACVA en 2014, carotideo derecho, síndrome lacunar sensitivo-motor, sin secuelas posteriores. EPOC. Es derivado desde Atención Primaria a consultas de Nefrología por alteraciones en urea y creatinina en controles analíticos seriados. Además de un mal control de cifras de TA en domicilio, evidenciado en AMPA aportada. Acudió a Urgencias en Septiembre por dolor torácico y palpitations en el contexto de crisis hipertensiva con troponina negativa. Actualmente está asintomático, aunque en ocasiones presenta cefalea occipital en el contexto de cifras de TA elevadas. Por lo que, su médico de familia ha tenido que realizar cambios en el tratamiento antihipertensivo y derivarlo a consultas de Nefrología con el objetivo de optimizar el control y manejo de la hipertensión asociado a ERC incipiente.

Exploración y Pruebas Complementarias

Buen estado general, bien hidratado y bien perfundido. Eupneico en reposo.

Peso: 142 kg, IMC > 40

AMPAs en domicilio: 200/100, 145/91, 150/ 95, 140/103, 160/ 94

ACP: rítmica sin soplos audibles, MVC sin ruidos sobreañadidos

MMII: no edemas, no signos de TVP

Analítica 08/ 09/23: glucosa 125, urea 33, creatinina 1.18, FG 64, sodio 143, potasio 4.3, Hb 14.0, resto normal.

Jucio Clínico

-ERC tipo 2

-HTA de difícil control

Comentario final

Sabemos que la hipertensión se define como presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o presión arterial diastólica ≥ 90 . En este caso, inicialmente habiéndose descartado causas secundarias de HTA como son: enfermedades renales parenquimatosas o renovasculares como estenosis de la arterial renal, SAHOS, hiperaldosteronismo primario, síndrome de Cushing, Feocromocitoma, HTA inducida por fármacos o tóxicos, además de una falta de adherencia al tratamiento, estamos ante un caso de HTA de difícil control. La hipertensión arterial de difícil manejo se define como aquella con cifras por encima de 140/ 90 de manera persistente a pesar de correcta adherencia al tratamiento con tres fármacos antihipertensivos a dosis máxima, incluyendo un diurético. Inicialmente, el paciente tenía pautado un ARA II, diurético tiazídico y betabloqueante. Aún así persistían cifras tensionales elevadas. Por lo que, su médico de familia, añadió espironolactona. Según las guías, la triple terapia debería estar formada por un IECA o ARA II, bloqueadores de los canales de calcio y diurético. El betabloqueante se puede considerar en la terapia inicial cuando hay indicación específica, por ejemplo: ICC, angina, etc. En nuestro caso, está bien indicado en el paciente tras un episodio de angor. En este caso, se podría haber añadido en la terapia inicial el bloqueador de los canales de calcio. Aun así, una vez añadido, la espironolactona, se consigue controlar la tensión arterial. En conclusión, para un buen manejo de la HTA, inicialmente debemos de insistir en los cambios de estilo de vida y control de FRCV, incidiendo en la restricción de sodio en la dieta, realización de ejercicio físico, reducción y control de peso, etc. En definitiva, debemos concienciar a los pacientes desde Atención Primaria y Especializada de la importancia de seguir unos hábitos de vida saludable y controlar los FRCV para así disminuir el riesgo cardiovascular, y por tanto, de desarrollo de eventos cardiovasculares o enfermedades renales como es el caso.

Bibliografía

1. Gorostidi M, et al. 2022 Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the Spanish Society of Hypertension. Elsevier 2022
2. Moyá Amengual A, García Matarín L. El tratamiento de la hipertensión arterial. En: Sanidad y Ediciones, S.L. SEMERGEN Documentos clínicos Hipertensión arterial área cardiovascular. Grupo Saned; 2022. p. 34-44.

719/52. EMERGENCIA HIPERTENSIVA: UNA CAUSA POCO COMÚN

Autores:

Maroto Torres, A.¹, López-González Gila, J.², Aguilar Jaldo, M.³, Mañero Rodríguez, C.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Interna. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada., (2) Especialista en Nefrología. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada, (3) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

Resumen:

Descripción del Caso

Varón de 32 años que como antecedentes presenta ex-consumo de cocaína y cannabis, sin otras patologías de interés ni tratamiento habitual. Acude a urgencias de su centro de salud por cefalea holocraneal intensa de tres semanas de evolución, motivo por el que ha tomado 1-2 comprimidos diarios de ibuprofeno. Esta cefalea se acompaña de astenia y sensación disneica, sin otra sintomatología referida por órganos y aparatos. Allí se objetiva una tensión arterial de 240/120 mmHg por lo que se administra antihipertensivo oral y se deriva a urgencias de nuestro hospital para continuar estudio.

Exploración y Pruebas Complementarias

A su llegada a nuestro centro, el paciente persiste con cifras tensionales similares, manteniendo el resto de constantes vitales estables y una exploración física anodina, incluyendo también una valoración neurológica general. En las pruebas complementarias básicas realizadas destaca analíticamente una creatinina de 7,1 mg/dL, así como una acidemia metabólica, sin alteraciones electrolíticas de interés. En el sistemático de orina se observa leucocituria, proteinuria y hematuria. No se evidencian sin embargo elevación de reactantes de fase aguda y en el hemograma destaca una anemia de 8.6g/dL de hemoglobina. El electrocardiograma es anodino y se realizan tóxicos en orina que son negativos.

Ingresa en Unidad de Cuidados Intensivos en contexto de emergencia hipertensiva y fracaso renal agudo con acidemia metabólica y anemia asociadas. Se inicia perfusión de clevedipino intravenoso y antihipertensivos orales, mejorando cifras de tensión pero persistiendo elevadas en torno a 150/90 mmHg. En los días posteriores pasa a planta de Nefrología y se comienza a realizar estudio etiológico, a destacar autoinmunidad, inmunoglobulinas, complemento y

proteinograma que son normales; despistaje de causas secundarias de hipertensión sin hallazgos; ecografía doppler de arterias renales que no evidencia estenosis; y ecocardiograma transtorácico que tampoco muestra hallazgos de interés. El paciente evoluciona favorablemente desde el punto de vista de la hipertensión pero persisten cifras elevadas de creatinina y proteinuria >3g/g de cociente proteína/creatinina, por lo que se inicia tratamiento empírico con corticoides, sin respuesta. Finalmente acaba requiriendo hemodiálisis y se procede a realizar biopsia renal.

Jucio Clínico

En la biopsia renal se evidencian lesiones glomerulares e intersticiales crónicas compatibles con nefropatía IgA, aunque sin poder descartar que la ingesta de antiinflamatorios no esteroideos haya contribuido a su desarrollo. Estamos por tanto ante un síndrome nefrítico con fracaso renal agudo y emergencia hipertensiva asociados, en el contexto de una nefropatía por IgA y probable contribución de ingesta concomitante de antiinflamatorios.

Comentario final

El paciente continúa asistiendo a hemodiálisis y se incluye en lista de espera para trasplante renal, que se realiza un año después del diagnóstico. Actualmente se encuentra en seguimiento en consulta de trasplante, con función renal normal y tensión arterial controlada.

La nefropatía IgA es la forma primaria de glomerulonefritis más común en todo el mundo y se produce típicamente en niños y adultos jóvenes. Su fisiopatología se basa en la existencia de un subtipo de IgA deficiente en galactosa circulante a la que se unen autoanticuerpos, estos conducen a la formación de inmunocomplejos que se depositan en el glomérulo (predominantemente en áreas mesangiales) y predisponen a la proliferación mesangial y el daño renal subyacente.

La prevalencia de hipertensión en estos pacientes varía entre el 40-60% y su tratamiento se basa en el uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAs) y bloqueadores del receptor de la angiotensina II (BRA). El control de la hipertensión en esta patología es un factor protector independiente frente a estadios terminales de enfermedad renal crónica, necesidad de hemodiálisis y mortalidad.

Bibliografía

1. Boesen EI, Kakalij RM. Autoimmune-mediated renal disease and hypertension. *Clinical Science*. 2021 Sep 17;135(17):2165-96.
2. Rodrigues JC, Haas M, Reich HN. IgA Nephropathy. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2017 Apr;12(4):677-86.

719/53. DIABETES, CORAZÓN Y RIÑÓN, UNA TRÍADA PELIGROSA

Autores:

Ortiz Rodríguez, M.¹, Luna Aguilera, A.², Ruben, M.³, Delgado Ariza, A.³, Plaza Lara, E.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras Norte. Algeciras. Cádiz, (2) Especialista en Nefrología. Hospital Universitario Punta de Europa. Algeciras. Cádiz, (3) Especialista en Cardiología. Hospital Universitario Punta de Europa. Algeciras. Cádiz.

Resumen:

Descripción del Caso

Varón de 44 años con HTA, dislipemia y DM 1. Con retinopatía diabética proliferativa bilateral, con signos de atrofia bulbar en ojo derecho, amaurosis del mismo y proliferaciones fibrosas vitreoretinianas con vitrectomía, quedando con práctica nula visión. ERC con filtrado de 45-50ml/min, glucosuria y proteinuria no nefrótica, probablemente asociada a la diabetes. Cardiopatía isquémica en 2021 por Síndrome coronario agudo, donde se diagnostica de enfermedad severa de 3 vasos y disfunción ventricular con Fracción de eyección (FEY) 35%. Requirió de cirugía de revascularización miocárdica con colocación de by pass mamario tanto a Descendente Anterior como a ramo mediano. Se comenzó con fármacos modificadores del pronóstico (sacubitrilo/valsartan, eplerenona y bisoprolol). Ingresó por insuficiencia cardiaca en febrero 2023 donde se evidenció Función sistólica del Ventrículo izquierdo deprimida severa (FEY 20%). Tras coronariografía, se observó lesión severa en coronaria derecha, revascularizada mediante stent. En seguimiento en consulta de insuficiencia cardiaca donde se intenta titulación de fármacos. Reingreso en julio por insuficiencia cardiaca en contexto de descompensación diabética, se realiza tratamiento depleitivo y se añade Vericiguat. Se solicita dispositivo de glucemia capilar flash y se logra optimización del tratamiento de diabetes. Tras episodios de descompensación de su patología cardiológica, reagudización de su ERC sin recuperación ad integrum (FGe de 22-28ml/min). En último ecocardiograma, mejoría de FSVI con FEY del 36%.

Exploración y Pruebas Complementarias

Auscultación cardio-pulmonar: rítmica, no soplos. MVC, hipoventilación bibasal

MMII: edemas infrapatelar bilaterales

Ecocardiograma Doppler: AI dilatada, Miocardiopatía dilatada isquémica con Disfunción sistólica moderada del VI (FEV 36%). Función sistólica VD deprimida. Disfunción diastólica grado III.

Analítica 9/8/23: creatinina 3.05 mg/ dl, FGe 23 ml/ min, Hb 11.1 g/ dl, Pro-BNP 3592. CAC 765 mg/g

Jucio Clínico

-Miocardiopatía dilatada con FEVI DEPRIMIDA.

-ERC asociada a diabetes.

- Síndrome Cardiorenal

Comentario final

El síndrome cardiorenal es un desorden fisiopatológico que afecta al corazón y a los riñones, de manera aguda o crónica, por lo cual la disfunción del primero de estos órganos induce disfunción en los otros, o viceversa. Este caso clínico pone de manifiesto la coexistencia de dos patologías con alta mortalidad y desencadenadas principalmente por el mal control de factores de riesgo cardiovascular como son la hipertensión y la diabetes. En el paciente del caso clínico, el deterioro progresivo de la función renal hasta ERC avanzada y la insuficiencia cardíaca crónica, hacen de este un escenario terapéutico complejo con limitación de sus opciones terapéuticas en el futuro, ya que su práctica nula visión y la ausencia de apoyo familiar, contraindica la Diálisis Peritoneal, estando el paciente abocado, en caso de precisar diálisis, a iniciar hemodiálisis mediante un catéter por la contraindicación actual a la realización de una fístula arteriovenosa, sin menospreciar el deterioro cardiológico futuro por la propia técnica de hemodiálisis. Así mismo, se ven limitadas las opciones terapéuticas cardiovasculares al empeorar el filtrado renal, siendo compleja la titulación de fármacos modificadores del pronóstico. El trasplante renal quedaría contraindicado por la situación cardiológica del paciente, así como tampoco sería candidato a trasplante cardíaco, presentando contraindicación por su mal control de la diabetes y las complicaciones asociadas. En conclusión, estamos ante un paciente joven, con una importante carga cardiovascular y una limitación severa en su calidad y expectativa de vida a consecuencia de las complicaciones derivadas principalmente de un mal control de su HTA y su DM. En este tipo de pacientes cobra relevancia la necesidad del control de los FRCV, el uso de nuevas terapias para insuficiencia cardíaca y el trabajo conjunto entre Cardiología y Nefrología para buscar un objetivo común, mejorando la supervivencia y calidad de vida de nuestros pacientes.

Bibliografía

1. *Pereira-Rodríguez JE, et al. Síndrome cardiorenal. 2017; 24(6): 602-613*

719/54. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PACIENTES INGRESADOS POR ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAÉN: PROYECTO ATHERA

Autores:

Martínez Cámara, D.¹, Raya Cruz, M.², Romero Rodríguez, M.³, Ríder Reyes, E.⁴, Mercado Begara, C.⁵, Gómez Delgado, F.⁶

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Interna. Hospital Universitario de Jaén, (2) Especialista en Riesgo Cardiovascular. Hospital Universitario de Jaén, (3) Residente de 3er año de Medicina Interna. Hospital Universitario de Jaén, (4) Residente de 2º de año de Medicina Interna. Hospital Universitario de Jaén, (5) Residente de 2º año de Neurología. Hospital Neurotraumatológico de Jaén, (6) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario de Jaén.

Resumen:**Introducción y Objetivos**

La elevada prevalencia del ictus nos lleva a describir los factores de riesgo asociados a las diferentes etiologías en los pacientes ingresados por esta patología en el Hospital Universitario de Jaén (HUIJ).

Métodos

Se ha llevado a cabo un análisis retrospectivo de los pacientes hospitalizados por ictus en el HUI durante el año 2022 a partir de la base de datos del Servicio de Archivos de nuestro hospital recogiendo variables epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas.

Resultados

Del total de casos (n=417), 240 (58%) fueron aterotrombóticos, 151 (36%) cardioembólicos y 26 (6%) hemorrágicos. En ictus aterotrombóticos, la media de edad es de 71 años; 174 (72,7%) eran hombres y 65 (27,3%) mujeres. En relación a los FRCV, 118 (49,2%) presentaban hábito tabáquico y 57 (23,8%) hábito enólico; 114 (47,5%) eran dislipémicos y 82 (34,2%) tomaban tratamiento hipolipemiante. En cuanto a la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), 82 (34,2%) eran diabéticos y 69 (84,1%) recibían tratamiento antidiabético y por último, 137 (57,1%) tenían hipertensión arterial (HTA), de los cuales 130 (94,2%) tomaban antihipertensivos. Los valores medios del perfil lipídico fueron: colesterol total (CT) 170 mg/dL, colesterol asociado a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL) 97 mg/dL, colesterol asociado a lipoproteínas de alta densidad HDL 44 mg/dL, triglicéridos (TG) 138 mg/dL y la glucemia basal era de 115 mg/dL. En ictus cardioembólicos, la media de edad era de 75 años, 81 (53,6%) eran hombres y 70 (40,6%) mujeres. Con relación a los FRCV: 47 (31%) presentaban hábito tabáquico y 27 (20,6%) hábito enólico; 49 (32,5%) padecían DM2 y 44 (89,8%) tomaban tratamiento antidiabético, 108 (71,5%) tenían HTA y 106 (98,1%) tomaban tratamiento antihipertensivo; 74 (49,4%) eran dislipémicos y de éstos, 62 (82,9%) tomaban tratamiento hipolipemiante. Los valores medios del perfil lipídico fueron: CT 160 mg/dL, c-LDL 89 mg/dL, c-HDL 46 mg/dL, TG 113 mg/dL y la glucemia basal era de 119 mg/dL. En ictus hemorrágicos, la media de edad es de 71 años, 15 (57,7%) eran hombres y 11 (42,3%) mujeres. Con respecto a los FRCV, 10 (38,5) presentaban hábito tabáquico y 5 (19,2%) hábito enólico; 9 (34,6%) tenían DM2 y 8 de ellos (89%) tomaban tratamiento antidiabético, 17 (65,4%) tenían HTA de los cuales 13 (76,45%) tomaban tratamiento antihipertensivo; por último, 13 (50%) eran dislipémicos y solo 9 de éstos (69,2%) tomaban tratamiento hipolipemiante. Los valores medios de perfil lipídico fueron: CT 167 mg/dL, c-LDL 92 mg/dL, c-HDL 48 mg/dL, TG 122 mg/dL y glucemia basal 130 mg/dL.

Conclusiones

En el presente estudio destaca la prevalencia de FRCV en los pacientes que ingresan a nivel hospitalario por este motivo. No menos importante es el porcentaje de pacientes que no presentan un tratamiento optimizado de sus FRCV lo que hace necesaria la implementación de herramientas que ayuden tanto a identificar estos FRCV como a tratarlos de manera eficiente con el fin de ayudar en la prevención de eventos cardiovasculares.

719/55. PERFIL DE RIESGO EN LOS PACIENTES INGRESADOS POR ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO ¿HAY DIFERENCIAS ENTRE ATEROTROMBÓTICOS Y CARDIOEMBÓLICOS? PROYECTO ATHERA

Autores:

López Vilchez, M.¹, Ríder Reyes, E.², Orozco Casado, M.³, Martínez Cámara, D.³, Romero Rodríguez, M.⁴, Gómez Delgado, F.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 5º año de Medicina Interna. Hospital Universitario de Jaén, (2) Residente de 2º de año de Medicina Interna. Hospital Universitario de Jaén, (3) Residente de 2º año de Medicina Interna. Hospital Universitario de Jaén, (4) Residente de 3er año de Medicina Interna. Hospital Universitario de Jaén, (5) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario de Jaén.

Resumen:

Introducción y Objetivos

El ictus constituye actualmente un reto a nivel sanitario dada su elevada incidencia y prevalencia. Por ello, es necesario analizar qué factores se relacionan con su aparición y si existen diferencias entre ictus aterotrombóticos y cardioembólicos.

Métodos

Se ha llevado a cabo un análisis retrospectivo de los pacientes hospitalizados por ictus en el HUI durante el año 2022 a partir de la base de datos del Servicio de Archivos de nuestro hospital recogiendo variables epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas. Concretamente, el análisis se centró en factores epidemiológicos como la edad y el género, la presencia de antecedentes personales de enfermedad cardiovascular (ECV), factores

de riesgo cardiovascular (FRCV) como el hábito tabáquico y enólico y la presencia de hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus tipo 2 (DM2) o dislipemia (DL) así como el abordaje terapéutico de estos FRCV.

Resultados

De una muestra de 391 pacientes (240 de origen aterotrombótico y 151 cardioembólico) se observó un mayor porcentaje de hombres en el grupo de ictus aterotrombóticos 175 (72,9%) frente a 81 (56,3%) en cardioembólicos ($p < 0,001$). Con respecto a la prevalencia previa de eventos coronarios o cerebrovasculares previos no se obtuvieron diferencias entre ambos grupos. En relación a los hábitos tóxicos se encontraron diferencias con respecto al hábito tabáquico, concretamente eran fumadores 118 (54,1%) de los pacientes con ictus aterotrombótico y 47 (38,2%) de los pacientes con ictus cardioembólico ($p = 0,003$). No se encontraron diferencias con respecto al hábito enólico. En relación a los FRCV se obtuvieron diferencias significativas con respecto a la HTA, concretamente, la HTA fue más frecuente en los ictus cardioembólicos con 108 casos (71,5%) frente a 137 (57,1%) de los aterotrombóticos ($p = 0,003$). No se obtuvieron diferencias significativas con respecto a la prevalencia de DM2 y DL. Con respecto al porcentaje de pacientes que recibían tratamiento para cada FRCV, no se observaron diferencias entre ambos grupos. En el caso de pacientes con HTA, 130 (94,2%) de pacientes con ictus aterotrombótico recibían tratamiento antihipertensivo frente a 106 (98,1%) de pacientes con ictus cardioembólico. Respecto a la DM, 69 (84,1%) de los pacientes con ictus aterotrombótico recibían tratamiento frente a 44 (89,8%) con ictus cardioembólico. Finalmente, 82 (34,2%) de los pacientes con ictus aterotrombótico recibían estatinas frente a 62 (41,1%) de los pacientes con ictus cardioembólico.

Conclusiones

En relación al perfil de riesgo de los pacientes que ingresan por ictus, se objetivó que, en el caso de ictus aterotrombóticos, la prevalencia de género masculino y el hábito tabáquico era superior comparado con los ictus cardioembólicos. En relación a FRCV se objetivó una mayor prevalencia de HTA en los pacientes que ingresaban por un ictus cardioembólico frente a los aterotrombóticos. Con respecto a los tratamientos específicos para los distintos FRCV no se observaron diferencias entre ambos grupos aunque se identificó una elevada prevalencia de pacientes dislipémicos sin tratamiento hipolipemiante. Identificar estos factores epidemiológicos, clínicos y terapéuticos nos permitiría en un futuro realizar un abordaje más específico con el fin de prevenir eventos cardiovasculares.

719/56. HTA RESISTENTE A TRATAMIENTO: ¿FALTA DE ADHERENCIA O CAUSA SECUNDARIA?

Autores:

Palomo Ruiz, A.¹, Tébar Vizcaino, A.², Vázquez Montiel, M.³, Rodríguez Espejo, M.⁴, Gálvez Cano, M.⁵, Rivera Moya, A.⁶

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año. Centro de Salud Roquetas Norte. Almería, (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. El Ejido Norte. Almería, (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Poniente. Almería, (4) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aguadulce Sur. Roquetas de Mar. Almería, (5) Especialista de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas Norte. Almería, (6) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adra. Almería.

Resumen:

Descripción del Caso

Varón de 31 años, natural de Mauritania. En Almería desde 2017. Comienza con 25 años las consultas en AP por cefalea, objetivándose cifras tensionales de 160/100mmHg, confirmándose en una 2ª consulta. Se pauta amlodipino 10mg, persistiendo cifras altas 3 meses más tarde. Se añade un 2º antihipertensivo (lecaptopino 20mg/enalapril 20mg) con control de cifras. Reconsulta 9 meses después con TA 170/100mmHg tras haber abandonado tratamiento los 3 meses previos. Se añade un diurético, y se cambia IECA por un ARaII de su tratamiento previo. 3 meses tras el comienzo de la triple terapia persisten cifras elevadas y se deriva a cardiología para valoración. Detectan soplo sistólico y descartan cardiopatía estructural. Solicitan eco Doppler renal. Añaden doxazosina 4mg. Seguimiento en AP con persistencia de cifras elevadas, aunque con evidencia en receta XXI de no dispensación de la medicación, por lo que se insiste en mejorar adherencia. No acude hasta 1 año más tarde, de nuevo por cifras altas. Se solicita nueva analítica, normal, y se aumenta de su tratamiento la doxazosina a 8mg. Sigue consultando, también en urgencias, por crisis hipertensivas. En urgencias hospitalarias se añade espirolactona y se deriva a Nefrología. Acude a nefrología con cifras elevadas puesto que por Ramadán estaba tomando la medicación de la noche únicamente, pero se detecta en la analítica solicitada por primera vez insuficiencia renal, no presente en previas. Finalmente se caracteriza tras estudio de HTA secundaria a ERC G2A2.

Exploración y Pruebas Complementarias

- Rx tórax y ECG normal, no criterios de HVI.
- Analíticas realizadas en atención primaria: (2018)- Serología a hepatitis B pasada. Cr 1.12 mg/dl. No solicitada albuminuria. (2022) - FG 84 ml/min, Cr 1.15 mg/dl, con proteínas 10 mg/dl en sedimento. Cociente albúmina/creatinina <30. (Abril-2022, nefrología) - Proteinuria similar, con Cr 1.3 mg/dl.
- AngioTC aorta (2020): Normal.
- AngioRM renal (2020): Arterias renales permeables, de calibre y morfología normal, sin clara evidencia de estenosis.
- Ecografía abdominal (2019): Ambos riñones con tamaño, morfología y estructura conservada. Doppler flujo conservado en ambos riñones. Resto sin hallazgos patológicos.

Jucio Clínico

HTA secundaria a ERC en paciente joven sin otros FRCV.

Comentario final

Entre un 5-10% de los pacientes con hipertensión arterial, pueden tener una causa secundaria. Es importante realizar un estudio en todos los pacientes que sospechemos etiología secundaria, como pacientes resistentes a tratamiento, <30 años o rápida evolución entre otros. Este estudio incluye analítica con función renal, estudio de diabetes, tiroides, lípidos y proteinuria. Se debe valorar derivación a cardiología para descartar cardiopatía estructural y nefrología para descartar otras causas como enfermedad parenquimatosa o estenosis de la arteria renal. En este caso concreto además, tratándose de una HTA secundaria a ERC, el paciente se beneficiaría de añadir a su tratamiento un ISGLT2 (dapaglifozina o empaglifozina) que han demostrado en recientes estudios nefroprotección también en ERC no diabética, disminuyendo el riesgo de progresión de la enfermedad renal y la mortalidad por causa cardiovascular.

Bibliografía

1. Charles L, Triscott J, Dobbs B. Secondary Hypertension: Discovering the Underlying Cause. *Am Fam Physician*. 2017 Oct 1;96(7):453-461. PMID: 29094913.
2. González-Albarrán, O., Morales, C., Pérez-Maraver, M. et al. Review of SGLT2i for the Treatment of Renal Complications: Experience in Patients with and Without T2D. *Diabetes Ther* 13 (Suppl 1), 35-49 (2022).
3. Dybiec J, Krzemińska J, Radziach E, Szlagor M, Wronka M, Młynarska E, Rysz J, Franczyk B. Advances in the Pathogenesis and Treatment of Resistant Hypertension. *Int J Mol Sci*. 2023 Aug 18;24(16):12911. doi: 10.3390/ijms241612911. PMID: 37629095; PMCID: PMC10454510.

719/57. HIPERTENSIÓN SECUNDARIA POR RIÑÓN PRESOR ¿Y DESPUÉS?

Autores:

Díaz Gómez, M.¹, Hernández Quiles, C.², Ramirez Duque, N.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen:

Descripción del Caso

Se trata de un paciente de 65 años, antecedente de tabaquismo e hipertensión arterial (HTA) desde los 40 años de difícil control, con automedida de la presión arterial (AMPA) de 170/90mmHg y monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) patrón riser a pesar de 5 medicamentos antihipertensivos, asociado a enfermedad renal crónica (ERC) G2A3 al menos desde los 60 años, que acude a consulta de medicina interna por sospecha de HTA secundaria. Se solicitó prueba de imagen con datos de atrofia renal de predominio izquierdo y estenosis de arteria renal izquierda, confirmándose riñón izquierdo presor atrófico no funcionante, por lo que se programó ingreso hospitalario para embolización. Tras intervención por radiología intervencionista el paciente presenta mal estado general y mal control del dolor, con crisis hipertensivas de 220/110mmHg asociado a íleo paralítico y deterioro de la función renal.

Exploración y Pruebas Complementarias

- Previo al ingreso
- ANGIO TAC: riñón izquierdo hipotrófico, de 74mm, estenosis suboclusiva en su tercio medio.

- Renograma isotópico: Riñón derecho con aumento compensador de tamaño. Riñón izquierdo atrófico con muy pobre función tubular (casi anulado).
- Durante el ingreso
- RADIOGRAFIA ABDOMEN dilatación de asas intestinales sin niveles hidroaéreos. no neumoperitoneo
- POCUS no liquido libre abdominal, riñón izquierdo sin colecciones.
- ANALITICAS
- Leucocitos $15,85 \times 10^3/\mu\text{L}$ Hemoglobina 12,1 g/dL plaquetas normales
- Creatinina 1,82 mg/dL (basales de 1,2mg/dL) urea 35mg/dL, perfil hepatico normal, Sodio normal, potasio 2,7mEq/L.
- Proteína C reactiva 354,5 mg/L

Jucio Clínico

Síndrome post embolización

Comentario final

La embolización de la arteria renal es una técnica utilizada para patologías como tumores renales, rechazos de injerto en trasplante, angioliomas, entre otras. Una de las complicaciones más frecuente es el síndrome post embolización que consiste en dolor abdominal intenso, náusea, fiebre e ileo paralítico en el periodo periembolización inmediato, causado por una respuesta inflamatoria al tejido necrótico después de la embolización. Según la literatura la mayoría de las manifestaciones son leves y de corta duración, incluso autolimitados, que resuelven con manejo médico en pocos días. Se ha propuesto manejo con AINE e incluso profilaxis con esteroides, pero no hay suficiente evidencia.

En el caso de nuestro paciente, la sintomatología fue grave e intensa, llevando a prolongar la hospitalización una semana más de lo esperado (generalmente el alta se da en menos de 48 horas), debido al mal control del dolor, HTA secundaria y de difícil control sumado a un fracaso renal agudo sobre la ERC previa. Estas complicaciones se resolvieron con el manejo médico y las medidas de soporte instauradas pudiendo derivarse al alta. En las revisiones post hospitalización el paciente persistió con leves molestias abdominales izquierdas e hipertenso (aunque ya controlado con menos medicación que antes).

Resaltar que la mayoría de casos reportados tratan de embolizaciones sobre tumores o angioliomas, escasos son sobre riñones presores por estenosis de arteria renal, por lo que se desconoce si la frecuencia e intensidad de síntomas es mayor en estos pacientes, así como la evolución a largo plazo. Este caso nos recuerda la importancia de individualizar y basarnos en la bibliografía disponible para ajustarla a las necesidades de nuestros pacientes.

Bibliografía

1. Schwartz et al. Renal artery embolization: clinical indications and experience from over 100 cases. *BJU Int.* 2007 Apr;99(4):881-6.
2. Vora et al. Incidence of postembolization syndrome after complete renal angioinfarction: a single-institution experience over four years. *Scandinavian Journal of Urology.* 2014; 48: 245-251.

719/58. MANEJO INTEGRAL DEL RIESGO CARDIOVASCULAR. UN DESAFÍO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.

Autores:

Garrido Alfaro, R.¹, Cira García, J.², Aragón Lara, R.², Galán Azcona, M.³, Lucena Trigo, L.⁴, Castillo Matus, M.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Residente. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla., (2) Medico Especialista de Medicina interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla., (3) EIR 4º año en Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla., (4) EIR 2º año en Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla., (5) Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla.

Resumen:

Descripción del Caso

Varón de 88 años, con AP de exconsumo tabáquico, HTA, DM2, dislipémico, ICC CF IV NYHA con FEr tras IAM Killip III (emergencia hipertensiva en postoperatorio de cáncer de colon). EPOC GOLD III reagudizador frecuente con OCD. Consulta urgencias por aumento de disnea los 10 días previos, asociado a recorte de diuresis así como aumento de mucosidad. A la exploración, taquipneico con tiraje abdominal marcado, SatO2 basal 80% y necesidad de soporte con VMSK al 6% a 6-8 lpm. ACR: rítmico. Sibilantes espiratorios bilaterales. En analítica: Hb 9,7 g/L (N-N), Urea 154. Cr 3,9 mg/dL y FG 32 ml/min. Iones: Na 138. K 3,9. EAB pH 7.3. Bicarbonato 30.6mmol/L. pPCO2 74.7mmHg. PCR

20mg/L. NT-proBNP: 48880. Orina: urea 1618 mg/dL. Cr 64.1 mg/dL. Na 27 mmol/L. K 23.2 mmol/L. Rx tórax con ICT aumentado y derrame pleural bilateral. Ingresa en Medicina Interna.

-ICC: se inicia tratamiento deplectivo con 400 mg de furosemida iv/24h sin éxito, empleando bolo de furosemida + SSH con buena respuesta. Se opta por doble bloqueo neurohormonal con dosis bajas de hidroclorotiazida y acetazolamida por alcalosis metabólica secundaria a insuficiencia respiratoria global. Tras mantener estabilidad, se inician fármacos modificadores de la enfermedad de forma escalonada: BB cardioselectivos, Sacubitrilo/Valsartan 24/26 mg y Empagliflozina 10 mg. No se inicia por el momento ARM.

-ERC: al alta, creatinina basal en torno a 1,95-2 mg/dL tras introducción de ARNI, y ISGLT-2 en fase estable pero congestiva (beneficio secundario TFGa). Se añade manidipino para mejorar hemodinámica renal. Objetivos de Hb > 8 g/dL (valorar posteriormente si EPO, riesgo/beneficio protrombótico).

-Metabólico: se retira metformina y se añade alogliptina + empagliflozina dadas las características del paciente, así como tratamiento antilipémico (Atorvastatina 20mg/ezetimiba 10mg).

-EPOC: se inicia soporte respiratorio y corticoides iv. Tras estabilidad, se comienza con TRIPLE TERAPIA en dispositivo presurizado único (simplificación), con rescates con atrovent. Se valorará inicio de azitromicina tras finalizar tratamiento de la sobreinfección respiratoria actual, con Cotrimoxazol. Se prescribe VMNI en modo P/S BiPAP domiciliaria. Se gestiona oxigenoterapia portátil de cara a mejorar autonomía.

Exploración y Pruebas Complementarias

- CONGESTIÓN: NT-proBNP: 48880-->6816 pg/mL. Ca 125 48,30 U/mL.

- RCV: Metabolismo férrico: IST 29%, Hierro 85 ug/dL, ferritina 203 ug/mL. TSH normal. Úrico 8,9 mg/dL. Perfil lipídico: ColT 167. LDL 106. HDL 45.

- TC tórax: Pérdida de volumen en lobulo inferior izquierdo apreciando consolidación del espacio aéreo con broncograma en su interior. Enfisema pulmonar y broncopatía crónica.

- CULTIVO esputo: + Pseudomona aeruginosa.

- ETT: HVI moderada septal. FEVI ligeramente deprimida (alteraciones segmentarias basal-medio inferior conocidas). Al dilatada. Disfunción diastólica II. Probabilidad de HTP intermedia. Cámaras derechas ligeramente dilatadas.

Jucio Clínico

Insuficiencia respiratoria global crónica reagudizada con criterios de VMNI domiciliaria secundaria a:

- ICC descompensada CF III basal. NYHA III-IV. FEVIr.

- Reagudización de EPOC GOLD 3D fenotipo reagudizador. mMRC 3. Necesidad de OCD. Aislamiento P. aeruginosa R a QUINOLONAS. S a Cotrimoxazol.

- ERC reagudizada AKIN 2 de etiología hipertensivo-diabética. KIDGO G3b

Alto RCV: HTA. DM2 HbA1c 5%. Obesidad. DLP.

Comentario final

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en nuestro país y conllevan además un elevado grado de discapacidad y gasto sanitario. La arteriosclerosis es una enfermedad de causa multifactorial y es por ello que su prevención exige un abordaje global que contemple los distintos factores de riesgo con los que se asocia(1).

Bibliografía

1. Mostaza JM, Pintó X, Armario P, Masana L, Real JT, Valdivielso P, Arrobas-Velilla T, Baeza-Trinidad R, Calmarza P, Cebollada J, Civera-Andrés M, Cuende Melero JI, Díaz-Díaz JL, Fernández Pardo J, Guijarro C, Jericó C, Lacaustera M, Lahoz C, López-Miranda J, Martínez-Hervás S, Muñoz-Grijalvo O, Páramo JA, Pascual V, Pedro-Botet J, Pérez-Martínez P, Plana N, Puzo J, Sánchez Chaparro MÁ, Vila L. SEA 2022 Standards for Global Control of Cardiovascular Risk. Clin Investig Arterioscler. 2022 May-Jun;34(3):130-179. English, Spanish. doi: 10.1016/j.arteri.2021.11.003. Epub 2022 Jan 25. PMID: 35090775.

719/59. SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO Y EMBARAZO: UNA PELIGROSA COMBINACIÓN

Autores:

Alba Sorrosal, A.¹, Aguilar Jaldo, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

Resumen:**Descripción del Caso**

Gestante de 24 años en la semana 33, con antecedentes de síndrome antifosfolípido triple positivo diagnosticado hace dos años tras episodio de trombosis venosa profunda en miembro inferior izquierdo y tromboembolismo pulmonar agudo bilateral sin compromiso hemodinámico. En seguimiento estrecho por Hematología durante la gestación, se encontraba en tratamiento con enoxaparina sódica 150 mg y AAS 100 mg.

Ingreso reciente en Ginecología por preeclampsia grave, dada de alta con labetalol 100mg/8h y heparina.

Acudió de nuevo a Urgencias por epigastralgia intensa de inicio súbito que no cedía con analgesia convencional, sin vómitos ni cambios en el hábito gastrointestinal asociados. Refería cefalea en región occipital en contexto de mal control tensional. Negaba disnea, edematización de miembros inferiores o recorte de diuresis, sí hematuria macroscópica de 48 horas de evolución.

Exploración y Pruebas Complementarias

A su llegada se constató TA 173/90 mmHg que precisó la administración de 4 bolos de labetalol IV para su control. En la exploración física únicamente destacaba dolor a la palpación en epigastrio sin otros hallazgos patológicos relevantes.

Analíticamente presentaba elevación de transaminasa GOT 138 U/L y GPT 289 U/L, LDH 449 U/L, función renal conservada y bilirrubina en rango. Descenso de hemoglobina 10,5 g/dL y trombocitopenia 91.000 con coagulación sin alteraciones. Empeoramiento de la proteinuria con cociente proteína/creatinina 4513,2mg/g. Se realizó frotis de sangre periférica que descartó la presencia de esquistocitos.

Dada la alta sospecha de síndrome de Hellp incompleto se procedió a la finalización de la gestación mediante inducción directa en la semana 33+5. Tras el parto la paciente presentó evolución tórpida, con persistencia del dolor abdominal y tensión arterial de difícil control a pesar de tres fármacos antihipertensivos.

Se solicitó nueva analítica con los parámetros previamente alterados con valores similares y un TC abdominopélvico, que informó de la presencia de múltiples infartos hepáticos bilobares.

Tras diez días de seguimiento estrecho, inicio de metilprednisolona e intensificación del tratamiento antihipertensivo con asociación de labetalol 100mg/8 horas IV, enalapril 20mg/12h, hidroclorotiazida 25mg/24h y amlodipino 10mg/24h, la paciente presentó buena evolución clínica y analítica, procediendo al descenso progresivo de dosis y alta hospitalaria con Enalapril 20mg/Hidroclorotiazida 12.50mg.

Jucio Clínico

- Preeclampsia grave precoz y síndrome de Hellp incompleto en paciente con antecedente de síndrome antifosfolípido. Parto pretérmino en la semana 34.
- Hipertensión postparto de difícil control.
- Infartos hepáticos múltiples.

Comentario final

El síndrome de Hellp es una complicación obstétrica con elevada morbimortalidad materna y fetal que cursa con hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y recuento bajo de plaquetas. Su incidencia es del 0,2% del total de los embarazos y del 10% de aquellos complicados con preeclampsia y eclampsia. En las pacientes con síndrome antifosfolípido esta complicación es más frecuente y precoz, y generalmente más severa.

Pese a que la mayoría de los casos se resuelven tras la expulsión de la placenta, existen algunas pacientes en las que la clínica persiste tras finalizar la gestación. El manejo de esta situación es muy complejo y no existe consenso científico acerca del mismo. En el caso presentado la paciente evolucionó favorablemente con corticoterapia IV, heparina y control exhaustivo de la tensión arterial.

Bibliografía

1. Le Thi Thuong D, Tieulie N, Andreu M. The Hellp Syndrome in the Antiphospholipid Syndrome: Retrospective study of 16 cases in 15 women. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2005;64(2):273-8. <https://doi.org/10.1136/ard.2003.019000>
2. Tufano, A, Coppola, A, Maruotti, G M, Martinelli, P, Cerbone, A M, Di Minno, G. HELLP syndrome and its relation with the antiphospholipid syndrome. *Blood transfusion = Trasfusione del sangue*. 2014;12(1), 114-118. <https://doi.org/10.2450/2013.0154-13>

719/60. LA CLÍNICA SILENTE DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA

Autores:

Galán Azcona, M.¹, Castillo Matus, M.², Garrido Alfato, R.³, Lucena Trigo, L.⁴, Martín Durán, N.⁵, Brenes Brenes, M.⁵

Centro de Trabajo:

(1) EIR 4º año en Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla., (2) Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla, (3) EIR 3er año en Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla., (4) EIR 2º año en Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla., (5) EIR 1er año en Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.

Resumen:

Descripción del Caso

Varón de 60 años con alta carga vascular, HTA, DM tipo 2 de >10 años insulino dependiente de evolución con mal control glucémico y LOD (RDNP severa panfotocoagulada), hipercolesterolemia, ictus isquémico aterotrombótico en ACM izquierda, enfermedad isquémica de pequeño vaso con deterioro cognitivo de perfil vascular, AOS en tratamiento con CPAP domiciliaria.

Acude a urgencias por claudicación intermitente de MMII de inicio en glúteos de varios meses de evolución a <50m y lesión en cabeza de 1º metatarso pie derecho de 1 mes de evolución con dolor a mínimo roce asociado a fiebre. Además, refiere disfunción eréctil.

Exploración y Pruebas Complementarias

A la exploración física, a destacar pulsos femorales y pedios disminuidos, índice tobillo-brazo en MID 40/135 = 0'30 y en MII 35/135 = 0'25, con lesión puntiforme con celulitis local en primer metatarso de MID.

Se realiza ecografía doppler arterial de MID con arteria femoral común permeable, con onda espectral bifásica tamponada a 30 cm/s, arteria femoral profunda permeable con onda bifásica a 25 cm/s, arteria femoral superficial permeable en todo su recorrido con onda bifásica muy tamponada a 20 cm/s, así como las tres porciones de arteria poplítea, arteria tibial anterior, perona y tibial posterior permeables hasta el pie, con ondas bifásicas aplanadas a 20 cm/s.

Analíticamente, deterioro de la función renal no conocido previamente.

AngioTAC con marcados cambios arterioscleróticos, irregularidad de la luz y calcificaciones parietales y trombos murales de la aorta abdominal, que se ocluye justo tras el origen de las arterias renales. Estenosis en el origen de arteria renal izda >70% con disminución del parénquima renal izquierdo. Arterias ilíacas externas recanalizadas a través de las epigástricas inferiores. Ambas arterias femorales superficiales y profundas, poplíteas, y en el territorio sural los troncos tibioperoneos y tibiales anteriores de características normales hasta el territorio distal del miembro.

Ante sospecha de posible Sd. De Leriche, se realizó arteriografía vía humeral, con hallazgo de oclusión aórtica inmediatamente distal al origen de renales y recanalización en arteria iliaca externa distal y arteria femoral común, confirmándose el diagnóstico.

Se realiza ETT y estudio de pruebas funcionales respiratorias de cara a plantear cirugía, siendo las pruebas normales. Se decide realizar finalmente bypass axilo-bifemoral y amputación transmetatarsiana de 1º dedo, por ser el foco de infección

Jucio Clínico

-Isquemia arterial crónica grado IV MID.

-Síndrome de Leriche

-Enfermedad renal crónica G3aA2 por estenosis de arteria renal izquierda y probable nefropatía diabética.

Comentario final

El síndrome de Leriche es la tríada de claudicación, disfunción eréctil en hombres y disminución de pulsos por oclusión aortoiliaca. Los factores de riesgo incluyen hiperlipidemia, hipertensión, diabetes mellitus y tabaquismo. El índice tobillo-brazo es un método no invasivo, económico y confiable para evaluar a los pacientes (1), además de la ecografía doppler continuo y pulsado y angioTC como métodos no invasivos, siendo la arteriografía el método estándar para el diagnóstico que nos ayuda al diagnóstico diferencial con otros procesos que cursan con isquemia aguda (ej. Embolias arteriales) y es el método ideal para planificar la estrategia quirúrgica (2)

Muchos pacientes con enfermedad oclusiva aortoiliaca sintomática, frecuentemente, tienen una enfermedad estenótica concomitante en otros territorios vasculares importantes, incluidos los vasos cerebrales, las arterias

coronarias, las renales y las mesentéricas; por tal motivo, al detectar la enfermedad aortoiliaca, se debe iniciar una investigación exhaustiva de estas redes vasculares (2)

El tratamiento incluye medidas ambientales (dieta, ejercicio físico), farmacológico (cilostazol, AAS) y quirúrgico siendo de primera línea endovascular

Bibliografía

1. Frederick M, Newman J, síndrome de Kowlwes J. Leriche. *J Gen Intern Med* 2010; 25:1102.
2. Martínez J, Díaz JJ, Luján VP, Fernández MR, Ramírez E. Enfermedad oclusiva aortoiliaca o síndrome de Leriche. *Rev Colomb Cir.* 2017;32:214-22

719/61. HIPERTENSIÓN COMO DATO DE MAL PRONÓSTICO

Autores:

Gallego Romero, I.¹, Rico López, D.¹, Palacios Morenilla, C.¹, González Bustos, P.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada, (2) Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Resumen:

Descripción del Caso

Presentamos el caso de un varón de 46 años con antecedentes de hipertensión arterial desde los 30 años, no controlada a pesar de dos fármacos (enalapril 20mg /24horas y amlodipino 10mg/24h), sin hábitos tóxicos. Antecedente familiar de madre con ictus hemorrágico fulminante a los 60 años. Dos episodios recientes de amaurosis fugax secundario a estenosis carotídea izquierda superior al 80% y una hipertensión grave, tras realización de endarterectomía se deriva a Unidad de Riesgo Vascular.

Exploración y Pruebas Complementarias

En la anamnesis dirigida por órganos y aparatos no presentaba sintomatología asociada, test de Epworth 3. Exploración física destacaban cifras de presión arterial (PA) en ambos brazos de 150/110mmHg, similares en ambas extremidades inferiores. Normopeso con IMC 24 sin otros hallazgos en la exploración física. Entre las pruebas complementarias destacaba un aumento de las cifras de creatinina de 1.85mg/dl (CKD-EPI de 40ml/min/m²), urea 75mg/dl, potasio 5,7mEq/L, perfil lipídico con colesterol total 126mg/dl, TG 64mg/dl, LpA 47,6mg/dl. Sedimento de orina con hematuria microscópica y microalbuminuria de 290mg/dl en orina de 24 horas. Estudio hormonal con aldosterona 211 (VR), renina >800 (VR). Resto de pruebas: TSH, cortisol, normetranefrinas y autoinmunidad (ANAs, ENAs, ANCAS, antiPLA2R, antiMBG) fueron normales. Serología VIH, VHB y VHC negativas. Se realizó una RM craneal con troncos supraaórticos que no mostró lesiones en otros lechos vasculares; la ecografía abdominal con Doppler renal no mostraba alteraciones. Tras optimización de tratamiento se realiza MAPA con presión arterial media 141/90mmHg, mínimas 110/70mmHg y máximas 170/120mmHg con variabilidad normal y patrón non-dipper. Se solicitó ecocardiografía transtorácica y fondo de ojo que no evidenció lesión de órgano diana. Desarrolló empeoramiento progresivo de la función renal llegando a cifras de creatinina de 2.8mg/dl (FG 25ml/min/m²) con hematuria/proteinuria. Ante la alta sospecha de enfermedad glomerular primaria se solicita biopsia renal que revela una glomerulonefritis por depósito de IC, con codominancia IgA/C3 con patrón de proliferación mesangial y endocapilar con esclerosis segmentaria y focal

Jucio Clínico

El diagnóstico definitivo fue de Hipertensión arterial grado 3 secundaria a nefropatía IgA con ERC grado 4

Comentario final

La nefropatía IgA (NIgA) es la glomerulopatía primaria más frecuente, siendo la hematuria y la proteinuria las manifestaciones clínicas más habituales. La hipertensión arterial maligna es una presentación poco frecuente, con una prevalencia en torno al 7-15% en Europa. En un estudio español se describen a los pacientes afectados de nefropatía IgA con HTAM, con edad media de 37 años, predominancia en varones (84%) e insuficiencia renal al diagnóstico todos ellos, de manera idéntica al caso de nuestro paciente. Además de ser una expresión infrecuente de la enfermedad, empeora el pronóstico puesto que, a pesar de existir una mejoría inicial tras el control tensional en la mayoría de los pacientes, el deterioro de la función renal progresa conduciendo a terapia sustitutiva renal hasta el 77% de los pacientes. En cuanto al tratamiento, no existe una terapia específica para la NIgA. Se recomienda un control estrecho de la PA, de manera preferente con BSRAA, pero no está demostrado que mejore el pronóstico renal. En nuestro caso se incluyeron manidipino, dapaglifozina, nebulolol, doxazosina y se titularon IECAS (Enalapril)

ajustados al FG. En conclusión, la hipertensión arterial es una forma presentación atípica de la glomerulonefritis IgA que se postula como factor de mal pronóstico y no tiene tratamiento específico.

Bibliografía

1. *Sevillano AM, Cabrera J, Gutiérrez E, Morales E, Mérida E, Cavero-Escribano T, et al. Hipertensión arterial maligna: una forma de presentación de la nefropatía IgA con mal pronóstico. Nefrología [Internet]. 2015 [citado el 8 de octubre de 2023];35(1):42-9. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-hipertension-arterial-maligna-una-forma-articulo-X0211699515055052>*
2. *Comunicación Nefrología [Internet]. Elsevier.es. [citado el 8 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-congresos-41-congreso-nacional-semergen-105-sesion-nefrologia-5752-comunicacion-hipertension-arterial-secundaria-por-sindrome-68441>*

719/62. CRIBADO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA OCULTA EN EL CENTRO DE SALUD JEREZ SUR. MES DEL RIÑÓN.

Autores:

Ortega Marlasca, M.¹, Novalbos Ruiz, J.², Sánchez García, C.³

Centro de Trabajo:

(1) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jerez Sur. Cádiz,* (2) *Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina de la Universidad de Cádiz.,* (3) *Estudiante de 6º curso del Grado de Medicina. Universidad de Cádiz.*

Resumen:

Introducción y Objetivos

El presente estudio forma parte del Trabajo de Fin de Grado de nuestra alumna y se encuadra dentro de una serie de acciones futuras en relación con nuestra iniciativa en favor de la detección precoz de posibles casos de Enfermedad Renal Crónica Oculta (ERCO).

El estudio se ha denominado ADORNAP (Acción de Detección Oportunista del Riesgo de Nefropatía en Atención Primaria) Pretendemos determinar la frecuencia de ERCO en la población que acude a realizarse una prueba analítica al Centro de la Salud Jerez Sur (Cádiz) durante el mes de noviembre de 2023.

Métodos

Se trata de un estudio transversal descriptivo observacional de cribado seguido de un algoritmo diagnóstico de confirmación basado en determinaciones ambulatorias de la tasa de filtrado glomerular estimada por CKD-EPI, del cociente albumina/ creatinina y del sedimento urinario de los pacientes que acudieron al Centro de Salud Jerez Sur durante el mes de noviembre de 2023 para la realización de pruebas analíticas. Previamente a su obtención, los pacientes otorgarán su consentimiento para añadir estos valores a su analítica de rutina si no lo tuviera estuviesen solicitado en la analítica inicial, o bien hacer uso de estos si ya estaban incluidos.

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

Resultados

Puesto que nos encontramos precisamente ahora realizando la fase de captación de pacientes, no podemos aportar resultados, pero deseamos aportar nuestra iniciativa.

Nuestro tamaño muestral mínimo es de 369 pacientes basándonos en nuestros datos poblacionales del CS y la prevalencia del 15,1% del estudio ENRICA del año 2018, si bien, esperamos que podamos llegar a los 1100 pacientes con la captación del 50% de los pacientes citados para realizaciones de analíticas que se hacen diariamente en el centro y en los 22 días laborables del mes de noviembre.

Conclusiones

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

719/64. HIPERCOLESTEROLEMIA EN PACIENTE CON ALTO RIESGO VASCULAR QUE NO SE CONTROLA ¿QUÉ HACEMOS?

Autores:

Rivera Moya, A.¹, Palomo Ruiz, A.², Rodríguez López, E.¹

Centro de Trabajo:

(1) Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario Poniente. Almería, (2) Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario Poniente. Almería.

Resumen:

Descripción del Caso

Paciente varón de 64 años entre sus antecedentes destaca Infarto Agudo de Miocardio hace dos años, con posible hipercolesterolemia familiar heterocigota no estudiada. Su madre fallecida por ictus isquémico con 45 años presentaba hipercolesterolemia desde joven, su padre falleció por neoplasia de origen incierto y también había tenido siempre según recuerda el colesterol muy elevado. Su único hijo hipercolesterolemia desde los 35 años no tratada.

Fumador 25 paquetes/año, consumo ocasional de alcohol.

Diabetes mellitus 2 con buen control.

Profesión: camarero.

Nuestro paciente llegó a la consulta de atención primaria para control analítico rutinario observando un Colesterol total de 298 mg/dL, HDL-colesterol 37 mg /dL y LDL-colesterol 201 mg/dL. Triglicéridos 140 mg /dL. Había tenido reacción alérgica consistente en habones y eritema con varias estatinas (simvastatina 40 mg, rosuvastatina 20 mg), tomó un tiempo ezetimiba con intolerancia digestiva que dejó de tomarla y esteres de colesterol sin modificación de cifras, actualmente no tenía tratamiento.

Se decidió derivarlo a la consulta de Medicina Interna para que valoraran fármacos de uso hospitalario.

Se aprobó en comité hospitalario farmacológico el tratamiento con iPCSK9 (alirocumab 75 mg cada dos semanas) con buena respuesta y al cabo de 3 meses mejoró el perfil lipídico Colesterol total 180, HDL-colesterol 69, LDL-colesterol 96.

Exploración y Pruebas Complementarias

IMC 28, tensión arterial 126/89.

Auscultación cardiopulmonar: rítmico, sin ruidos sobreañadidos.

Electrocardiograma: ritmo sinusal, no alteraciones de ST no signos de isquemia. NO criterios de HVI

Radiografía de tórax: Íncide cardio torácico normal.

Se derivó a alergología que confirmó la alergia a estatinas pero no a ezetimiba. Se intentó de nuevo introducirla pero el paciente abandonó el tratamiento.

Jucio Clínico

Hipercolesterolemia tratada con iPCSK9 en paciente con alto riesgo vascular.

Comentario final

Los inhibidores de la proproteína convertasa subtilisina/kexina 9 (iPCSK9) son en el tratamiento de la dislipemia una innovación terapéutica y ha supuesto un cambio sobre los eventos cardiovasculares.

Los iPCSK9 son anticuerpos monoclonales que se unen a la PCSK9, un regulador del metabolismo de las lipoproteínas de baja densidad (LDL), impidiendo la degradación de los receptores de LDL aumentando su expresión. Existen dos principios activos comercializados (evolcumab y alirocumab) que tienen indicación en los pacientes que no alcanzan unos valores de lipoproteína de baja densidad (LDL) inferior a 100mg/dl habiendo presentado un evento cardiovascular previo y con dosis máximas o intolerancia a las estatinas también en pacientes con enfermedad renal.

Es importante en la consulta de atención primaria un seguimiento activo en pacientes de alto riesgo vascular para comprobar el cumplimiento terapéutico, posibles efectos adversos de los fármacos que disminuyan la adherencia y barajar otras opciones para que se encuentren dentro de su valores óptimos y así evitar nuevos eventos cardiovasculares.

Bibliografía

1. Stein AE, Mellis S, Yancopoulos GD, et al. Effect of a monoclonal antibody to PCSK9 on LDL cholesterol. *N Engl J Med*, 366 (2012), pp. 1108-1118.
2. *Engl J Med*, 366 (2012), pp. 1108-1118.

3. Mostaza J, Pintó X, Armario P, Masana L, Real J, Valdivielso P et al. Estándares SEA 2022 para el control
4. global del riesgo cardiovascular. *Clínica e Investigación en arterioesclerosis*. 2022;34(3):130-179
5. A. Zamora, L. Masana, M. Comas-Cufie, et al.
6. Number of Patients Eligible for PCSK9 Inhibitors Based on Real-world Data From 2.5 Million Patients.
7. *Rev Esp Cardiol.*, 71 (2018), pp. 1010-1017

719/65. OCLUSIÓN ARTERIAL RETINIANA: UTILIDAD CLÍNICA DE LA ECOGRAFÍA OCULAR COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA

Autores:

Cuello Castaño, A.¹, Medina Sanchez, S.¹, Dorado Castro, A.¹, Granado García, M.², Castilla Guerra, L.¹

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Sevilla, (2) Residente de 1º año de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Resumen:

Introducción y Objetivos

La oclusión de la arteria central de la retina (OACR) o de una de las ramas de la arteria retiniana (ORAR) es una afección grave e incapacitante debido a la ineficacia de su tratamiento agudo. Su etiología se muestra en la tabla 1. La ecografía ocular ha demostrado ser útil para detectar OACR de origen embólico (de contenido cálcico o colesterol) mediante el "signo de la mancha" o "spot sign", definido por la presencia de un punto hiperecogénico en la arteria central de la retina que permite descartar otras causas como la arteritis de células gigantes (ACG). Controlar los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) a largo plazo es crucial para prevenir futuros episodios.

Objetivo: Describir las características epidemiológicas, FRCV implicados y perfil de paciente con OACR u ORAR. Describir el "signo de la mancha" ecográfico y su implicación tanto en la evaluación como en el tratamiento de estos pacientes.

Métodos

Estudio prospectivo observacional de pacientes derivados a la Unidad de Riesgo Cardiovascular de Medicina Interna en los últimos dos años con diagnóstico de OACR o ORAR. Se recogieron datos demográficos, FRCV (diabetes, hipertensión, dislipemia, tabaquismo, obesidad) y datos ecográficos (grosor íntima-media carotídea (GIM), presencia de placas carotídeas y de "spot sign").

Se analizó la relación entre los FRCV y comorbilidades cardiovasculares en pacientes con OACR y ORAR, utilizando el test de Fisher además de comparaciones entre pacientes con y sin "spot sign". Los datos se recogieron de manera anónima a través de DIRAYA y se analizaron con SPSS v21.

Resultados

Se estudiaron 16 pacientes con una edad media de 69,3 años (desviación estándar (DE) 8,3). 12 de ellos tenían OACR (75%) y 4 tenían ORAR (25%). La distribución por sexo, presencia de FRCV y enfermedad cardiovascular establecida (ECV), se recogen en la tabla 2. La causa atribuida se muestra en la tabla 3.

9 pacientes (56,3%) no tenía "spot sign", mientras que 7 (43,8%) sí lo tenía, existiendo en 5 de ellos un antecedente de fibrilación auricular (FA), aunque no hubo relación estadísticamente significativa entre FA y "spot sign" ($p=0,27$). 5 pacientes no tenían placas carotídeas mientras que 11 pacientes sí tenían, de los cuales 7 presentaban "spot sign," mostrando una asociación significativa ($p=0,034$) entre ateromatosis carotídea y "spot sign." No se encontraron relaciones entre GIM y "spot sign" ni entre "spot sign" y la causa atribuida de OACR/ORAR ($p=0,069$).

Conclusiones

El "signo de la mancha" o "spot sign" en ecografía ocular puede distinguir OACR de origen embólico de otras causas de pérdida de visión unilateral e indolora (ACG o desprendimiento retiniano). Aunque no es el "gold standard", la ecografía ocular es una herramienta no invasiva y rápida que permite orientar la naturaleza del cuadro y establecer el mejor tratamiento etiológico a nuestros pacientes.

Nuestro estudio destaca su utilidad en pacientes con obstrucciones arteriales y cómo la presencia de "spot sign" indica una posible embolia cálcica de placas carotídeas o, en menor medida, valvulares. Esto sugiere la necesidad de considerar cambios en la práctica clínica de estos pacientes.

719/66. EL MANTENIMIENTO DE LOS TELÓMEROS SE ASOCIA CON LA REMISIÓN DE LA DIABETES TIPO 2 EN RESPUESTA A UNA INTERVENCIÓN DIETÉTICA A LARGO PLAZO Y SIN PÉRDIDA DE PESO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA: ESTUDIO CORDIOPREV.

Autores:

Muñoz Osuna, J.¹, Muñoz Osuna, J.¹, Ojeda Rodriguez, A.¹, Alcalá, J.¹, López Moreno, J.², RANGEL ZUÑIGA, O.¹

Centro de Trabajo:

(1) Unidad de Lípidos y Aterosclerosis. IMIBIC. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma del Río. Córdoba.

Resumen:

Introducción y Objetivos

Varios estudios respaldan las asociaciones entre la longitud de los telómeros (TL), un biomarcador del envejecimiento biológico, y la diabetes tipo 2. El mantenimiento de los telómeros se podría asociar con la remisión de la diabetes tipo 2 en respuesta a una intervención dietética a largo plazo y sin pérdida de peso en pacientes con diabetes tipo 2 recién diagnosticada y enfermedad coronaria (CHD).

Métodos

Se incluyeron 183 de 1002 pacientes con enfermedad coronaria del CORDIOPREV (NCT00924937), con diabetes tipo 2 recién diagnosticada. Los pacientes fueron clasificados como respondedores, aquellos que revirtieron de la diabetes tipo 2 durante los 5 años de intervención dietética sin el uso de medicamentos para la diabetes (n=69); y no respondedores, que no lograron la remisión de la diabetes al final del período de seguimiento (n=104). Determinamos la longitud de los telómeros (TL) mediante qPCR y la actividad de la telomerasa mediante el ensayo TRAP.

Resultados

Los pacientes que respondieron presentaron una TL inicial más alta en comparación con los que no respondieron ($1,38 \pm 0,09$ frente a $1,25 \pm 0,05$, $p = 0,040$). Después de la intervención dietética, los que no respondieron mostraron un acortamiento significativo de los telómeros ($-0,19 \pm 0,07$, $p = 0,005$). Dicho acortamiento fue significativamente pronunciado en pacientes con diabetes tipo 2 con un peor perfil de resistencia a la insulina y/o funcionalidad de las células beta: alta resistencia a la insulina hepática en ayunas y alto índice de disposición ($-0,35 \pm 0,09$, $p < 0,001$) y bajo índice de disposición ($-0,25 \pm 0,11$, $p = 0,037$). Los pacientes que respondieron también mostraron un aumento en la actividad de la telomerasa en comparación con el valor inicial (de $0,16 \pm 0,04$ a $0,28 \pm 0,06$, $p = 0,048$), con un aumento mayor, después de la intervención dietética, en comparación con los pacientes que no respondieron ($0,07 \pm 0,06$, $p = 0,049$).

Conclusiones

El mantenimiento de los telómeros puede desempeñar un papel crucial en los mecanismos moleculares que subyacen a la remisión de la diabetes tipo 2 en pacientes con cardiopatía coronaria recién diagnosticada. El acortamiento de los telómeros podría servir como un biomarcador útil para identificar pacientes con mal pronóstico y menor probabilidad de lograr la remisión de la diabetes.

719/67. DIFERENCIAS ESPECÍFICAS ENTRE SEXOS EN LA MICROBIOTA INTESTINAL ASOCIADAS CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Autores:

Arenas Montes, J.¹, Pérez-Caballero, A.¹, García-Fernández, H.¹, Torres-Peña, J.¹, Camargo, A.¹, López-Miranda, J.¹

Centro de Trabajo:

(1) Unidad de Lípidos y Aterosclerosis. IMIBIC. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Resumen:**Introducción y Objetivos**

Las enfermedades cardiovasculares (ECV), incluida la enfermedad coronaria (EC), muestran una mayor prevalencia en hombres que en mujeres. Este estudio tiene como objetivo evaluar las diferencias en la microbiota intestinal entre hombres y mujeres que padecen EC y compararlas frente a un grupo de control de pacientes sin ECV, divididos por sexo.

Métodos

Nuestra investigación se llevó a cabo en el marco del estudio CORDIOPREV (NCT00924937), un ensayo clínico en el que participaron 837 hombres y 165 mujeres con EC. Comparamos nuestros hallazgos con un grupo de referencia de 375 personas (270 hombres, 105 mujeres) sin ECV. La microbiota intestinal se examinó mediante metagenómica 16S en la plataforma Illumina MiSeq y los datos se procesaron con el software Quiime2.

Resultados

Nuestros resultados mostraron una variación específica asociada al sexo (diversidad beta) en la microbiota intestinal, mientras que la biodiversidad alfa se mantuvo constante en ambos sexos. El análisis del tamaño del efecto del análisis discriminante lineal (LEfSe) reveló alteraciones asociadas en el sexo en la microbiota intestinal de pacientes con ECV. Además, utilizando la metodología Random Forest (RF), identificamos siete taxones bacterianos (géneros *Faecalibacterium* sp UBA1819, *Bilophila*, *Subdoligranulum*, *Phascolarctobacterium*, *Ruminococcus* e *Incertae_Sedis* (familia *Ruminococcaceae*) y familia *Barnesiellaceae*, como discriminantes clave entre hombres y mujeres diagnosticados con EC. Los mismos taxones también surgieron como discriminantes críticos entre individuos afectados por EC y sin ECV cuando se analizaron por separado por sexos.

Conclusiones

Nuestros hallazgos sugieren que existe una disbiosis de la microbiota intestinal relacionada con la EC específica de cada sexo, lo que podría contribuir a la disparidad sexual observada en la prevalencia de ECV.

719/68. LA OXIDACIÓN DE TMA A TMAO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA DEPENDE DEL SEXO

Autores:

Arenas Montes, J.¹, Torres-Peña, J.¹, Muñoz-Osuna, J.¹, García-Fernández, H.¹, Camargo, A.¹, López-Miranda, J.¹

Centro de Trabajo:

(1) Unidad de Lípidos y Aterosclerosis. IMIBIC. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Resumen:**Introducción y Objetivos**

La enfermedad cardiovascular (ECV) es más frecuente en hombres que en mujeres, pero los mecanismos responsables de la mayor prevalencia en hombres no se comprenden completamente. Nuestro objetivo fue evaluar las diferencias en la trimetilamina (TMA), un metabolito microbiano, y su forma oxidada, el N-óxido de trimetilamina (TMAO), relacionado con la aterosclerosis, entre hombres y mujeres con enfermedad coronaria (EC), utilizando como referencia una población sin ECV. Así mismo, también se evaluaron las diferencias en el grosor de la íntima-media carotídea entre hombres y mujeres y se relacionaron con los niveles de TMA y TMAO.

Métodos

Este estudio se llevó a cabo en el marco del estudio CORDIOPREV (NCT00924937), un ensayo clínico que incluyó a 837 hombres y 165 mujeres con EC. Utilizamos como población no ECV a 375 individuos (270 hombres y 105 mujeres). Los niveles de TMA y TMAO en plasma se midieron mediante cromatografía líquida (HPLC-MS/MS). El estudio carotídeo se evaluó ultrasónicamente de forma bilateral mediante la cuantificación del espesor íntima-media de ambas arterias carótidas comunes (GIM-CC).

Resultados

Encontramos niveles más altos de TMAO y del ratio TMAO/TMA en hombres con EC que en mujeres con EC ($p=0,034$ y $p=0,026$, respectivamente). No se encontraron diferencias en los niveles TMA entre sexos en pacientes con enfermedad coronaria. Los niveles de TMA, TMAO y la relación TMAO/TMA fueron menores en la población sin ECV, en la cual no se encontraron diferencias entre sexos en los niveles de estos metabolitos.

Los niveles de TMAO en pacientes con EC fueron consistentes con un mayor GIM-CC y más placas carotídeas ($p = 0,032$ y $p = 0,037$, respectivamente) y un menor flujo de colesterol en hombres con EC comparado con mujeres con EC ($p < 0,001$).

Conclusiones

Nuestros resultados sugieren que los hombres con EC tienen niveles aumentados de TMAO en comparación con las mujeres con EC, presumiblemente como consecuencia de una mayor tasa de oxidación de TMA a TMAO, que puede estar asociada con una mayor prevalencia de ECV, ya que estas diferencias de sexo no se observan en una población sin ECV.

719/69. LA IMPORTANCIA DE LA ALDOSTERONA EN LA SALUD CARDIOVASCULAR

Autores:

Urrutia López, P¹, Sánchez López, P², Flores Serrano, L.³, Segura Díaz, M.⁴, Jácome Pérez, A.⁵, Moya Montoya, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Interna. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería, (3) Residente Medicina Interna. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería, (4) Residente. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería, (5) Residente Medicina Interna. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

Resumen:

Descripción del Caso

Mujer de 70 años que acude a la consulta de riesgo cardiovascular por hipertensión grave y mal controlada a partir de los 50 años con varios episodios de crisis hipertensivas que han requerido tratamiento en urgencias. Niega episodios de cefalea, palpitaciones o sudoración.

No presenta otros factores de riesgo cardiovascular y como tratamiento toma antagonista del receptor de la aldosterona, diurético tiazídico y beta bloqueante.

Exploración y Pruebas Complementarias

En analítica posterior a modificaciones en el tratamiento destaca sodio 144mEq/L, potasio 2.8mEq/L. Aldosterona de 28.8 ng/dL, renina 0.5 pg/mL, cociente 91. Test de supresión dexametasona normal. Resto sin alteraciones. En la tomografía computarizada(TC) imagen compatible con adenoma suprarrenal izquierdo.

Comienza tratamiento con antagonista de aldosterona y doxazosina de rescate.

Jucio Clínico

La paciente es evaluada por el comité multidisciplinar médico-quirúrgico decidiéndose intervención que confirma mediante anatomía patológica la sospecha de adenoma suprarrenal productor de aldosterona, quedando posteriormente normotensa sin necesidad de tratamiento.

Comentario final

La hipertensión es una causa importante de pérdida de vida ajustada por calidad debido a sus comorbilidades. Debemos pensar y descartar causas de hipertensión secundaria sobre todo en casos de hipertensión severa y resistente, aumento agudo o labilidad de las cifras tensionales en un paciente con estabilidad previa, pacientes jóvenes no obesos sin antecedentes familiares de hipertensión ni otros factores de riesgo, hipertensión maligna o acelerada y en los casos en los que se añaden trastornos electrolíticos como hipopotasemia o alcalosis metabólica.

El hiperaldosteronismo primario podría ser la causa endocrinológica más frecuente de hipertensión secundaria. Esta entidad está infradiagnosticada, entre otras causas, porque un importante porcentaje de los casos cursan con niveles de potasio normal.

Su importancia aumenta más aún debido al incremento de mortalidad y morbilidad cardiovascular que provoca la hipertensión secundaria a hiperaldosteronismo en comparación con la hipertensión esencial. Los niveles de aldosterona de forma independiente de las cifras tensionales provocan daño a nivel cardiaco, endotelial, cerebral y renal; así como resistencia a la insulina, mayor tasa de índice metabólico y empeoramiento de síndrome de apnea obstructiva del sueño. También disminuye los niveles de calcio séricos y aumenta su excreción provocando osteoporosis.

Además es una causa de hipertensión potencialmente curable y cuyos efectos pueden revertir con el tratamiento. Por todo ello, algunos grupos recomiendan el cribado de hiperaldosteronismo primario a toda la población

hipertensa; aunque la mayoría de las guías recomiendan examinar sobre todo a los pacientes con hipertensión moderada grave, hipopotasemia, fibrilación auricular sin cardiopatía estructural, familiares de primer grado con hipertensión de pacientes con hiperaldosteronismo e incidentaloma suprarrenal.

Las pruebas de cribado más frecuentes son la medición de la relación aldosterona/renina, que será alta. Las condiciones ideales son evitando fármacos como betabloqueantes, clonidina, AINES y diuréticos. Para el control tensional se puede utilizar verapamilo, hidralazina o doxazosina. Como confirmación usaremos medición de aldosterona tras sobrecarga salina o supresión con captopril si esta primera no es recomendable. Los pacientes con hipopotasemia y niveles muy bajos de renina estarán exentos. Posteriormente realizaremos pruebas de imagen, principalmente TC donde encontraremos formas nodulares o micronodulares y mediciones en venas suprarrenales salvo en ciertos casos.

El tratamiento de las formas unilaterales suele ser quirúrgico mientras que en las formas bilaterales se emplearán fármacos antagonistas de mineralcorticoide.

Bibliografía

1. Gomez-Sanchez CE. *Guía para el manejo del Aldosteronismo Primario. Diagnóstico. 2022;61(1).*
2. Reincke M, Bancos I, Mulatero P, Scholl UI, Stowasser M, Williams TA. *Diagnosis and treatment of primary aldosteronism. Lancet Diabetes Endocrinol. 2021 Dec;9(12):876-92.*
3. Palomino-Pacichana DS, Ocampo-Chaparro JM, Reyes-Ortiz CA, Casas LÁ. *Abordaje de hipertensión secundaria en adultos mayores: reporte de caso. Revista Médicas UIS. 2022;35(2).*
4. Santamaría Olomo R, Gorostidi M. *Hipertensión arterial secundaria. Sociedad Española de Nefrología. 2021.*
5. Zuluaga-Arbeláez N, Estacio M, Sierra EC, Díaz JC, Gómez JS. *Hipertensión secundaria: ¿cuándo y cómo buscarla? Revista Colombiana de Cardiología. 2022;29(2).*

719/70. ASOCIACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE LA DIETA Y EL RIESGO DE DIABETES TIPO 2 EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA: RESULTADOS DEL ESTUDIO CORDIOPREV

Autores:

Muñoz Osuna, J.¹, López Moreno, A.¹, Muñoz Osuna, J.¹, Quintana Navarro, G.², Romero Cabrera, J.², López Miranda, J.²

Centro de Trabajo:

(1) Unidad de Lípidos y Aterosclerosis. IMIBIC. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, (2) Unidad de Lípidos y Aterosclerosis, IMIBIC / Hospital Universitario Reina Sofía.

Resumen:

Introducción y Objetivos

La diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) sigue siendo una de las principales causas de muerte en los países occidentales. Las intervenciones nutricionales que promueven patrones dietéticos de alta calidad podrían disminuir su incidencia. Nuestro objetivo es evaluar si los cambios en la calidad de la dieta, evaluados por el Nutrient-Rich Food Index 9.3 (NRF9.3) y el Alternative Healthy Eating Index 2010 (AHEI-2010), tras el consumo de dos intervenciones dietéticas saludables (una dieta mediterránea y una dieta baja en grasas), influyeron en el riesgo de desarrollar DMT2 en pacientes con enfermedad coronaria (EC).

Métodos

Se incluyeron todos los pacientes del estudio CORDIOPREV sin DMT2 al inicio del estudio. Los datos se obtuvieron durante los 5 primeros años de intervención dietética. Las puntuaciones se calcularon mediante Cuestionarios de Frecuencia Alimentaria al inicio y tras 1 año de intervención. Tras 5 años de seguimiento, 106 pacientes desarrollaron DMT2 (DMT2 incidente) y 316 sujetos no la desarrollaron (no DMT2).

Resultados

Se compararon las puntuaciones totales de NRF9.3 y AHEI-2010 y sus cambios durante el primer año de intervención entre los pacientes con DMT2 incidentes y los que no. Incident-T2DM mostró mejoras inferiores de NRF9.3 que los no-T2DM ($p = 0,010$). En el estudio de riesgos proporcionales de Cox multiajustado, los pacientes con una menor mejoría de NRF9.3 tenían un mayor riesgo de desarrollar DMT2 que los del tercil más alto (HR 2,10; IC 95% = 1,12-3,56). No hubo relación entre el valor AHEI-2010 y el desarrollo de DMT2.

Conclusiones

La mejora de la calidad de la dieta en términos de densidad de nutrientes tras la intervención dietética se asoció a un menor riesgo de DMT2 en pacientes con cardiopatía coronaria.

719/71. HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA: BUSCA Y ENCONTRARÁS

Autores:

Ruiz Pereira, E.¹, Rodero Barcos, L.¹, Del Toro Esperón, C.¹, Gabaldón Mestre, Á.¹, Rojas Romero, P.², Romero Rodríguez, N.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Cardiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, (2) Residente de 3er año de Cardiología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla, (3) Especialista en Cardiología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen:**Descripción del Caso**

Varón de 49 años, con antecedentes de HTA con mal control de reciente diagnóstico y obesidad, que acude por hemiparesia y parálisis facial izquierda, con TA 230/140mmHg, activándose código ictus en contexto de emergencia hipertensiva. Se realiza TAC Craneal donde se observa hematoma intraparenquimatoso hemisférico derecho.

Tras persistir HTA refractaria a Labetalol y Clevidipino iv, brusca disminución del nivel de consciencia por el que repiten TAC, viéndose nuevo sangrado en ganglios de la base contralaterales; ingresando en UCI.

Tras una evolución tórpida con HTA de difícil control y múltiples complicaciones (shock séptico con fallo multiorgánico que precisa aminas, FRA con necesidad de hemofiltración veno-venosa y hemodiálisis, Sd. Bolton, neumonías, anemia politrasfusional...); se descubre neoplasia renal izquierda en pruebas de imagen.

Nos derivan el caso a nuestro hospital para manejo de la HTA complicada.

Exploración y Pruebas Complementarias

- Regular Estado General, somnoliento, reactivo a estímulos, sudoroso, hemodinámicamente hipertenso con TA 230/140mmHg, eupneico con SatO2 99%. Afebril.

- ACR: tonos rítmicos, sin soplos. MVC, sin ruidos patológicos.

- Abdomen globuloso, blando y depresible, no doloroso, no se palpan masas ni megalias.

- No edemas ni signos de TVP en MMII

- Neurológico: Somnolencia (1). Acierta mes y edad, obedece órdenes motoras. Desviación oculocefálica a la derecha (2). Hemianopsia homónima izquierda (2). Parálisis Facial Supranuclear izquierda con afectación del orbicular del ojo (3). Hemiparesia izquierda con balance motor 2/5 en MSI (3) y 3/5 en MII (2). Hemihipoestesia izquierda (1). Disartria ligera inteligible (1), no afasia. Heminegligencia (extinción motora, sensitiva, anosognosia) (2). Escala NIHSS: 17 puntos. GCS inicial: 14/15 puntos.

Pruebas complementarias a destacar:

- ECG: Bradicardia Sinusal a 50lpm, eje eléctrico hacia la izquierda, QRS estrecho, HBAI, ondas T negativas en V4-V6.

- Analítica al ingreso: Hb 15,1g/dL. Leucocitos 9060. Plaquetas 247.000. Coagulación normal. Glucosa 133mg/dL. Creatinina 1,3mg/dL (No datos previos). Urea 41mg/dL. Na 139mEq/L. Potasio 2,8mEq/L. Proteína C Reactiva 7,1mg/dL. Pro-BNP 1970 pg/mL. Troponina I 39,7 ng/L.

- Analítica perfiles: normalidad de aldosterona, ARP, metanefrinas, hormonas autoinmunidad, serología...

- TAC Cráneo inicial: Hematoma intraparenquimatoso hemisférico derecho agudo, sin lesiones vasculares.

- TAC Cráneo tras empeoramiento: nuevo hematoma intraparenquimatoso en ganglios basales/cápsula externa izquierda.

- TAC Abdomen: gran tumoración sólida renal izquierda con invasión del seno, sugestiva de neoplasia renal izquierda T2b/T3a-N0-M0 de 90x84 x148mm.

Jucio Clínico

- Hematoma cerebral bilateral en ganglios basales de origen hipertensivo. Escala Rankin modificada: grado 5.

- Neoplasia renal izquierda T2b/T3a-N0-M0. Embolización Renal Izquierda. Pendiente de nefrectomía.

- HTA severa de probable origen mixto (HTA esencial descompensada por Neoplasia Renal; SAHS sobreañadido) con repercusión visceral: retinopatía HTA grado 3, cardiopatía hipertensiva severa, ERC G3bA2 y hemorragia hipertensiva bilateral en ganglios basales.

Comentario final

En el diagnóstico diferencial, la sospecha inicial fue HTA reno-vascular por compresión tumoral. Dada mala situación clínica, se decide embolización de Arteria Renal como solución a la posible HTA secundaria. Tras complicación séptica post-procedimiento, persiste HTA de difícil control que, unido a datos de HTA crónica (retinopatía HTA grado 3, cardiopatía hipertensiva severa y ERC), se llega a la conclusión de HTA mixta (esencial de base, SAHS en polisomnografía y descompensación por Neoplasia Renal).

Abordando las distintas causas implicadas de forma multidisciplinar, se consiguió mejor control y la mejoría clínico-neurológica progresiva del paciente.

Bibliografía

1. Williams B, et al. 2018 Practice Guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. *Blood Press*. 2018 Dec;27(6):314-340. doi:10.1080/08037051.2018.1527177.
2. Van den Born BH, et al. ESC Council on hypertension position document on the management of hypertensive emergencies. *Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother*. 2019 Jan 1;5(1):37-46. doi:10.1093/ehjcvp/pyy032.
3. Colbert GB, et al. Update and review of renal artery stenosis. *Dis Mon*. 2021 Jun;67(6):101118. doi:10.1016/j.disamonth.2020.101118.
4. Herrmann SM, Textor SC. Renovascular hypertension. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2019;48:765-778. doi:10.1016/j.ecl.2019.08.007.

719/72. EFECTO DE LA DIETA MEDITERRÁNEA EN LA PRESERVACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA, DIABETES TIPO 2 Y OBESIDAD: ANÁLISIS DEL ESTUDIO CORDIOPREV.

Autores:

Díaz Cáceres, A.¹, López Moreno, J.², Podadera Herreros, A.², Torres Peña, J.³, Yubero Serrano, E.², Delgado Lista, J.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, (2) Unidad de Lípidos y Aterosclerosis. IMIBIC. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Resumen:

Introducción y Objetivos

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se considera un factor de riesgo independiente para la enfermedad renal crónica (ERC). Aún no conocemos del todo su

contribución específica y las respuestas a los distintos enfoques terapéuticos para reducir la disfunción renal, dependiendo de la presencia concomitante o no de obesidad. Nuestro objetivo principal fue comprender mejor cómo la obesidad contribuye a la disfunción renal en pacientes con DM2 y enfermedad coronaria (EC), altamente predispuestos a la ERC, con el fin de individualizar la estrategia dietética más adecuada para preservar la función renal.

Métodos

Se aleatorizaron 1.002 pacientes con enfermedad coronaria y una tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) ≥ 30 ml/min/1,73 m² al consumo de una dieta mediterránea (35 % grasa, 22 % ácidos grasos monoinsaturados (MUFA), <50% de carbohidratos) o una dieta baja en grasas (28% grasa, 12% MUFA, >55% carbohidratos). Al inicio del estudio, los pacientes se clasificaron en cuatro grupos según la presencia o ausencia de DM2 y/u obesidad: no obesos/no DM2, obesos/no DM2, no obesos/DM2 y obesos/DM2. La función renal se evaluó midiendo la tasa de filtración glomerular estimada (eGFR) basada en la creatinina sérica y la relación albúmina-creatinina en orina (uACR) al inicio del estudio y después de 5 años de intervención dietética.

Resultados

Los pacientes obesos/DM2 tuvieron la eGFR basal más baja y la uACR basal más alta en comparación con los no diabéticos ($p < 0,05$). Después de la intervención dietética, la dieta mediterránea indujo una menor disminución de la TFGe en pacientes obesos/DM2, en comparación con una dieta baja en grasas ($p = 0,014$), pero no en los otros grupos de pacientes. La uACR también se redujo sólo en pacientes obesos/DM2 después del consumo de la dieta mediterránea, pero no después de una dieta baja en grasas ($p = 0,024$).

Conclusiones

La presencia de obesidad tuvo un efecto aditivo sobre la DM2, resultando en un empeoramiento más pronunciado de la función renal en comparación con la DM2 por sí sola en comparación con los no diabéticos. En pacientes con presencia concomitante de DM2 y obesidad, con más complicaciones metabólicas, el consumo de una dieta mediterránea parecía más beneficioso que una dieta baja en grasas en términos de preservación de la función renal. Estos hallazgos proporcionan información valiosa para individualizar modificaciones del estilo de vida en pacientes en prevención secundaria de enfermedad cardiovascular.

719/73. MIRNAS COMO BIOMARCADORES DE TERAPIA NUTRICIONAL PARA LOGRAR LA REMISIÓN DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA: ANÁLISIS DEL ESTUDIO CORDIOPREV.

Autores:

Díaz Cáceres, A.¹, Arenas de Larriva, A.², Martín Piedra, L.³, Sánchez Giraldo, M.², Rangel Zuñiga, O.², López Miranda, J.⁴

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4^º de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, (2) Unidad de Lípidos y Aterosclerosis. IMIBIC. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, (4) Espe.

Resumen:

Introducción y Objetivos

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es actualmente uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. La remisión de la enfermedad es posible; sin embargo, se han identificado pocos biomarcadores que puedan ayudar a seleccionar una dieta que favorezca la misma. Nuestro objetivo era estudiar si los miRNAs podrían usarse para seleccionar entre una dieta mediterránea o una dieta baja en grasas para promover la remisión de la DM2 en pacientes con enfermedad coronaria.

Métodos

Se incluyeron todos los pacientes incidentes para DM2 ($n = 190$) del total de los pacientes incluidos en el estudio CORDIOPREV ($n = 1002$). De ellos, 73 pacientes presentaron remisión de la enfermedad (respondedores) y 110 mantuvieron la enfermedad (no respondedores) después de una mediana de 60 meses de intervención con una dieta baja en grasas o mediterránea. Se determinaron niveles plasmáticos de 56 miRNAs mediante reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR). Se realizaron análisis estadísticos mediante modelo lineal generalizado, curvas ROC y análisis de regresión de Cox.

Resultados

Observamos que los pacientes con niveles plasmáticos basales bajos de miR-let7b-3p mostró una alta probabilidad de remisión de la DM2 después del consumo de una dieta baja en grasas. Los pacientes con niveles altos de miR-141-5p, miR-182 y miR-192 al inicio del estudio mostraron una alta probabilidad de remisión de la DM2 después de seguir la dieta mediterránea. Los scores construidos obtenidos a partir de miRNAs y variables clínicas mostraron que niveles de cumplimiento más altos de dieta baja en grasa y dieta mediterránea se asociaron con una alta probabilidad de remisión de la DM2.

Conclusiones

Nuestros resultados indican que los miRNAs podrían ser una nueva herramienta para seleccionar un modelo dietético personalizado con el objetivo de promover la remisión de la DM2 en pacientes con enfermedad coronaria.

719/74. PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL MALIGNA.

Autores:

Vargas Gómiz, O.¹, Hidalgo Martín, B.², Hidalgo Martín, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Nefrología. Complejo Hospitalario de Jaén, (2) Especialista en Nefrología. Complejo Hospitalario de Jaén, (3) Especialista Medicina Intensiva. Complejo Hospitalario de Jaén.

Resumen:

Descripción del Caso

Presentamos el caso de un paciente de 52 años con antecedentes de Diabetes e Hipertensión que acude a Urgencias por disnea progresiva junto con ortopnea y disnea paroxística nocturna de 4 días de evolución. En la exploración se objetivan cifras de TA de 235/120, es derivado a urgencias del hospital de referencia donde se confirma lesión de órganos diana. Finalmente requiere ingreso en UCI por Emergencia Hipertensiva con difícil control de cifras de TA.

Palabras clave: Hipertensión arterial maligna, presión arterial, emergencia hipertensiva.

Exploración y Pruebas Complementarias

Motivo de consulta: Paciente varón de 54 años que acude a urgencias por disnea, ortopnea y disnea paroxística nocturna de 4 días de evolución y TA de 235/120.

Antecedentes personales: DM2, HTA, Dislipemia.

Tratamiento: Insulina, Metformina, Simvastatina, AAS, Olmesartan/Amlodipino/HCT, Doxazosina e Ibuprofeno de forma esporádica.

Exploración física: Paciente consciente, orientado y colaborador, TA 235/120. FC 79lpm. Taquipneico, ritmo de galope y soplo 2/6 en ápex, crepitantes bibasales. Disnea, ortopnea e ingurgitación yugular. Sin focalidad neurológica. Abdomen blando y depresible, no doloroso y sin signos de peritonismo. Edemas en MMII

Pruebas complementarias:

Analítica: Hb 11.25 g/dl, leucocitosis (17030) con neutrofilia de (13000), plaquetas normales. Urea 152 mg/dl, Cr 3.07 mg/dl. Perfil lipídico y férrico normal. PCR 90. Paratohormona, cortisol, tiroides normales.

Ecocardiografía: Hipertrofia ventricular izquierda severa asimétrica. FEVI 0,6. Insuficiencia mitral grado II.

Fondo de ojo: Retinopatía hipertensiva grado III (con presencia de exudados).

Evolución. Inicialmente se pauta IECAs vía oral y furosemida IV con escasa respuesta. Se decide su traslado a UCI donde permanece ingresado 4 días para control de TA. Fue necesario tratamiento intensivo con Losartan, Enalapril Doxazosina, Hidroclorotiazida, Esmololol Bisoprolol, Nitroglicerina y Alfametildopa. Finalmente, el paciente responde al tratamiento controlándose las cifras de TA, ceden los signos de insuficiencia cardíaca y se reestablece parcialmente la función renal, momento en el que se realiza un fondo de ojo objetivándose retinopatía hipertensiva grado III con presencia de exudados retinianos.

Jucio Clínico

Fracaso renal agudo en el contexto de HTA maligna.

Comentario final

La hipertensión arterial maligna es una entidad clínica caracterizada por una elevación marcada de la presión arterial, junto con la presencia de hemorragias y exudados retinianos con o sin edema de papila. Es una emergencia hipertensiva, con una afectación multiorgánica que habitualmente incluye al riñón. La bibliografía actual insinúa que su incidencia está disminuyendo, pero nuestra experiencia apunta a un cambio en su presentación clínica, con cifras de presión arterial menos elevadas y un descenso de las complicaciones neurológicas y la mortalidad (1). Incluso puede ser asintomática en un 25% de los casos (2). El diagnóstico precoz es fundamental para el curso evolutivo de la función renal. Además, la ausencia de una terapéutica adecuada provoca la aparición de lesiones en otros órganos diana que condicionan el pronóstico. Para su diagnóstico es indispensable la realización de un fondo de ojo.

En nuestro caso la realización de fondo de ojo no se lleva a cabo hasta la estabilización del paciente ya que presenta otros signos clínicos que nos hacen sospechar una emergencia hipertensiva, pero si tenemos en cuenta que en algunas series describen la presentación clínica de la HTA maligna como asintomática en un 25% de los casos, creemos conveniente reflexionar sobre la posibilidad de infradiagnóstico de esta entidad al no ser el fondo de ojo, actualmente, una de las pruebas rutinarias en la mayoría de servicios de urgencias como es nuestro caso.

Bibliografía

1. González R, Morales E, Segura J, Ruilope LM, Praga M. Long-term renal survival in malignant hypertension. *Nephrol Dial Transplant* 2010;25:3266-72.
2. González R, Morales E, Gutiérrez E, Segura J, Gutiérrez E, Hernández E, et al. Evolución a largo plazo de pacientes con hipertensión maligna secundaria a hipertensión vascularrenal. *Nefrología* 2010;30:23.

719/76. HTA SECUNDARIA EN PACIENTE JÓVEN**Autores:**

Vargas Gómiz, O.¹, Hidalgo Martín, B.², Hidalgo Martín, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Nefrología. Complejo Hospitalario de Jaén, (2) Especialista en Nefrología. Complejo Hospitalario de Jaén, (3) Especialista Medicina Intensiva. Complejo Hospitalario de Jaén.

Resumen:**Descripción del Caso**

Varón de 16 años con antecedentes familiares de HTA y personales sin interés, remitido a Nefrología por episodios intermitentes de cefalea, mareo y malestar general, coincidiendo con cifras tensionales en torno a 180/95mmHg de 1 mes de evolución. Desde AP se inició tratamiento con amlodipino 5mg sin obtener resultados. Como parte del estudio se realiza ecografía doppler renal que muestra patrón "parvus et tardus" de onda doppler en riñón izquierdo; estudio analítico completo normal que descarta origen endocrinológico y objetivando elevación de renina y aldosterona; y ecocardiografía que excluye diagnóstico de enfermedad cardíaca. Orientando el caso a estenosis de arteria renal. Se ajusta tratamiento antihipertensivo de manera progresiva (barnidipino 20mg, espironolactona 25mg, doxazosina 8mg) a la espera de pruebas diagnósticas que permitieran discernir entre reninoma y estenosis de arteria renal. Finalmente se realiza angioTC renal que muestra disminución de calibre en tercio medio con dilatación retrógrada en arteria renal principal izquierda. Por lo que confirmad el diagnóstico se programa arteriografía colocándose 2 stent en ésta. Consiguiendo controlar la TA y pudiendo reducir el tratamiento antihipertensivo de manera progresiva

Exploración y Pruebas Complementarias

TA 138/80mmHg, FC 87lpm, IMC 20. Exploración física normal, sin focalidad neurológica.

- Analítica general: Hb 16.1 g/dL, plaquetas 680000, glucosa 72 mg/dL, Cr 0.8mg/dL, filtrado MDRD4 135mL/min, colesterol 196 mg/dL, triglicéridos 63 mg/dL, perfil hepático, férrico y tiroideo normal, iones bien. PCR 0.89 mg/dL. Proteinograma, inmunidad y serología sin alteraciones. Orina 24h: microalbumina/orina 85 mg/24h, proteínas/orina 24h 234mg/24h.

- Estudio hormonal: Aldosterona 1040 pg/ml, Renina 103 pg/ml, TSH 2.69 nUI/ml, T4 1.46 ng/dl, insulina 6.1 nUI/mL, cortisol 18.9 ng/dL. Catecolaminas en orina normal.

- ECG y radiografía de tórax: sin alteraciones.

- Fondo de ojo sin datos de significación patológica.

- ECO renal: ambos riñones de tamaño, morfología y localización normal, con corticales de grosor y ecogenicidad conservadas. Sin nefrolitiasis ni dilatación de vías urinarias. Índice de resistencia en riñón izquierdo dentro de normalidad, pero patrón de onda doppler con morfología "tardus et parvus". Índice de resistencia riñón derecho en límites normales.

- ECO cardiografía doppler: raíz aórtica y aorta ascendente de dimensiones normales, ventrículo izquierdo con espesor parietal ligeramente engrosado, cavidades y volúmenes dentro de normalidad. FE 67%.

- AngioTC renal: arteria renal principal izquierda disminución de calibre en tercio medio y dilatación arrosariada retrógradamente. Arteria polar renal izquierda inferior como variante anatómica.

Jucio Clínico

HTA secundaria a estenosis unilateral de arteria renal por displasia fibromuscular.

Comentario final

El principal aspecto a destacar del caso es la importancia de buscar causas corregibles y reversibles de HTA secundaria. Gracias a una alta sospecha podemos evitar diagnósticos tardíos en determinadas situaciones: pacientes menores de 30 años, HTA resistente a 3 fármacos, asimetría renal >1.5cm, edema agudo de pulmón de repetición... Además, destacar lo curso de nuestro caso tratándose de un varón joven, puesto que la displasia fibromuscular es la segunda causa de hipertensión vascularrenal después de la enfermedad aterosclerótica, siendo

más frecuente en mujeres en edad fértil (2). También es destacar el infradiagnóstico de esta patología dado que habitualmente se diagnostica radiográficamente (permitiendo realizar tratamiento simultáneo) y la histología no está típicamente disponible (3).

Bibliografía

1. *Hipertension arterial vasculorrenal de origen aterosclerótico. Diagnostico y manejo terapeutico. NefroPlus 2009;2:34-44.*
2. *Erazo I, Ceballos O, López R, Fuentes R, Llanes B. Fibrodisplasia bilateral de las arterias renales: reporte de un caso clínico. Rev ANACEM 2010; 4(1):37-9.*
3. *Hendricks NJ, Matsumoto AH, Angle JF, et al. Is fibromuscular dysplasia underdiagnosed? A comparison of the prevalence of FMD seen in CORAL trial participants versus a single institution population of renal donor candidates. Vasc Med 2014; 19:363.*

719/77. TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO Y FRV ASOCIADOS

Autores:

Hidalgo Martín, J.¹, Hidalgo Martín, B.², Vargas Gómiz, O.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista Medicina Intensiva. Complejo Hospitalario de Jaén, (2) Especialista en Nefrología. Complejo Hospitalario de Jaén, (3) Residente de Nefrología. Complejo Hospitalario de Jaén.

Resumen:

Descripción del Caso

Queremos presentar el caso de una gestante de 38 años derivada desde Ginecología a consulta de HTA por cifras de TA 134/110 mmHg durante el embarazo. Se inicia tratamiento con Aldomet y se solicita analítica de estudio con catecolaminas y ecografía, resultando ambas pruebas normales. A destacar en analítica hipercalcemia con fósforo bajo y PTH elevada con función renal normal. Durante el seguimiento de la paciente que persiste con cifras de TA de difícil control y aparición de proteinuria, a las 31 semanas ante el riesgo fetal que supone la inestabilidad hemodinámica de la paciente y el feto se ingresa para finalizar gestación. Durante dicho ingreso precisa de estancia en UCI por EAP. Tras el alta se controlan las cifras de TA con Nifedipino y se completa estudio de posible hiperparatiroidismo primario con ecografía de tiroides y gammagrafía que confirman adenoma hiperparatiroideo. Finalmente, la paciente es valorada por Endocrinología y Cirugía decidiéndose paroiectomía programada.

Exploración y Pruebas Complementarias

Exploración física: TA: 134/110 mmHg Peso 97kg talla 159cm. Resto de la exploración respiratoria, cardiaca y abdominal normal.

Pruebas complementarias:

- Analítica: Cr 0.70 mg/dl, Na 135 mEq/L, K 4.1 mEq/L, Ca 11.4 mg/dl, P 2,9 mg/dl, PTH 101,8 pg/ml. Catecolaminas en sangre y orina, hormonas tiroideas, renina y aldosterona normales. Orina sin albuminuria.
- Ecografía abdomen y vía urinaria: esteatosis hepática, resto normal.
- Ecografía paratiroides: adenoma lóbulo tiroideo izquierdo.
- Gammagrafía: paratiroides izquierda patológica.

Jucio Clínico

HTA en relación con hiperparatiroidismo primario y preeclampsia grave

Comentario final

Creemos importante destacar de este caso la asociación ya descrita en algunas series del hiperparatiroidismo primario y la preeclampsia, ambos FRCV. Estudios recientes muestran que embarazadas con hiperparatiroidismo primario tienen 6 veces más riesgo de desarrollar preeclampsia (1). La incidencia se encuentra en torno a 8c/año/100000hab (2). Los mecanismos que controlan la homeostasis del calcio pueden participar en la etiología de la preeclampsia. Hay estudios que demuestran que en ciertos casos de mujeres embarazadas con preeclampsia se identifican niveles significativamente más altos de PTH sérica (3). Existiendo hasta un 80% de infradiagnóstico de pHPT en el embarazo, por lo que se recomienda el despistaje del mismo para evitar las complicaciones derivadas y la posible aparición concomitante de preeclampsia, consiguiendo de la misma manera un mejor control de la TA durante el embarazo (3). Actualmente no hay guías de tratamiento del pHPT durante el embarazo, por lo que

el abordaje será individualizado en base a sintomatología, riesgo para madre y feto, y edad gestacional. Al igual que en la población general, el único tratamiento curativo definitivo es la paratiroidectomía, siendo preferible realizarla en estos casos en el segundo trimestre de gestación (1).

Bibliografía

1. V. Dochez and G. Ducarme, "Primary hyperparathyroidism during pregnancy," *Archives of Gynecology and Obstetrics*, vol. 291, no. 2, pp. 259–263, 2015.
2. H. Heath III, S. F. Hodgson, and M. A. Kennedy, "Primary hyperparathyroidism: incidence, morbidity, and potential economic impact in a community," *The New England Journal of Medicine*, vol. 302, no. 4, pp. 189–193, 1980.
3. H. Hultin, P. Hellman, E. Lundgren et al., "Association of parathyroid adenoma and pregnancy with preeclampsia," *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, vol. 94, no. 9, pp. 3394–3399, 2009.

719/78. EMERGENCIA HIPERTENSIVA EN PREECLAMPSIA GRAVE

Autores:

Hidalgo Martín, J.¹, Hidalgo Martín, B.², Vargas Gómiz, O.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista Medicina Intensiva. Complejo Hospitalario de Jaén, (2) Especialista en Nefrología. Complejo Hospitalario de Jaén, (3) Residente de Nefrología. Complejo Hospitalario de Jaén.

Resumen:

Descripción del Caso

Paciente mujer de 26 años G1A0P0, gestante de 29 semanas sin antecedentes de interés, en seguimiento ginecológico por consulta de alto riesgo obstétrico (CARO) con tratamiento antihipertensivo (AAS y labetalol 100mg/8h) desde semana 26 por edemas periféricos e hipertensión arterial (HTA). Ingresó de forma programada en Obstetricia por hallazgo de HTA (172/81mmHg), proteinuria 237.2mg/24h y cefalea opresiva fronto-occipital con fotopsias. Durante el ingreso presenta elevación progresiva de TA (180/100 mmHg) que no responde a perfusión de antihipertensivos (hidralazina + labetalol), con un cociente albumina/creatinina de 6,2 g//24h, función renal normal (creatinina 0.7mg/dl) y sin otras alteraciones, se decide maduración pulmonar, tratamiento preventivo con sulfato de magnesio y finalización de la gestación en semana 30+1 EG. Tras control de TA en UCI en el postparto, ingresa en planta; donde al suspender la perfusión, la paciente presenta un aumento de la TA (220/116mmHg), y cefalea opresiva intermitente que cede en supino, con náuseas y vómitos. Se realiza un fondo de ojo (FO) normal y un TC sin contraste que objetiva una hemorragia aguda subdural temporoparietal izquierda y edema cerebral difuso. La paciente vuelve a UCI encontrándose muy edematizada, con parestesias en hemicuerpo derecho, escotoma, disartria y difícil control tensional, proteinuria de 0,8g/24h sin otras alteraciones analíticas. Durante el ingreso se consigue buen control de TA con antihipertensivos orales; sin objetivar complicaciones en TC de control, RMN ni EEG; y evolución de la proteinuria de hasta 1090 mg/ 24h. El recién nacido presentó peso de 1237g, saturación O2 a 92% con CPAP y sepsis nosocomial resuelta con antibioticoterapia tras lo cual mantuvo estabilidad hemodinámica y correcta evolución.

Exploración y Pruebas Complementarias

Exploración física anodinia salvo edemas sin foveas hasta tobillos. Exploración neurológica: pupilas isocóricas y normoreactivas, sin focalidad neurológica en el momento del ingreso.

- Análítica general al ingreso: hemoglobina 12.4g/dL, plaquetas 520000/L, glucosa 92 mg/dL, función renal normal (creatinina 0.7mg/dL), filtrado MDRD4 104.7mL/min, colesterol 253 mg/dL, triglicéridos 214 mg/dL, transaminasas normales, Calcio corregido 10.1 mg/dL, proteínas totales 7.8 g/dL, PCR 23.3 mg/dL. Coagulación normal. Orina 24h: microalbumina/orina 430 mg/L, proteínas/orina24h 1091mg/24h.

- ECG y radiografía de tórax: sin alteraciones.

- TC cráneo (07/07): borramiento de surcos y circunvoluciones de forma generalizada, mala diferenciación entre la sustancia blanca y blanda. Hemorragia aguda subdural temporal izquierda, sin evidencia de efecto masa ni signos de desplazamiento de línea media.

- RMN nuclear (14/07): hematoma subdural hemisférico izquierdo de unos 5mm de espesor con mínimo efecto compresivo sobre parénquima cerebral adyacente. Sin otras alteraciones.

- Angio RM arterial y venosa: dentro de la normalidad.

- EEG sin datos de valoración patológica.

Jucio Clínico

Preeclamsia severa complicada con hemorragia aguda subdural.

Comentario final

La HTA complica el 10% de las gestaciones (1) y, cuando se asocia con hemorragia intracraneal, puede causar el 20% de la morbilidad materna y fetal(3). Los casos con TA>160/110mmHg deben considerarse una emergencia hipertensiva, si no hay mejoría tras 8-12 horas de tratamiento antihipertensivo iv se debe interrumpir el embarazo (2). Esta es la razón por la cual los enfoques para influir en el pronóstico requieren un alto grado de sospecha y apoyo multidisciplinar.

Bibliografía

1. Roberts JM, Pearson G, Cutler J, Lindheimer MD. Summary of the NHLBI Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. *Hypertension* 2003;41:437-45.
2. Jaigobin C, Silver FL. Stroke and pregnancy. *Stroke* 2000;31(12):2948-51.
3. Marín-Iranzo R. Hipertensión arterial y embarazo. *Hipertensión* 2006;23:222-31.

719/79. INFARTO DEL NERVIÓ ÓPTICO: CUANDO LA ETIOLOGÍA NO ES DESCONOCIDA

Autores:

Fondón Domínguez, A.¹, Luque Linero, P.², Medina Sánchez, S.³, Zallo Gomez, L.³, Castilla Guerra, L.⁴

Centro de Trabajo:

(1) Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, (2) Residente de 5º año de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, (3) Residente de 2º año de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, (4) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Resumen:**Descripción del Caso**

Se presenta el caso de un hombre de 59 años, obeso, exfumador, hipertenso, diabético, diagnosticado de SAHS, en tratamiento con Losartan 100mg/Hidroclorotiazida 25mg, antidiabéticos orales y CPAP respectivamente. Es estudiado por posible neuropatía óptica isquémica anterior no arterítica (NOIANA) del ojo derecho, con visualización de una tela negra en el campo visual superior, sin miodesopsias, ni fopsias, ni dolor ocular. En el estudio del fondo de ojo se objetivaba un edema de papila con ingurgitación vascular en OD, compatible con NOIANA. Presentamos un caso excepcional en el que existe un desencadenante claro, la intervención reciente de hemorroidectomía con un episodio de sangrado intenso posterior que precisó de tratamiento intensivo y se acompañó de hipotensión mantenida en un paciente con muy posible afectación microvascular.

Exploración y Pruebas Complementarias

El paciente es valorado inicialmente por el servicio de Oftalmología objetivándose en el fondo de ojo un edema de papila con ingurgitación vascular en OD compatible con NOIANA. Se descartó que se tratase de neuropatía óptica isquémica anterior arterítica dada la ausencia de clínica acompañante y resultados analíticos compatibles con la misma. Posteriormente fue valorado por Neurología, que tras la ausencia de hallazgos patológicos en un TAC craneal y una eco-doppler de troncos supraaórticos (TSA), se diagnostica definitivamente de NOIANA, descartándose causas cerebrales y alteración del flujo de TSA por lo que es derivado a consultas externas de medicina interna para estudio etiológico. Con los antecedentes de hemorragia reciente se concluye que la causa de la NOIANA se debe al episodio de hipotensión mantenida, que ocasionó una disminución en la oxigenación de la cabeza del nervio óptico debido a la disminución de la presión de perfusión de este.

Jucio Clínico

Neuritis óptica isquémica anterior no arterítica, probablemente secundaria a hipotensión mantenida tras hemorragia post hemorroidectomía.

Comentario final

Dentro de los factores de riesgo descritos para la NOIANA en la literatura se encuentran hipertensión arterial, diabetes mellitus y edad mayor de 50 años y además existe evidencia de la presentación de NOIANA luego de episodios de hipotensión e hipovolemia.

El primer diagnóstico diferencial a tener en cuenta es la NOIAA dado que tiene tratamiento médico eficaz: aparición en pacientes añosos con una afectación más severa de la agudeza visual, que asocian síntomas como clau-

dicación mandibular, polimialgia reumática y fiebre mientras que la presencia de un síndrome de apnea del sueño se asocia más comúnmente con las NOIANA. Según la exploración aparece un disco edematoso y pálido en el fondo de ojo de las formas arteríticas, y un disco edematoso e hiperémico con exudados algodonosos e isquemia retiniana en las formas no arteríticas.

En cuanto a las NOIANA aunque en más del 50% de los pacientes se desconoce el factor precipitante, una de las hipótesis más aceptadas se basan en la hipoperfusión, un episodio de hipotensión tras una intervención de hemorroidectomía relacionado con una hemorragia digestiva baja como en el caso de nuestro paciente sería compatible con una disminución de la perfusión del nervio óptico y la consecuente NOIANA, por vasculopatía de tipo arterioesclerótico y por predisposición anatómica.

Bibliografía

1. J. Cabrera, R. Hernández, E. Carreón, M.T. Alba. *Nonarteritic Ischemic Optic Neuropathy: An Updated Review. Revista de Neurología. 2020.*
2. Lee YC, Wang JH, Huang TL, Tsai RK. *Increased Risk of Stroke in Patients With Nonarteritic Anterior Ischemic Optic Neuropathy: A Nationwide Retrospective Cohort Study. Am J Ophthalmol 2016.*
3. D.M. *Does nocturnal hypotension play a causal role in nonarteritic anterior ischemic optic neuropathy? J Neuro-Ophthalmology 2016*
4. De Lott LB, Rizzo JF, Wiggs JL, Kang JH, Gaier ED, Cestari DM, et al. *Demographic, Systemic, and Ocular Factors Associated with Nonarteritic Anterior Ischemic Optic Neuropathy. Ophthalmology 2016*

719/80. SÍNDROME CONSTITUCIONAL E HIPERTENSIÓN ARTERIAL NO CONTROLADA

Autores:

Arenas Montes, J.¹, Díaz Salido, M.¹, Díaz Cáceres, A.¹, Quirós Jiménez, A.², Valladares Inestroza, C.¹, Martín Piedra, L.³

Centro de Trabajo:

(1) Unidad de Lípidos y Aterosclerosis. IMIBIC. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, (2) Residente de 3er año de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, (3) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Resumen:

Descripción del Caso

Hombre de 43 años, sin antecedentes familiares de interés, con historia de HTA de un año de evolución, no tratada. Sin tratamiento habitual para otras entidades. Intervención quirúrgica de hemangioblastoma en 2001. A la anamnesis dirigida, el paciente refiere un cuadro clínico con comienzo hace ya 3 meses, consistente en nerviosismo, rubor facial, cefalea (a veces frontal y a veces occipital) y palpitaciones en algunos de estos episodios. Presenta episodios de sudoración abundante a lo largo de todo el día. No refiere acúfenos ni tinnitus. Ha perdido unos 8kg en estos 3 meses, ahora estabilizando el peso desde que está de baja y controla mejor la alimentación en casa. No fiebre ni cambios en el hábito intestinal. Heces de características normales, con una deposición al día de forma habitual.

Exploración y Pruebas Complementarias

La exploración física por aparatos fue normal. Tensión arterial a la exploración: 151/108 mmHg.

Hemograma, bioquímica, coagulación, proteinograma, marcadores tumorales, inmunoglobulinas, hormonas tiroideas y test de Nugent fueron normales. Niveles sanguíneos de noradrenalina: 1584 pg/ml (normalidad 300-650 pg/ml), normetanefrina: 1564 pg/ml (normalidad inferior a 180 pg/ml). Adrenalina, metanefrina y dopamina fueron normales.

- RM CRÁNEO Y COLUMNA DORSOLUMBAR: focos de realce nodular leptomeníngeos en las folias cerebelosas.

En columna dorsolumbar focos nodulares captantes en relación a diseminación meníngea. Descartar entre otras opciones metástasis, enfermedades granulomatosas-inflamatorias.

ADDENDUM: dada la sospecha de enfermedad de Von Hippel-Lindau (VHL), la existencia de numerosas lesiones con las características descritas puede corresponder a lesiones metastásicas/granulomatosas, aunque la sospecha clínica sugiere como primera posibilidad que las lesiones correspondan con hemangioblastomas.

- TAC ABDOMINAL: masa suprarrenal izquierda de 56 mm de longitud, de bordes bien definidos, captación heterogénea del contraste y áreas centrales hipodensas quisticonecroticas. No infiltra estructuras vecinas. Valorar completar estudio para feocromocitoma/carcinoma suprarrenal

- PET-TC FLUOR-DOPA: masa suprarrenal izquierda conocida con avidéz por la F-DOPA compatible con feocromocitoma.

Test genético: en la anatomía patológica de la biopsia de feocromocitoma se detecta la variante NM_000551.4(VHL):c.406T>A(p.Phe136Ile), en heterocigosis, que no se encuentra descrita en las bases de datos mutacionales consultadas. Dicha variante es de tipo missense, la cual sustituye en la posición aminoacídica 136 una fenilalanina por isoleucina en el gen VHL. Con esta información la variante se debería clasificar como Variante de Significado clínico Incierto.

Jucio Clínico

Feocromocitoma secundario al síndrome de Von Hippel-Lindau

Comentario final

Presentamos el caso de un feocromocitoma secundario al síndrome VHL con una mutación no conocida en las bases de datos mutacionales consultadas. La concordancia de esa variante genética en la muestra sanguínea y en el tejido del feocromocitoma apoya el diagnóstico de síndrome de VHL. La incidencia del síndrome de VHL se calcula en 1/36.000 personas (1).

Durante el ingreso se llegó al diagnóstico de feocromocitoma, hemangioblastomas cerebelosos y espinales secundarios a síndrome VHL. Se controlaron las cifras de tensión arterial con doxazosina 4 mg/24h. Fue operado de feocromocitoma sin incidencias. Actualmente está pendiente de operación de hemangioblastomas cerebelosos y espinales.

La presentación clínica del feocromocitoma secundario al síndrome VHL es distinta a la del feocromocitoma esporádico, ya que suelen presentarse en pacientes más jóvenes, a menudo son múltiples, pueden ser extraadrenales y exclusivamente producen normetanefrinas y noradrenalina (no metanefrina ni adrenalina) (1).

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica después de un bloqueo alfa-adrenérgico apropiado. La respuesta al bloqueo alfa-adrenérgico suele ser mejor en pacientes con síndrome VHL (2)

Bibliografía

1. Aufforth RD, Ramakant P, Sadowski SM, Mehta A, Trebska-McGowan K, Nilubol N, Pacak K, Kebebew E. Pheochromocytoma Screening Initiation and Frequency in von Hippel-Lindau Syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2015 Dec;100(12):4498-504. doi: 10.1210/jc.2015-3045. Epub 2015 Oct 9. PMID: 26451910; PMCID: PMC4667160.
2. Pacak K. Preoperative management of the pheochromocytoma patient. *J Clin Endocrinol Metab.* 2007 Nov;92(11):4069-79. doi: 10.1210/jc.2007-1720. PMID: 17989126.

719/81. CUIDADOS INTENSIVOS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Autores:

Mateos De la Haba, L.¹, Díaz Retamino, E.², Gonzalez Caballero, E.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año. Hospital Universitario de Jerez del a Frontera. Cádiz, (2) Especialista en Cardiología. Hospital Universitario Jerez de la Frontera. Cádiz, (3) Especialista en Cardiología. Hospital Universitario Jerez de la Frontera. Cádiz.

Resumen:

Descripción del Caso

Mujer de 72 años sin RAMc en tratamiento con Ramipril 10 mg por HTA y Bisoprolol 2,5 mg por temblor esencial. En ecocardiografía transtorácica realizada como parte del estudio de preanestesia se identifica hipertrofia ventricular izquierda concéntrica con obstrucción dinámica del tracto de salida del VI (ventrículo izquierdo) por rodete septobasal y disfunción diastólica del VI.

Ingresada de forma programada para resección de cuadrante de mama por carcinoma de mama infiltrante. Sin incidencias descritas en hoja quirúrgica pasa a sala de reanimación anestésica (REA).

Durante su estancia en la REA presenta episodio de insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica con trabajo respiratorio asociado con hipertensión arterial secundario a edema agudo de pulmón, que mejora tras inicio de ventilación mecánica no invasiva y diuréticos; tras un segundo episodio de edema agudo de pulmón se procede a aislamiento de vía aérea, inicio de ventilación mecánica invasiva (VMI) y se contacta con UCI (unidad de cuidados intensivos).

Exploración y Pruebas Complementarias

- Neurológico: A su llegada a UCI la paciente sin fármacos analgosedantes Glasgow 3/11 puntos con anisocoria.

- Respiratorio: Conectada a VMI, la paciente presenta abundantes secreciones con hipoxemia marcada Sat O₂ 80%
- Hemodinámico: hipotensión TA 45/30mmHg FC 50lpm. Afebril.
- Renal / Metabólico: Oligoanuria. Acidosis respiratoria.
- ECG: ritmo sinusal 61lpm PR 130. QRS 100. No alteraciones agudas de la repolarización.
- Rx tórax: infiltrado intersticial bilateral de predominio izquierdo sin imágenes de condensación. Senos costofrénicos aislados. Silueta cardiaca no aumentada de tamaño.
- Analítica:
 - GSV: pH 7,14. pCO₂ 68. HC03 23. láctico 6,2.
- × Hemograma: Leucocitos 15,11 x 10³/μL; Neutrófilos 11,88 x 10³/μL; Hemoglobina 13,8 g/dL Hematocrito 43,2 %; Plaquetas 190 x 10³/μL.
- Bioquímica: Glu 266 mg/dL; Cr 0,90 mg/dL; Sodio 142 mEq/L; Potasio 3,6 mEq/L; NT pro BNP 655 a 14.665 pg/mL (valor pico)
- Coagulación: INR 1,00; TTPa 35,8 s

Jucio Clínico

Edema agudo de pulmón secundaria a disfunción diastólica del VI.

Comentario final

El principal factor responsable de la hipertensión arterial es la disfunción endotelial y de forma secundaria la activación excesiva del SRAA; ambos mecanismos inducen remodelado vascular lo que perpetua el circuito. Además, produce lesión en órganos diana apareciendo patología a nivel miocárdico, renal o neurológico. A nivel miocárdico, el aumento de la postcarga induce hipertrofia concéntrica del VI, que dificulta la relajación miocárdica generando como consecuencia disfunción diastólica e insuficiencia cardiaca con fracción de eyección preservada. Por otro lado, el rodete septobasal es un hallazgo ecocardiográfico asociado a miocardiopatía hipertensiva y a la edad avanzada.

En este caso, tanto la HVI como la disfunción diastólica de la paciente, en un contexto de estrés para el organismo como es una intervención quirúrgica han propiciado la entrada en edema agudo de pulmón y posterior ingreso en UCI de nuestra paciente.

Bibliografía

1. Lorell BH, Carabello BA. Left ventricular hypertrophy. *Circulation*. 2000;102(4):470–9. doi:10.1161/01.cir.102.4.470
2. Canepa M, Pozios I, Vianello PF, Ameri P, Brunelli C, Ferrucci L, et al. Distinguishing ventricular septal bulge versus hypertrophic cardiomyopathy in the elderly. *Heart*. 2016;102(14):1087–94. doi:10.1136/heartjnl-2015-308764
3. Alejandro ZS, Natalia A. Obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo. *Revista Colombiana de Radiología*. 2017;28(1):4609–15. doi:10.53903/issn.0121-2095

719/84. SALUD CARDIOVASCULAR EN UNA POBLACIÓN VULNERABLE Y EN RIESGO DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA. ESTUDIO E-DUCASS

Autores:

Serrán Jiménez, A.¹, García Ríos, A.², Romero Cabrera, J.², RIVAS GARCÍA, L.³, Arenas de Larriva, A.³, Pérez Martínez, P.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, (3) Unidad de Lípidos y Aterosclerosis. IMIBIC. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Resumen:

Introducción y Objetivos

La Enfermedad Cardiovascular (ECV) es la primera causa de mortalidad en el mundo. La Asociación Americana del Corazón definió en 2010 el concepto de "salud cardiovascular ideal", evaluado mediante el score "Life's Simple 7", que doce años después se redefinió en el score "Life's Essential 8. En un esfuerzo por entender mejor la ECV, se definió el concepto de inseguridad alimentaria, siendo mayor en países con ingresos bajos o medios, y en poblaciones desfavorecidas en el caso de países más desarrollados.

Objetivos. Analizar la salud cardiovascular de una población vulnerable, en riesgo de inseguridad alimentaria, por los índices "Life's Simple 7" (puntuación máx 7 puntos) y "Life's Essential 8" (puntuación max 100 puntos), en el marco del estudio E- DUCASS. El objetivo secundario es evaluar la prevalencia de inseguridad alimentaria que tiene nuestra población y su relación con su salud cardiovascular.

Métodos

El proyecto E-DUCASS es un ensayo clínico llevado a cabo por IMIBIC y Hospital Universitario Reina Sofía, junto con Centros de Servicios Sociales Comunitarios del Ayuntamiento de Córdoba en los Distritos Sur, Moreras y Palmeras. Se analizaron 451 participantes, obteniendo información a través de diferentes cuestionarios y realizándose medidas antropométricas y bioquímicas para conocer el grado de salud cardiovascular de nuestros participantes.

Resultados

Al analizar los datos del Life's Simple 7, obtenemos una puntuación media de 3,3 + 1,3. Las mujeres muestran mejor puntuación media que los hombres (2,3 + 0,5 frente a 2,2 + 0,5; $p=0,484$). Por rango de edad, la puntuación media de adultos es de 2,2 + 0,5 frente a 2,4 + 0,49 en no adultos ($p=0,05$). En cuanto al score Life's Essential 8, la puntuación media es de 64,9 + 13,5. El 72,9% de los participantes presentan moderada salud cardiovascular y el 13,7% elevada salud cardiovascular. Se engloban en el grupo de elevada salud cardiovascular un 15,3% de mujeres frente a un 11,6% de hombres ($p=0,18$), mientras que por edad, un 12,5% de adultos frente a un 16,7% de no adultos ($p<0,01$). Al analizar el grado de inseguridad alimentaria, 9,5% presentan adecuada seguridad alimentaria, mientras que un 49% muestra inseguridad alimentaria grave junto a una peor puntuación en ambos score de salud cardiovascular.

Conclusiones

Poblaciones vulnerables presentan un alto grado de inseguridad alimentaria, así como una peor salud cardiovascular. Por ello, crear programas poblacionales sencillos y económicos, así como proporcionar herramientas que permitan una adecuada alfabetización en salud, supone un reto y una forma de mejorar la salud cardiovascular en una población vulnerable en riesgo de inseguridad alimentaria.

719/85. LA INGESTA DE ANTIOXIDANTES EN LA DIETA REDUCE EL GROSOR DE LA CAPA ÍNTIMA-MEDIA CAROTÍDEA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA: ESTUDIO CORDIOPREV

Autores:

López Moreno, J.¹, Serrán Jiménez, A.², Quintana Navarro, G.³, Martín Piedra, L.⁴, López Miranda, J.⁴, Delgado Lista, J.⁴

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma del Río. Córdoba, (2) Residente de 4º año. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, (3) Investigadora. IMIBIC. Córdoba, (4) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Resumen:

Introducción y Objetivos

La arteriosclerosis es la causa principal de enfermedad coronaria (ECV). En pacientes con ECV, el grosor de la capa íntima-media de la arteria carótida interna es un macador validado y no invasivo para la progresión de la arteriosclerosis. La intervención dietética puede afectar a la evolución de dicho grosor por diferentes mecanismos. Hay muy pocos ensayos clínicos que evalúen el efecto global de una dieta antioxidante en el grosor de la íntima-media, especialmente en pacientes con ECV.

Objetivos: Evaluamos la correlación entre el contenido total de antioxidantes de una dieta y los cambios de la íntima-media producidos tras 5 años de intervención dietética siguiendo dos modelos de dieta saludable (Mediterránea y baja en grasas). También hemos evaluado si el contenido total de antioxidants de una dieta se relaciona con la capacidad oxido-reductora de los participantes.

Métodos

Del total de participantes del estudio CORDIOPREV (NCT 00924937), a 805 participantes se midieron el grosor de la íntima-media y completaron la evaluación dietética antioxidante en el basal y tras 5 años de intervención. El grosor de la íntima-media se evaluó con ecografía y la evaluación antioxidante dietética se realizó con el Índice

Dietético Antioxidante (IDA). Además, la capacidad redox fue evaluada en un subgrupo por el ratio de glutatión-reductasa (GSH)-glutatión-oxidasa (GSSG) por calorimetría.

Resultados

Observamos una correlación inversa entre el IDA y el grosor de la íntima-media tras 5 años de intervención dietética. La media de IDA aumentó en el grupo de dieta Mediterránea, mientras que disminuyó en el grupo de dieta baja en grasas. IDA se correlacionó con el ratio GSH-GSSG, apoyando que el IDA es un estimador adecuado del contenido de antioxidantes de una dieta. Cuando miramos componentes individuales del IDA que se asociaron con el grosor de la íntima-media, se encontró una correlación inversa con los carotenoides, vitamina E, vitamina C, zinc y grosor de íntima-media.

Conclusiones

Nuestro estudio indica que, tras 5 años de intervención dietética, cambios en IDA se correlaciona de forma inversa con los cambios en el grosor de la íntima-media en pacientes con ECV. El efecto general de la dieta Mediterránea supone un aumento del IDA, en oposición a la dieta baja en grasa. Elementos específicos incluidos en el IDA se correlacionaron de forma inversa con el grosor de la íntima-media.

719/87. LA REDUCCIÓN DE LOS NIVELES CIRCULANTES DE METILGLIOXAL MEDIANTE UNA DIETA MEDITERRÁNEA SE ASOCIA CON LA FUNCIÓN RENAL PRESERVADA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 Y ENFERMEDAD CORONARIA: ESTUDIO CORDIOPREV

Autores:

Quirós Jiménez, A.¹, López Moreno, A.¹, Gutierrez Mariscal, F.², Alcalá, J.³, Yubero Serrano, E.², Delgado Lista, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, (2) Investigador. IMIBIC. Córdoba, (3) Unidad de Lípidos y Aterosclerosis. IMIBIC. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Resumen:

Introducción y Objetivos

Los productos finales de glicación avanzada (AGE) están implicados en la fisiopatología de la enfermedad renal en la diabetes tipo 2 (DT2). Sin embargo, hasta la fecha, ningún ensayo clínico controlado previo con patrones dietéticos específicos ha evaluado la modulación del metabolismo de los AGE y su impacto en la función renal. En este estudio analizamos si la modulación del metabolismo de los AGE y la consiguiente reducción de los niveles de AGE, tras el consumo de dos dietas saludables, podría estar implicada en retrasar el deterioro de la función renal en pacientes con diabetes tipo 2 y enfermedad coronaria (EC).

Métodos

Los pacientes con diabetes tipo 2 (540 de 1.002 pacientes del estudio CORDIOPREV), con una tasa de filtración glomerular estimada (eGFR) ≥ 30 ml/min/1,73 m², se clasificaron en tres grupos al inicio del estudio: eGFR normal (≥ 90 ml/min/1,73 m²), eGFR levemente disminuida (60- <90 ml/min/1,73 m²) y eGFR moderadamente disminuida (<60 ml/min/1,73 m²). Se midieron los niveles séricos de AGE (metilglioxal-MG y N-carboximetilglucosamina-CML) y la expresión genética relacionada con el metabolismo de los AGE (AGER1, RAGE y Glox1 mRNA) antes y después de 5 años de intervención dietética [dieta mediterránea (35% de grasa, 22 % MUFA, $<50\%$ carbohidratos) o una dieta baja en grasas (28% grasa, 12% MUFA, $>55\%$ carbohidratos)].

Resultados

La dieta mediterránea produjo una menor disminución de la TFGe en comparación con la dieta baja en grasas, ambas solo en pacientes con una TFGe ligeramente disminuida ($p = 0,035$). Además, la dieta mediterránea fue capaz de disminuir los niveles de MG y aumentar la expresión de Glox1 en pacientes con TFGe normal y ligeramente disminuida (todos $p < 0,05$). Un aumento de la DE de los niveles de MG después de una intervención dietética resultó en una probabilidad 5,5 veces mayor (IC del 95 %: 0,053-0,633) de disminución de la TFGe.

Conclusiones

Nuestro estudio demostró que una reducción de los niveles circulantes de AGE, específicamente MG, después de seguir una dieta mediterránea podría asociarse potencialmente con la función renal preservada, como lo demuestra la reducción en la disminución de la TFGe en pacientes con diabetes tipo 2 y enfermedad coronaria. Los pacientes con eGFR ligeramente disminuido pueden responder mejor al efecto beneficioso de reducir los AGE en el mantenimiento de la función renal.

719/88. LONGITUD DE LOS TELÓMEROS COMO BIOMARCADOR DE LA TERAPIA NUTRICIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL DESARROLLO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA: ESTUDIO CORDIOPREV.

Autores:

Quirós Jiménez, A.¹, Ojeda Rodríguez, A.², Serran Jiménez, A.³, Arena Larriva, A.⁴, Rangel Zuriña, O.⁵, López Miranda, J.⁶

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, (2) Investigador. IMIBIC. Córdoba, (3) Residente de 4º año de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, (4) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, (5) Investigadora. IMIBIC. Córdoba, (6) Jefe de Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Resumen:**Introducción y Objetivos**

Investigar si la longitud de los telómeros (TL) se puede utilizar como biomarcadores para la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y determinar si la TL puede predecir el patrón dietético más eficaz para prevenir la diabetes en pacientes con enfermedad coronaria.

Métodos

Incluimos a los 462 pacientes del estudio CORDIOPREV (Clinical Trials.gov.Identifier: NCT00924937) que no tenían DM2 al inicio del estudio. Entre ellos, 107 pacientes desarrollaron DM2 después de una mediana de 60 meses. Las mediciones de TL se completaron mediante q-PCR en 338 pacientes sin DM2 y 105 pacientes con DM2 incidente.

Resultados

Se encontró un mayor porcentaje de pacientes con riesgo de telómeros cortos (<percentil 20) en el grupo con DM2 incidente en comparación con el grupo sin DM2 (27 % frente a 17 %, respectivamente, p 0,038). En el análisis de regresión de Cox muestra que los pacientes sin riesgo de telómeros cortos (> percentil 20) tenían una menor probabilidad de incidencia de DM2 que aquellos con riesgo de telómeros cortos (HR 1,65, valor de p 0,028). En cuanto a la dieta, los pacientes con alto riesgo de telómeros cortos tuvieron una mayor probabilidad de incidencia de DM2 después de consumir una dieta baja en grasas en comparación con los pacientes sin riesgo de telómeros cortos (HR 2,43, IC95% 1,26 a 4,69, p 0,019), mientras que no se observaron diferencias en el grupo de dieta mediterránea.

Conclusiones

Los hallazgos sugieren que la TL acortada podría servir como un biomarcador útil para identificar pacientes con riesgo de desarrollar DM2 y para recomendar un patrón dietético específico, como la dieta mediterránea, para prevenir la DM2 en pacientes con enfermedad coronaria.

719/90. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA EN FUNCIÓN DE SU CARÁCTER HIPERTENSO O NO EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autores:

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

Centro de Trabajo:*(1) Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.***Resumen:****Introducción y Objetivos**

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

Métodos

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

Resultados

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

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

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

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

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

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

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

Conclusiones

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

719/92. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN FUNCIÓN DE HABER PRESENTADO PREVIAMENTE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Autores:

Lucena Torres, L.¹, Garcia De Los Rios, C.¹, Sierras Jiménez, M.¹

Centro de Trabajo:*(1) Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.*

Resumen:**Introducción y Objetivos**

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

Métodos

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

Resultados

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

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

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

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

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

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

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

Conclusiones

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

719/93. UNA HISTORIA DE SUPERACIÓN

Autores:

Torres Higuera, M.¹, Jiménez de Juan, C.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen:**Descripción del Caso**

Varón de 69 años, exfumador abundante de 1,5 paquetes al día, como FRCV presenta HTA de difícil control, DM2 desde el año 2004, dislipemia y obesidad mórbida. Padece de insuficiencia cardíaca con FEVI preservada y varios ingresos en situación de edema agudo de pulmón con derrame pleural requiriendo toracocentesis evacuadoras. También enfermedad valvular con IM severa, IT severa e IAo moderada. Se le añade FA permanente. Hipertensión

pulmonar según datos indirectos ecocardiográficos. ERC estadio IIIB-A3 secundaria a DM y síndrome cardiorenal. Cirrosis hepática (Child-Pugh B7) secundaria a VHB, con datos de hipertensión portal con esplenomegalia y varices esofágicas. Tiene EPOC leve con un ingreso previo por descompensación, y SAHOS en tratamiento con CPAP. Padece claudicación intermitente e insuficiencia venosa crónica.

Hasta hace unos meses era independiente para ABVD, aunque en las últimas semanas ha notado un deterioro importante en su calidad de vida. En los últimos meses muestra disnea hasta hacerse de mínimos esfuerzos (NYHA III-IV), impidiéndole caminar. Por este motivo no sale a la calle, cuando hace unos meses salía a caminar media hora todos los días. Muestra ortopnea de 3 almohadas. Refiere también aumento de edemas en MMII.

Exploración y Pruebas Complementarias

Presenta taquipnea al habla con SatO₂ del 89-90% basal. TA 145/77 mmHg, y FC 102 lpm en reposo. Peso 108 kg, IMC de 40,2. A la auscultación crepitantes en bases pulmonares. Abdomen distendido con edema de pared. MMII con edemas crónicos hasta rodillas.

En el ECG destaca FA a 100 lpm. Análíticamente hemograma normal sin anemia. Creatinina basal de 1,90 mg/dL (FG 34 mL/min), resto normal. HbA_{1c} 8%. Pro-BNP 2.255. Ferropenia. Se realiza Ecocardiograma donde destaca VI hipertrófico con FEVI 53%. Insuficiencia tricuspídea leve. Se observa una regurgitación mitral con abundante jet excéntrico con flujo mitral de 1,17 m/s probablemente con severidad infravalorada.

Jucio Clínico

1. Paciente de muy alto riesgo cardiovascular (Score >10%): HTA mal controlada, DM-2 mal controlada, Dislipemia. Exfumador. Obesidad mórbida.
2. Insuficiencia cardíaca crónica con FEVI, NYHA III-IV. Enfermedad valvular múltiple: Insuficiencia mitral y tricuspídea severas. Insuficiencia aórtica moderada.
3. Paciente pluripatológico (categorías A, B, C, D, F y G), con un índice PROFUND de 7 (alto riesgo, con una probabilidad de mortalidad a 12 meses del 65%).

Comentario final

El paciente realiza seguimiento estrecho en consultas de Medicina Interna dada su gran comorbilidad, evitando el ingreso recurrente. Como pilar fundamental, se motiva al paciente para disminuir peso y llevar a cabo hábitos de vida saludables. Se ajusta tratamiento de insuficiencia cardíaca aumentando furosemida a 4 comprimidos diarios, se añade empagliflozina, espironolactona, hierro intravenoso y oxigenoterapia domiciliaria.

En las revisiones posteriores, tras el buen cumplimiento se consigue una mejoría sustancial en el peso perdiendo 21 kg intencionadamente en 8 meses, junto con un mejor control de la TA permitiendo retirada de un tercer fármaco. Además, existe un correcto control glucémico con lo que se reducen unidades de insulina hasta su retirada. Asimismo, el paciente alcanza una clase funcional I-II. Por otro lado, se recalcula la escala Child-Pugh, pasando de ser B7 previamente a A6 en el momento actual.

El paciente se realiza ecocardiograma transesofágico que confirma insuficiencia mitral severa orgánica con cuerda tendinosa rota un ventrículo izquierdo severamente dilatado. Finalmente, tras analizar su caso, el paciente se considera candidato para cirugía valvular reparadora tras la sesión conjunta con Cirugía Cardíaca, dado que se ha conseguido un buen control de los FRCV y así optimizar las condiciones preoperatorias con gran expectativa de mejoría en su calidad de vida.

Bibliografía

1. Sawalha, K., Gupta, K., Kadado, A. J., Abozenah, M., Battisha, A., Salerno, C. (2021). Transcatheter versus surgical mitral valve repair in patients with chronic liver disease. *International Journal of Clinical Practice*, 75(10). <https://doi.org/10.1111/ijcp.14660>

719/95. OCLUSIÓN ARTERIAL RETINIANA: UTILIDAD CLÍNICA DE LA ECOGRAFÍA OCULAR COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA

Autores:

Cuello Castaño, A.¹, Medina Sanchez, S.¹, Dorado Castro, A.¹, Granado García, M.¹, Castilla Guerra, L.²

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Resumen:**Introducción y Objetivos**

La oclusión de la arteria central de la retina (OACR) o de una de las ramas de la arteria retiniana (ORAR) es una afección grave e incapacitante debido a la ineficacia de su tratamiento agudo. Su etiología se muestra en la tabla 1. La ecografía ocular ha demostrado ser útil para detectar OACR de origen embólico (de contenido cálcico o colesterol) mediante el "signo de la mancha" o "spot sign", definido por la presencia de un punto hiperecogénico en la arteria central de la retina que permite descartar otras causas como la arteritis de células gigantes (ACG). Controlar los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) a largo plazo es crucial para prevenir futuros episodios.

Objetivo: Describir las características epidemiológicas, FRCV implicados y perfil de paciente con OACR u ORAR. Describir el "signo de la mancha" ecográfico y su implicación tanto en la evaluación como en el tratamiento de estos pacientes.

Métodos

Estudio prospectivo observacional de pacientes derivados a la Unidad de Riesgo Cardiovascular de Medicina Interna en los últimos dos años con diagnóstico de OACR o ORAR. Se recogieron datos demográficos, FRCV (diabetes, hipertensión, dislipemia, tabaquismo, obesidad) y datos ecográficos (grosor íntima-media carotídea (GIM), presencia de placas carotídeas y de "spot sign"). Se analizó la relación entre los FRCV y comorbilidades cardiovasculares en pacientes con OACR y ORAR, utilizando el test de Fisher además de comparaciones entre pacientes con y sin "spot sign". Los datos se recogieron de manera anónima a través de DIRAYA y se analizaron con SPSS v21.

Resultados

Se estudiaron 16 pacientes con una edad media de 69,3 años (desviación estándar (DE) 8,3). 12 de ellos tenían OACR (75%) y 4 tenían ORAR (25%). La distribución por sexo, presencia de FRCV y enfermedad cardiovascular establecida (ECV), se recogen en la tabla 2. La causa atribuida se muestra en la tabla 3. 9 pacientes (56,3%) no tenía "spot sign", mientras que 7 (43,8%) sí lo tenía, existiendo en 5 de ellos un antecedente de fibrilación auricular (FA), aunque no hubo relación estadísticamente significativa entre FA y "spot sign" ($p=0,27$). 5 pacientes no tenían placas carotídeas mientras que 11 pacientes sí tenían, de los cuales 7 presentaban "spot sign," mostrando una asociación significativa ($p=0,034$) entre ateromatosis carotídea y "spot sign." No se encontraron relaciones entre GIM y "spot sign" ni entre "spot sign" y la causa atribuida de OACR/ORAR ($p=0,069$).

Conclusiones

El "signo de la mancha" o "spot sign" en ecografía ocular puede distinguir OACR de origen embólico de otras causas de pérdida de visión unilateral e indolora (ACG o desprendimiento retiniano). Aunque no es el "gold standard", la ecografía ocular es una herramienta no invasiva y rápida que permite orientar la naturaleza del cuadro y establecer el mejor tratamiento etiológico a nuestros pacientes. Nuestro estudio destaca su utilidad en pacientes con obstrucciones arteriales y cómo la presencia de "spot sign" indica una posible embolia cálcica de placas carotídeas o, en menor medida, valvulares. Esto sugiere la necesidad de considerar cambios en el manejo de la práctica clínica de estos pacientes.

719/97. ALERTA BIOQUÍMICA

Autores:

Sánchez Martín, N.¹, Luque Linero, P.¹, Delgado Ferrary, M.², Cano Alba, R.³, Rico Corral, M.⁴

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, (2) Residente de 5º año de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, (3) Especialista de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, (4) Jefe de Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Resumen:**Descripción del Caso**

Mujer de 49 años derivada a Consultas de Riesgo Vascular para estudio de dislipemia a través del sistema de alerta hospitalario de bioquímica clínica, al detectarse un colesterol total de 374 mg/dl a expensas de cLDL 262 mg/dl. Entre sus antecedentes familiares destacan hipercolesterolemia en familiares de primer y segundo grado, así como cardiopatía isquémica paterna. Entre sus antecedentes personales destaca hipotiroidismo primario autoinmune.

Exploración y Pruebas Complementarias

En la exploración inicial no se observan estigmas de hipercolesterolemia ni anomalías a la auscultación cardiopulmonar. Presenta HTA grado 1 e IMC en rango de sobrepeso (28,2 kg/m²).

Inicialmente se determinan otros parámetros del perfil lipídico (HDL 51 mg/dl, triglicéridos 125 mg/dl, apolipoproteína B 141 mg/dl, lipoproteína A 137 mg/dl), hemoglobina glicada (5.7%) y se amplía estudio para descartar causas secundarias de hipercolesterolemia.

Ante la sospecha de hipercolesterolemia familiar (HF) se aplicó la escala de la red de clínicas de lípidos de Holanda reuniendo un total de 7 puntos, por lo que se realizó test genético en el que se detecta heterocigosis para la mutación en los genes LDLR y PCSK9, confirmándose la sospecha diagnóstica. Tras ello, se realiza un estudio de pedigrí, que diagnostica de HF a su hermana y a la descendencia de ambas. Se determina la Lipoproteína (A) en su hermana, que también se encuentra elevada (155mg/dl).

Jucio Clínico

Hipercolesterolemia familiar

Comentario final

Se inicia tratamiento en ambas hermanas con medidas higiénico-dietéticas y fármacos hipolipemiantes (Atorvastatina 80 mg y Ezetimibe 10 mg), para alcanzar un cLDL objetivo de 55 mg/dl o, al menos, una reducción del 50% sobre la cifra inicial siguiendo las recomendaciones de la ESC. Tras seis meses de tratamiento, no se habían alcanzado los objetivos terapéuticos en ninguna, por lo que en primer lugar se aseguró el buen cumplimiento terapéutico. Nuestra paciente tenía buena adherencia al mismo, por lo que se decidió añadir al tratamiento Evolocumab 140 mg subcutáneo cada 14 días, mientras que en el caso de su hermana, a pesar de que la reducción de cifras había sido similar, se comprobó que era transgresora del tratamiento, por lo que en ella se decidió insistir en el cumplimiento terapéutico. Tras esta intervención, ambas alcanzaron los objetivos de cLDL.

La HF es un trastorno autosómico dominante, caracterizado por la elevación de cLDL y la enfermedad coronaria prematura. Los pacientes con HF se consideran de alto o muy alto riesgo cardiovascular si coexisten otros FRCV, por lo que las guías de la ESC establecen un cLDL objetivo inferior a 70 o a 55 mg/dl respectivamente. El cumplimiento de dichos objetivos precisa tratamiento con estatinas de alta potencia y la combinación con otros fármacos como ezetimibe, siendo necesario ocasionalmente asociar fármacos de mayor intensidad. Los iPCSK9, han demostrado una reducción del cLDL de hasta el 50% en pacientes que no conseguían buen control con estatinas, a pesar de lo cual sus indicaciones continúan siendo limitadas. Por otro lado, este caso clínico ejemplifica la prevalencia de Lipoproteína A elevada en familias con HF. Ambas tienen una herencia autosómica dominante, con mecanismos de transmisión independientes. Se ha detectado una mayor prevalencia de ECVA en pacientes que presentan dicha asociación, por lo que actualmente se recomienda sistematizar la detección de Lipoproteína A en el estudio de HF con objeto de iniciar un tratamiento intensificado de forma precoz para evitar muertes prematuras por ECVA.

Bibliografía

1. Alonso R, Muñoz-Grijalvo O, Díaz-Díaz JL, Zambón D, et al. Efficacy of PCSK9 inhibitors in the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia: A clinical practice experience. *J Clin Lipidol.* 2021 Jul-Aug;15(4):584-592.
2. Chakraborty A, Pang J, Chan DC, et al. Cascade testing for elevated lipoprotein(a) in relatives of probands with familial hypercholesterolaemia and elevated lipoprotein(a). *Atherosclerosis.* 2021 Nov 12:S0021-9150(21)01417-9.

719/99. PACIENTE CON MUY ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR E INTOLERANCIA A ESTATINAS

Autores:

Sánchez Martín, N.¹, Gallego López, L.², Delgado Ferrary, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, (2) Especialista de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, (3) Residente de 5º año de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Resumen:

Descripción del Caso

Presentamos el caso de un varón de 36 años sin reacciones adversas a medicamentos y con antecedentes personales de tabaquismo activo y síndrome de apnea-hipopnea del sueño en tratamiento con CPAP domiciliaria.

Consulta en enero de 2018 por dolor torácico típico realizándose un ECG en el que se objetiva ascenso del segmento ST en cara inferoposterior, por lo que se lleva a cabo una angioplastia primaria con revascularización de la arteria circunfleja mediante la colocación de un stent farmacoactivo. Es dado de alta en tratamiento con doble antiagregación (AAS y Prasugrel) y Atorvastatina 80 mg.

Reingresa 8 meses después por nuevamente clínica de angor inestable, realizándose una nueva coronariografía en la que se visualiza reestenosis severa del stent implantado previamente, efectuándose una dilatación intrastent y posterior aplicación de balón liberador de fármacos. Tras la mejoría clínica, el paciente es dado de alta hospitalaria sustituyendo Prasugrel por Ticagrelor.

En febrero de 2020, el paciente comienza con episodio de dolor torácico opresivo en relación con los esfuerzos, por lo que se solicita un nuevo cateterismo objetivando una estenosis severa del segmento proximal de la coronaria derecha, implantando un nuevo stent farmacoactivo.

Tras varios meses, el paciente es derivado a Consultas de Medicina Interna por mialgias y elevación de creatina-quinasa (CPK). Comenta que, desde el inicio del tratamiento hipolipemiente, nota astenia y dolores musculares de predominio en miembros inferiores. Se ha intentado tratamiento con varias estatinas a diferentes dosis + ezetimibe, continuando con elevación de CPK y sin llegar a alcanzar el objetivo terapéutico de LDL en prevención secundaria.

Exploración y Pruebas Complementarias

Solicitamos una analítica con estudio de lípidos en la que presenta un colesterol total en 145 mg/dl, con LDL en 83 mg/dl, hipertrigliceridemia en 195 mg/dl e hiperlipoproteinemia A en 80 mg/dl. Además, CPK en 425 U/L.

Jucio Clínico

Paciente de muy alto riesgo cardiovascular con intolerancia a estatinas en distintas dosis y con objetivo terapéutico de LDL en prevención secundaria no alcanzado.

Comentario final

Iniciamos tratamiento con Evolocumab a dosis de 140 mg cada 15 días. Reevaluamos al paciente a los 3 meses apreciándose mejoría tanto a nivel clínico con disminución de las mialgias, como analítico con LDL en 75 mg/dl y CPK normalizada. Como única incidencia presenta ánimo triste y olvidos frecuentes, sin otra clínica neurológica.

Decidimos aumentar Evolocumab a 140 mg semanales y el paciente continúa presentando mejoría progresiva hasta que, en octubre de 2021, nos encontramos un LDL en 0 mg/dl. Debido a la falta de evidencia científica sobre los niveles de LDL por debajo de la normalidad y a las teorías de que su déficit podría aumentar los trastornos cognitivos y la demencia, disminuimos la frecuencia de administración a 1 vez al mes con vistas a continuar un seguimiento estrecho.

Actualmente el paciente se mantiene con buen estado general, han cedido las mialgias, no ha vuelto a presentar eventos cardiovasculares y, desde el punto de vista neurológico, impresiona de episodio depresivo, sin ningún otro dato de demencia incipiente.

Como conclusión destacamos que los iPCSK9 representan una gran alternativa para el tratamiento hipolipemiente tanto en prevención primaria como secundaria en pacientes con intolerancia a estatinas. Además, todavía existen controversias en relación con el descenso de LDL por debajo de los límites considerados óptimos, por lo que creemos que son necesarios más estudios en este ámbito.

Bibliografía

1. Beth A. Taylor, Alecia D. Dager, Gregory A. Panza, et al. The effect of high-dose atorvastatin on neural activity and cognitive function. *American Heart Journal*, Volume 197, March 2018, Pages 166-174.
2. Robert P. Giugliano, M.D., François Mach, M.D., Kenton Zavitz, Ph.D., et al. Cognitive Function in a Randomized Trial of Evolocumab. *N Engl J Med* 2017; 377:633-643.

719/101. ¿SON BENEFICIOSOS LOS IPCK9 EN LOS ANCIANOS TRAS EVENTO CARDIOVASCULAR?

Autores:

Segura Díaz, M.¹, Flores Serrano, L.², Jácome Pérez, A.³, Fernandez Almira, M.⁴, Montes Romero, J.⁴, Sánchez López, P.⁴

Centro de Trabajo:

(1) Residente. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería, (2) Residente Medicina Interna. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería, (3) Residente Medicina Interna. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería, (4) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

Resumen:

Introducción y Objetivos

La hipercolesterolemia es la alteración lipídica más frecuente y constituye uno de los principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, siendo la primera causa de muerte en la población española. En 2019 se

comercializaron en España los iPCSK9, fármacos hipolipemiantes de alta eficacia y pocos efectos adversos, que han conseguido llevar a objetivos terapéuticos pacientes que previamente no los conseguían con sus tratamientos prescritos o dando alternativa a los pacientes intolerantes a estatinas (se estiman que son el 10-15% de la población). Los ensayos clínicos de estos novedosos fármacos de administración subcutánea eran en su mayoría adultos jóvenes. Nuestro objetivo ha sido describir el efecto en las cifras de LDL en pacientes mayores de 65 años en los que se le indicó iPCSK9 como prevención secundaria al no alcanzar objetivos LDL.

Métodos

Es un estudio observacional y retrospectivo. Se han revisado las historias clínicas de los pacientes mayores de 65 años con evento cardiovascular previo que se encuentran actualmente en tratamiento con iPCSK9 en el Complejo Hospitalario Universitario de Torrecárdenas. Para ello, se solicitó el listado de pacientes a Comisión de Farmacia.

Resultados

Se han analizado un total de 40 pacientes, con una media de edad de 73,72 años +/- 2,09 de los cuales un 64,1% son hombres y 35,9% son mujeres. El evento por el que se comenzó la prevención secundaria fue en un 87,2% por enfermedad coronaria, en un 10,3% por enfermedad arterial periférica y en un 2,5% por ambas. En nuestra cohorte no hubo pacientes con ictus como primer evento cardiovascular.

El tratamiento hipolipemiante usado previamente al inicio del iPCSK9 fue: estatina con una prevalencia de 15,4%, ezetimibe 7,7%, estatinas + ezetimibe 69,2%, estatuas + omega 3 2,6% y estatuas + ezetimibe + fibratos 5,1%.

Se han determinado los valores de LDL previos al inicio de tratamiento con iPCSK9 y tres meses después (como mínimo), ya que según la bibliografía es el tiempo necesario para una disminución significativa de los niveles. La media de LDL inicial fue 142,26 +/- 11,64 mg/dl y la media de LDL final 54,10 +/- 7,27mg/dl. Se ha realizado la d de Cohen para muestras emparejadas obteniendo que hay una diferencia significativa entre medias con una $p < 0,001$ y un intervalo de confianza del 95% entre el 77,902 y 98,405. No hubo ningún efecto secundario. Respecto al iPCSK9 pautado, fue en un 30,8% de los casos el Evolocumab y en un 69,2% el Alirocumab.

Conclusiones

A pesar de que la terapia con iPCSK9 no está muy estudiada en la población mayor de 65 años, podemos concluir que, en los pacientes descritos en este estudio, los iPCSK9 han demostrado diferencias significativas en la mejora de los niveles de LDL, reduciendo de media 88 mg/dl las cifras de LDL en esta cohorte de edad, alcanzando objetivos terapéuticos de LDL < 55 mg/dl. Esto minimiza la probabilidad de acontecer un segundo evento y la discapacidad que esto supondría, ayudando a mantener la autonomía y la calidad de vida en nuestros pacientes mayores sin apenas efectos adversos

719/102. HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR: TIRANDO DEL HILO

Autores:

Castaño Bermúdez, P.¹, Fondón Domínguez, A.², Rodríguez Arce, Á.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamilo. Sevilla, (2) Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamilo. Sevilla.

Resumen:

Descripción del Caso

Varón 42 años, sin antecedentes personales de interés, acude a consultas de Atención Primaria solicitando revisión general ya que se encuentra preocupado debido al fallecimiento del padre a los 44 años por un infarto agudo de miocardio. Durante la anamnesis comenta que sus 5 hermanos han tenido cifras de colesterol elevadas sin estar en seguimiento actualmente. No comenta sintomatología alguna. Ante la posibilidad de enfermedad lipídica de carácter hereditario, debido a los antecedentes familiares del paciente, solicitamos analítica con perfil lipídico.

Exploración y Pruebas Complementarias

En la exploración física, auscultación cardiopulmonar sin hallazgos significativos, cifras de tensión arterial en consulta no elevadas, ligero engrosamiento en tendón de Aquiles sin otras manifestaciones cutáneas (no xantomas ni xantelasmas ni arco corneal). No signos de arteriopatía periférica. Se realiza electrocardiograma que no muestra anomalías.

En la analítica sanguínea se detectan cifras de colesterol total 322 mg/dl, HDL 54 mg/dl, LDL 252 mg/dl, triglicéridos 55 mg/dl, cociente colesterol total/HDL 5.96 mg/dl, Apolipoproteína A1 139 mg/dl, Apolipoproteína B100 169 mg/dl, fibrinógeno 435 mg/dl, Lipoproteína A 81 mg/dl y cociente colesterol LDL/apo B100 1.5, resto de analítica sin hallazgos relevantes. Ante estos resultados pautamos 1 comprimido al día de Atorvastatina 40mg y derivamos a Medicina Interna para estudio genético del paciente y resto de familiares por elevada sospecha de hiperlipemia familiar heterocigota (HFH).

En consultas de Medicina Interna, se realiza nueva analítica a los 6 meses donde objetiva colesterol total 310 mg/dl, LDL 222 mg/dl, triglicéridos 75mg/dl, apolipoproteína A1 127mg/dl, Apolipoproteína B-100 141mg/dl, resto de analítica sin valores significativos. En estudio de hermanos del paciente, se aprecian analíticas con perfil lipídico similar. Dado los valores analíticos, tras tratamiento con Atorvastatina 40mg sin cambios significativos, y el alto riesgo cardiovascular del paciente (SCORE 5-10%) se decide cambio a Rosuvastatina 20mg + Ezetimiba 10mg 1 comprimido al día y control en 6 meses.

En última consulta de Medicina Interna, el paciente continuó asintomático, sin embargo, en analítica sanguínea se objetivan valores de colesterol total de 241 mg/dl, LDL 177mg/dl, HDL 45 mg/dl, triglicéridos 63 mg/dl, Apolipoproteína A1 142 mg/dl, Apolipoproteína B100 148 mg/dl y Lipoproteína A 106 mg/dl. Por tanto, al no encontrarse el paciente en el objetivo terapéutico y el incremento de lipoproteína A se decide intensificación del tratamiento sustituyendo tratamiento actual por Alirocumab 75mg 1 inyección subcutánea cada 15 días. Los resultados de los test genéticos están en espera.

Jucio Clínico

Hipercolesterolemia familiar heterocigota.

Comentario final

La HFH es una enfermedad hereditaria de transmisión autosómica codominante que provoca la acumulación de LDL en el plasma. Debido a su alta prevalencia, su relativa fácil detección, tratamientos ampliamente conocidos y la posibilidad de modificar el curso de la enfermedad desde Atención Primaria, debemos aprender a sospechar, diagnosticar y tratar esta enfermedad sub-diagnosticada y sub-tratada antes de que los pacientes comiencen a desarrollar problemas cardiovasculares. Por ello es primordial, conocer los antecedentes familiares del paciente realizando una correcta anamnesis. Además, un abordaje multidisciplinar con otras especialidades como Medicina Interna consigue un mejor seguimiento de los familiares y correcto estudio genético. En el Sistema Sanitario los pacientes con diagnóstico de HFH tienen una aportación reducida de determinados fármacos, como las estatinas, por lo que su diagnóstico ayudaría a una mejor adherencia al tratamiento. Aunque la mayoría de los pacientes requerirá tratamiento farmacológico no debemos olvidar recomendar una dieta apropiada y el control de factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, tabaquismo, sedentarismo u obesidad).

Bibliografía

1. Farreras. Farreras-Rozman. *Medicina interna. Metabolismo y nutrición. Endocrinología. 17a ed. Borstnar CR, Cardellach F, editores. Elsevier; 2013.*
2. Corral P. *Hipercolesterolemia familiar heterocigota: Revisión de las estrategias para su identificación y detección sistemática. Insufic Card [Internet]. 2015 [citado el 17 de octubre de 2023];10(3):126-31.*

719/103. UNA COSA LLEVÓ A LA OTRA Y...

Autores:

Gallego Romero, I.¹, González Bustos, P.², Valenciano Ortiz, T.¹, Arnés García, D.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada, (2) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada, (3) Residente de 4º año de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Resumen:

Descripción del Caso

Presentamos el caso de una mujer de 60 años, con antecedentes personales de asma, tabaquismo activo de alta carga tabáquica e hipertensión arterial (HTA) de diagnóstico reciente, grado 3, de difícil control, en tratamiento con cuatro fármacos: losartán, hidroclorotiazida, barnidipino y carvedilol. No tiene antecedentes familiares de interés. Es derivada a consulta de riesgo cardiovascular (RCV) por hallazgos en ecografía de datos sugerentes de cardiopatía hipertensiva.

Exploración y Pruebas Complementarias

En la anamnesis, la paciente se encuentra asintomática, habiéndose detectado cifras altas de presión arterial (PA) de manera casual. A la exploración: sobrepeso, test Epworth 4 puntos, y presión arterial de 200/100 mmHg en ambos brazos, tras varias tomas. Soplo en foco aórtico, sin más datos relevantes en la exploración. Se inicia estudio etiológico ante la alta sospecha de hipertensión arterial secundaria.

Se solicitan pruebas complementarias: analítica con prediabetes y leve deterioro de la función renal con creatinina 1,15 mg/dL (filtrado glomerular CDK EPI 52ml/h) con microalbuminuria (74mg/24 horas). Función hepática, iones, GSV, hemograma y tiroides normal. Hiperlipemia mixta. ProBNP elevado (900 pg/ml). Estudio hormonal con metanefrinas normales. Aldosterona y renina en rango (110 y 3,5 pg/ml, respectivamente) pero cociente aldosterona renina elevado (ARR) (31,5). Cortisol en sangre y ACTH normales, CLU 24 horas y con cociente cortisol/creatinina levemente elevados (79ug/24h y 57ug/g). Estas mediciones se repitieron, manteniéndose las alteraciones en ARR y normalizándose el cortisol.

Electrocardiograma en ritmo sinusal con criterios de hipertrofia de Sokolov-Lyon modificados. Radiografía de tórax normal. En el Holter tensiones controladas con el tratamiento descrito previamente, con PA media 120/60mmHg, variabilidad normal y patrón non dipper. Es valorada por Oftalmología que detecta retinopatía hipertensiva grado 3 en la clasificación de Keith-Wagener-Barker. En el seguimiento ecocardiográfico se detectan signos de cardiopatía hipertrófica-hipertensiva y cardiopatía isquémica, corroborado con RNM cardiaca, actualmente pendiente de genética y de estudio de función coronaria. La ecografía abdominal describe riñones normales, sin estenosis en arterias renales, y revela nódulo adrenal derecho sólido de 15mm que el TAC abdominal identifica como adenoma. Tras comentar en sesión con Endocrinología, se solicita gammagrafía de glándulas suprarrenales con captación moderada sugerente de hiperplasia suprarrenal bilateral.

Se diagnostica de hipertensión arterial con lesión de órgano diana secundaria a hiperplasia suprarrenal bilateral. En cuanto al tratamiento, se sustituyó el barnidipino por espironolactona manteniendo buen control tensional.

Jucio Clínico

Hipertensión arterial grado 3 con lesión de órgano diana (nefropatía ERC G3aA2, retinopatía grado 3 y cardiopatía hipertensiva con datos sugerentes de miocardiopatía hipertrófica) secundaria a hiperplasia suprarrenal bilateral.

Comentario final

El hiperaldosteronismo primario (HAP) es una causa infradiagnosticada de HTA secundaria, con estudios recientes que estiman la prevalencia alrededor del 6-11%, aunque la triada clásica de hipertensión, alcalosis metabólica e hipopotase-mia es menos frecuente (1%). Además, se trata de una causa relevante de HTA resistente, habiéndose descrito hasta en el 20% de los casos. Los pacientes con HAP tienen un mayor RCV y daño de órganos diana en comparación con la población general con hipertensión. Además, también muestran una mayor prevalencia de síndrome metabólico y diabetes, fracturas osteoporóticas y síntomas de depresión. Algunas de estas comorbilidades pueden estar asociadas con la cosecreción de cortisol. Toda la evidencia disponible indica que un diagnóstico temprano y un manejo clínico apropiado son obligatorios para minimizar daños asociados, como ocurre en el caso de nuestra paciente.

Bibliografía

1. Ares J, Goicoechea Diezandino M, Gorostidi M. Hiperaldosteronismo primario. En: Lorenzo V, López Gómez JM (Eds). *Nefrología al día*. ISSN: 2659-2606. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/406>
2. Williams TA, Reincke M. MANAGEMENT OF ENDOCRINE DISEASE: Diagnosis and management of primary aldosteronism: the Endocrine Society guideline 2016 revisited. *Eur J Endocrinol*. 2018 Jul;179(1):R19-R29. doi:10.1530/EJE-17-0990. Epub 2018 Apr 19. PMID:29674485.

Revista Riesgo Cardiovascular

Comunicaciones Farmacia

32º Congreso Médico SAHTA

Sociedad Andaluza de Hipertensión Arterial

719/6. ELABORACIÓN DE SPD PARA ASEGURAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA: INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO EN PACIENTE HIPERTENSO NO CONTROLADO

Autores:

Rodríguez Vivas, F.¹

Centro de Trabajo:

(1) Farmacéutico. Huelva.

Resumen:

Descripción del Caso

Paciente hipertenso mal controlado a pesar de estar tratado con 3 fármacos antihipertensivos. EN las últimas semanas ha sido remitido a urgencias dos veces tras presentar valores muy elevados de presión arterial y sintomatología compatible, se añade un cuarto fármaco a su tratamiento, sin conseguir estabilizar los valores.

Exploración y Pruebas Complementarias

Paciente varón, de 69 años de edad en el momento de la intervención. Presenta ligero déficit intelectual, no es dependiente. Vive solo. Diabético tipo II e hipertenso. No presenta obesidad. Acude a por su tratamiento regularmente, en las dispensaciones, aparentemente, lo conoce y sabe cómo tomarlo. Él mismo, se administra la insulina y se realiza periódicamente mediciones de glucosa capilar. Aunque un familiar le ayuda con comidas y alguna tarea doméstica, el control de la medicación lo hace personalmente.

Tratamiento farmacológico activo al inicio del caso: Atorvastatina 80 mg 0-0-1, Dapagliflozina 5mg/Metformina 1000mg 1-0-1, Insulina glargina 60 UI noches, Olmesartán 40mg/Amlodipino 10mg/Hidroclorotiazida 25MG 1-0-0. Se añade a este tratamiento doxazosina 4mg en su primera visita a urgencias.

Se decide realizar un seguimiento de su PA desde nuestra farmacia, comprobando mal control.

Se cita al paciente para una revisión de su medicación completa.

Jucio Clínico

Tras la primera medición de presión arterial, son notorios, valores tan elevados a pesar de su tratamiento, cuando a pesar de la nueva medicación, los valores continúan siendo bastante altos, surgen las dudas que quizás no sea cuestión de dosis y si de adherencia/errores de administración. Realizando una revisión de su medicación, usaba 4 fármacos directos para controlar la HTA actuando prácticamente sobre todos los sistemas que conocemos en la actualidad para provocar descenso de la presión. Así teníamos alfa bloqueante a dosis media (doxazosina 4mg), un ARaII a dosis máxima (Olmesartán 40mg), bloqueante de los canales de calcio a dosis máxima (amlodipino 10mg) y un diurético a dosis máxima (hidroclorotiazida 25 mg). Añadimos, en su tratamiento para la diabetes encontramos un inhibidor del cotrasportador sodio-glucosa tipoII (SGLT2), la dapagliflozina. Como es bien sabido, este fármaco presenta efecto hipotensor.

Con objeto de trabajar la adherencia, se incluye al paciente en servicio SPD. Para facilitar al máximo, se concentran todas las tomas en mañana y noche.

El paciente mejora rápidamente, llegando incluso a sufrir episodios de hipotensión, para los cuales se bajó la dosis de doxazosina a 2mg.

Comentario final

Los resultados de la intervención son evidentes, superando nuestras expectativas.

Desde el primer día el descenso de presión arterial fue evidente, estableciéndose en valores estables PAS 150-120 y PAD 80-60 en torno al 4º día de iniciar el programa SPD. Además, esta tendencia era ligeramente descendente.

La intervención farmacéutica ha supuesto una mejora tanto para paciente, aumentado su calidad de vida, como para el sistema sanitario. Al ser capaces de detectar el problema de adherencia, aumentamos la efectividad de tratamiento y disminuimos la demanda asistencial.

Tanto para el seguimiento del paciente y las derivaciones nos hemos ayudado de la aplicación axónfarma del consejo andaluz de colegios farmacéuticos.

Todas las mediciones de presión arterial han sido tomadas con el tensiómetro OMRON HEM-907, validado clínicamente y calibrado anualmente.

Para realizar las mediciones, se sigue el procedimiento marcado por SEFAC en su guía para el abordaje de la hipertensión por el farmacéutico comunitario.

Bibliografía

1. *Guía para el abordaje de la hipertensión por el farmacéutico comunitario en el ámbito de la atención primaria: documento de consenso multidisciplinar. Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria.*
2. *Ficha técnica Balzak plus. AEMPS*

719/7. MAPAFARMA UNA HERRAMIENTA IMPRESCINDIBLE: HIPERTENSIÓN NOCTURNA

Autores:

Rodríguez Vivas, F.¹

Centro de Trabajo:

(1) *Farmacéutico. Huelva.*

Resumen:**Introducción y Objetivos**

Intervención que surge tras la visita de una paciente a la que le ha sido negada una operación rutinaria al hallar valores altos de PA en una medición en consulta. Su médico de cabecera no encuentra solución, ya que cuando el paciente se realiza mediciones en su hogar, los valores están en rango. Se sospecha de BB.

Para demostrar que esto es así, recomendamos iniciar una MAPA, donde podríamos descartar o confirmarla.

Métodos

Se realiza una toma aislada de su Presión arterial en consulta y una medición ambulatoria de la presión arterial durante 24 h con nuestro holter microlife WatchBP O3.

Usamos además el aplicativo MAPAfarma, dentro de axónfarma, para realizar el seguimiento y derivación del paciente.

Resultados

Tras la realización de la MAPA, se observa una PA diurna en rango, pero no así la nocturna, que se encuentra elevada, el paciente es derivado.

Su médico inicia tratamiento losartan/hidroclortiazida (25/12,5) y nos solicita segundo MAPA a los 15 días.

Éste segundo MAPA, muestra resultados en rango.

Conclusiones

Gracias a una herramienta como MAPA el médico ha podido diagnosticar una hipertensión que no podíamos identificar antes, al presentar valores diurnos normalizados.

El uso correcto del servicio y la buena derivación, hacen que el médico quede satisfecho hasta el punto de derivarnos él mismo de vuelta al paciente para que le realicemos el control. Así no sólo ha ayudado al paciente, diagnosticándolo; también ha mejorado la relación médico-farmacéutico.

719/13. PREPARACIÓN DE ESTUDIO DE TENSIÓN ARTERIAL EN UNA FARMACIA RURAL

Autores:

Sáez Fernández, E.¹, Martínez Torres, A.², Nuñez Calvo de Mora, M.³, Barranquero García, V.⁴

Centro de Trabajo:

(1) *Farmacéutica Titular. Farmacia Eva Sáez Fernández. Guadalmez. Ciudad Real,* (2) *Auxiliar de Farmacia. Farmacia Eva Sáez Fernández. Guadalmez. Ciudad Real,* (3) *Técnico Farmacia. Farmacia Eva Sáez Fernández. Guadalmez. Ciudad Real,* (4) *Auxiliar de Farmacia. Farmacia Eva Sáez Fernández. Guadalmez. Ciudad Real.*

Resumen:**Introducción y Objetivos**

Vivir y trabajar en una zona rural presenta ventajas de las que carece la ciudad. El contacto más cercano y familiar con nuestros paciente permite desarrollar estudios que pueden ofrecer resultados muy interesantes.

Guadalmez es un pequeño pueblo de 718 habitantes, en el que la media de edad se encuentra en 53,39 años. Un 32,9 % de la población es mayor de 65 años. Lo que hace que nuestro pueblo tenga o pueda tener por estadística un alto número de pacientes con tensión arterial elevada.

Tras estudiar el número de pacientes que actualmente se encuentra en tratamiento con antihipertensivos, consideramos de gran importancia realizar un seguimiento de los mismos y hacer un estudio general del resto de nuestra población, para comprobar si existen pacientes hipertensos no controlados.

El objetivo de este trabajo es desarrollar el protocolo de actuación que vamos a llevar a cabo en los próximos meses para la detección de pacientes hipertensos, mal controlados o con tratamiento erróneo.

Métodos

Se ha realizado un estudio completo de todos los ítems necesarios para llevar a cabo de forma eficiente el servicio de medida de la presión arterial, desarrollando un protocolo normalizado de trabajo (PNT).

Resultados

En el PNT se detalla:

- Toma de tensión: 3 tomas de tensión a cada paciente, con una separación de 5 minutos, anotando la media.
- Resultado obtenido: si la sistólica es superior a 159 o la diastólica es mayor de 99, se derivará directamente al médico que será el encargado de hacer la valoración pertinente. Si la sistólica está por encima de 139 o la diastólica por encima de 89, le ofreceremos el seguimiento de tensión arterial para valorar la necesidad o no de derivación al médico.
- Registro: documento que recoge los parámetros necesarios para la valoración de los pacientes.

El paciente solo se identificará si entra a formar parte del seguimiento de tensión, firmando en este caso el consentimiento informado ya que se anotarán aquellos datos que puedan ser relevantes en el estudio.

Conclusiones

El elevado número de pacientes en edad de riesgo para presentar un elevado valor de tensión arterial, nos lleva a pensar que es importante desarrollar un PNT que nos permita de forma eficaz el poder localizar a dichos pacientes.

La detección de pacientes con hipertensión arterial permitiría disminuir el riesgo cardiovascular y diagnosticar esta enfermedad, cuyos síntomas y signos muchas veces no son manifiestos.

En las próximas semanas comenzaremos con la puesta en marcha del servicio.

719/14. ESTUDIO OBSERVACIONAL DE PACIENTES HIPERTENSOS Y TRATAMIENTO UTILIZADO

Autores:

Sáez Fernández, E.¹, Nuñez Calvo de Mora, M.², Barranquero García, V.³, Martínez Torres, A.⁴

Centro de Trabajo:

(1) *Farmacéutica Titular. Farmacia Eva Sáez Fernández. Guadalmez. Ciudad Real*, (2) *Técnico Farmacia. Farmacia Eva Sáez Fernández. Guadalmez. Ciudad Real*, (3) *Auxiliar de Farmacia. Farmacia Eva Sáez Fernández. Guadalmez. Ciudad Real*, (4) *Auxiliar de Farmacia. Farmacia Eva Sáez Fernández. Guadalmez. Ciudad Real*.

Resumen:

Introducción y Objetivos

La Organización Mundial de la Salud establece que la hipertensión arterial es la primera causa de muerte en el mundo, mientras que en España, la Sociedad Española de Hipertensión establece una prevalencia del 40 % en la población adulta. Un gran número de pacientes sigue sin estar diagnosticado por la falta de síntomas y signos que manifiesten la enfermedad.

El objetivo de este trabajo es analizar el número de pacientes diagnosticados con hipertensión y el tipo de medicación que tienen prescrita.

Métodos

Estudio observacional llevado a cabo durante 3 meses (julio-septiembre de 2023) en la farmacia comunitaria de Guadalmez (Ciudad Real). Para ello, se pide participación a todos los pacientes que acuden a la misma, para que nos faciliten los datos de la medicación que toman actualmente. Detectando aquellos pacientes que están en tratamiento para la hipertensión.

Resultados

Se incluyen en el estudio 500 pacientes que tras su paso por la farmacia acceden a facilitar su tratamiento.

De los mismos detectamos que 297 pacientes se encuentran en tratamiento con medicamentos para la tensión, lo que supone un total del 59,4% de los encuestados. Con una media de edad de 80,4 años.

El principio activo (PA) más prescrito (teniendo en cuenta tanto tratamientos de mono como de polimedicaos para la hipertensión) es la hidroclorotiazida con un 24,25%, seguido del losartan 12,04% y de la furosemida 11,68%. Y los menos prescritos son barnidipino, indapamida, nevíbolol, aliskiren, espironolactona, amilorida y perindopril con un 0,18%.

De los pacientes en tratamiento con hipertensión encontramos:

Tratamiento con monoterapia: el 36,36% (108 pacientes), siendo el PA más utilizado la furosemida (26,85%), seguido del enalapril (15,74%).

Tratamientos combinados: tenemos pacientes con 2 PA (39,06%, 116 pacientes), 3 PA (19,53%, 58 pacientes), 4 PA (4,71%, 14 pacientes) y 5 PA (0,34%, 1 paciente). En este caso las combinaciones que más se prescriben son:

Medicamentos con 2 principios activos: Losartan/hidroclorotiazida (30,84%), seguido de Enalapril/hidroclorotiazida (18,69%) y valsartan/hidroclorotiazida (18,69%).

Conclusiones

En nuestra población contamos con un elevado número de pacientes con hipertensión, lo cual puede ser normal si tenemos en cuenta que la media de edad está en 80 años de los pacientes con hipertensión estudiados y en 53,9 años en nuestra población.

Los principios activos con mayor número de prescripciones son los diuréticos (hidroclorotiazida y furosemida) y el antagonista de los receptores de angiotensina II (enalapril).

Es muy interesante el pensar en desarrollar un protocolo normalizado para realizar mediciones de tensión, y comprobar si todos nuestros pacientes tienen un tratamiento correcto, e incluso evaluar si existen más pacientes con hipertensión que no tengan síntomas, ni signos de la misma, y que por tanto no hayan sido diagnosticados.

719/22. ¿CUÁNDO ME TOMO LA PASTILLA DE LA TENSIÓN?

Autores:

García Ruiz, M.¹, Ruiz Gómez, S.¹, Díaz Ramírez, A.¹, Ortega López, D.¹

Centro de Trabajo:

(1) Farmacia Las Huertas. Écija. Sevilla.

Resumen:

Descripción del Caso

Pastora, de 53 años, casada y ama de casa, acude a la farmacia asustada por un fuerte dolor de cabeza. Lleva varios días que dice no encontrarse bien. Tras medidas aisladas de la presión arterial (PA), obtenemos valores elevados. Se asusta y acude a urgencias donde le prescriben ENALAPRIL-10 mg(1/24h). Es reacia a tomar el antihipertensivo porque piensa que es algo puntual. Desde la farmacia la tranquilizamos y le proponemos realizar un control y seguimiento de su PA antes de instaurar el tratamiento.

Exploración y Pruebas Complementarias

Tras el indicio de falta de control que nos aportan las medidas aisladas, proponemos confirmar con monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) de 24 horas. En dicha prueba confirmamos PA promedio por encima de valores óptimos tanto en las componentes sistólica como diastólica (globales, día y noche) y cargas de hipertensión por encima del 40% (68% y 79%). Lo que confirma el mal control tensional. El patrón circadiano es DIPPER, pero hemos de tener en cuenta que está muy cercano al límite inferior en la componente sistólica (11%).

Pastora debe comenzar con ENALAPRIL 10 MG, tal y como le ha indicado el médico, pero nos planteamos la hora a la que debe tomarlo para no modificar sustancialmente el patrón circadiano. Teniendo en cuenta la farmacocinética del ENALAPRIL (efectos antihipertensivos que comienzan a aparecer a la hora, alcanzándose el máximo a las 4-6 horas, concentraciones estacionarias al cabo de 4 días y semivida tras varias dosis de unas 11 horas) recomendamos la toma en la cena para mantener la relación día/noche entre el 10 y el 20%. Una toma matutina supondría disminuir más la diferencia y como consecuencia obtener un patrón circadiano NON DIPPED que supone un riesgo cardiovascular (RCV) añadido.

Tiene cita con su médico de atención primaria (MAP) en diez días, por lo que recomendamos que se realice automedidas ambulatorias de PA (AMPA) para llevar resultados una vez comenzado el tratamiento y que valore la idoneidad del mismo, aunque entendemos que es pronto para ello.

18-VIII-2023

Media MATUTINA: PAS:109mmHg; PAD: 77mmHg.

Media VESPERTINA: PAS:123 mmHg; PAD: 84mmHg.

Media AMPA: PAS:116mmHg; AD:80.5mmHg.

Transcurridas dos semanas de instauración recomendamos realizar un segundo AMPA para contrastar los datos del primero.

27-VIII-2023

Media MATUTINA: PAS:108 mmHg; PAD:74 mmHg.

Media VESPERTINA: PAS:113mmHg; PAD:78mmHg.

Media AMPA: PAS:110 mmHg; PAD:76 mmHg.

Los resultados apuntan a un buen control de la presión arterial. Proponemos una nueva MAPA dentro de un mes para corroborar que la pauta posológica proporciona un patrón DIPP. La MAPA confirma control óptimo tanto en PA promedios como en cargas de hipertensión, pero la variabilidad D/N ha pasado a ser ligeramente superior al 20 en la componente diastólica (NON DIPP).

Jucio Clínico

Esta segunda monitorización nos hace rectificar de nuevo la posología buscando la variabilidad D/N idónea. En virtud de la farmacocinética de ENALAPRIL y teniendo en cuenta que la Cmax se alcanza a las 4-6 horas y que va disminuyendo paulatinamente, consideramos que la mejor opción sería tomar el comprimido en el almuerzo para que los máximos efectos antihipertensivos se den fuera del periodo nocturno.

Comentario final

Pastora, que era reacia a la toma de medicación, comenta tras un par de meses con el antihipertensivo que le hemos cambiado la vida, se encuentra mucho más activa, sus dolores de cabeza han disminuido y tiene mucha mejor calidad de vida.

Cada tipo de medida de la presión arterial (medida aislada, AMPA y MAPA) aporta ventajas que debemos aprovechar y conocer para el control y seguimiento de la presión arterial de nuestros pacientes.

La MAPA aporta información indispensable para la toma de decisiones como es la cronoterapia antihipertensiva, campo de nuestra absoluta competencia profesional.

Establecer una posología óptima en virtud del momento de la toma de la medicación pone en valor el papel del farmacéutico como profesional sanitario que adapta el medicamento a las necesidades clínicas del paciente obteniendo mejores resultados y minimizando el riesgo cardiovascular.

719/23. ¿LA SOLEDAD SUBE LA TENSION?

Autores:

García Ruiz, M.¹, Ruiz Gómez, S.¹, Díaz Ramírez, A.¹, Ortega López, D.¹

Centro de Trabajo:

(1) Farmacia Las Huertas. Écija. Sevilla.

Resumen:

Descripción del Caso

Inmaculada, paciente que tiene 60 años, trabaja como limpiadora; hace unos años que se ha divorciado. Fumaba ocasionalmente, pero tras este suceso ha comenzado a consumir un paquete de tabaco diario. Acude a la farmacia para medida de la presión arterial (PA), porque en una revisión laboral le detectan valores de PA por encima de los límites elevados; (PAS:154 mmHg, PAD:94 mmHg-96ppm) Medidas aisladas en la farmacia nos inducen a pensar que existen indicios de que Inmaculada no tiene controlada su tensión.

Exploración y Pruebas Complementarias

Proponemos una monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) durante 24h para control y seguimiento de sus presiones arteriales, ya que esta prueba está considerada como el "Gold standard" de las medidas.

Jucio Clínico

En el MAPA las PA promedio se encuentran elevadas tanto en la componente sistólica como diastólica en periodo diurno, sin embargo se normalizan cuando la paciente duerme. Este punto lo vemos confirmado con las cargas de hipertensión (diurna: 80% frente a nocturna: 8%). Con respecto a la variabilidad circadiana supera el 20% tanto en componente sistólico como diastólico. Teniendo un patrón circadiano DIPPER EXTREMO (28%). Nos llama la atención la gráfica de PA: aumenta a ciertas horas y disminuye en otras; incluso observamos un pico significativo a una hora concreta (en torno a las 13 h). Nos cuestionamos qué le sucede a la paciente en ese momento. Ella no le da importancia, solo va a casa, toma un café y vuelve al trabajo. Por otra parte, la gran variabilidad circadiana con diferencias cercanas al 30% (DIPPER EXTREMO) también nos sorprende. Casualmente todas las horas en la que la paciente se encuentra sola en casa coinciden con las horas de presiones arteriales elevadas. En contraposición, las horas en las que está trabajando (9:00-12:00h) y (13:00-14:00h), donde tiene mayor actividad física, la PA comienza a bajar. Lo mismo ocurre cuando duerme y pierde la conciencia, las presiones también se normalizan. Estos indicios nos llevan a pensar que las elevaciones de la presión arterial pudieran tener un fuerte componente emocional, influida por su situación personal. Tras informar al médico de atención primaria, le prescribe LOSARTAN-100 mg(1-0-0). Transcurrido un mes, realizamos seguimiento de la PA con medidas aisladas, y además nos comenta que ha tenido varios episodios de desvanecimientos tras instaurar el tratamiento. Observamos valores que pudieran indicar que está usando dosis demasiado elevadas y que en ciertos momentos la medicación provoque episodios de HIPOTENSIÓN. De hecho, estos episodios se dieron fuera de casa, en el trabajo y en un viaje en autobús a Sevilla, lo que nos refuerza la importancia del componente emocional que tienen la elevación de PA en su caso, y cómo cuando se encuentra fuera de casa, normaliza las PA y el antihipertensivo provoca HIPOTENSIÓN, y como consecuencia los desvanecimientos. Informamos a su MAP adjuntando las medidas realizadas, el cual decide reajustar dosis del medicamento a LOSARTAN-25MG(1-0-0). Después de un mes con el nuevo tratamiento la paciente nos comenta que se encuentra estable y no ha vuelto a tener episodios de síncope o mareos.

Comentario final

Inmaculada, es una persona que está pasando por una situación emocional complicada con su divorcio. Como profesionales sanitarios próximos a la población, tenemos la oportunidad de conocer aspectos de los pacientes que son esenciales para entender su proceso de salud.

En este caso los condicionantes sociales han influido de manera determinante en la salud de la paciente; han aumentado drásticamente su riesgo cardiovascular, tanto por la hipertensión como por el aumento del consumo de tabaco. El tratamiento inicial ha provocado efectos adversos; entendemos que hubiera sido mejor para la paciente, comenzar por dosis menores y sopesar periódicamente la intensificación del tratamiento.

Como farmacéuticos hemos de evaluar la necesidad, efectividad y seguridad de los tratamientos farmacológicos, sin embargo, el conocer la realidad que vive el paciente, nos permite contextualizar. Esto enriquece nuestra misión profesional y nos convierte en los profesionales sanitarios más cercanos a la población.

719/24. CUANDO EL PACIENTE NO ESTÁ EN EL CENTRO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

Ruiz Gómez, S.¹, García Ruiz, M.¹, Díaz Ramírez, A.¹, Ortega López, D.¹

Centro de Trabajo:

(1) Farmacia Las Huertas. Écija. Sevilla.

Resumen:

Descripción del Caso

Carmen acude para toma de PA porque el día anterior se encontraba rara y con cefalea (sufrir de migrañas tratada con ZOLMITRIPTAN, que usa casi todos los días). Ese día se mide la presión arterial en su domicilio y obtiene valores de PAS: 80 mmHg y PAD: 10 mmHg. Dice estar "trastornada", en medidas aisladas en la farmacia encontramos valores ligeramente elevados en la componente diastólica.

En la ficha técnica de ZOLMITRIPTAN se recoge hipertensión arterial como un efecto secundario del medicamento. La paciente, también nos comenta que suele tener la boca seca (efecto adverso descrito). Pensamos que pudiera ser una elevación de la PA secundaria al antimigrañoso por lo que aconsejamos el uso de tratamiento para la migraña que tiene pautado y uso de ZOLMITRIPTAN únicamente para casos de ineficacia del tratamiento y como recurso de urgencia. Nos comenta que este es el único fármaco que le quita el dolor de cabeza.

Tras consulta con su médico de atención primaria (MAP) le diagnosticaron hipertensión arterial esencial y prescribe ENALAPRIL 10 MG (1-0-1). Proponemos a la paciente un seguimiento y control de dicho tratamiento antihipertensivo.

Exploración y Pruebas Complementarias

Las medidas aisladas sugieren un buen control de la presión arterial, no obstante, entendemos que sería concluyente refrendarlo con una monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) de 24h: Los valores obtenidos están dentro de objetivos terapéuticos en periodo diurno, pero no es así en periodo nocturno (componente sistólica y diastólica). La carga de hipertensión nocturna supone que el 94% de las medidas se encuentran por encima de objetivo terapéutico con un patrón circadiano tipo RISER que implica un elevado riesgo cardiovascular. Decidimos informar a su médico de atención primaria (MAP), indicando en comunicación escrita la importancia de modificar el tratamiento antihipertensivo para disminuir el riesgo que supone. El médico hace caso omiso a la prueba trasladando al paciente que "su presión arterial está perfecta" y que no hay que modificar en absoluto el tratamiento.

Llegado este punto, la paciente decide acudir a un cardiólogo privado. Le comentamos que mientras tiene la cita modifique la pauta de 20 mg de ENALAPRIL por la noche para intentar modificar el patrón circadiano.

Tras la visita al especialista, éste indica en su informe que se han ido ajustando el antihipertensivo mediante MAPA y que posiblemente la dificultad en el control se deba a la exposición que tuvo la paciente a la quimioterapia modificando el régimen antihipertensivo como sigue: ENALAPRIL 5 mg (0-0-1) y CARVEDILOL 6,25 (0-0-1). Le aconseja seguir con automedidas y colocación MAPA antes de una nueva visita.

Jucio Clínico

Tras la monitorización, observamos que si bien ha mejorado la variabilidad día/noche de la presión arterial no ha sido suficiente para normalizar el patrón circadiano alcanzando la reducción óptima del 10-20% para minimizar el riesgo cardiovascular de la paciente. Quizá sería interesante barajar la posibilidad de aumentar la dosis del IECA en 10 mg para dicho fin.

Comentario final

El caso, pone de manifiesto la dificultad de comunicación con MAP que en numerosas ocasiones sufrimos y que interfieren en la salud del paciente. En el caso descrito, debe acudir a un cardiólogo privado para optimizar su tratamiento. Es cierto que el especialista pone en valor nuestro trabajo y la paciente ha confiado en nuestro criterio en todo momento. Este hecho es sumamente gratificante desde un punto de vista profesional.

Bibliografía

1. Varios autores. *Bot Plus 2.0. Consejo General de colegio oficiales de farmacéuticos. Madrid. 2015.*
2. *2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. (2019). Revista española de cardiología, 72(2), 160.e1-160.e78. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.12.005>*

719/25. USO DE LA MONITORIZACIÓN DE 24 HORAS PARA DETECTAR PROBLEMAS DE SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO

Autores:

Ruiz Gómez, S.¹, García Ruiz, M.¹, Díaz Ramírez, A.¹, Ortega López, D.¹

Centro de Trabajo:

(1) Farmacia Las Huertas. Écija. Sevilla.

Resumen:

Descripción del Caso

Manuel de 66 años que acude a la farmacia para toma de presión arterial aislada. Desde hace 10 años es diagnosticado de HTA. Cardiópata que tras realizarle una prueba de esfuerzo el 13/12/2022, se le implantaron dos stent para tratar su cardiopatía. Sufre un síncope el 4 de febrero de 2023 a las 14:45 y piensan en urgencias que podía ser debido a una supuesta bajada de tensión. Consecuencia de ello le retiran doxazosina 4mg liberación modificada (0-1-0) quedando el tratamiento como sigue:

-CLOPIDOGREL 75 MG (1-0-0).

-A.A.S. 100 MG (0-1-0).

-ATORVASTATINA 80 MG (0-0-1).

-LOSARTAN 100 MG/HIDROCLOROTIAZIDA 12,50 MG (1-0-0)

El paciente se encuentra agobiado por la situación porque lo pasó muy mal en el episodio y teme que vuelva a suceder, por lo que le proponemos un control y seguimiento del tratamiento antihipertensivo para comprobar su seguridad y eficacia.

Exploración y Pruebas Complementarias

En medidas aisladas obtenemos los valores que parecen óptimos, sin embargo sugerimos monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) de 24 horas para corroborar la eficacia y seguridad del tratamiento que nos ofrecen las medias aisladas.

Las medias globales 24h, indican un buen control de la componente sistólica pero valores en hipotensión de la componente diastólica, que se corroboran en las componentes diastólicas tanto diurnas como nocturnas. De manera que las cargas de hipotensión tanto nocturna como diurna superan con creces el 40% considerado como límite.

Jucio Clínico

El paciente está en hipotensión todo el día lo que pudiera comprometer la perfusión sanguínea de los órganos que se ha manifestado mediante los síncope. Derivamos con comunicación escrita a su médico de atención primaria indicando que Manuel pudiera estar con más medicación de la necesaria. Éste modifica su tratamiento disminuyendo la dosis a LOSARTÁN/HIDROCLOROTIAZIDA 50/12.5 mg.

Comentario final

A pesar que las medidas aisladas apuntaban a un buen control de la presión arterial, la MAPA es la herramienta que nos ha revelado la hipotensión en la que se encontraba el paciente. Si no hubiéramos utilizado este tipo de medida, no hubiésemos descubierto la sobre-medicación del paciente. Por ello incidimos en la necesidad de uso de la monitorización para el control y seguimiento del paciente con tratamiento antihipertensivo en la farmacia comunitaria.

Bibliografía

1. Varios autores. *Bot Plus 2.0. Consejo General de colegio oficiales de farmacéuticos. Madrid. 2015.*
2. *2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. (2019). Revista española de cardiología, 72(2), 160.e1-160.e78. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.12.005>*

719/63. IMPORTANCIA DE LA MAPA DE 24H EN LA EFECTIVIDAD DE LA ESTRATEGIA ANTIHIPERTENSIVA EN LA FARMACIA COMUNITARIA. CASO CLÍNICO

Autores:

Galvez Sanchez, N.¹, Afan De Rivera Quesada, B.¹, Morales Bédmar, M.¹, García Jiménez, E.²

Centro de Trabajo:

(1) *Farmacéutica. Farmacia La Chana. Granada.* (2) *Farmacéutico. Farmacia La Chana. Granada.*

Resumen:

Descripción del Caso

Mujer de 66 años, con IMC 24, acude a la farmacia a las 12:00h, indicando que se encuentra con dolor de cabeza. Es una paciente que no usa tratamiento alguno. Practica algo de ejercicio (camina todos los días de casa al trabajo), y tienen hábitos de vida saludables.

En ese momento, se realiza una medición aislada de la presión arterial en la farmacia, encontrándose cifras de presión arterial de: 141/91 mmHg, 62ppm. La paciente está en tratamiento desde 2019 con Losartán 100mg (1-0-0) y Amlodipino 5mg (0-0-1).

Al entrevistarla sobre cómo se encuentra en diferentes horas del día, nos comenta que cuando se altera, le suelen dar dolores de cabeza (señalando nuca y sienas), pero que no siempre ni todos los días a la misma hora. Le recomendamos monitorización de 24 horas de la presión arterial (MAPA).

Exploración y Pruebas Complementarias

- Presión Arterial Media 24h (PAS/PAD): 141/87 mmHg (max: 173 (8:00); min: 101 (01:00)).
- Presión Arterial Media periodo de Actividad (Día): 145/90 mmHg (max: 173 (8:00); min: 125 (23:00)).
- Presión Arterial Media periodo de Descanso (Noche): 124/76 mmHg. (max: 144 (7:00); min: 101 (01:00)).

- Pulso medio 24h: 65 pul/min; periodo de Actividad (Día): 66 pul/min; periodo de Descanso (Noche): 59 pul/min.
- Carga de presión arterial 62% diurna / 75% nocturna.
- Lecturas totales: 42. Lecturas correctas: 95%.
- Ritmo circadiano: Sistólica: 14,5%; Diastólica: 15,6%. Paciente Dipper No controlada.

Jucio Clínico

La paciente aunque en un medición aislada de la presión arterial podría parecer controlada, cuando se monitoriza 24h, se observa que presenta valores medios por encima de los recomendados con picos de hasta 173mmHg de PAS. Se derivó al médico con el informe de MAPA, para que valorase la efectividad del tratamiento antihipertensivo. Vuelve con cambios en la estrategia nocturna cambiándole amlodipino por Barnidipino 10mg (010-1), y emplazándose a la paciente a monitorizarse transcurridas 3-4 semanas desde el inicio de tratamiento antihipertensivo. Un año después, y tras realizar una nueva MAPA de 24 horas, la paciente presenta cifras de presión dentro de los rangos de normalidad, utilizando su estrategia antihipertensiva: Losartán 100mg (1-0-0) y Barnidipino 10mg (0-0-1).

Comentario final

La prueba de MAPA 24h en farmacia comunitaria ha permitido mejorar la estrategia antihipertensiva de la paciente, mejorando la efectividad e la misma y consiguiendo que no presente esos picos tensionales que manifestaba antes de la realización de la MAPA de 24h. Gracias a la intervención realizada, la paciente ha pasado de ser dipper no controlada a paciente dipper controlada.

719/94. CORRECTA TOMA DE TENSIÓN Y PATOLOGIAS ASOCIADAS. OPORTUNIDADES PARA EL FARMACÉUTICO.

Autores:

Ávila Ruiz, E.¹, Torres Rubiales, J.², SOLORZANO OLMO, R.¹

Centro de Trabajo:

(1) Farmacéutica. Farmacia Rana Verde. Cádiz, (2) Farmacéutica. Farmacia Rana Verde. Cádiz.

Resumen:

Descripción del Caso

Paciente que acude a la farmacia para retirar la medicación y durante la dispensación, al preguntarle por las diferentes patologías, el paciente refiere sentirse mareado. Le invitamos al paciente a que le realicemos una toma de tensión. Tras la realización de la toma de Tensión se obtienen como resultado: 142/80 mmhg y 101 ppm. Se evidencia tanto manualmente, como por indicación del dispositivo con el que hemos medido la tensión un pulso irregular. Seguidamente realizamos un electrocardiograma mediante dispositivo Kardyas de 6 derivaciones, obteniéndose como resultado una posible Fibrilación Auricular. Esperamos 10 minutos y volvemos a repetir las mediciones, confirmándose de nuevo los resultados anteriores.

El paciente en este momento está tomando la siguiente medicación: Valsartan 80 mg cada 24 horas. Cetirizina 10 mg cada 24 horas.

Al comprobar que no presenta ninguna medicación anticoagulante, entendemos que puede ser una FA de novo, por lo que procedemos a su derivación, con su correspondiente informe, al Centro de Salud, según el Algoritmo consensuado en el proyecto Axonictus del Cacof.

Exploración y Pruebas Complementarias

Tras la realización de un electro de 12 derivaciones en su centro de salud, el Médico de Atención Primaria, decide derivar con carácter de urgencia al Hospital de referencia.

En urgencias el paciente es evaluado de nuevo, y se confirma el resultado de FA ya detectado en la Farmacia. Tras las correspondientes análíticas y resto de pruebas, el paciente es dado de alta con Heparina 8000 UI solución inyectable cada 12 horas y cita programada con el Cardiólogo.

Jucio Clínico

La consulta con Cardiología, confirma de nuevo el diagnóstico de FA, y decide pautar Edoxaban 60 mg cada 24h; Bisoprolol 2,5 mg cada 24h.

Actualmente el paciente sigue en tratamiento y desde la Farmacia continuamos con el seguimiento y control de sus factores de riesgo cardiovascular.

Comentario final

El carácter del Farmacéutico debe ser proactivo en cualquier circunstancia de su actividad diaria profesional, ya que en su quehacer diario, se presentan oportunidades donde su intervención, puede resultar clave en aspectos de prevención de enfermedad, resolviendo situaciones que como en este caso, evitan problemas de salud de gran importancia, tanto para el paciente, como para sus familiares, por el posible ictus que pudiera haber aparecido.

El acto profesional de una correcta toma de Tensión Arterial, nos abre la posibilidad hacia otros servicios (Mapa, Axonictus, RUM, ...) que tenemos que tener en cuenta para una mejor salud de nuestros pacientes.

Bibliografía

1. Documento Foro AF-FC. Guía Práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales.
2. Curso Axonictus del Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
3. PAM. Bot Plus.
4. Guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración de la European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)

719/96. SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO A PACIENTE MAYOR POLIMEDICADA DE ELEVADO RIESGO CARDIOVASCULAR

Autores:

Aguilera Castro, F.¹, Salvador Gómez, D.¹, Arcos Álvarez, C.¹, Cabrerizo Membrilla, L.¹, Aguilera Castro, C.¹

Centro de Trabajo:

(1) Farmacéutico Comunitario. Farmacia Maracena. Granada.

Resumen:**Descripción del Caso**

Mujer de 87 años con IMC de 24,6. Durante el servicio de dispensación nos comunica que desde hace varias semanas sufre episodios de nicturia agravados por la introducción reciente de doxazosina 4mg, el cual toma por la noche. La paciente padece diabetes de más de 25 años de evolución, es hipertensa y padece enfermedad renal crónica (ERC). Además sufre de dolor crónico, degeneración macular asociada a la edad, vértigos de repetición y un síndrome rígido-acinético con temblor en reposo asociado a un probable origen degenerativo. En ocasiones presenta episodios de hipoglucemia que no han requerido hospitalización.

Exploración y Pruebas Complementarias

PA en farmacia: 151/62 mmHg. 78 pul/min.

PA (AMPA): 152/55 mmHg. 75 pul/min.

Hb1Ac: 6,5%, Potasio: 5.1 mEq/L, Creatinina: 1,18 mg/dL, Colesterol total: 197 mg/dL, Triglicéridos: 305 mg/dL, MDRD: 43,9 mL/min, CKD-EPI: 42,6 mL/min, Albúmina/Creatinina: 50 mg/g.

Test Badder Control self-assesment Questionnaire. Subescala síntomas: 8. Subescala molestias: 6.

Test de Clarke: 3R (dudoso).

Tratamiento: metformina 850 mg (1/2-0-1/2), Insulina glargina (0-0-36 UI), Losartán 100 mg (1-0-0), Hidroclorotiazida 25 mg (1/2-0-0), Amlodipino 10 mg (0-0-1), Doxazosina 4 mg (0-0-1), Atorvastatina 40 mg (0-0-1), Ácidos omega 3 1g (0-2-0), AAS 150 mg (0-1-0), Pentoxifilina 600 mg (1-0-1), Paracetamol 1g (1-1-1), Metamizol 575 mg (1-0-1), Tramadol gotas (87,5 mg cada 8h), Pregabalina 25 mg (1-0-1), Furosemida 40 mg (2-0-0), Omeprazol 20 mg (1-0-0), Lormetazepam 1 mg (0-0-1), Betahistina 16 mg (1-0-1), Latanoprost 10 mcg colirio (1 gota noche), Ranibizumab 0,5 mg (una vez al mes), Citalopram 20 mg (1-0-0). La paciente es adherente al tratamiento.

Jucio Clínico

Comunicamos al médico de atención primaria (MAP) los siguientes hallazgos: la nicturia es un efecto adverso de doxazosina, descrito en ficha técnica, y sospechamos que este tratamiento está provocando síntomas significativos moderadamente molestos. La paciente no reconoce claramente los síntomas de hipoglucemia y dadas tanto la edad avanzada como el buen control actual sugerimos reducir al mínimo la dosis de insulina glargina y valorar la introducción de linagliptina, si fuera necesario. Sugerimos revisar la dosis del tratamiento analgésico, ya que en pacientes con TFG<50ml/min/m² la dosis máxima de paracetamol recomendada es de 500 mg cada 6 h y es aconsejable espaciar la dosis de tramadol al menos 12 horas. Por último, dada la ausencia de una indicación

conocida para el tratamiento con citalopram y puesto que sospechamos que el medicamento está prescrito por inercia terapéutica, sugerimos revisar su necesidad.

Su MAP decide sustituir el tratamiento de doxazosina 4 mg por doxazosina 8 mg en comprimidos de liberación modificada administrados en el almuerzo. También reduce la dosis de insulina glargina a 18UI diarias, modifica el tratamiento de paracetamol y tramadol según nuestra propuesta y suspende citalopram.

Tras cuatro semanas de tratamiento las cifras de PA obtenidas por AMPA se muestran algo más favorables (142/56 mmHg). El control de la glucemia también es óptimo después de cuatro meses de la reducción de insulina, manteniéndose la HbA1c en 6,3%. No obstante, la paciente ha padecido en este tiempo algún episodio de hipoglucemia. La nicturia ha remitido.

Comentario final

El servicio de seguimiento farmacoterapéutico efectuado desde la farmacia comunitaria, en colaboración con el MAP, ha contribuido a reducir los efectos adversos de la terapia antihipertensiva y antidiabética. Además ha corregido un mal uso de la medicación en ERC y la inercia terapéutica de un tratamiento no necesario evitando, de este modo, toxicidad renal y posibles efectos secundarios.

Bibliografía

1. BotPlus Web [Internet]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos [actualizado febrero 2023; citado 17 de octubre 2023]. Disponible en <https://botplusweb.portalfarma.com/>

719/98. EVENTO DESCONOCIDO POR EL PACIENTE Y LA FARMACIA TRAS MESES EN SEGUIMIENTO SPD

Autores:

Cabello, A.¹, Martín Oliveros, A.¹

Centro de Trabajo:

(1) Adjunta Farmacia Comunitaria. Farmacia el Alcaide. Córdoba.

Resumen:

Descripción del Caso

Varón, 81 años(1941) con estudios elementales, IMC30, sin alergias medicamentosas conocidas, . Polimedicado en seguimiento con Servicio Personalizado de Dosificación(SPD) desde 07/2022.En tratamiento por insuficiencia venosa, HTA, hiperplasia benigna de próstata y anticoagulado con Sintrom. Al inicio paciente no adherente a la medicación por desconocimiento de los fármacos prescritos. En julio 2023, nos solicita incorporarse al programa SPD. Se concilia medicación con el paciente y su especialista del centro de salud (sustituto temporal). Por protocolo, en cada contacto se solicita que remitan al paciente un informe médico que nos sirva de referencia sobre la situación clínica del paciente, pero al no ser seguido por su médico de cupo, no llegamos a tenerlo.

Exploración y Pruebas Complementarias

Desde 07/22 hasta el día de hoy (10/2023) se le han realizado 57 SPD, con diversas modificaciones de antihipertensivos para controlar su HTA (actualmentel Ramipril 10mg 1-0-0 y Furosemida 40mg 1- ½-0).

El paciente acude 3 veces en semana a la farmacia a realizarse control de PA y frecuencia cardíaca siguiendo la "Guía para el abordaje de la hipertensión por el farmacéutico comunitario en atención primaria" de SEFAC.

El paciente también ha sufrido modificaciones con antiespasmódicos urinarios, por una detección precoz en la farmacia. Comunicándose a su médico, se añade Desfesoterodina Succinato 7mg en desayuno, y posteriormente se le cambia por Mirabregon 50mg por efectos de adversos de sequedad de boca. Siendo esta su actual pauta de prescripción para síndrome de vejiga hiperactiva.

A principios de 06/2023 y tras la prescripción del primer antiespasmódico urinario, se comenta al paciente la posibilidad del uso de absorbentes. El paciente accede. Posteriormente hablamos con su médica para incluir estos en su tarjeta sanitaria.

Jucio Clínico

La tabla 1, recoge la conciliación de la posología (entrevista de inicio del servicio) con el paciente y la conciliación con el médico la segunda quincena de julio del 2022.

La tabla 2, indica la medicación (unidades dispensadas para la realización de SPD/ unidades prescritas según la posología que consta en la historia farmacoterapéutica) de Julio a Diciembre del 2022 y de Enero a Octubre del 2023.

En enero de 2023, tras detectar una presión arterial no controlada, se contacta con su nueva especialista (por baja definitiva del previo), que nos solicita seguimiento de presión arterial (tabla 3). Durante el seguimiento de PA, se observa la señalización de arritmias en el Omron que utilizamos para medir la PA al paciente, por lo que se procede a realizar un Kardia de una derivación que nos indica posible fibrilación auricular, con ritmo cardíaco irregular.

Tras intentar localizar vía teléfono en el centro de salud a su especialista y tras preguntar al paciente si recuerda si le han diagnosticado de fibrilación auricular, puesto que no aparece reflejado en informes anteriores, nos indica que lo desconoce. Nos desplazamos con el paciente al centro de salud.

Adjuntamos la hoja de seguimiento con el principal motivo de consulta y la recomendación del médico tras la exploración del paciente.

Comentario final

Con el servicio de SPD hemos mejorado la calidad de vida de nuestro paciente en la detección de sus problemas de incontinencia y una detección precoz de FA, disminuyendo el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular, además de implementar su adherencia al tratamiento.

Llevamos además un control exhaustivo de su PA y FC. El paciente cuenta con un mejor seguimiento por parte de los diferentes profesionales sanitarios. Una vez más se demuestra que el servicio de SPD resulta muy beneficioso para aquellos pacientes que toman diferentes medicamentos de forma crónica.

719/100. SERVICIO DE PREPARACIÓN DE SISTEMAS PERSONALIZADO DE RECONDICIONAMIENTO (SPD) EN UN CASO DE ESPECIAL COMPLEJIDAD CLÍNICA Y DE ABORDAJE PSICOFARMACOLÓGICO

Autores:

Cabello, A.¹, Martín Oliveros, A.¹

Centro de Trabajo:

(1) Adjunta Farmacia Comunitaria. Farmacia el Alcaide. Córdoba.

Resumen:

Descripción del Caso

Cliente polimedcado no habitual de la farmacia antes del inicio del servicio SPD (02/21) tras detectar en dispensación una elevada falta de adherencia.

Tras 9 meses de seguimiento, dada la situación clínica del paciente tanto en lo que respecta a su patología médica psiquiátrica (patología psiquiátrica múltiple que implica elevada impulsividad y riesgo de mal uso de fármacos) como no psiquiátrica, y la aparición de un nuevo diagnóstico en otoño 2021 (riesgo vascular elevado y daño cerebral instaurado), nos planteamos nuevos objetivos terapéuticos.

Exploración y Pruebas Complementarias

Paciente varón de mediana edad (46 años) jubilado desde hace un par de años a causa de la depresión. Seguido desde la unidad de salud mental (USM) desde hace 5 años, así como por la unidad de adicciones, el hospital de día y por el psiquiatra de su aseguradora privada a las que acude solo, por situación familiar compleja.

Diagnosticado de depresión, y múltiples patologías psiquiátricas, el pasado otoño tras ingreso por episodios de síncope de repetición en medicina interna en hospital privado, se le diagnosticó de diversos factores de riesgo cardiovascular graves y daño cerebral instaurado con inicio de deterioro cognitivo.

Jucio Clínico

Facilitar mediante un abordaje coordinado con especialista de salud mental y del centro de salud, un cambio en la estrategia psicofarmacológica supervisado, más rápido y controlado.

Seguir manteniendo la adherencia conseguida mediante el servicio SPD ante el cambio de estrategia terapéutica.

En los primeros 9 meses de seguimiento se ha conseguido evitar la disponibilidad de fármacos no prescritos en su domicilio, facilitar la adherencia a través del Servicio de SPD (Consenso SEMERGEN-SEFAC), el contacto y coordinación entre la farmacia comunitaria, la familia y sus diferentes especialistas (ámbito ambulatorio, privado y hospitalario), así como reconducir y reutilizar la medicación acumulada previa al inicio del Servicio SPD (1800 comprimidos con un coste > 1.300€).

Ante el nuevo diagnóstico, es especialmente acuciante la simplificación de la pauta de tratamiento se plantea con este paciente los objetivos a medio largo plazo de alcanzar un mínimo control de la sintomatología psiquiátrica que genere más disfunción, a la vez que minimizamos el daño de los posibles secundarismos e interacciones farmacológicas potenciales de aquellos con respecto a su patología orgánica no psiquiátrica actual.

Comentario final

La supervisión estrecha del tratamiento en su medio más cercano (familiar ausente), en este caso a través del servicio SPD con su farmacia comunitaria, está facilitando un cambio en la estrategia psicofarmacológica más rápido y controlado, supervisando estrechamente cumplimiento y facilitando la comprensibilidad de las pautas de retirada e inicio de aquellos. Minimizando a la vez los riesgos de mal uso de los tratamientos y mejorando sus resultados en salud

Bibliografía

1. *La esquizofrenia y la farmacoterapia antipsicótica Punto Farmacológico. N° 174. octubre 2023*
2. *Hersberger KE, Boeni F, Arnet I. Dose-dispensing service as an intervention to improve adherence to polymedication. Expert Rev Clin Pharmacol. 2013 Jul;6(4):413-21.*
3. *Martín Oliveros A, Aliaga Gutiérrez L, Abadías Guasch M, Iracheta Todó M, Olmo Quintana V. Documento de consenso sobre el uso de los sistemas personalizados de dosificación (SPD). Ed. SEFAC-SEMERGEN. Madrid, 2020.*
4. *Martin Oliveros A, García Pastor C, Gomez Martínez JC and Tejedor García N. Analysis of arterial hypertension values in patients using multi-compartment aids. Atención Primaria. Volume 54. Issue 2. February 2022. 102251.*
5. *Martín Oliveros A, Iracheta M, de Diego V, Gil Sáenz E, Catalá Cerdan A, Martín Molpeceres N, Artés M. Clinical impact of a pharmaceutical professional service intervention with or without a multi-compartment medication in non-adherent, uncontrolled, chronic hypertensive polymedicated patients in spanish community pharmacies. SEFAC SPD-VALOR Study. ISPOR 21st Annual European Congress Barcelona, Spain, 10-14 November 2018.*

Revista Riesgo Cardiovascular

Comunicaciones Enfermería

32º Congreso Médico SAHTA

Sociedad Andaluza de Hipertensión Arterial

719/9. DETECCIÓN DE DAÑO ORGÁNICO EN EL PACIENTE HIPERTENSO. CASO CLÍNICO

Autores:

Lima Aguilera, Y.¹, Benítez Calvo, C.¹, Fernández Souto, C.², García Poch, N.¹

Centro de Trabajo:

(1) Enfermera. Hospital Clínic. Barcelona, (2) Coordinadora asistencial de Enfermería. Hospital Clínic de Barcelona.

Resumen:

Descripción del Caso

La hipertensión arterial (HTA) provoca una serie de alteraciones estructurales o funcionales en grandes y pequeñas arterias, corazón, cerebro, retina y riñones, que es lo que se denomina daño orgánico.

En la consulta de enfermería de la Unidad de HTA se realizan algunas de las pruebas para su valoración: Índice tobillo-brazo (ITB), velocidad de onda de pulso (VOP), retinografía no midriática y ecografía de troncos supraaórticos (TSA).

Se presenta el caso de una paciente derivada a la Unidad de HTA después del hallazgo de cifras altas de presión arterial (PA) en una visita a salud laboral.

Se valoró la solicitud por parte del equipo multidisciplinar de la Unidad de HTA y se decidió realizar una primera visita de enfermería.

Exploración y Pruebas Complementarias

Anamnesis:

Mujer de 41 años. No hábitos tóxicos.

Antecedentes de HTA en madre y abuela materna

Antecedentes personales:

- Migraña
- Hipercolesterolemia sin tratamiento farmacológico
- Obesidad

Intervenciones quirúrgicas: Colecistectomía laparoscópica

Estilo de vida: No sigue una dieta cardiosaludable. Consume alimentos con alto contenido en sal. No realiza ejercicio físico estructurado

No se toma la PA habitualmente

Asintomática.

Exploración física:

Índice masa corporal (IMC): 38.83 Kg/m².

Presión Arterial media en consulta: 153/98 mm Hg.

Pruebas complementarias:

- Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA):

HTA sistólica y diastólica en los tres períodos. Patrón no dipper

- Examen Vascular

-Índice tobillo-brazo (ITB): Derecho: 1.33, Izquierdo: 1.4

-Velocidad de onda de pulso (VOP): 11.6m/s

-Retinografía no midriática: Signos leves de retinopatía hipertensiva.

-Ecografía troncos supraaórticos (TSA): Grosor íntima media (GIM) normal en ambas arterias carótidas. Ausencia de placas de ateroma.

- Analítica: Colesterol total 235mg/dl. Triglicéridos 233mg/dl. LDL 176 mg/dl. HDL 46mg/dl. Resto de parámetros normales

- ECG: Normal.

Jucio Clínico

Factores riesgo cardiovascular:

- Antecedentes familiares de HTA
- Hipercolesterolemia

- Obesidad
- Consumo excesivo de sal
- Baja actividad física

Diagnósticos enfermeros:

- 00126 conocimientos deficientes: Automedida presión arterial (AMPA), dieta hiposódica y baja en grasas
- 00168 estilo de vida sedentario: Bajo nivel de actividad física
- 00232 obesidad: IMC superior a 30Kg/m²

Ante los resultados alterados de las pruebas complementarias se programa visita de educación terapéutica de enfermería y se deriva a la consulta médica con prioridad preferente.

Comentario final

La detección de daño orgánico en etapas tempranas permite iniciar la educación terapéutica al paciente sobre cambios de estilo de vida y tratamiento no farmacológico, sobretodo si es HTA de reciente diagnóstico.

Al ser la hipertensión arterial una enfermedad que, en ocasiones, no da síntomas, es muy importante la información y la educación terapéutica por parte de los profesionales sanitarios a la población sobre el control periódico de la PA para detectar precozmente la hipertensión arterial y prevenir sus posibles complicaciones.

Bibliografía

1. *Guía ESC/EAS 2019 sobre el tratamiento de las dislipemias: modificación de los lípidos para reducir el riesgo cardiovascular. Revista Española de Cardiología. 2020 May;73(5): 403.e1-70.*
2. *Gorostidi M, Gijón-Conde T, de la Sierra A, Rodilla E, Rubio E, Vinyoles E, et al. Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022. Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). Hipertensión y Riesgo Vascular. 2022 oct;39(4):174-94.*
3. *Ginés, R. T., Montero, M. D. L. Á. L., Delgado, M. S., & Leyva, L. T. (2022). Daño de órganos diana en hipertensos del consultorio 40 de la Policlínica "Manuel Fajardo". La Ciencia al Servicio de la Salud y la Nutrición, 13(2), 23-29.*

719/21. ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y DE CALIDAD EN LOS COMEDORES ESCOLARES: FUNCIONES DE LA ENFERMERA ESCOLAR.

Autores:

Romero Cañadillas, A.¹, Villalba Alcalá, F.², Gálvez Guerrero, F.³, Vargas Jimenez, M.⁴, Gómez Pardo, M.⁵

Centro de Trabajo:

(1) *Enfermera de Pediatría. Centro de Salud de Osuna. Sevilla,* (2) *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Osuna. Sevilla,* (3) *Especialista en pediatría. Centro de Salud de Osuna. Sevilla,* (4) *Enfermera quirúrgica. Hospital Público Comarcal de La Merced. Sevilla,* (5) *Enfermera. Osuna. Sevilla.*

Resumen:

Introducción y Objetivos

INTRODUCCIÓN

Considerando la relevancia del entorno escolar como impulsor de un cambio hacia una alimentación más saludable y sostenible, el presente estudio se llevó a cabo como una revisión sistemática de los factores que mejoran la calidad de los menús escolares.

OBJETIVOS:

- Evaluar acciones encaminadas a reducir los residuos.
- Identificar que alimentos deben incluir los menús escolares para garantizar una alimentación saludable y equilibrada.
- Conocer cómo podemos fomentar hábitos alimentarios saludables y sostenibles en el entorno escolar.

Métodos

Este estudio es una revisión sistemática realizada siguiendo las pautas de la Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analysis (PRISMA)). Debido a que la revisión trata de identificar factores e intervenciones que mejoran la alimentación escolar, la revisión fue de síntesis cualitativa.

La búsqueda se realizó en las principales bases de datos: Medline vía Pubmed, Embase, Cinahl, Scopus, Trip-database y Lillacs.

Los criterios de inclusión para su elegibilidad fueron aquellos artículos de investigación originales que realizaban intervenciones para mejorar la calidad de los menús de los comedores escolares, publicados en los últimos cinco años.

Resultados

Las principales prácticas para mejorar la sostenibilidad y calidad en la alimentación escolar fueron, disminuir el desperdicio en los comedores, y mejorar la calidad de los menús escolares introduciendo frutas y verduras de temporada y de proximidad, el trabajo en huertos escolares, y la educación en alimentación saludable y sostenible como parte del currículo escolar.

En los estudios identificados el objetivo que más se repitió y se tuvo en cuenta en todos ellos, fue fomentar hábitos alimenticios saludables y sostenibles en la escuela en un 30.30% del total de los estudios revisados, seguido de la identificación de los alimentos que deben contener los menús escolares para garantizar una alimentación saludable y equilibrada.

Conclusiones

Los resultados de este estudio sugieren que la educación en sistemas alimentarios saludables y sostenibles que se llevan a cabo en el entorno escolar mejoran los hábitos dietéticos de los niños y sus familias, a la vez que su efecto puede mantenerse en el tiempo.

Los menús en los comedores escolares se pueden mejorar, con una buena programación y planificación haciéndolos más sostenibles y saludables.

Respecto a las competencias de la enfermera escolar en el ámbito de la alimentación sostenible escolar concluimos que:

-La enfermera escolar es un profesional formado en nutrición y alimentación saludable que puede evaluar la calidad de los alimentos y planificar comidas sostenibles y nutritivas. Educando sobre la importancia de elegir alimentos locales y de temporada, así como minimizar el desperdicio de alimentos.

-La enfermera escolar es el profesional capacitado para trabajar en estrecha colaboración con un equipo multidisciplinar, personal de la escuela, chef del comedor, administradores locales, para desarrollar y promover programas de alimentación escolar sostenible y saludable.

-La enfermera escolar está cualificada para promocionar hábitos de vida saludables y sostenibles, desempeñando un papel educativo dentro del entorno escolar en alimentación saludable como parte esencial de un estilo de vida saludable.

719/28. ASOCIACIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES "DE NOVO" CON FACTORES CARDIOVASCULARES PREDOMINANTES EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA RURAL. PROPUESTAS DE MEJORAS.

Autores:

Ruiz Sánchez, J.¹, Lopera Marín, D.¹

Centro de Trabajo:

(1) Enfermero. UGC de Palma de Río. Córdoba.

Resumen:

Introducción y Objetivos

Una de las áreas de trabajo más importantes en términos de expectativa y calidad de vida dentro de la consulta programada de enfermería de Atención Primaria, dentro del seguimiento y control de las patologías crónicas, se encuentran, y en numerosas ocasiones olvidadas o casi inexistentes, el seguimiento y control de los factores de riesgo cardiovascular (FRC), en prevención primaria o secundaria de las enfermedades cardiovasculares (ECV).

En este contexto, se plantean los siguientes objetivos:

- Identificar los principales FRC y analizar su relación con la incidencia de cardiopatía isquémica y accidentes cerebrovasculares "de novo" en la UGC de Palma del Río Distrito Sanitario de Atención Primaria Córdoba-Guadalupe durante el año 2022.
- Determinar cuál es la prevalencia de los FRC principales en este entorno.
- Proponer líneas de trabajo enfermero sobre dicha prevalencia.

Métodos

Estudio observacional retrospectivo de casos y controles.

Resultados

- Los principales FCV estudiados: hta, tabaco, diabetes y dislipemias, tienen un registro en la historia única digital de salud de Atención Primaria y especializada entre un 95-100%, a excepción de la obesidad, que tanto en los casos como controles rondan un 55% de la muestra global.

- Se analizaron 90 pacientes (45 casos, con ECV de novo y 45 controles, sin ningún evento de ECV). De ellos 46 eran hombres (51%). La edad media fue 66.3 (9.0) años (IC 95%:68.2;64.5). En la muestra global 61 (67.8%) eran hipertensos, 19(21,1%) eran diabéticos y 42(46,7%) dislipémicos. Del total 22 (24,4%) eran fumadores, 41(45,6%) exfumadores.

- Se puso de manifiesto la asociación con significación estadística entre la hipertensión arterial y padecer un ECV de novo en la UGC de Palma del Rio.

- El buen control de la hipertensión por parte de los casos se situaba en un 55%, frente a los controles de un 76%.

Conclusiones

- En la UGC de Palma del Rio se demuestra significativamente con la edad de que un paciente hipertenso tiene 2.6 veces más probabilidades de sufrir un ECV de novo que un no hipertenso (OR: 2,56; IC 95%: 1,02; 6,41) ($p=0.035$).

- En base a esto, habría que potenciar en la enfermería de primaria de la zona, para mejorar el control de este factor, el Seguimiento Protocolizado del Tratamiento Farmacológico Individualizado de personas con Riesgo Vascular en Tratamiento con Hipolipemiantes y/o Antihipertensivos.

- La obesidad debe ser considerada como una enfermedad crónica atendida por un equipo multidisciplinar, donde enfermería podría desempeñar un papel importante, en el registro, seguimiento y educación sanitaria de dietas y ejercicios. Para ello habría que fomentar la formación en dietas y estrategias de pérdidas de peso en los diferentes colectivos y edades.

- En el estudio no podemos determinar si dicha muestra es representativa, debido a que aparte, en España no existe un registro nacional único, con metodología estandarizada, para la cardiopatía isquémica ni para el ictus, dichos registros no discriminan entre ECV de novo, o ECV de recaída, recibida o ya previamente padecía de otra.

- Sería interesante gestionar el mismo estudio multicéntrico, para obtener una muestra más grande, lo que nos permitiría certificar mejor la significación estadística de los principales FCV de la población general con las ECV.

719/49. ESTRATEGIAS DE CONTROL Y ESTUDIO FÁRMACO-GENÉTICO PARA EL TRATAMIENTO PERSONALIZADO DEL HÍGADO GRASO ASOCIADO A DISFUNCIÓN METABÓLICA EN PACIENTES CON PREDIABETES: ESTUDIO PROMETEO-HG.

Autores:

Vaquero Córdoba, I.¹, Sofía, C.², Torres Peña, J.³, Arenas de Larriva, A.³, Hidalgo De La Rosa, M.², López Miranda, J.⁴

Centro de Trabajo:

(1) Investigadora. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba. Grupo GC-09. Córdoba., (2) Investigadora. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba. GC-09. Córdoba., (3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, (4) Jefe de Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Resumen:**Introducción y Objetivos**

El hígado graso asociado a disfunción metabólica (MAFLD) es una enfermedad relevante desde el punto de vista clínico, epidemiológico y económico. Por tanto, en la actualidad existe una necesidad no cubierta para establecer la mejor opción de tratamiento farmacológico y dietético del MAFLD en sus etapas más tempranas. El objetivo principal del enayo clínico PROMETEO-HG es determinar cuál de los tres modelos de intervención terapéutica induce una mayor regresión mantenida del MAFLD a largo plazo (18 meses) medida mediante técnicas no invasivas (RNM) en pacientes con HGADM y prediabetes.

Métodos

PROMETEO-HG es un ensayo clínico independiente multicéntrico (6 centros), aleatorizado, placebo-controlado, fase III y doble ciego en el que un total de 390 pacientes con

MAFLD, sobrepeso u obesidad (IMC 25-45 kg/m²) y prediabetes son aleatorizados a uno de los tres modelos de intervención durante el periodo de seguimiento. Las tres ramas tienen la misma intervención de dieta mediterránea hipocalórica, la diferencia estaría en la medicación de cada rama: 1. Metformina (1 g/día) y placebo de pioglitazona. 2. Metformina (1 g/día) y pioglitazona (15mg/día). 3. Placebo de metformina y placebo de pioglitazona durante un periodo de 18 meses. Análisis estadístico: se usarán técnicas estadísticas para analizar los datos, incluyendo, ANOVA, chi cuadrado, análisis multivariable, curvas de Kaplan-Meier y regresiones de COX según las variables a estudiar.

Resultados

Además de evaluar cual es el modelo más eficaz para conseguir una regresión del MAFLD se explorarán: las variaciones genéticas involucradas en el desarrollo de MAFLD, los

cambios inducidos por la dieta y el tratamiento farmacológico sobre la función mitocondrial, microbiota, cambios en los factores patogénicos asociados (resistencia a insulina, disfunción del tejido adiposo, etc.), reducción de grasa hepática a través de métodos no invasivos, cambios en los scores serológicos de fibrosis y esteatosis hepática, cambios en el grado de fibrosis por fibroscan y cambios antropométricos.

Conclusiones

Tras la finalización del ensayo clínico, se espera determinar cuál de los tres modelos de intervención terapéutica induce una mayor regresión mantenida del hígado graso

asociado a enfermedad metabólica a largo plazo en pacientes con sobrepeso/obesidad y prediabetes. Adicionalmente se dará respuesta a otros interrogantes clínicos que subyacen en la patogenia y tratamiento del MAFLD.

719/50. EVOLUCIÓN A CORTO PLAZO DE ANTROPOMETRÍA Y ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN PACIENTES CON HÍGADO GRASO ASOCIADO A DISFUNCIÓN METABÓLICA, PREDIABETES, SOBREPESO U OBESIDAD: ESTUDIO PROMETEO-HG.

Autores:

Castro Montero, S.¹, Vaquero Córdoba, I.¹, Torres Peña, J.², Romero Cabrera, J.², Vega Rojas, A.¹, Delgado Lista, J.²

Centro de Trabajo:

(1) Investigadora. Instituto Maimónides de investigación biomédica de Córdoba. Grupo GC09. Córdoba, (2) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Resumen:**Introducción y Objetivos**

El hígado graso asociado a disfunción metabólica (MAFLD) es una enfermedad relevante desde el punto de vista clínico, epidemiológico y económico. Actualmente existe una necesidad de establecer la mejor opción de tratamiento farmacológico y dietético del MAFLD en sus etapas más tempranas. El objetivo principal es determinar cuál de los tres modelos de intervención terapéutica induce una mayor regresión mantenida del MAFLD a largo plazo (18 meses), medida mediante técnicas no invasivas. Los principales objetivos dietéticos son: la mejora de la adherencia a la dieta mediterránea, reducción de un 7-10% de su peso corporal inicial y mejora de los valores antropométricos y de bioimpedanciometría.

Métodos

Se trata de un ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado, placebo-controlado, fase III y doble ciego en el que un total de 390 pacientes con MAFLD, sobrepeso u obesidad y

prediabetes son aleatorizados a uno de los tres modelos de intervención durante el periodo de seguimiento. Las tres ramas tienen la misma intervención de dieta mediterránea hipocalórica, diferenciando la medicación: 1. Metformina y placebo de pioglitazona. 2. Metformina y pioglitazona. 3. Placebo de metformina y placebo de pioglitazona. Se seleccionaron a los pacientes que completaron la visita de los 4 meses (N=97). Se utilizó el programa estadístico SPSS para realizar comparaciones de cada una de las variables estudiadas.

Resultados

Comparado con la visita basal (VB), tras 4 meses de tratamiento, los pacientes redujeron su peso ($87,87 \pm 12,86$ vs $82,89 \pm 12,59$; $p < 0,05$), circunferencia de cadera ($111,91 \pm$

$8,93$ vs. $108,03 \pm 8,45$; $p < 0,05$), grasa corporal ($42,87 \pm 8,84$ vs. $39,85 \pm 9,56$, $p < 0,05$) y visceral ($15,40 \pm 4,12$ vs. $13,90 \pm 3,64$; $p < 0,05$) e incrementaron su masa muscular ($24,48 \pm 4,43$ vs. $25,78 \pm 4,54$; $p < 0,05$). Además, el IMC ($33,58 \pm 4,01$ vs. $32,32 \pm 3,79$; $33,58 \pm 4,01$ vs. $31,61 \pm 3,79$; $p < 0,05$) y la circunferencia de cintura ($107,43 \pm 9,89$ vs. $103,89 \pm 9,16$; $107,43 \pm 9,89$ vs. $101,97 \pm 9,03$; $p < 0,05$) disminuyó en la visita mes 2 (V2) y se mantuvo en la visita mes 4 (V4) comparado con la VB. Se objetivó un aumento en la puntuación total MEDAS en la V2 en comparación con la VB, manteniéndose en la V4 ($8 \pm 1,83$ vs. $11 \pm 1,35$; $8 \pm 1,83$ vs. $12 \pm 1,12$; $p < 0,001$). Finalmente se evaluaron los cambios en cada una de las preguntas del cuestionario MEDAS a lo largo de las visitas.

Conclusiones

A los 4 meses de intervención, se ha observado una reducción de grasa corporal, visceral e IMC y un aumento de masa muscular. Adicionalmente, a los 4 meses de intervención

los pacientes aumentaron su adherencia a la Dieta Mediterránea, ya evidenciada desde el mes 2 con un aumento del consumo de los alimentos característicos de esta dieta.

719/82.

Autores:

Muñoz del Pino, I.¹, Barrera Barrera, J.¹, Castilla Guerra, L.²

Centro de Trabajo:

(1) Enfermera en Unidad de Riesgo Vascular. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla., (2) Médico especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Resumen:

Introducción y Objetivos

La enfermedad arterial periférica (EAP) se caracteriza por una disminución del flujo sanguíneo arterial posterior al arco aórtico secundaria a un mecanismo obstructivo. El diagnóstico precoz es importante para poder mejorar la calidad de vida del paciente y reducir el riesgo de eventos secundarios mayores. La prueba diagnóstica estrella es el índice tobillo-brazo. En la consulta de riesgo vascular este procedimiento es realizado por la enfermera, además del control de los factores de riesgo, como pueden ser: sexo, edad, tabaco, HTA, dislipemia, DM, nivel socioeconómico, obesidad, índice neutrófilo-linfocito y el cociente albumina/creatinina en orina.

Por ello, nos planteamos identificar la relación entre el índice tobillo brazo y los factores de riesgo cardiovascular. Conocer el perfil del paciente que acude a consulta de riesgo y del paciente con ITB patológico. Elaborar programas de prevención y educación al paciente con factores de riesgo cardiovascular.

Métodos

Estudio observacional, analítico, de corte transversal de 100 pacientes aleatorios que acudieron a consulta de riesgo vascular entre Enero- Septiembre de 2023 en la Unidad de Riesgo Vascular del Servicio de Medicina Interna (HUV Macarena). Análisis estadístico: SPSS 22. Significación estadística $p \leq 0.05$.

Resultados

La mayoría de los pacientes que acuden a consulta son hombres, con un porcentaje del 59% frente al 41% representado por mujeres. La edad media es de 62 años. Un 96% de estos presenta un nivel socioeconómico bajo. Con respecto al tabaco, un 15% son fumadores y un 29% exfumadores. En cuanto a la triada clásica: un 76% de los participantes padecen hipertensión, un 25% dislipemia y un 18% diabetes mellitus tipo 2. Un 39% de la muestra presenta obesidad. Solo un 7% de los pacientes presenta un ITB de valor $< 0,9$ sugestivo de isquemia.

Las variables analizadas muestran una diferencia significativa entre la presión de pulso de los pacientes que presentan ITB patológico, siendo esta menor en comparación con los no patológicos. Además, se confirmaría la hipótesis de mayor factor inflamatorio en aquellos pacientes con ITB patológico, ya que existe diferencia significativa en el resultado de neutrófilos e índice neutrófilo-linfocito. No se observan diferencias significativas en los demás factores de riesgo.

Conclusiones

Existe relación entre el índice tobillo brazo y los factores de riesgo cardiovascular, siendo significativas la presión de pulso y los indicadores de inflamación. El paciente que acude a consulta de riesgo es hombre, de 62 años, nivel socioeconómico bajo y con hipertensión. Perfil similar al paciente con ITB patológico. Estos datos ponen en manifiesto la necesidad de prevención y educación al paciente con factores de riesgo cardiovascular para evitar que

estos desencadenen EAP. La enfermera tiene vital importancia en este proceso, por ello, en la Unidad de Riesgo del HUVM se han iniciado programas de deshabituación tabáquica y obesidad en conjunto con el seguimiento individualizado de cada paciente.

719/83. GESTIÓN Y LIDERAZGO ENFERMERO DE UNA UNIDAD DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y RIESGO VASCULAR

Autores:

Fernández Souto, C.¹, Moncada Silvestre, F.², Benítez Calvo, C.³, Lima Aguilera, Y.³, García Poch, N.³

Centro de Trabajo:

(1) Coordinadora asistencial de Enfermería. Hospital Clínic de Barcelona, (2) Enfermera. Hospital Clínic. Barcelona, (3) Enfermera. Hospital Clínic. Barcelona.

Resumen:

Introducción y Objetivos

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en los países desarrollados y la hipertensión arterial (HTA) es culpable de 9,4 millones de muertes, lo que contribuye de forma sustancial al progresivo incremento del coste asistencial. En España la HTA, también es uno de los principales factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular, y el más frecuente entre las personas de edad avanzada, contribuyendo en gran medida a la morbilidad cardiovascular en este sector de población. Actualmente la Unidad de HTA tiene como objetivo el diagnóstico, tratamiento y seguimiento con una atención integral del paciente. Para prestar esta atención integral se han incorporado procedimientos diagnósticos específicos, protocolos de educación terapéutica, formación e investigación. Mediante este trabajo se pretende analizar los roles principales de la coordinación asistencial como son, la gestión y control de los recursos estructurales, humanos y materiales para mejorar las condiciones de trabajo y garantizar una atención de calidad; y el liderazgo del equipo profesional, para garantizar la máxima calidad y seguridad de los cuidados.

Objetivos: Analizar y proponer mejoras en la organización, coordinación y liderazgo de la Unidad de HTA y Riesgo Vascular. Mejorar la atención y la calidad de los cuidados dirigidos a las personas hipertensas, mejorando la educación terapéutica, la adherencia al tratamiento y el seguimiento de los pacientes, así como el autocuidado.

Métodos

Proyecto de análisis de situación y propuesta de mejora.

Resultados

Los resultados iniciales son muy buenos, pero es necesario continuar haciendo un seguimiento y evaluación continua para detectar carencias y poder ofrecer soluciones de forma eficaz e inmediata. Algunos de estos resultados esperados son; mejora en la asistencia en términos de calidad percibida y seguridad, mejoras en el tiempo de espera de las primeras visitas; mejora de la satisfacción del paciente así como de los profesionales que lo atienden; garantizar una atención al paciente cercana y global, mejora en el cumplimiento de los pacientes y disminución de las complicaciones de la HTA.

Conclusiones

Es necesario continuar potenciando el liderazgo y la gestión enfermera; en los últimos años debido a la situación de pandemia y post pandemia, la excesiva carga de trabajo, recursos humanos limitados y desmotivación del personal, ha quedado clara la importancia y rol relevante ante los equipos de estos profesionales. Son responsables de garantizar la excelencia de los cuidados enfermeros, contribuyendo a mejorar la calidad de los procesos asistenciales y al desarrollo y satisfacción de los profesionales. No debemos olvidarnos de seguir fomentando el empoderamiento del paciente y su familia mediante la educación terapéutica y hacer énfasis en el rol que desempeñan las enfermeras expertas en estas competencias. Continuar con la implementación de las TICS, son el futuro y garantizarán la eficiencia y la eficacia de los cuidados enfermeros y la comunicación de los equipos multidisciplinares. Podemos concluir que la clave está en fomentar la cultura de la comunicación, colaboración y cohesión de equipo, crear un clima de confianza y motivar al personal.