

# *Pérdida de visión como forma de debut de hipertensión arterial vasculo-renal y necesidad de nefrectomía*

**A.J. VALLEJO VAZ<sup>1</sup>, L.M. BELTRÁN ROMERO<sup>1</sup>, L. GÓMEZ MORALES<sup>1</sup>,  
M.D. REDONDO CÁCERES<sup>2</sup>, J.M. LÓPEZ CHOZAS<sup>1</sup>,  
P. STIEFEL GARCÍA-JUNCO<sup>1</sup>, O. MUÑIZ GRIJALVO<sup>1</sup>,  
E. PAMIES ANDREU<sup>1</sup>, M.L. MIRANDA GUIADO<sup>1</sup>, J. VILLAR ORTIZ<sup>1</sup>.**

(1) Unidad de Riesgo Vascular, Servicio de Medicina Interna. (2) Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

**RESUMEN:** Varón de 56 años, fumador, acude a consulta de oftalmología por pérdida de visión central de ojo izqd y cefalea de varios días de evolución; se realiza fondo de ojo donde se objetiva atenuación arteriolar, signos de cruces arteriovenosos, exudados algodinosos, hemorragias en llama y discreto edema de papila. Se comprueban cifras de TA de 200/140 mmHg, por lo que se deriva a consultas de HTA, donde se constata además clínica de claudicación intermitente gemelar izqd a 150m, con pulso pedio drch débil, izqd ausente, estando femorales y poplíteos conservados, y sin otros hallazgos a la exploración; ECG: HVI y sobrecarga sistólica; Rx-Tórax normal. Se diagnostica inicialmente de HTA grado 3, con lesión subclínica de órgano (HVI) y enfermedad clínica asociada: retinopatía hipertensiva (grado IV Keith-Wagener) y arteriopatía periférica de MMII (grado IIa Fontaine), así como emergencia hipertensiva con retinopatía hipertensiva acelerada/maligna como motivo de consulta, indicándose tratamiento con enalapril 20mg e hidroclorotiazida (HCTZ) 12,5mg. Revalorado a los 3 días, se comprueba persistencia de TA 200/120 por lo que se decide ingreso para control de cifras de TA, siendo alta con enalapril 20mg/12h, HCTZ 25mg/24h, atenolol 50mg/12h y amlodipino 5mg/12h, y se solicitan pruebas complementarias para descartar HTA secundaria: MAPA: medias de 24h, diurnas y en reposo >200 sistólica y >125 dias-

tólica y patrón non-dipper. Analítica: creatinina 1,71 mg/dl y microalbuminuria 284 mcg/ml, colesterol total 215, LDL 152 y HDL 39 mg/dl, PCR-us 15,9 mg/dl. Eco-doppler abdomen: asimetría de tamaño renal (drch 11,3 cm, izqd 8,4) y datos sugestivos de estenosis de arteria renal izqd. Angio-RM: múltiples placas ateromatosas en aorta infrarrenal, ausencia de opacificación de arteria renal izqd, con riñón ipsilateral muy disminuido de tamaño y ausencia de nefrograma, ligera ectasia de aorta infrarrenal (aneurisma?). Angio-TAC: hallazgos similares y ausencia de aneurisma. Renograma Isotópico: captación riñón drch 91,7%, izqd 8,3%, riñón izqd con incorporación enlentecida del trazador y excreción retrasada. El paciente se mantenía asintomático con TA 140/80, salvo por nuevo episodio de emergencia hipertensiva (170/120) con insuficiencia cardiaca. Ante la evidencia de HTA vasculo-renal (HVR) por estenosis de arteria renal de origen aterosclerótico, comportándose dicho riñón como presor por activación del sistema renina-angiotensina por hipoperfusión renal, causante de HTA de difícil control con episodios de emergencia hipertensiva y complicaciones en órganos diana, y ante la marcada atrofia e involución y pérdida de función renal izqd sin capacidad de recuperación de la misma aunque llevásemos a cabo revascularización, se decidió realizar arteriografía y embolización renal para anular funcionalmente dicho riñón. La arterio-

---

grafía mostró obstrucción ostial de arteria renal principal izq d sin que fuera posible entrar en la misma para llevar a cabo la embolización, por lo que finalmente se decidió realización de nefrectomía vía laparoscópica. El estudio histológico mostró aterosclerosis oclusiva >90% de arteria renal. Revisado a los 2 meses, el paciente se encontraba asintomático, sin nuevos episodios de emergencia hipertensiva, con TA 120/80 con enalapril e HCTZ habiéndose podido retirar el resto de fármacos, con mejoría de función renal (creatinina 1,31, microalbuminuria 9,6) y regresión de HVI en ECG.

Indicaciones de screening de HVR: HTA severa de inicio brusco, acelerada o maligna; Rápido empeoramiento de control de PA; Soplo abdominal o en otros territorios (carotídeo, iliofemoral) u otra evidencia de enfermedad arterial oclusiva; HTA refractaria; Deterioro de función renal con tratamiento con IECA o ARA-II; Asimetría renal con diferencia >1,5 cm; HTA con hipokaliemia, poliglobulia o insuficiencia renal progresiva no justificada por otras causas; Debut de HTA en <30 años o severa en >55 años; Edema pulmonar súbito inesperado o recurrente sin causa aparente; ICC inexplicada o angina refractaria



# *Hipertension arterial secundaria a fibrodisplasia muscular*

**R. GARÓFANO, C. MORIANA, F. J. GONZÁLEZ, M.D. DEL PINO**

Servicio de Nefrología. Hospital Torrecardenas. Almería.

Paciente de 56 años que ingresa por ACV hemorrágico

AP

HTA de larga evolución con muy mal control

No hábitos tóxicos

NAMC

H<sup>a</sup> Actual

Ingresa en el servicio de UCI por emergencia hipertensiva, cefalea y vómitos. TA: 205/115. Se realiza TAC craneal que muestra hematoma intraparenquimatoso cerebeloso con invasión del sistema ventricular.

Resto de exploración normal.

Se interviene de urgencias con la implantación derivación ventrículo-peritoneal. Se inicia estudio de HTA secundaria.

Hemograma: normal

Bioquímica: función renal normal,

Estudio hormonal: Catecolaminas en sangre y orina normales. Cortisol y ACTH normales. Aldosterona en sangre y orina normales.

AngioTAC: arteria renal derecha de trayecto arrosariado junto a 2 aneurismas saculares. Arteria renal izquierda se aprecia aneurisma sacular con calcificación parcial de su pared.

Arteriografía renal selectiva: Embolización de aneurisma de arteria renal derecha, con Coil. Posterior angioplastia de la lesión arrosariada. Embolización aneurisma renal izquierdo.

Juicio Clínico

HTA severa secundaria a fibrodisplasia muscular.

Comentario

La sospecha de HTA de origen vascular en una paciente joven hipertensa, debe ser muy alta. Se trataría de una HTA de reciente comienzo y de difícil control, así como repercusión en órganos diana. Tras realizar un estudio hormonal básico, se debe solicitar estudio de imagen. Actualmente el grado de resolución que alcanza el TAC multicorte de al menos, 8 coronas, ha desplazado al resto de técnicas, quedando relegada la arteriografía para uso terapéutica.

En el caso que nos atañe, la paciente tras la realización de la arteriografía terapéutica, la TA arterial se ha controlado. Aunque requiere dosis bajas de medicación hipotensora (Valsartan 80 mg/24h)

# *Paciente de 48 años con HTA de larga evolución y obesidad*

**AMPARO CABRERA BONILLA, PABLO GEARA, MC GONZALEZ FERNANDEZ, ESTELA YAÑEZ, L. CASTILLA, F. VILLALBA, A. ESPINO**

Unidad de HTA y Riesgo Vascular. Hospital de la Merced. Osuna. Sevilla

## ANTECEDENTES PERSONALES

Mujer de 48 años que acude a consulta ambulatoria de Medicina Interna por presentar hipertensión arterial grado moderado y ganancia de unos 6 kg de peso en los últimos 5 meses. Además refiere dolores musculares generalizados, debilidad, cansancio, sudación profusa junto a hinchazón de ambas piernas con fóvea.

No fumadora, no bebedora, no diabetes mellitus. En una ocasión hipopotasemia. Obesidad troncular, HTA, cefalea tensional, Litiasis renal izquierda con quiste renal izquierdo simple, esteatosis hepática, Hiperuricemia e hiperlipemia leve.

## EXPLORACIÓN FÍSICA

Piel con estrías blancas, obesidad central con peso de 89.5 kg, talla 1.58 m, IMC 35.5 y perímetro de cintura de 110 cm, TA 135/95, insuficiencia venosa periférica, resto normal.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Hemograma, coagulación, bioquímica, orina, marcadores tumorales (CEA, Ca 19.9, Ca 125 y

Ca 15.3), anticuerpos antitransglutaminasa y anti gliadina, proteinograma normal, catecolaminas en orina, ácido vanilmandélico, metanefrinas y 5 hidroxindolacético y hormonas tiroideas normales, salvo, glucosa 109 mg/dL con Hemoglobina glicosilada de 6.1%, colesterol 225 mg/dL, ácido úrico de 9.8 mg/dL, PCR 10.6 mg/L. Cortisol basal: 23.3 mcg/Dl, cortisol libre urinario de 189 nmol/L, renina basal: 2.89 ng/ml/hora, Aldosterona basal: 426 pg/mL, Test de Nugent (Cortisol tras la administración de 1 mg de dexametasona): 10 mcg/dL. RN de abdomen: alteraciones compatibles con adenoma quístico con nódulo sólido a nivel de la glándula adrenal izquierda de 30 x 16 mms que se confirma con TAC de abdomen.

## JUICIO CLÍNICO

- ADENOMA QUÍSTICO SUPRARRENAL IZQUIERDO DE 3 CM CON HIPERALDOSTERONISMO (SÍNDROME DE CONN) con probable liberación de cortisol (SÍNDROME DE CUSHING)
- OBESIDAD + HTA.

# Mal control del riesgo vascular y enfermedad vasculo-renal

**MD REDONDO; A VALLEJO; M SEDA ; MJ MARCO ; JM LOPEZ ; J VILLAR.**

Unidad de Gestión Clínica Nefrourológica y Unidad de HTA y Riesgo Vascular , Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Se trata de un paciente de 52 años con múltiples factores de riesgo vascular mal controlados, que sufre hace tres meses un evento vascular manifestándose como Síndrome coronario agudo sin ascenso del segmento ST, precisando de forma urgente la aplicación de técnica de revascularización con colocación de dos stents y doble antiagregación.

Dos meses después comienza con lesiones cutáneas en miembro inferior izquierdo, con mala respuesta a tratamiento conservador y en las últimas 72 horas previas a la consulta en Urgencias desarrolla un cuadro neurológico consistente en tendencia al sueño , bradipsiquia y alucinaciones junto con oligoanuria. Se constata analíticamente un fracaso renal agudo, con intensa acidosis metabólica y anemia normocítica normocrómica, junto con cardiotoxicidad por hiperpotasemia severa y deterioro neurológico objetivo.

Se decide la aplicación de tratamiento renal sustitutivo de forma urgente en la Unidad de Hemodialisis , junto con corrección de los trastornos metabólicos, con buena tolerancia del paciente, quedando posteriormente ingresado en planta de Nefrología para estudio del cuadro, siendo valorado de forma multidisciplinar por parte de diversos servicios; Cirugía vascular (descartando isquemia arterial subsidiaria de tratamiento revascularizador), Oftalmología , Dermatología y Infecciosos. Evolucionó desarrollando una HTA de difícil control, precisando cuatro fármacos para el control de las cifras de presión arterial, sin recuperación de la función renal, como ocurre en un 24 % de los casos, permaneciendo en hemodialisis.

Con los diagnósticos diferenciales de Enfermedad ateroembólica renal, Nefropatía por contraste (empeorando la función renal inmediatamente tras el estudio radiológico, con un pico de creatinina a la semana y con recuperación de la función basal en 2-3 semanas), Vasculitis ( eosinofilia, aumento de la velocidad de sedimentación glomerular , anticuerpos positivos y clínica sistémica), Nefropatía tubulointersticial (secundaria a fármacos, tóxicos, cursando con exantema, eosinofilia y fiebre) y Endocarditis subaguda ( cuadro infeccioso) se realiza una biopsia cutánea y dos renales, aportando esta última una anatomía patológica diagnóstica de enfermedad ateroembólica subaguda.

La trascendencia para la práctica clínica habitual, es la importancia en el control de los factores de riesgo vascular con el fin de evitar la formación de placas de ateroma y el evento vascular agudo que precise de un tratamiento intervencionista o agresivo que provoque la suelta de émbolos a otros órganos. Del mismo modo, poner en conocimiento la existencia de la entidad, planteándola como un diagnóstico diferencial desde el inicio en pacientes que ingresan con fracaso renal agudo y antecedentes intervencionistas .Se trata de una entidad infra-diagnosticada si se compara con los resultados de las necropsias , existiendo una discrepancia clínico anatomopatológica en la cuantificación de los casos.

# *Crisis hipertensiva en contexto de fracaso renal agudo secundario a uropatía obstructiva*

CP. GUTIÉRREZ, M. POLAINA, MD. SÁNCHEZ, MC. VIÑOLO, A. LIÉBANA.

Unidad de Hipertensión Arterial. Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario de Jaén.

Varón de 64 años con antecedentes de hipertensión arterial de 45 años con cifras controladas en torno a 120/60 mmHg, Diabetes Mellitus tipo 2 de 2-3 años, en tratamiento con ADO, cifras medias de 120 mg/dl, cólico nefrítico expulsivo hacía 8 años, monorreno derecho. ENFERMEDAD ACTUAL: Acude a Urgencias por anuria de 24 horas de evolución, hematuria franca, dolor en fosa renal derecha irradiado a región inguinal, y un vómito desde hacía 48 horas. Presentaba TA 200/110 mmHg, creatinina plasmática 4.2 mg/dl, potasio 7 mEq/L, moderada acidosis y sedimento de orina sin hallazgos significativos. EVOLUCIÓN: Aunque las pruebas de imagen no mostraban cálculo ni dilatación de la vía urinaria, los hallazgos clínicos eran sugerentes de cólico nefrítico acompañado de insuficiencia renal aguda (IRA), y, como paso previo antes de realizar hemodiálisis y orientar al paciente hacia IRA de origen parenquimatoso, decidimos realizar derivación urinaria con catéter doble J, encontrando un obstáculo a 3 cm del meato urinario. Mediante ureteroscopia se extrae un cálculo que lleva al paciente a iniciar diuresis a ritmo poliúrico de 8 litros/24 horas. Durante su ingreso se consigue un control óptimo de la TA con Losartán y Furosemida; coincidiendo con un descenso transitorio de la diuresis al 5º día de su ingreso, la TA asciende a 220/140, añadiéndose Nifedipino Oros. Finalmente y después de 9 días de ingreso, el paciente recupera diuresis, Cr 1.4 mg/dL y TA 130/85 mmHg en tratamiento con Losartán

y Nifedipino Oros. DISCUSIÓN: Había dos grandes entidades a plantear: Hipertensión Acelerada Maligna (HMA) e Hipertensión en la Nefropatía aguda. Un fondo de ojo normal, clínica neurológica ausente y TA diastólica <140 mmHg, nos ayudó a descartar de entrada una HMA. Las causas de HTA en relación con IRA más frecuentes son las de origen parenquimatoso. En un principio no teníamos criterios suficientes para pensar en Púrpura trombótica trombocitopénica, Síndrome Hemolítico Urémico, Glomerulonefritis aguda postinfecciosa, Nefropatía tubulo-intersticial aguda o Necrosis tubular aguda. La oclusión de arteria renal principal o la trombosis de vena renal requerían para su confirmación pruebas de imagen específicas que no se solicitaron al inicio hasta descartar otras etiologías. Antes de inclinarnos hacia una etiología renal parenquimatosa o vascular insistimos en descartar un origen obstructivo porque, aunque las pruebas de imagen no lo apoyaban, la clínica reunía datos compatibles con una Uropatía obstructiva, que fue confirmada posteriormente. Desde el punto de vista fisiopatológico, aunque son muy escasas las referencias publicadas, estábamos probablemente ante un caso de HTA sensible a cambios de volumen, donde un aumento relativo de la volemia puede contribuir al mantenimiento de la HTA en pacientes hipertensos crónicos. Tras una obstrucción unilateral o bilateral de ambos ureteres o de uretra, puede aparecer HTA por activación de la renina e inhibición de caliceína

# Hipertensión arterial secundaria a...

**SANCHEZ-MARTOS M.D., POLAINA-RUSILLO M., GUTIERREZ-RIVAS P.,  
VIÑOLO-LÓPEZ M.C., MERINO-GARCÍA E., LIEBÁNA-CAÑADA A.**

Complejo hospitalario de Jaén. Unidad de hipertensión arterial. Servicio de nefrología. Jaén

**RESUMEN:** Introducción: La arteritis de Takayasu es una vasculitis de grandes vasos que produce inflamación y estenosis de las arterias de mediano y grueso calibre. Es infrecuente y se manifiesta a nivel sistémico. En el 30-60% de los casos hay Hipertensión arterial. El diagnóstico se establece por arteriografía y el 60% de los pacientes responden al tratamiento con prednisona. Caso clínico: Mujer de 59 años con antecedentes de hipertensión arterial secundaria a coartación de aorta intervenida en 1980. Derivada por su MAP por insuficiencia renal (Crp: 1.5 mg/dl). Refiere nicturia de 1-2 veces/noche. Tratamiento: nebulolol 5 mg, Losartan/HCTZ (100/25 mg), manidipino 20 mg y omeprazol 20 mg. Exploración: Presión arterial elevada en ambos brazos (BD: 144/71 mmHg y BI: 163/59 mmHg) y normal en MMII. IMC: 29.25 kg/m<sup>2</sup>. Soplo sistólico II/VI en la auscultación cardiaca. El resto de la exploración (incluido fondo de ojo) fue normal. Se solicita estudio con los siguientes resultados: La analítica era normal salvo: Urea: 80; Cr: 1.5 mg/dl. Aclaramiento de creatinina: 49.9 ml/min. VSG: 25 mm y PCR: 9.2 mg/l. Electro y ecocardiograma compatible con HVI moderada. Rx tórax: imagen sugerente de aneurisma de aorta. Ecografía renal: compatible con la normalidad (RD: 10.3 cm y RI: 9.4 cm). TAC abdominal: aneurisma de aorta descendente distal sacular de 4.3 cm de diámetro. Angio-RMI toracoabdominal: Signos de miocarditis. Estenosis en múltiples niveles con signos de inflamación activa y aneurisma focal de aorta

torácica descendente. Afectación difusa de aorta abdominal y de sus principales ramas viscerales. Estenosis de la arteria polar superior izquierda. Juicio clínico: Hipertensión arterial secundaria a coartación de aorta (intervenida) secundaria a Arteritis de Takayasu. Enfermedad renal crónica estadio III por probable nefroangiosclerosis y/o estenosis segmentaria de arteria renal izquierda. Aneurisma de aorta pendiente de valoración por cirugía. Dislipemia. Evolución: Tensión arterial: 150/80 mmHg por lo que subimos la dosis de nebulolol y añadimos lisinopril 20 mg/24h al tratamiento hipotensor. Al añadir el IECA le advertimos ante la posibilidad de un descenso en el volumen de diuresis y a los 5 días la paciente nos avisa de que se encuentra en oligoanuria por lo que suspendemos el IECA y pautamos doxazosina. Citamos a la paciente en reumatología para valorar el inicio de tratamiento esteroideo. Proponemos la realización de arteriografía para descartar estenosis de arteria renal. Trascendencia clínica: la verdadera causa de la hipertensión arterial de nuestra paciente es la Arteritis de Takayasu, que a su vez motivó la coartación de aorta y que ha pasado desapercibida durante estos 30 años. Gracias, entre comillas, a que la paciente presenta una insuficiencia renal leve y una hipertensión arterial refractaria al tratamiento la paciente es remitida a nuestro Servicio, donde es diagnosticada y puesta en seguimiento por Reumatología para iniciar el tratamiento adecuado.

# HTA e incumplimiento terapéutico

MC VIÑOLO, M. POLAINA, MD. SÁNCHEZ, CP GUTIERREZ, A. LIÉBANA.

Unidad de Hipertensión Arterial. Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario de Jaén.

**A.PERSONALES:** HTA de 10 años de evolución, ingesta de ACOs, fumadora de 15 cigarrillos/día, ERC estadio 3 no filiada.

**ENFERMEDAD ACTUAL:** paciente de 43 años que acude al Servicio de Urgencias con clínica de disnea brusca y palpitaciones constatóndose cifras de TA elevadas (230/210mmHg) e hipoxemia. En Rx de tórax se aprecia imagen compatible con edema agudo de pulmón por lo que ante la situación se decide ingreso en UCI por emergencia hipertensiva. La paciente mejoró clínicamente desde el punto de vista respiratorio estabilizando cifras tensionales tras la administración de vasodilatadores, diuréticos, antihipertensivos y oxigenoterapia. A pesar de la mejoría clínica se detectan en una analítica datos de insuficiencia renal avanzada (Cr pl 5 mg/dl) y anemia mixta por lo que pasa a cargo de Nefrología para seguimiento y estudio. En el estudio se observan datos de cronicidad de la I.renal (hiperparatiroidismo 2º severo, riñones disminuidos de tamaño y anemia) manteniendo deterioro de función renal a pesar del buen control tensional por lo que se decide realización de fístula radiocefálica izquierda y seguimiento en consulta de prediálisis en espera de maduración de la fístula para próxima inclusión en programa crónico de terapia renal sustitutiva mediante Hemodiálisis.

**DISCUSION:** La HTA representa una de las enfermedades crónicas más frecuentes que afecta a nuestra población. Su importancia reside en

que a mayores cifras de TA, más elevadas son la morbilidad y la mortalidad de los individuos. La HTA debe ser considerada un factor de riesgo cardiovascular de manera que el tratamiento farmacológico deberá individualizarse dependiendo del riesgo cardiovascular asociado de cada paciente. Según datos recientes publicados por Emilio Márquez, en España y en Europa, el grado de control de la HTA oscila entre el 10-40% según diferentes estudios siendo una de las principales causas de esta falta de control el incumplimiento del tratamiento (tanto del estilo de vida como del farmacológico). La prevalencia del incumplimiento en la HTA en España es del 32.5%. En el estudio Cumplex se concluye que los médicos de atención primaria definen mayoritariamente al incumplidor mediante criterios inadecuados y consideran a sus pacientes mejores cumplidores que los del resto de médicos de España. Además, no se utilizan los métodos diagnósticos de medición del cumplimiento recomendados por los expertos y no se conocen adecuadamente las estrategias eficaces para disminuirlo. Los médicos manifiestan una importante necesidad de formación sobre aspectos relacionados con el cumplimiento de los pacientes. Así pues, la actitud del médico, las características del paciente, la intensidad de seguimiento, el grupo de tratamiento y la simplicidad del mismo se relacionan con el cumplimiento en la práctica clínica.

# *Terapia de resolución de problemas ante el afrontamiento inefectivo en la hipertensión arterial. Presente y futuro.*

**SANTOS PÉREZ, J; VALDÉS SOLÍS, A; NUÑEZ MONTENEGRO, A; ESCALANTE TORRES, F; MARTIN YAÑEZ, V; DELGADO VIERA, R;**

Área Sanitaria Norte de Málaga. Antequera (Málaga)

- Objetivo general:

- Intervenir sobre pacientes hipertensos con afrontamiento inefectivo aplicando una terapia de resolución de problemas para mejorar tanto el afrontamiento como las cifras de tensión arterial.

- Objetivos específicos:

- Mejorar el afrontamiento en los pacientes hipertensos diagnosticados de afrontamiento inefectivo.

- Relacionar la aplicación de terapia de resolución de problemas en pacientes hipertensos con la mejora del control de las cifras de tensión arterial.

Ensayo Clínico, Ciego y aleatorizado. Estudio ensayo tipo Fase III. Se realizará la intervención previa aleatorización en régimen de consulta y se hará seguimiento a los 7(t1), 14(t2), 21(t3), 28(t4), 35(t5) y 42(t6) días. Aleatorización, ciego y asignación de tratamiento. Ésta aleatorización será centralizada y tendrá lugar inmediatamente después de la inclusión de un paciente elegible.

Los pacientes documentados como diagnóstico de hipertensión arterial serán incluidos en un grupo de captación. Antes de poder iniciar cualquier actividad de selección, deberá haberse obtenido el consentimiento informado por escrito firmado y fechado. Los pacientes serán informados previamente del propósito y desarrollo del estudio. Se resolverán todas las dudas que pudieran plantear. Se les reiterará posibilidad incondicional de retirarse en cualquier momento.

Se realizará una estadística descriptiva mediante medidas de tendencia central y de dis-

persión para las variables cuantitativas, y distribuciones de frecuencia para las categóricas, por separado para el grupo experimental y el control. Las variables basales se compararán usando esas técnicas. Se presentará un diagrama de flujo que explicará la secuencia desde la población inicialmente elegible a la finalmente estudiada (negativas, abandonos, pérdidas al seguimiento,...), siguiendo los criterios de la guía CONSORT.

La variable principal de resultado (VPR) será el cambio en la puntuación global del afrontamiento del paciente. Se realizará un modelo de regresión lineal simple para esa VPR y se establecerá el nivel de significación en  $p < 0.05$ . Posteriormente se ajustará un modelo de regresión lineal múltiple, incluyendo la variable "Grupo experimental o Control" y ajustando por las variables basales que pudieran estar desbalanceadas. Estos mismos modelos de regresión lineal simple y múltiple se usan para medir la variación en las cifras de tensión arterial.

Se realizará un estudio descriptivo en el grupo de intervención de las principales causas de estrés que surjan durante la terapia.

Por todo lo expuesto nos planteamos la presente investigación. En la actividad diaria tratamos pacientes hipertensos que presentan una gran dificultad para controlar las cifras de TA. Éstos pacientes pueden ser diagnosticados en un alto porcentaje de afrontamiento inefectivo (00069 según NANDA). El propósito de la investigación es la aplicación de la terapia de resolución de proble

---

# *Retinopatía hipertensiva: iconografía de una ceguera silenciosa*

**F. SANTOS**

Hospital Universitario "Reina Sofía". Servicio de Oftalmología, Consulta Externa. Córdoba

La Hipertensión Arterial se define como una presión diastólica igual o mayor a 90 mmHg y una sistólica igual o mayor a 140 mmHg. Es el cuarto factor de riesgo de mortalidad a escala mundial. En la mayoría de países la prevalencia se encuentra entre un 15% y el 30%, aumentando con la edad, después de los 50 años casi el 50% de la población padece HTA.

La Hipertensión Arterial, por el hecho de ser una enfermedad sistémica, compromete órganos como el cerebro, el corazón, el riñón y también el ojo. La Retinopatía Hipertensiva es el conjunto de alteraciones que tienen lugar en la retina en relación con la hipertensión arterial pero no la única, la Coroidopatía Hipertensiva y la Neuropatía Hipertensiva son otras.

La prevalencia de retinopatía en pacientes hipertensos, oscila entre el 7,8 y 11%.

**Fisiopatología:**

Las alteraciones que la HTA sistémica ocasiona en el parénquima retiniano y en el árbol vascular se producen a través de varios mecanismos: a) vasoconstricción arteriolar b) esclerosis vascular y c) ruptura barrera hemato-retiniana con aumento de exudado de sangre y lípidos con isquemia retinal.

Los signos clínicos dependen del estado previo de vascularización, de la intensidad de la hipertensión y del modo lento o brusco de aparición.

Existen varias clasificaciones pero una de las más utilizadas es la de Keith-Wagener-Barker.

Se realiza un recorrido iconográfico de las diferentes etapas de esta clasificación y de las complicaciones finales de la retinopatía Hipertensiva.

# Intervención básica sobre tabaquismo

AUTORES.- MEMBRILLO M, BENEDIT-MEMBRILLO A, BENEDIT A, GARCIA FL.

**Justificación.-** En la actualidad el tabaquismo es el principal problema de salud pública y la primera causa de muerte prevenible en los países desarrollados. El tabaco es el responsable de alrededor del 30% de todos los fallecimientos por cáncer, del 20% de las muertes producidas por enfermedades coronarias y accidentes cerebrovasculares y de más del 80% de los casos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Todos los profesionales sanitarios, debemos estimular la abstinencia, explicar los diferentes métodos disponibles para tratar el tabaquismo y ofrecer ayuda a todos aquellos fumadores que manifiestan el deseo de abandonar su hábito tabaquico. Una de las medidas a utilizar para fomentar la prevención y control del tabaquismo es la Intervención Mínima impartida en el marco asistencial.

**Objetivo.-** Que los profesionales de enfermería adquieran los conocimientos y habilidades para realizar intervención básica sobre tabaquismo, ya sea en el ámbito de atención primaria o de atención especializada.

**Metodología.-** Para ayudar al fumador, la mayoría de organizaciones recomiendan estructurar las intervenciones en cinco pasos, conocidos como las 5 "A".

Averiguar si el paciente fuma. Identificar sistemáticamente a todos los fumadores.

Aconsejar firme y convincentemente dejar de fumar.

Apreciar y valorar la disposición del paciente para dejar de fumar.

Ayudar al paciente en el abandono del tabaquismo.

Acordar y programar visitas de seguimiento.

El fumador puede situarse en distintas fases respecto a su intención de abandonar el consumo de tabaco. Para determinar la fase se utilizará el esquema de Prochaska y Di Clemente. La estrategia terapéutica a seguir según el grado de motivación, variará en función de la fase e que se encuentre el fumador.

**Conclusiones.-** La intervención básica sobre tabaquismo es una herramienta de trabajo muy útil, sencilla y accesible para todos los profesionales de enfermería.

La intervención mínima llevada a cabo tanto por médicos como por profesionales de la enfermería, ya sea en Atención Primaria ó en Especializada, se ha mostrado eficaz y eficiente, y su uso debe ser recomendado de rutina en la práctica asistencial habitual.

# *Relación entre factores de riesgo cardiovascular e hipertensión arterial observada en oficinas de farmacia españolas*

**SR MARTÍNEZ PÉREZ, PD ARMANDO, AC MOLINA, M MARTÍ, F MARTÍNEZ**

Farmacia Sebastián R. Martínez Pérez (Granada);  
Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada.

**INTRODUCCIÓN:** Las oficinas de farmacia son los centros sanitarios con mayor accesibilidad y cercanía a la población. Por ello, una serie de medidas de presión arterial (PA) en condiciones estandarizadas pueden ser útiles para detectar posibles hipertensos y relacionar sus valores de hipertensión arterial (HTA) con posibles factores de riesgo que hayan podido inducirla.

**PROPÓSITOS DEL ESTUDIO:** 1) Determinar la influencia que, en los valores de PA, producen distintos factores de riesgo cardiovascular: edad, sexo, obesidad (IMC), hábito tabáquico, sedentarismo, diagnóstico de diabetes y diagnóstico previo de HTA. 2) Determinar la prevalencia de PA elevada y HTA en pacientes sin tratamiento farmacológico para la HTA.

**MÉTODOS USADOS:** Diseño observacional, descriptivo, transversal; realizado en 43 oficinas de farmacia de España. Los pacientes incluidos fueron mayores de 18 años, sin tratamiento farmacológico para la HTA y no eran mujeres embarazadas. En condiciones estandarizadas se tomaron varias medidas de la PA de los pacientes en 2 días distintos y se obtuvo el valor de PA de cada paciente, que se relacionó con los distintos factores de riesgo que presentaba, registrándose en una ficha individual. Según sus cifras de PA, se clasificaron a los pacientes en las 6 categorías que proponen las Sociedades Europeas de Hipertensión y Cardiología. De esta forma se pudo determinar la prevalencia de pacientes con PA elevada (PA  $\geq$ 130/85 mmHg) y con HTA (PA  $\geq$ 140/90 mmHg). Todas las medidas de PA se realizaron con un aparato oscilométrico validado.

**RESULTADOS:** Se ofertó la participación a 3760 pacientes y aceptaron participar 2574, de los que 2094 completaron el estudio. Se manifestó claramente la influencia de la edad y el sexo (ser varón) en el incremento de los valores de PA. El porcentaje de PA elevada y HTA se incrementó a medida que se subía un grupo la categoría del IMC y también conforme aumentó el consumo medio diario de cigarrillos. La práctica de ejercicio físico no influyó en este estudio sobre los valores de PA. El ser diabético o el tener diagnóstico previo de HTA aumentó los porcentajes de pacientes con PA elevada y HTA. El riesgo de tener HTA fue: 4,2 veces mayor en los pacientes mayores de 65 años; 2,9 veces mayor en los que habían sido diagnosticados previamente de HTA; 2,8 veces mayor en los pacientes con sobrepeso u obesidad; 2,7 veces mayor en los diabéticos y 2,2 veces mayor en los hombres respecto a las mujeres. La prevalencia de PA elevada fue del 33,6% y la prevalencia de HTA del 22,8%.

**CONCLUSIONES:** Se constató que, a medida que aumentó el número de factores de riesgo que presentaba el paciente, también aumentó el porcentaje de pacientes con PA elevada y con HTA. Algunos de los factores de riesgo que afectan a los pacientes con valores elevados de PA podrían controlarse mediante el desarrollo de actividades de educación sanitaria planificadas desde las oficinas de farmacia. Se observó una prevalencia de HTA del 22,8%.

# *Relación entre factores de riesgo cardiovascular e hipertensión arterial observada en oficinas de farmacia españolas*

**SR MARTÍNEZ PÉREZ, PD ARMANDO, AC MOLINA, M MARTÍ, F MARTÍNEZ**

Farmacia Sebastián R. Martínez Pérez (Granada); Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada.

**INTRODUCCIÓN:** Las oficinas de farmacia son los centros sanitarios con mayor accesibilidad y cercanía a la población. Por ello, una serie de medidas de presión arterial (PA) en condiciones estandarizadas pueden ser útiles para detectar posibles hipertensos y relacionar sus valores de hipertensión arterial (HTA) con posibles factores de riesgo que hayan podido inducirla.

**PROPÓSITOS DEL ESTUDIO:** 1) Determinar la influencia que, en los valores de PA, producen distintos factores de riesgo cardiovascular: edad, sexo, obesidad (IMC), hábito tabáquico, sedentarismo, diagnóstico de diabetes y diagnóstico previo de HTA. 2) Determinar la prevalencia de PA elevada y HTA en pacientes sin tratamiento farmacológico para la HTA.

**MÉTODOS USADOS:** Diseño observacional, descriptivo, transversal; realizado en 43 oficinas de farmacia de España. Los pacientes incluidos fueron mayores de 18 años, sin tratamiento farmacológico para la HTA y no eran mujeres embarazadas. En condiciones estandarizadas se tomaron varias medidas de la PA de los pacientes en 2 días distintos y se obtuvo el valor de PA de cada paciente, que se relacionó con los distintos factores de riesgo que presentaba, registrándose en una ficha individual. Según sus cifras de PA, se clasificaron a los pacientes en las 6 categorías que proponen las Sociedades Europeas de Hipertensión y Cardiología. De esta forma se pudo determinar la prevalencia de pacientes con PA elevada (PA  $\geq$ 130/85 mmHg) y con HTA (PA  $\geq$ 140/90 mmHg). Todas las medidas de PA se realizaron con un aparato oscilométrico validado.

**RESULTADOS:** Se ofertó la participación a 3760 pacientes y aceptaron participar 2574, de los que 2094 completaron el estudio. Se manifestó claramente la influencia de la edad y el sexo (ser varón) en el incremento de los valores de PA. El porcentaje de PA elevada y HTA se incrementó a medida que se subía un grupo la categoría del IMC y también conforme aumentó el consumo medio diario de cigarrillos. La práctica de ejercicio físico no influyó en este estudio sobre los valores de PA. El ser diabético o el tener diagnóstico previo de HTA aumentó los porcentajes de pacientes con PA elevada y HTA. El riesgo de tener HTA fue: 4,2 veces mayor en los pacientes mayores de 65 años; 2,9 veces mayor en los que habían sido diagnosticados previamente de HTA; 2,8 veces mayor en los pacientes con sobrepeso u obesidad; 2,7 veces mayor en los diabéticos y 2,2 veces mayor en los hombres respecto a las mujeres. La prevalencia de PA elevada fue del 33,6% y la prevalencia de HTA del 22,8%.

**CONCLUSIONES:** Se constató que, a medida que aumentó el número de factores de riesgo que presentaba el paciente, también aumentó el porcentaje de pacientes con PA elevada y con HTA. Algunos de los factores de riesgo que afectan a los pacientes con valores elevados de PA podrían controlarse mediante el desarrollo de actividades de educación sanitaria planificadas desde las oficinas de farmacia. Se observó una prevalencia de HTA del 22,8%.

# *Efectos de la educación sanitaria en oficinas de farmacia sobre la disminución de los valores de presión arterial*

**SR MARTÍNEZ PÉREZ, PD ARMANDO, AC MOLINA, M MARTÍ, F MARTÍNEZ**

Farmacia Sebastián R. Martínez Pérez (Granada); Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada.

**INTRODUCCIÓN:** Los farmacéuticos comunitarios, que trabajan en oficinas de farmacia, son los profesionales de la salud más accesibles a la población y se encuentran en una posición ventajosa para realizar actividades de educación sanitaria.

**PROPÓSITO DEL ESTUDIO:** Evaluar el resultado y el efecto de la intervención farmacéutica (IF) sobre las cifras de presión arterial (PA), en las personas que al inicio del estudio presenten valores de PA elevada.

**MÉTODOS USADOS:** Diseño cuasiexperimental, pretest-posttest sin grupo control. El estudio se realizó en 43 oficinas de farmacia de España y los pacientes incluidos fueron mayores de 18 años, sin tratamiento farmacológico para la hipertensión arterial (HTA) y no eran mujeres embarazadas. En condiciones estandarizadas se tomaron varias medidas de PA de los pacientes en 2 días distintos, obteniéndose el valor inicial de PA del paciente. Todas las medidas de PA se realizaron con un aparato oscilométrico validado. Los pacientes que presentaron cifras de PA  $\geq 130/85$  mmHg recibieron una IF por parte de los farmacéuticos participantes, consistente en proporcionarles educación sanitaria e información escrita sobre hábitos de vida saludables para disminuir la PA. Si tenían cifras de PA  $\geq 160/100$  mmHg, o en situaciones especiales, se les recomendó ir al médico, para que éste efectuara el diagnóstico e instaurase tratamiento farmacológico, si era necesario. Ocho semanas después se constató el resultado y el efecto de ésta IF en el

paciente, volviendo a medir su PA y comparando los nuevos valores con los que se obtuvieron antes. El resultado de la IF se clasificó como: positivo (si el paciente modificó al menos un hábito de vida y/o acudió al médico siguiendo el consejo del farmacéutico), nulo (no se modificó ningún hábito de vida ya que los seguía a todos al inicio del estudio) y negativo (no se modificó ningún hábito de vida porque el paciente no quiso). Se calculó además el número de pacientes que es necesario tratar (NNT).

**RESULTADOS:** Se ofertó la participación a 3760 pacientes, aceptaron participar 2574, de los cuales 2094 completaron la primera fase del estudio. 397 pacientes completaron la IF, siendo positiva en 246 pacientes; de ellos, el 80,1% mejoraron en al menos una categoría sus valores de PA. Se obtuvo un NNT de 1,5.

**CONCLUSIONES:** La IF fue positiva en el 62,0% de los pacientes sobre los que se realizó. Cuando esto ocurrió, 4 de cada 5 pacientes disminuyeron en al menos una categoría sus valores de PA. La proporción de pacientes, tanto con PA elevada, como con HTA, disminuyó significativamente después de la IF positiva y no varió significativamente después de la IF negativa. El NNT indica que es necesario realizar IF positiva sólo en 3 pacientes para conseguir que 2 de ellos bajen al menos una categoría sus valores de PA. Dentro de los pacientes con IF positiva hubo una disminución mayor de PA en los pacientes que acudieron al médico y, dentro de éstos, en los que recibieron tratamiento farmacológico.







