

Riesgo Vascular

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

34º Congreso Médico SAHTA

21^{as} Jornadas de Enfermería

19^{as} Jornadas de Farmacéuticos

SAHTA
RIESGO VASCULAR

Junta Directiva SAHTA

Presidente

Dr. D. Luis Castilla Guerra

Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Secretario

Dr. D. Jesús Vergara Martín

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Médico Bayyana. Almería.

Tesorero

Dr. D. Fernando Jaén Águila

Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Presidente Ex Oficio

Dra. D^a. María Dolores Martínez Esteban

Nefrología. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

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. Javier López Moreno

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

Vocal de Granada

Dra. D^a. María Josefa Antolinos Pérez

Cardiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Vocal de Huelva

Dra. D^a. Begoña Merelo Ruiz

Hospital Comarcal Infanta Elena. Huelva

Vocal de Jaén

Dra. D^a. María Jesús Martínez Soriano

Medicina Interna. Hospital Universitario de Jaén.

Vocal de Málaga

Dra. D^a. M^a Dolores López Carmona

Medicina Interna. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

Vocal de Sevilla

Dr. D. Luis Matias Beltrán Romero

Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Vocal MIR

Dr. D. Pablo Astudillo Ortega

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Vocal de Enfermería

Sra. D^a. Ana Belén Arrabal Téllez

Enfermera. Atención primaria UGC Nerja. Málaga

Vocal de Farmacia

Dr. D. Emilio García Jiménez

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

Vocal de Investigación, Docencia y Formación

Dr. D. José Fco. Frías Rodríguez

Medicina Familiar y Comunitaria. Jefe de sección de urgencias.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Vocal de Formación

Dr. D. Antonio Espino Montoro

Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Vocal de Investigación hospitalaria

Dr. D. Juan Diego Mediavilla García

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

Vocal de Investigación Primaria

Dr. D. Francisco Villalba Alcalá

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

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

Estimados amigos/as y compañeros/as,

En nombre de los Comités Organizador y Científico, es un honor daros la bienvenida a la 34ª Edición del Congreso Médico de la Sociedad Andaluza de Hipertensión y Riesgo Vascular (SAHTA), 21ª Jornada de Enfermería y 19ª Jornada de Farmacéuticos. Este año, la ciudad de Málaga será el epicentro de un encuentro que refleja un carácter abierto, diverso, multidisciplinar y profundamente comprometido con la excelencia científica y la medicina con valor añadido.

Desde su origen, SAHTA ha sido un referente en la integración de distintos ámbitos sanitarios, promoviendo la actualización continua en el abordaje del riesgo vascular y reafirmando nuestro compromiso con la formación continuada de los profesionales sanitarios. Esta labor no solo fortalece nuestra práctica profesional, sino que, en última instancia, impacta en el bienestar de la ciudadanía andaluza. La prevención cardiovascular y la atención de calidad son pilares fundamentales de nuestra vocación, y este congreso es un espacio clave para avanzar en ellos.

La Prevención y Valoración del Riesgo Vascular siguen siendo desafíos cruciales en la salud pública, representando una de las principales causas de morbilidad en el mundo desarrollado. Afrontar su prevención y tratamiento exige una coordinación efectiva entre niveles asistenciales, lo que convierte a este congreso en una oportunidad única para compartir conocimientos, generar debate y avanzar de manera conjunta en la lucha contra esta patología.

Hemos diseñado un programa que refleja nuestro compromiso con el rigor, la innovación y la formación continuada de los profesionales: talleres interactivos, comunicaciones orales, presentación de pósters digitales, mesas redondas y conferencias magistrales. Contaremos con ponentes de gran prestigio a nivel nacional e internacional, cuya participación enriquece el congreso y refuerza nuestro propósito de seguir elevando el nivel científico de la SAHTA. Agradecemos especialmente a la Industria Farmacéutica su inquebrantable apoyo a la Formación Médica, facilitando el intercambio de conocimiento que nos permite seguir avanzando.

Os animamos a presentar vuestros trabajos, ya sean investigaciones, estudios descriptivos, series de casos o casos clínicos excepcionales. Cada aportación es una pieza clave en nuestro compromiso con la prevención, el manejo del riesgo vascular y la excelencia en la práctica médica.

Málaga, tierra de luz y cultura, destaca por ser hospitalaria, vibrante y en constante evolución. Desde la Alcazaba hasta el Mediterráneo, su historia y modernidad se entrelazan en un escenario perfecto para la ciencia y la convivencia. Esperamos que esta ciudad nos brinde, además del marco idóneo para el congreso, una oportunidad para compartir experiencias, estrechar lazos y seguir construyendo juntos una medicina más humana y de excelencia.

Con entusiasmo y compromiso, os damos la bienvenida a este encuentro donde Andalucía se reafirma como cuna de innovación, rigor científico y vocación sanitaria al servicio de la población.

¡Nos vemos en Málaga!

Atentamente,

Comité Organizador y Comité Científico de SAHTA

Comités

Comité Organizador Medicina

Presidenta

Dra. D^a. María Dolores López Carmona

Medicina Interna. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Vicepresidenta

Dra. D^a. María Dolores Martínez Esteban

Nefrología. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Secretaria

Dra. D^a. M^a Dolores García de Lucas

Medicina Interna. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Vocales

Dra. D^a. Beatriz Concepción Avilés Bueno

Nefrología. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Dra. D^a. María José Benítez Toledo

Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Dra. D^a. Inmaculada Coca Prieto

Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Dr. D. Javier Espildora Hernández

Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Dr. D. José Fernández Navarro

Neurología. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Dra. D^a. Montserrat Fontalba Navas

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera - Estación. Málaga.

Dra. D^a. Aranzazu García Buendía

*Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de la Miel- Benalmadena.
D.S. Costa del Sol. Málaga.*

Dr. D. Francisco José Guerrero Márquez

Cardiología. Hospital de la Serranía de Ronda. Málaga.

Dra. D^a. Inmaculada González Molero

Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Dr. D. Manuel Jiménez Villodres

Nefrología. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Dr. D. Juan Manuel Lebrón Ramos

Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Málaga.

Dr. D. Jairo Luque Del Pino

Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Málaga.

Dr. D. Julio Manuel Moreno Salcedo

Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Málaga.

Dra. D^a. Pilar Navarro Gallardo

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colonia Santa Inés- Teatinos. Guadalorce. Málaga.

Dr. D. Jesús Olmedo Llanes

Medicina Interna. Hospital de Antequera. Málaga.

Dr. D. Julio Osuna Sánchez

Medicina Interna. Hospital de la Axarquía. Málaga.

Dr. D. Francisco Rodríguez Díaz

Medicina Interna. Hospital de la Axarquía. Málaga.

Dra. D^a. María del Carmen Ruiz Ciudad

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Capuchinos. Guadalorce. Málaga.

Comité Científico Medicina

Presidente

Dr. D. Leovigildo Ginel Mendoza

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ciudad Jardín. Málaga.

Secretario

Dr. D. Fernando Salgado Ordóñez

Medicina Interna. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Vocales

Dr. D. Luis Ávila Lachica

*Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Almáchar. UGC Vélez Norte. Málaga.
Coordinador del Grupo de Trabajo de SAMFyC de Diabetes.*

Dra. D^a. Eva Fragero Blesa

Hospital Regional Universitario de Málaga.

Dr. D. José Luis De La Fuente Madero

Medicina Familiar y Comunitaria. Torremolinos. Málaga.

Dr. D. Miguel Ángel García Ordóñez

Medicina Interna. Hospital de Antequera. Málaga.

Dr. D. Ricardo Gómez Huelgas

Medicina Interna. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Dra. D^a. Verónica López Jiménez

Nefrología. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Dr. D. Jose Antonio López Medina

Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Dra. D^a. Monica Martín Velázquez

Nefrología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Dr. D. Eloy Rueda Calle

Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Dr. D. Miguel Ángel Sánchez Chaparro

Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Comité Organizador Farmacia

Presidente

Sr. D. Francisco Criado Martínez

Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Málaga.

Secretario

Sr. D. Alberto Barrionuevo Torres

Farmacéutico Comunitario. Vocal de Oficina de Farmacia.

Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Málaga.

Vocales

Sra. D^a. María Jesús Alfaro Almagro

Farmacéutica. Centro Información del Medicamento.

Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Málaga.

Sra. D^a. Elena Pérez-Lanzac Vives

Farmacéutica. Centro Información del Medicamento.

Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Málaga.

Sra. D^a. Carmen Vela Márquez

Farmacéutica de Atención Primaria. Distrito Málaga Guadalhorce.

Sra. D^a. Javier Velasco Martínez

Farmacéutico Comunitario. Alhaurín el Grande. Málaga. Vocal de SEFAC en Málaga.

Comité Científico Farmacia

Presidenta

Sra. D^a. Nuria García-Agua Soler

Farmacéutica. Profesora Departamento Farmacología. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga.

Vocal de Investigación y Docencia del Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Málaga.

Secretario

Sr. D. Emilio García Jiménez

Farmacéutico Comunitario. Miembro Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica.

Universidad de Granada.

Vocales

Sra. D^a. María Espinosa Bosch

Farmacéutica Hospital Regional Universitario de Málaga.

Vocal de Hospitales del Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Málaga.

Sr. D. Rafael Paéz Valle

Farmacéutico de Atención Primaria. Distrito Málaga Guadalhorce.

Sr. D. Víctor Relinque Mera

Farmacéutico Comunitario. Vocal de SEFYNC Málaga. Málaga.

Sra. D^a. Carmen Sanchis Ávila

Farmacéutica. Centro Información del Medicamento.

Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Málaga.

Comité Organizador Enfermería

Presidenta

Sra. D^a. Ana Belén Arrabal Téllez

Enfermera. Atención Primaria UGC Nerja – AGS Este Málaga-Axarquía. Miembro del equipo de la web de la Asociación de Enfermería Comunitaria. Tutora de formación en ANDAVAC. Presidenta del Comité Organizador de las 21^a Jornadas de Enfermería. Vocal de enfermería de la SAHTA. Secretaria del GRAP (Grupo Respiratorio de Atención Primaria a nivel nacional). Inventora del reloj inteligente para personas diabéticas.

Miembros

Sra. D^a. Julia Barrera Barrera

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

Sr. D. Casto López Gallardo

Enfermería. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

Sra. D^a. Arianna Lorenzo Arrabal

Enfermería. Hospital Vithas Xanit Internacional. Benalmadena. Málaga.

Sra. D^a. Eugenia María Mejías Delgado

Enfermería. Atención Primaria. Málaga

Sra. D^a. Ana Belén Romero Cañadillas

Enfermería. Zona Básica de Salud Osuna. Sevilla.

Comité Científico Enfermería

Presidenta

Sra. D^a. Ana Belén Arrabal Téllez

Enfermera. Atención Primaria UGC Nerja – AGS Este Málaga-Axarquía. Miembro del equipo de la web de la Asociación de Enfermería Comunitaria. Tutora de formación en ANDAVAC. Presidenta del Comité Organizador de las 21^a Jornadas de Enfermería. Vocal de enfermería de la SAHTA. Secretaria del GRAP (Grupo Respiratorio de Atención Primaria a nivel nacional). Inventora del reloj inteligente para personas diabéticas.

Miembros

Sra. D^a. Isabel Cerván Casanova

Enfermería. Zona Básica de Salud La Carihuela. Málaga.

Sra. D^a. María Gálvez González

Enfermería. Responsable Unidad Tabaquismo. Enfermera Referente Centros Educativos. UGC La Carihuela. Distrito Sanitario Costa del Sol. Málaga.

Sra. D^a. Begoña Martín Muñoz

Enfermería. Práctica Avanzada en el Hospital Regional Universitario de Málaga.

Sr. D. Carlos Alberto Pazos Amodeo

*Enfermería. Insuficiencia Cardíaca de Medicina Interna (UMIPIC)
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.*

SUMARIO

Resúmenes

Medicina.....	11
Farmacia.....	38
Enfermería	42

Comunicaciones

Comunicaciones Medicina.....	49
Comunicaciones Enfermería	122
Comunicaciones Farmacia	140

Revista Riesgo Cardiovascular

Medicina

34º Congreso Médico SAHTA

Sociedad Andaluza de Hipertensión Arterial

Taller: Herramientas diagnósticas para el control del riesgo vascular.

Ponentes:

Dra. María Dolores Martínez Esteban

La automedida de la presión arterial (AMPA) es una técnica diagnóstica y de seguimiento en la que el propio paciente mide su presión arterial en su domicilio, utilizando un tensiómetro automático validado. Su principal objetivo es obtener valores más reales, evitando el "efecto bata blanca" y promoviendo la participación activa del paciente en el control de su enfermedad. Se recomienda especialmente para confirmar o descartar hipertensión de bata blanca o enmascarada, verificar diagnósticos iniciales antes de iniciar tratamiento farmacológico y evaluar la eficacia de los tratamientos antihipertensivos.

Entre sus ventajas destacan su accesibilidad, sencillez y fiabilidad, además de su utilidad educativa, al implicar al paciente en el seguimiento. Para garantizar resultados válidos, es esencial seguir un protocolo: evitar café, tabaco o ejercicio antes de medir, reposar cinco minutos y mantener postura adecuada. Se aconseja realizar dos mediciones por la mañana y dos por la tarde durante 3 a 7 días, descartando el primer día.

Los valores normales de AMPA son inferiores a 135/85 mmHg. La primera medición debe hacerse en ambos brazos, usando posteriormente el que registre cifras más altas. Es crucial emplear un manguito del tamaño adecuado según la circunferencia del brazo. En conjunto, el AMPA es una herramienta esencial para el diagnóstico, control y educación en hipertensión arterial.

Dr. Javier Espildora Hernández

Constituye un método útil en el diagnóstico de la hipertensión arterial, esencial o secundaria. También en aquellos pacientes ya diagnosticados en los que haya dudas sobre el ajuste del tratamiento. No hay un patrón único a la hora de interpretar un MAPA, por lo que se expone aquí a continuación recomendaciones estandarizadas en la práctica clínica diaria:

- 1º) Documentar los datos de filiación y si el paciente está o no con tratamiento antihipertensivo en el momento del estudio.
- 2º) Valorar si el registro es o no válido: se asume como válido un porcentaje > 80% de lecturas exitosas (en determinados casos podría bastar un 75%).
- 3º) Anotar las cifras promedio de TAS/TAD 24 h, así como el promedio durante el periodo diurno y durante el periodo nocturno. También describir la máxima TAS y la máxima TAD y la hora a la que se registraron.
- 4º) Anotar las cargas de Presión, entendiéndose estas como el porcentaje de tiempo que las cifras de TAS y TAD superan los límites normales, durante las 24 h y durante los periodos diurno y nocturno.
- 5º) Anotar las cifras tensionales en el periodo del despertar (6-8 am).
- 6º) Describir el patrón nocturno: dipper (curva fisiológica descendente), no-dipper o riser (patológicos).
- 7º) Establecer una conclusión: HTA controlada, no controlada, mejorable en periodo nocturno, etc.

Dra. María José Benítez Toledo

El lipidograma es una herramienta fundamental para la evaluación del riesgo cardiovascular y la prevención de enfermedades metabólicas complejas. Su importancia radica en que las alteraciones lipídicas contribuyen a la patogenia de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA), permitiendo una estratificación precisa del riesgo en diversos escenarios clínicos.

Aunque la reducción del colesterol LDL sigue siendo el objetivo primario de la terapia, la dislipidemia aterogénica puede persistir incluso con niveles normales de LDL, motivo por el cual se recomienda una evaluación más detallada del perfil lipídico y de las partículas lipoproteicas.

Las lipoproteínas, responsables del transporte de lípidos en sangre, se agrupan en quilomicrones, VLDL, IDL, LDL, HDL y Lp(a). El LDL, conocido como "colesterol malo", transporta colesterol hacia los tejidos y arterias, facilitando la formación de ateromas; el HDL, "colesterol bueno", retira colesterol de tejidos periféricos hacia el hígado. La Lp(a), variante de la LDL enriquecida con apolipoproteína (a), es un marcador de riesgo cardiovascular indepen-

diente. La concentración y función de estas partículas puede variar según el estado metabólico del paciente, y cada fracción lipídica aporta información específica sobre el riesgo y la fisiopatología subyacente.

El lipidograma convencional incluye colesterol total, LDL-c; HDL-c, triglicéridos, y colesterol no-HDL. Además, se recomienda la determinación de ApoB y Lp(a), en especial en diabéticos, pacientes con síndrome metabólico, o aquellos en los que el control de LDL no se corresponde con el riesgo observado. El colesterol no-HDL y la ApoB reflejan mejor el número de partículas aterogénicas y el riesgo de eventos cardiovasculares, proporcionando un enfoque más próximo a la fisiopatología de la dislipidemia compleja. La ApoA1, proteína principal del HDL, se usa en el diagnóstico y cribado genético de hipercolesterolemia familiar y su índice relativo con respecto a ApoB identifica mejor a los portadores de variantes genéticas en diferentes contextos.

Otros componentes minoritarios, como la ApoC-III y la ApoE, se relacionan con el metabolismo de triglicéridos y disbetalipoproteinemia, mientras que las LDL electronegativas y oxidadas tienen un papel proinflamatorio y proaterogénico relevante. El análisis detallado de estas partículas y biomarcadores permite identificar trastornos genéticos como la hipercolesterolemia familiar, abetalipoproteinemia y la hiperlipoproteinemia (a), así como dislipemias asociadas a resistencia a la insulina, diabetes o síndrome metabólico.

En conclusión, la interpretación clínica del lipidograma debe considerar tanto los valores convencionales como el número, composición y funcionalidad de las partículas lipídicas. Esto permite realizar una evaluación global y personalizada, particularmente en pacientes con riesgo residual elevado, optimizando el manejo y la prevención de eventos cardiovasculares de manera más eficaz.

Dr. Francisco Rodríguez Díaz

La evaluación neurovascular del pie en personas con diabetes mellitus aborda una exploración sistemática para identificar a pacientes con diabetes en riesgo de neuropatía y enfermedad arterial periférica, fundamentales para prevenir el desarrollo de úlceras y complicaciones vasculares (1,2). Basada en las guías del Grupo Internacional de Trabajo en Pie Diabético (IWGDF) (1) y adaptada para la práctica clínica en atención primaria (3), esta evaluación sigue un algoritmo estructurado en tres pasos: valoración inicial, neurológica y vascular.

En la valoración inicial, se realiza anamnesis dirigida para detectar síntomas de neuropatía (dolor, hormigueo) y enfermedad arterial periférica (claudicación), junto con inspección visual del pie en busca de deformidades, callosidades, fisuras o úlceras, además de la revisión del calzado (3). Se estratifica el riesgo del paciente para ajustar la frecuencia de revisiones según categorías definidas (1,3).

La valoración neurológica incluye pruebas sencillas y accesibles como el monofilamento de 10 gramos para la detección de pérdida de sensibilidad protectora, el test de Ipswich en ausencia del monofilamento y la valoración de la sensibilidad vibratoria con diapasón (1,4). Se incorporan la evaluación de reflejos tendinosos profundos y la capacidad de diferenciar estímulos térmicos, permitiendo detectar disfunciones sensitiva y autonómica, claves para prevenir lesiones y facilitar la estratificación de riesgo neuropático (4).

La valoración vascular se fundamenta en anamnesis específica dirigida a síntomas de enfermedad arterial periférica y en la inspección para signos de isquemia (2). La palpación bilateral de pulsos distales pedios y tibiales posteriores es esencial, complementada por pruebas no invasivas como el índice tobillo-brazo (ITB), que cuantifica la perfusión arterial (1,3). Se resalta la importancia del índice dedo-brazo en casos de calcificación arterial, que puede falsear los resultados del ITB (1). La clasificación del riesgo vascular permite decidir la necesidad de seguimiento o derivación a unidades especializadas (2,3).

Como recomendaciones complementarias, destacar la educación en cuidado e higiene del pie, el uso adecuado de calzado, control estricto de glucemia, presión arterial y lípidos, detección precoz de infecciones y un enfoque multidisciplinar coordinado (4). Enfatizar en la promoción del ejercicio, abandono del tabaco y dieta equilibrada para mejorar la salud vascular (3). La documentación organizada en sistemas informáticos facilita auditoría y mejora la calidad asistencial (3).

Este enfoque integral y práctico de la evaluación neurovascular del pie diabético es clave para reducir la morbilidad asociada y mejorar la calidad de vida de los pacientes con diabetes, alineándose con las recomendaciones internacionales y nacionales más vigentes (1,2,3,4).

Bibliografía

1. The IWGDF Editorial Board. Practical guidelines on the prevention and management of diabetes-related foot disease. IWGDF 2023 update. *Diabetes Metabolism Research and Reviews*. 2024; Mar; 40(3):e3657.
2. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2025. *Diabetes Care*. 2025; 48 (Suppl 1).
3. Junta de Andalucía. Proceso Asistencial Integrado Diabetes Mellitus. 3ª edición. Sevilla: Consejería de Salud. 2018.
4. Arias-Rodríguez FD, et al. Pie diabético. Actualización en diagnóstico y tratamiento. *Revista Clínica Española*. 2023.

Taller: Estimación del Riesgo vascular en diferentes escenarios.

Ponentes:

Dra. Montserrat Fontalba Navas

La estratificación del riesgo cardiovascular consiste en determinar el riesgo individualizado de un paciente; permitiendo fijar objetivos lipídicos precisos, decidiendo cuándo y cómo iniciar el tratamiento farmacológico, siempre en el contexto de la decisión compartida con el paciente.

Las guías europeas de riesgo cardiovascular nos proporcionan herramientas validadas para esta tarea. El sistema SCORE2 (para edades de 40 a 69 años) y su adaptación para la población de edad avanzada, el SCORE2-OP (de 70 a 89 años), son cruciales. Estos algoritmos estiman el riesgo a 10 años de eventos cardiovasculares (fatales y no fatales), basándose en las variables: edad, sexo, tabaquismo, presión arterial sistólica y el colesterol no-HDL.

La complejidad aumenta en poblaciones específicas. Para pacientes con diabetes mellitus, el sistema SCORE2-DM ofrece una calibración más fina, incorporando variables críticas como la duración de la diabetes (edad de diagnóstico), el control glucémico (HbA1c) y la presencia de nefropatía (tasa de filtrado glomerular). Esta estratificación es vital en prevención primaria (pacientes con factores de riesgo, pero sin enfermedad vascular aterosclerótica establecida). En cambio, los pacientes en prevención secundaria se clasifican automáticamente como de muy alto riesgo, teniendo ya un riesgo basal definido que exige la máxima intensidad terapéutica.

Dr. Manuel Jiménez Villodres

Las guías KDIGO 2024 recomiendan una vigilancia personalizada de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) según el riesgo de progresión, basado en el filtrado glomerular estimado (FG) y el cociente albúmina/creatinina (CAC). La guía recomienda realizar controles desde anuales (bajo riesgo), hasta trimestrales (muy alto riesgo) según el sujeto. Además, el riesgo de eventos renales y cardiovasculares aumenta conforme desciende el FG y se eleva la albuminuria. Dada la fuerte asociación entre ERC y riesgo cardiovascular (RCV), KDIGO enfatiza el control integral de los Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV) mediante medidas generales y

farmacológicas:

Hipertensión arterial (KDIGO 2021):

Se recomienda una presión arterial sistólica objetivo < 120 mmHg con cambios en el estilo de vida (restricción de sal, ejercicio) y tratamiento farmacológico escalonado, comenzando con biterapia. En mayores de 75 años, puede iniciarse monoterapia si la TAS <150 mmHg.

Diabetes Mellitus (KDIGO 2022):

El manejo prioriza el beneficio cardiovascular y de progresión renal sobre el control glucémico, incluyendo los iSGLT 2 y la metformina ajustadas al FG, junto con IECA/ARA II y estatinas como medidas de primera línea. En segunda línea, se añaden análogos GLP 1 (preferibles en IMC>30) y antagonistas del receptor de mineralocorticoides no esteroideos (finerenona) por su beneficio renal y cardiovascular en pacientes con CAC elevado. En tercera línea el resto de antidiabéticos y la insulina hasta lograr el control glucémico.

Dislipemia (KDIGO 2013 / ESC-EAS 2019):

En la ERC, la relación entre cLDL y RCV se modifica con la progresión de la enfermedad. KDIGO 2013 recomienda tratar a pacientes >50 años o con alto riesgo. Estas recomendaciones han quedado desfasadas, mientras que las guías europeas ESC EAS 2019 clasifican a los pacientes con ERC como de alto o muy alto riesgo, estableciendo objetivos de LDL de <70 mg/dL para FG entre 30-60 mL/min/1.73 m² o <55 mg/dL si el FG < 30 mL/min/1.73 m². Hasta ahora no se ha recomendado tratamiento hipolipemiente en función de FG y CAC, sólo el FG. Las dosis de estatinas deben ajustarse al estadio de ERC, evitando sobredosificación en estadios 4-5.

Metabolismo óseo-mineral (KDIGO 2017):

La calcificación vascular es común, y en la ERC se relaciona con el mal control del metabolismo óseo mineral. Se recomienda mantener niveles séricos normales (Ca: 8.5-10.5 mg/dL; P <4.5 mg/dL) mediante dieta y quelantes no cálcicos para prevenir estas calcificaciones, que implican aumento de morbi-mortalidad en arteriopatía periférica y calcificación valvular cardíaca. En conjunto, las guías KDIGO establecen un enfoque holístico e individualizado que integra la prevención de la progresión renal con la reducción del riesgo cardiovascular consiguiente y la vigilancia del metabolismo mineral.

Bibliografía

1. KDIGO 2024 CKD Guideline. *Kidney Int Suppl* 2024;105:S117 S314.
2. KDIGO 2021 Blood Pressure Guideline. *Kidney Int* 2021;99:S1 S87.
3. KDIGO 2022 Diabetes Management Guideline. *Kidney Int* 2022;102:S1 S127.
4. KDIGO 2013 Lipid Management Guideline. *Kidney Int Suppl* 2013;3:259 305.
5. Quiroga B. et al. Alteraciones Lipídicas en la ERC. En: Lorenzo V, López Gómez JM (Eds). *Nefrología al día*. ISSN: 2659 2606.
6. ESC/EAS Guidelines 2019. *Eur Heart J* 2020;41:111 188.
7. Lacount S, Tannock LR. Dyslipidemia in Chronic Kidney Disease. [Updated 2025 Apr 30]. In: Feingold KR, Ahmed SF, Anawalt B, et al., editors. *Endotext* [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.
8. KDIGO 2017 CKD MBD Guideline. *Kidney Int Suppl* 2017;7:1 59.

Dr. Julio Manuel Moreno Salcedo

La enfermedad hepática metabólica asociada a disfunción (MASLD) sustituye desde 2023 a la antigua denominación NAFLD, reflejando su base fisiopatológica en la disfunción metabólica más que en la ausencia de alcohol. Este cambio, respaldado por la EASL, la EASD y la EASO (2024), redefine el espectro de las hepatopatías por depósito graso e integra criterios diagnósticos sencillos aplicables a la atención primaria y especializada.

MASLD requiere la presencia de esteatosis hepática demostrada por imagen o biopsia, junto a al menos un factor de riesgo metabólico: sobrepeso/obesidad, disglucemia, hipertensión, dislipemia o aumento de la circunferencia abdominal. Su relevancia clínica radica en la elevada prevalencia (≈25-30 % de la población adulta) y en el potencial de progresión hacia fibrosis avanzada, cirrosis y carcinoma hepatocelular, que constituyen hoy la principal causa de hepatopatía crónica no viral.

La revisión expone un algoritmo práctico de cribado y estratificación: el índice FIB-4 como primera herramienta no invasiva (VPN > 95 % para fibrosis avanzada si < 1,3), complementado con elastografía hepática (FibroScan®) y, en casos intermedios, el FAST-score (FibroScan-AST). Se destaca la necesidad de dirigir el cribado a pacientes con DM2, obesidad o elevación inexplicada de transaminasas.

En cuanto al tratamiento, la primera línea continua siendo el abordaje del estilo de vida: pérdida ponderal ≥ 7 %, dieta mediterránea, actividad física regular y abstinencia alcohólica. En 2024 se aprobó Resmetirom (Rezdiffra®) como primer fármaco específico para MASH no cirrótica con fibrosis ≥ F2, mientras que las terapias incretínicas (tirzepatida, semaglutida) han mostrado eficacia notable en la resolución histológica y el control metabólico.

El seguimiento debe individualizarse según riesgo de fibrosis, priorizando el control de comorbilidades cardiovasculares y la prevención de progresión hepática. La presente guía rápida pretende facilitar la consulta ágil desde dispositivos móviles, unificando criterios diagnósticos y terapéuticos basados en las guías internacionales 2024-2025, con el objetivo de mejorar la detección precoz y la atención integral del paciente con MASLD.

Palabras clave: MASLD, MASH, hígado graso, fibrosis hepática, FIB-4, Resmetirom, riesgo metabólico.

Taller: Inicio y optimización de tratamiento de los factores de riesgo vascular.

Ponentes:

Dr. Jesús Olmedo Llanes

El abordaje terapéutico del paciente con diabetes mellitus tipo 2 ha experimentado una evolución significativa en los últimos años, pasando de un enfoque centrado exclusivamente en el control glucémico hacia una estrategia más integral que contempla la reducción global del riesgo cardiovascular.

En nuestra práctica clínica diaria, resulta fundamental establecer objetivos terapéuticos individualizados que consideren las preferencias y características particulares de cada paciente. El pilar fundamental continúa siendo la modificación del estilo de vida, incluyendo aspectos dietéticos, actividad física regular, abandono del tabaquismo y educación diabetológica, sobre los cuales debe sustentarse cualquier intervención farmacológica posterior.

La implicación activa del paciente en el manejo de su enfermedad constituye un elemento clave para el éxito terapéutico. La educación diabetológica estructurada permite al paciente comprender la naturaleza crónica de su patología, reconocer la importancia del control multifactorial y adquirir habilidades para el autocuidado. Fomentar la adherencia terapéutica mediante estrategias como la conciliación farmacológica en pacientes polimedicados y el uso de combinaciones fijas cuando sea posible resulta esencial para mantener los objetivos a largo plazo.

La selección del tratamiento farmacológico debe orientarse prioritariamente hacia aquellos fármacos con beneficio cardiovascular demostrado, especialmente en pacientes con comorbilidades como obesidad, insuficiencia cardíaca o enfermedad renal crónica. Los iSGLT2 y los agonistas del receptor GLP-1 han demostrado reducir eventos cardiovasculares mayores, por lo que su uso debe considerarse precozmente en la mayoría de pacientes.

El control óptimo de la presión arterial constituye otro objetivo prioritario, estableciendo metas entre 120-129/80 mmHg cuando sea seguro alcanzarlas. Los inhibidores del sistema renina-angiotensina se consideran fármacos de primera elección, iniciando tratamiento farmacológico cuando las cifras superan 130/80 mmHg.

Respecto al manejo lipídico, las guías europeas actuales estratifican a los pacientes según su riesgo cardiovascular. Los diabéticos con daño orgánico o múltiples factores de riesgo se clasifican como muy alto riesgo, con objetivos de LDL-colesterol inferiores a 55 mg/dL. La terapia con estatinas debe iniciarse en la mayoría de pacientes diabéticos mayores de 40 años, ajustando la intensidad según la presencia de factores de riesgo adicionales.

Es imprescindible evitar la inercia terapéutica, optimizando el tratamiento de forma proactiva cuando no se alcanzan los objetivos establecidos. El objetivo final debe ser siempre la reducción del riesgo cardiovascular global mediante un abordaje multifactorial que integre paciente y profesional como verdaderos aliados terapéuticos.

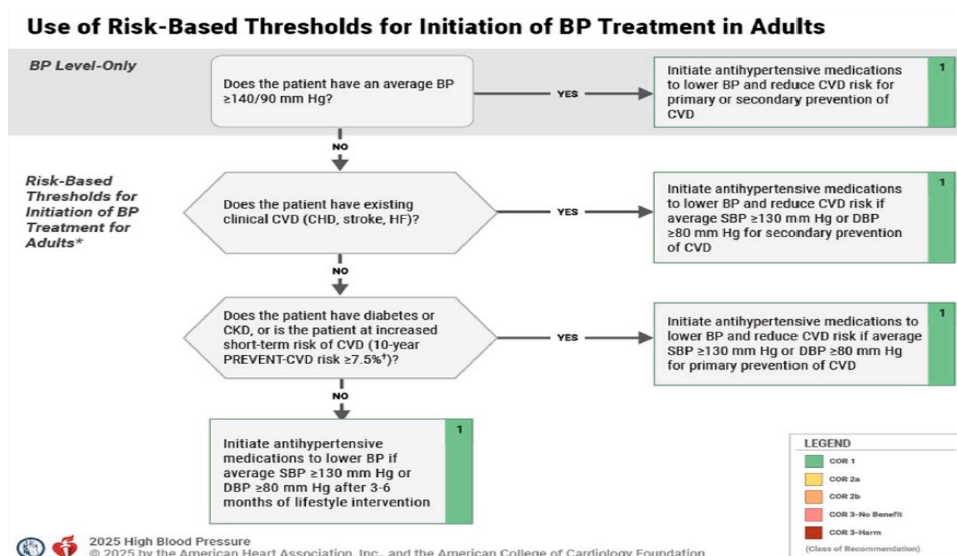
Dra. Beatriz Avilés Bueno

1. Medición de Presión Arterial

- Medición en consulta (Office)
- AMPA/HBPM: Medición ambulatoria en domicilio

2. Objetivos de Presión Arterial

- Objetivo general: 120-130/70-80 mmHg
- Diabetes y síndrome cardiometabólico: <120/<80 mmHg
- Enfermedad renal crónica (FGe<60 y/o CAC >30 mg/g): 120-130/<80 mmHg
- Individualizar en >65 años y evitar PAS <120 mmHg sin evidencia sólida

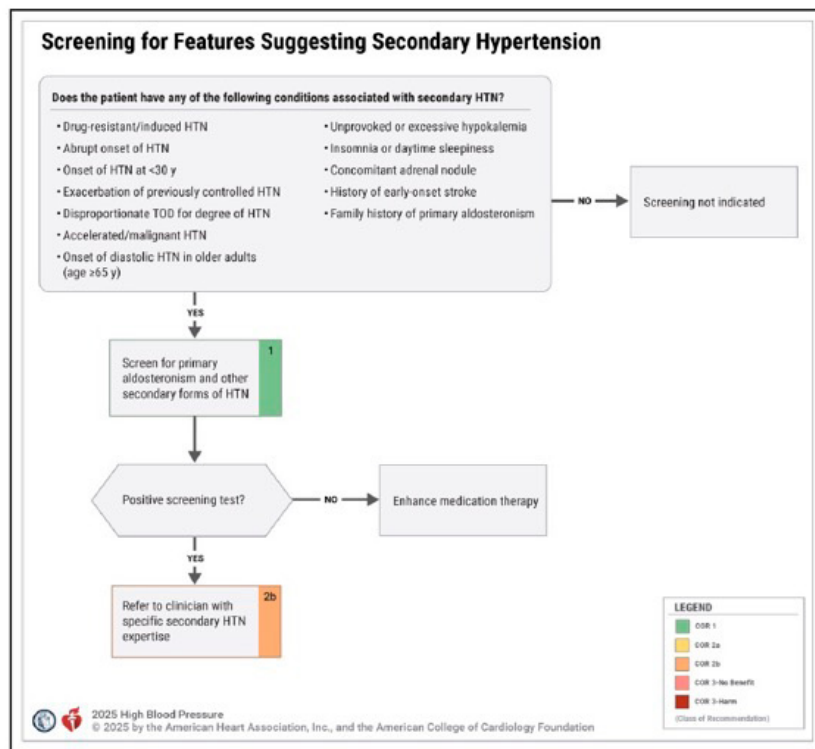


[Tabla – Objetivos de PA en distintas condiciones]

3. Despistaje de Hipertensión Secundaria

- Hiperaldosteronismo: 5-25%
- Apnea del sueño: 20-30%
- ERC: 14%
- Fármacos/sustancias: 2-20%
- Renovascular: 0.1-5%

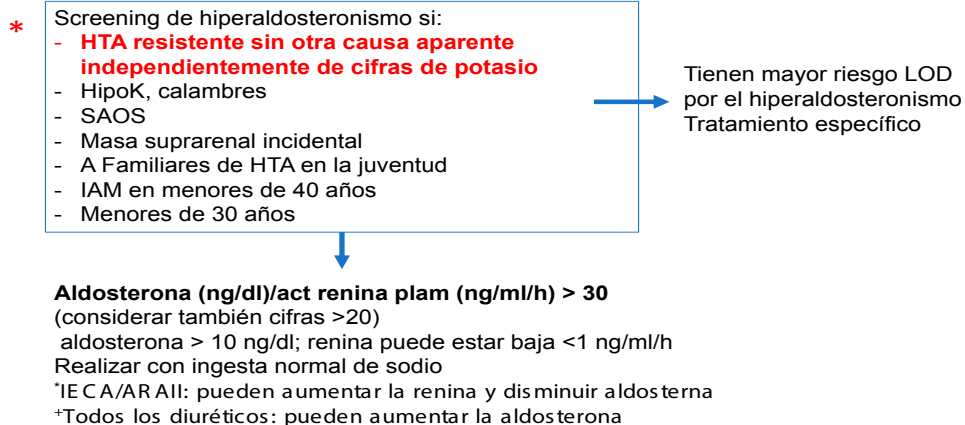
- Feocromocitoma: <0.6%
- Disfunción tiroidea: <1%
- Otras endocrinopatías: <0.1%



[Algoritmo – Despistaje HTA secundaria]

4. Hiperaldosteronismo.

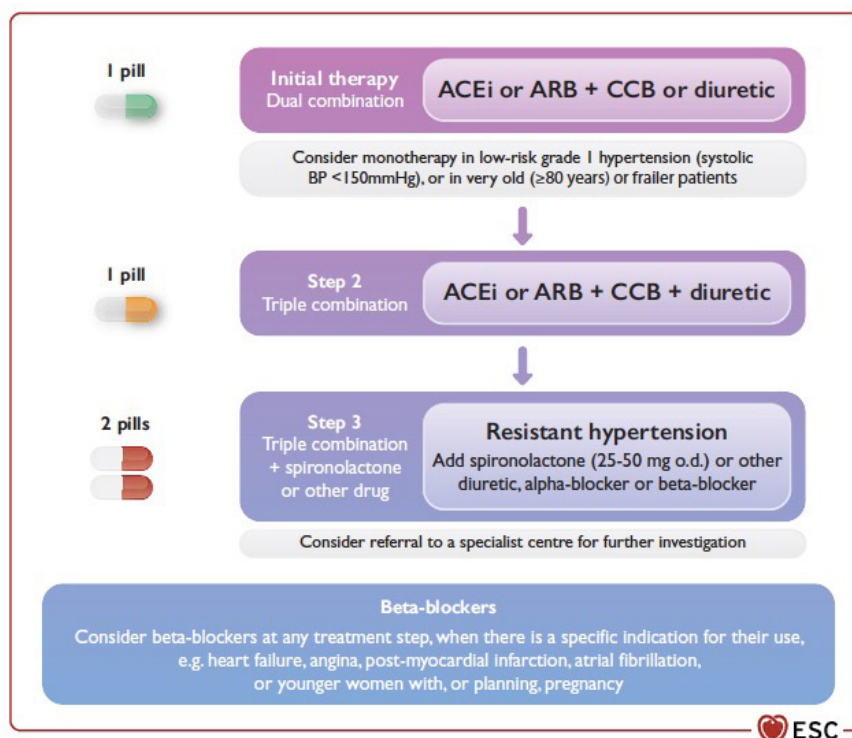
Hiperaldosteronismo



[Figura – Evaluación del hiperaldosteronismo]

5. Tratamiento Farmacológico Inicial

- AMPA $\geq 140/90$ mmHg: iniciar 2 fármacos en una sola pastilla
 - AMPA 130-140/80-90 mmHg: iniciar 1 fármaco
 - Mejorar adherencia con tratamientos combinados
- De primera línea:
- IECA o ARAII
 - Diuréticos (tiazidas, tiazida-like, asa según congestión)
 - Antagonistas del calcio dihidropiridínicos



[Tabla – Clases farmacológicas en HTA]

6. Control de PA según comorbilidades

Diabetes y síndrome cardiometabólico

- Objetivo <120/<80 mmHg
- Iniciar IECA/ARAI aunque no haya ERC
- En obesidad: añadir ar-GLP1 o tirzepatida

Enfermedad renal crónica

- Objetivo: 120-130/<80 mmHg
- No aplicable a diálisis
- Control más laxo en mayores frágiles

Prevención de deterioro cognitivo

- PAS <130 mmHg en pacientes con riesgo cardiovascular

7. HTA e Insuficiencia Cardiaca

Tratamientos recomendados:

- ARM: espironolactona, eplerenona (FEVI reducida)
- Diuréticos según congestión
- Betabloqueantes según cardiopatía
- iSGLT2 indicados en FEVIr y FEVIp
- Aneurismas/disección aórtica: betabloqueantes

Evitar:

- Antagonistas del calcio no dihidropiridínicos en ICC

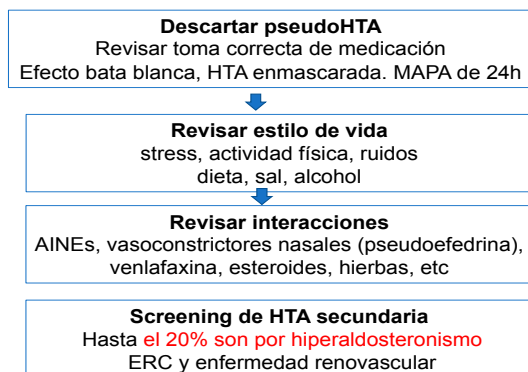
8. HTA en paciente anciano frágil

- En >80 años sin tratamiento previo: PAS <150 mmHg
- Evitar PAD <60 mmHg
- Considerar desprescripción si PAS <130 mmHg y polifarmacia
- Control progresivo y vigilando efectos adversos

9. Hipertensión Arterial Resistente

HTA Resistente

Concepto: PA por encima de objetivo a pesar de tto con **3 fármacos** con mecanismos complementarios a dosis plenas incluyendo un diurético



Optimizar tto antiHTA

➤ Si FGe > 45 ml/min/1,73m² añadir un ARM- **Espironolactona 25-50 mg/24h**

➤ **Cambiar/intensificar diurético:**
tiazida por clortalidona
o bien amiloride si no tolera ARM

➤ **Añadir fármaco con otro mecanismo:**

- Alfa1bloqueante: doxazosina

- Vasodilatadores directos periféricos: **Hidralazina y minoxidil deben combinarse con un betabloqueante y un diurético de asa** por su efecto taquicardizante simpaticomimético y de retención de líquidos

- Vasodilatadores de acción central y alfa2bloqueantes: metilopa, moxonidina, clonidina

→ Tienen un aumentado del riesgo del 50% de sufrir un evento ERCT y muerte CV

[Algoritmo – Manejo de HTA resistente]

10. HTA en Embarazo y Lactancia

Fármaco	Dosis eficaz VO	Dosix máx.
Labetalol (alfa/beta-bloqueante) (Trandate® 100 o 200 mg)	200 -800 mg/12h Inicio: 100 mg/12h Subir cada 2 a 3 días	2400 mg/día
Nifedipino (antag del calcio) (Adalat retard® 20 mg/12h Oros® 30 o 60 mg/24h)	30-90 mg/24h Inicio: 30-60 mg/24h Subir cada 7 a 14 días	120 mg/día
Alfa metildopa (alfagonista central) (Aldomet® 50 mg o Aldomet forte® 500 mg)	250-3000 mg en 2-3 tomas Inicio: 250/8-12h Subir cada 2 días	3000 mg/día
Hidralazina (vasodilatador periférico) (Hydrapres 25® Combinar con metildopa o labetalol para evitar taquicardias	50-100 mg en 2-4 tomas Inicio: 10 mg/6h subir 10 a 25 mg cada 2 a 5 días	200 mg/día

Compatibles con la lactancia materna:

- **β-bloqueantes y αβ-bloqueantes: labetalol, propanolol y metoprolol.**
- **Antagonistas del Calcio: nifedipino, nicardipino, (verapamilo y diltiazem).**
- **IECAS: captopril y enalapril.**
- **Diuréticos: Hidroclorotiazida.**

[Tabla – Antihipertensivos seguros en embarazo]

Bibliografía

- 2025 AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/ SGIM Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Commi Jones DW, Ferdinand KC, Taler SJ, et al. Circulation. 2025;. doi:10.1161/CIR.0000000000001356.
- Diagnosis and treatment of arterial hypertension 2021. C. Ott; R. E. Schmieder. Kidney International 2022; 101:36-46
- Intensive Blood-Pressure Control in Patients with Type 2 Diabetes. BPROAD Study. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2412006Y>.
- Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. L. Hansson, A. Zanchetti et al. The Lancet. 1998;13:351(9118):1755-62. <https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673698043116/abstract>
- The American Heart Association PREVENTTM Online Calculator
- <https://professional.heart.org/en/guidelines-and-statements/prevent-riskcalculator/>
- prevent-calculator
- Optimal Systolic Blood Pressure Target After SPRINT: Insights from a Network Meta-Analysis of Randomized Trials. S. Bangalore, B. Toklu et al. Am J Med. 2017;130(6):707-719.e8.
- Long-Term Effect of Intensive vs Standard Blood Pressure Control on Mild Cognitive Impairment and Probable Dementia in SPRINT. D. M. Reboussin, S. A. Gaussoin. Neurology. 2025;104:e213334

Dra. Inmaculada Coca Prieto

El tratamiento de la dislipemia tiene como objetivo principal reducir el riesgo cardiovascular mediante el control del colesterol LDL, colesterol (c-LDL) y los triglicéridos. El abordaje debe iniciarse con una evaluación integral del riesgo cardiovascular: en prevención primaria se recomienda utilizar las escalas SCORE2 y SCORE2-OP, mientras que en prevención secundaria o en presencia de diabetes mellitus o enfermedad renal crónica, los pacientes se consideran de alto o muy alto riesgo, definiéndose objetivos más estrictos de c-LDL.

El cambio en los estilos de vida constituye la base del tratamiento e incluye dieta equilibrada, ejercicio regular, control del peso y abandono del tabaco. En función del riesgo cardiovascular y el perfil lipídico, se selecciona el tratamiento farmacológico más adecuado. Si predomina la elevación del c-LDL, la prioridad es alcanzar el objetivo terapéutico mediante estatinas, y en caso de respuesta insuficiente, añadir ezetimiba, inhibidores de PCSK9, ácido bempedoico o sRNA anti-PCSK9. En pacientes con hipertrigliceridemia severa (≥ 500 mg/dL), el tratamiento se orienta a prevenir pancreatitis mediante la reducción de triglicéridos.

Las guías europeas de cardiología y arteriosclerosis recomiendan un enfoque individualizado y escalonado, combinando medidas de estilo de vida con terapias hipolipemiantes de alta eficacia según el nivel de riesgo y las metas lipídicas definidas.

Dr. Juan Manuel Lebrón Ramos

El ejercicio es la poli-píldora gratuita, las "estatinas" sin receta. Previene los **factores de riesgo cardiovascular** (HTA, DM2, obesidad) y la FA. Es parte **esencial** del control del riesgo, reduciendo aproximadamente un 30-35% la mortalidad cardiovascular, así como 30% la mortalidad global.

Evidencia sólida

Según **ESC 2021/AHA 2023**, el ejercicio se considera intervención de 1ª línea (no complementario). La inactividad física se considera uno de los principales factores modificables del riesgo vascular.

Sus **beneficios** más sólidos son la disminución de tensión arterial (5-7 mmHg), LDL y Triglicéridos (10-15%), HbA1c (0.5-0.7%) y aumento de HDL (2-4 mg/dL).

También disminuye el riesgo de IAM, ictus y la mortalidad total.

El ejercicio es más efectivo cuanto más constante, no tanto cuanto más intenso.

Prescripción práctica (FITT)

- **Frecuencia:** 150 min/semana moderado o 75 min/semana intenso.
- **Intensidad:** "talk test" (hablar pero no cantar).
- **Tipo:** aeróbico + fuerza (≥ 2 días/semana).

Tiempo: > 30 min/día, acumulables en bloques ≥ 10 min.

The infographic is divided into two main sections: one for adults and one for seniors.

For Adults:

- How much physical activity do you need?**
- Fit in 150+**: Get at least 150 minutes per week of moderate-intensity aerobic activity or 75 minutes per week of vigorous aerobic activity (or a combination of both), preferably spread throughout the week.
- Move More, Sit Less**: Get up and move throughout the day. Any activity is better than none. Even light-intensity activity can offset the serious health risks of being sedentary.
- Add Intensity**: Moderate to vigorous aerobic exercise is best. Your heart will beat faster, and you'll breathe harder than normal. As you get used to being more active, increase your time and/or intensity to get more benefits.
- Add Muscle**: Include moderate- to high-intensity muscle-strengthening activity, such as resistance or weight training, at least twice a week.
- Feel Better**: Physical activity is one of the best ways to keep your body and brain healthy, to relieve stress, improve mood, give you more energy, keep you slim and can lower your risk of chronic disease, including diabetes and depression.
- Move more, with more intensity, and sit less.**
- Find out how at heart.org/MoveMore.**

The American Heart Association Recommendations for Physical Activity in Adults:

- At least 30 minutes of moderate-intensity aerobic activity per week for a total of 150 minutes.**
- OR**
- At least 25 minutes of vigorous aerobic activity per week for a total of 75 minutes.**
- or a combination of the two**
- AND**
- Moderate to high intensity muscle-strengthening activity at least 2 days per week for additional health benefits.**

For Seniors:

- Leg Exercises**: Lift one foot until your knee is straight and hold for a few seconds. Return foot to the starting position.
- Arm Raises**: Holding light weights in both hands, and keeping them in front of your chest, slowly lift both arms until they are parallel to the ground. Hold for a second and slowly go down to the starting position.
- Balance Exercises**: Place by placing the heel of your right foot directly in front of your left foot. Switch feet and repeat.
- Chest Stretch**: Clasp hands gently behind your head. Move your elbows back to the wall behind you. Hold for a few seconds, then repeat.
- for seniors: 8-10 exercises + 6-8 repetitions per exercise per side + 2 days/week =**
- Abdominal Exercises**: Squat your abdominal muscles while raising both your feet off the ground. Hold for a second and release.
- Triceps Extensions**: Holding a light weight, bend your left elbow straight up so it is pointing to the ceiling. Slowly straighten your arm, hold for a second, then lower to the starting position.
- Leg Stretches**: To lengthen your abductors: Standing, bend your left leg slightly and lean your body left. Hold for a few seconds, then repeat on the other side. To stretch your legs: Stand and put one foot in front of the other. Gently lean forward, then repeat on the other side.

heart, brain & body benefits

- maintain or increase muscular strength and endurance
- achieve or maintain a healthy weight
- maintain health and physical independence

For more information, visit www.heart.org/seniorhealth.

Recomendación en consultas

"¿Cuánto ejercicio haces en 1 semana estándar?"

La prescripción es como un fármaco: tipo, dosis, progresión.

Hay que Ajustar a comorbilidades (IC, EPOC, DM2), edad, capacidad física, barreras personales.

Son importantes las estrategias de adherencia: grupos, retos, apps, seguimiento, coaching.

Componente	Recomendación general	Ejemplos prácticos
Frecuencia	150 min/sem moderada o 75/sem vigorosa	Caminar rápido, bici, nadar
Intensidad	Talk test: hablar sí, cantar no	Marcha ligera, jogging
Tipo	Aeróbico + fuerza (2 días/sem)	Pesas, bandas elásticas, CrossFit
Tiempo	≥30 min/día (bloques ≥ 10 min)	3 x 10 min escaleras/andar

Mensajes clave

El Ejercicio no se equipara al Gimnasio, pero el movimiento constante y diario es fundamental.

La combinación **aeróbico + fuerza** es la mejor y más integral para prevenir riesgo cardiovascular.

Hay que adaptar a perfil y comorbilidades (IC, DM, EPOC).

"No tengo tiempo" se traduce en sedentarismo. ¡Hay que evitarlo!

El ejercicio también se receta. Seamos ejemplo.

Bibliografía

1. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 2021;42(34):3227-3337. doi:10.1093/eurheartj/ehab484.
2. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2019;140(11):e596-e646. doi:10.1161/CIR.0000000000000678.
3. Lee DH, Rezende LFM, Ferrari G, et al. Physical activity and all-cause and cause-specific mortality: assessing the impact of reverse causation and measurement error in two large prospective cohorts. *Eur Heart J*. 2023;45(13):1127-1138. doi:10.1093/eurheartj/ehad058
4. Verdicchio CV, Arena R, Forman DE, et al. Clinical guide for assessment and prescription of exercise in cardiac rehabilitation. *Heart Lung Circ*. 2023;32(12):1579-1594. doi:10.1016/j.hlc.2023.08.004

Conferencia inaugural. Hipertensión arterial: ¿causa o consecuencia del daño arterial?

Ponente:

Dr. Enrique Rodilla Sala

La hipertensión arterial (HTA) esencial representa la enfermedad crónica más prevalente en España y al mismo tiempo la causa número uno de la enfermedad cardiovascular que lidera el ranking de mortalidad global mundialmente. Sin embargo, en la mayoría de casos se desconocen los mecanismos que provocan la HTA. Se sabe que la persistencia de HTA durante largos periodos de tiempo tiene como consecuencia una pérdida de elasticidad de la pared arterial que se traduce en la llamada arterioesclerosis, la cual se puede estimar mediante la determinación de la velocidad de la onda de pulso y que da lugar a una rigidez arterial elevada. Por otro lado, en los últimos años se está acumulando evidencia en estudios observacionales que apuntan igualmente en dirección contraria, es decir, al hecho de que la rigidez arterial puede preceder a la aparición de la HTA. La ruptura precoz de las fibras elásticas de la pared de las grandes arterias provoca una alteración de la función de Windkessel de la aorta, así como un solapamiento precoz de la onda centrífuga y centrípeta de la onda de pulso, aumentando la presión de pulso. Se presentan diversos estudios epidemiológicos señalando el papel de la rigidez arterial como posible mecanismo primario de la HTA. Dichos estudios se han realizado con diferentes técnicas, en diferentes poblaciones y coinciden en subrayar que la rigidez arterial puede preceder en el tiempo a la HTA, tratándose, por tanto, de una relación bidireccional entre ambas patologías. Se discuten las consecuencias de esta observación, ya que un tratamiento precoz de la rigidez arterial mediante un control estricto de los factores de riesgo podría ser clave en la prevención primordial de la HTA.

Mesa: Hipertensión Arterial en Evolución: Objetivos, Terapias y Escenarios Clínicos.

Temas y Ponentes:

Prevención y tratamiento de la hipertensión en adultos: claves de la Guía AHA/ACC 2025.

Dra. M^a Adoración Martín Gómez

La Hipertensión Arterial (HTA) se alza como uno de los más importantes factores de riesgo de mortalidad global en el mundo desarrollado y ocupa el tercer escalón de causas de mortalidad en el tercer mundo. Sin embargo, aún consta un 40% de no control en las cifras diana recomendadas para el descenso de las lesiones de órgano diana a través de las cuales esta patología provoca morbimortalidad cardiovascular.

Por su parte, la modernización y globalización está llevando a un descenso en la calidad de vida relacionada con hábitos higiénico dietéticos de y cumplimiento terapéutico.

Además, nuevos fármacos y terapias están surgiendo arrojando esperanza sobre aquellos pacientes q no alcanzan control sobre sus factores de riesgo vascular.

Es por ello que siguen elaborándose nuevas guías de práctica clínica en las que se funden esfuerzos multidisciplinarios. Esta nueva guía es la que se expondrá y detallará durante la ponencia

Terapias no farmacológicas para el control de la HTA resistente.

Dr. Fernando Jaén Águila

La hipertensión arterial (HTA) es el factor de riesgo cardiovascular modificable con mayor prevalencia, afecta a más de mil millones de personas en todo el mundo y causa la muerte de más de 9 millones de personas cada año (1). Estudios observacionales han demostrado una asociación gradual entre una mayor presión arterial (PA) y el desarrollo de enfermedad cardiovascular (2), de forma que un incremento de 20mmHg en la PA sistólica y 10mmHg en la PA diastólica duplican el riesgo de muerte cardiovascular (3).

A pesar de los esfuerzos para el control de la HTA, menos de un tercio de nuestros pacientes presentan un adecuado control tensional (4). Debido a las limitaciones del tratamiento farmacológico en la normalización de la PA en un número significativo de pacientes, en los últimos años han surgido distintas opciones no farmacológicas para el tratamiento de la HTA, como la denervación renal (DR) o la terapia de activación de barorreceptores (TAB), tratamientos no farmacológicos basados en la modulación del sistema nervioso simpático.

El sistema nervioso simpático renal está involucrado en el desarrollo y la progresión de la HTA y en el daño orgánico mediado por la HTA. A nivel renal y ante distintos estímulos locales, se genera una activación de las fibras nerviosas simpáticas aferentes hacia el sistema nervioso central; esta activación genera un incremento del tono simpático que produce un incremento en la PA al aumentar de la contractilidad cardíaca, promover la vasoconstricción y estimular el eje renina-angiotensina-aldosterona y la retención renal de sodio, todo ello mediado por las vías simpáticas eferentes (5).

La DR es un procedimiento mínimamente invasivo consistente en la introducción de un catéter en la arteria renal que, mediante la liberación de energía (generalmente en forma de radiofrecuencia), produce una lesión en los nervios aferentes y eferentes del sistema nervioso simpático que discurren alrededor de las arterias renales (6). La interrupción de las vías simpáticas renales aferentes disminuye la PA.

La TAB tiene el potencial de tratar la hipertensión resistente y presenta efectos beneficiosos adicionales sobre el sistema renal y vascular (7). La TAB también puede utilizarse como opción de tratamiento en pacientes con Insu-

ficiencia Cardíaca. El sistema Barostim neo, tiene la ventaja de ser dispositivos pequeños, mínimamente invasivos y de larga duración que son seguros para la implantación crónica.

La terapia basada en dispositivos tiene múltiples ventajas, como la de mitigar los problemas de cumplimiento farmacológico y la polifarmacia en determinadas poblaciones de pacientes. Esto es especialmente importante en los pacientes más jóvenes con riesgo de incumplimiento y en los ancianos con múltiples comorbilidades que conllevan polifarmacia.

Bibliografía:

1. World Health Organization. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis. World Health Organization. 2013. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79059/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf. Consultado 17 May 2019.
2. E. Rapsomaniki, A. Timmis, J. George, et al. Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: lifetime risks, healthy life-years lost, and age-specific associations in 1.25 million people. *Lancet.*, (2014), 383 pp. 1899-1911 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60685-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60685-1) | Medline
3. S. Lewington, R. Clarke, N. Qizilbash, R. Peto, R. Collins, Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet.*, (2002), 360 pp. 1903-1913
4. K.T. Mills, J.D. Bundy, T.N. Kelly, et al. Global disparities of hypertension prevalence and control. A systematic analysis of population-based studies from 90 countries. *Circulation.*, (2016), 134 pp. 441-450 <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018912> | Medline
5. O. Rodríguez-Leor, B. Cid-Alvarez, R. Moreno, A. Pérez de Prado. Selección de lo mejor del año 2018 en denervación simpática renal en el tratamiento de la hipertensión arterial. *REC CardioClinics.*, (2019), <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccl.2019.01.009>
6. Oriol Rodríguez-Leor, Fernando Jaén-Águila, Julián Segura, Iván J. Núñez-Gil, Arturo García-Touchard, Esther Rubio, Maribel Troya, Juan Diego-Mediavilla, Ángel Cequier, Raúl Moreno, Nieves Martell, Paola Beltrán, Eduardo Molina y José Antonio García-Donaire. Denervación renal en el tratamiento de la hipertensión arterial. Posicionamiento conjunto de la SEH-LELHA y la ACI-SEC. *REC Interv Cardiol.* 2022;4:39-46
7. Jaén-Aguila F, Roa-Chamorro R, Ramos-Maqueda J, López-Espada C, Rodríguez-Macías MI, Mediavilla-García JD. La terapia de activación de barorreceptores, un paso más en el tratamiento de la hipertensión arterial resistente y la insuficiencia cardíaca [Baroreflex activation therapy: One more step in the treatment of resistant arterial hypertension and chronic heart failure]. *Hipertens Riesgo Vasc.* 2019;36(3):162-4. <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2019.03.001>

Control de la HTA en el hospital: ¿Importa?

Dr. Ricardo Roa Chamorro

El control de la hipertensión arterial en población general disminuye el riesgo de presentar enfermedad y muerte de origen cardiovascular. Sin embargo, a día de hoy desconocemos si en los pacientes hospitalizados el control estricto de la presión arterial ejerce el mismo efecto.

Entre el 50-70% de los pacientes hospitalizados por causa no cardiovascular tienen una presión arterial mayor de 140/90 mmHg. Se pueden distinguir distintos escenarios clínicos: emergencia hipertensiva (PA > 180/110-120 en presencia de lesión de órgano diana), presión arterial grave asintomática y presión arterial grave sintomática (PA > 180/110-120 sin lesión de órgano diana).

Existe evidencia clínica sobre el tratamiento de la emergencia hipertensiva según qué órgano diana está afectado, con agentes y umbrales de tratamiento bien definidos. Sin embargo, cuando no existe afectación orgánica las ventajas del tratamiento agudo o inmediato se difuminan.

Entre las principales incertidumbres que se plantean en el tratamiento de la hipertensión arterial hospitalaria, destacan la metodología adecuada para tomar correctamente la presión arterial, los límites permisibles de valores de presión arterial y la indicación de cambios de tratamiento al alta.

Sí existe evidencia sobre que la medicación antihipertensiva pre re nata y la medicación intravenosa (exceptuando en las emergencias hipertensivas) aumenta el riesgo de complicaciones como el deterioro de la función renal, ictus e ingreso en UCI.

En esta ponencia intentaremos resumir la evidencia actual sobre el tratamiento de la hipertensión arterial en el hospital e indicar las áreas grises de conocimiento.

Mesa: Enfermedad Renal Crónica y Riesgo vascular: del Diagnóstico a la Terapia Integral.

Temas y Ponentes:

Infradiagnóstico de la enfermedad renal crónica: un obstáculo para la prevención cardiovascular.

Dr. Rafael Santamaría Olmo

La enfermedad renal crónica (ERC) constituye un reto para la sociedad y los sistemas sanitarios, debido a su alta prevalencia y graves consecuencias. Se estima que la ERC afecta al 10-15% de la población general y condiciona un incremento del riesgo de eventos vasculares. La mayoría de los pacientes con ERC fallece por causas cardiovasculares antes que por fallo renal. La prevención del desarrollo de la ERC, la detección precoz y la protección vascular son los pilares fundamentales para mitigar sus consecuencias. Sin embargo, un alto porcentaje de pacientes con ERC no están diagnosticados ni registrados.

El infradiagnóstico de la enfermedad renal crónica puede presentarse de dos formas: cuando existen datos analíticos que confirman la presencia de ERC pero no se registra un código diagnóstico en la historia clínica ("unrecorded chronic kidney disease (CKD)" o "uncoded CKD" en la literatura), o cuando el médico no reconoce clínicamente la enfermedad pese a los resultados compatibles ("undiagnosed CKD" en la literatura). En ambos casos, el paciente tiene ERC pero no figura como tal en el sistema sanitario, lo que retrasa su tratamiento y seguimiento adecuados. Dependiendo de los países y el estadio de ERC considerado, la magnitud del infradiagnóstico oscila entre 60% y 95% de los pacientes con ERC. El infradiagnóstico de la ERC se asocia con tratamiento y seguimiento no optimizado del paciente con ERC: menor uso de fármacos protectores de la vasculatura, riñón y corazón (bloqueantes del sistema renina-angiotensina-aldosterona, estatinas e inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2), inadecuado control y monitorización de presión arterial y albuminuria. Asimismo, se ha relacionado con mayor frecuencia de hospitalizaciones y progresión de la ERC.

Se han descrito actores relacionados con el infradiagnóstico que dependen del paciente, profesional sanitario y sistema. Por una parte, habitualmente, el paciente suele tener un bajo conocimiento sobre la ERC, que es una enfermedad silenciosa, asintomática en sus fases iniciales. Por otra parte, en el ámbito profesional, la alta carga asistencial y la falta de herramientas que faciliten la identificación y codificación de la ERC contribuyen al infradiagnóstico. Finalmente, a nivel del sistema, el infradiagnóstico se relaciona con la fragmentación de la información y ausencia de alertas o flujos que integren la detección de la ERC.

Conocida la magnitud del problema y los factores relacionados, la implementación de soluciones pasa por integrar la detección sistemática de la ERC, aplicar cribado por riesgo con apoyo en la historia clínica electrónica y utilizar algoritmos automatizados que faciliten la identificación y codificación de la ERC.

En definitiva, reconocer el infradiagnóstico de la ERC supone una oportunidad para fortalecer la prevención, mejorar la detección precoz y optimizar la atención integral de los pacientes.

ERC: retos del manejo integral más allá del control de la presión arterial.

Dra. María José Espigares Huete

Según los datos recientemente presentados en nuestro congreso nacional (Registro Español de Diálisis y Trasplante: REDYT) se mantiene el ritmo de crecimiento progresivo en la prevalencia de la ERC en España. Este Informe confirma el grave problema de salud pública que representa esta patología en nuestro país y la necesidad de seguir impulsando estrategias preventivas y un manejo optimizado para frenar su crecimiento y su impacto en la población y el sistema sanitario. La causa más frecuente de ERC en los pacientes incidentes continuó siendo la diabetes.

Es objetivo prioritario o debía serlo, reducir la carga de enfermedad renal en España mediante el control de los factores de riesgo y un diagnóstico precoz que permita intervenir y enlentecer la progresión de una patología con un enorme impacto en la vida de las personas, sus familias y el sistema sanitario

La enfermedad renal crónica (ERC) constituye un importante amplificador del riesgo cardiovascular (CV), especialmente en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

La albuminuria, además de marcador de daño renal, se reconoce como un potente predictor independiente de morbimortalidad cardiovascular.

Objetivo:

Revisar los fundamentos del manejo integral del riesgo cardiovascular en pacientes con ERC, enfatizando la detección precoz, la reducción de la albuminuria y la incorporación de terapias con beneficio cardiorrenal probado.

Métodos:

Revisión basada en las guías KDIGO 2024, ESC 2023 y el consenso GEENDIAB 2025, complementada con la evidencia de los ensayos clínicos de las diferentes moléculas en uso (Finerenona, ISGLT2, GLP1) y a futuro.

Resultados:

Sabemos que una reducción del 30 % del cociente albúmina/creatinina (UACR) a dos años se asocia a una disminución del 17 % del riesgo de enfermedad renal terminal, independientemente del valor basal.

En nuestra práctica clínica habitual, hemos de fijar nuestro objetivo, sin abandonar los objetivos clásicos, en la reducción de la albuminuria.

Los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) y los agonistas del receptor de GLP-1 han demostrado beneficios renales y cardiovasculares sostenidos.

La finerenona, antagonista no esteroideo del receptor de mineralocorticoides, redujo de forma significativa el riesgo compuesto de progresión renal y eventos cardiovasculares mayores, con una disminución media de la albuminuria del 31 % a los 4 meses (análisis FIDELITY).

Lo más importante, son tratamientos complementarios con efectos aditivos. No debemos demorar en el tiempo el tratamiento. Hay que vencer la INERCIA TERAPEUTICA e implementar de forma secuencial sin demora en el tiempo los tres/cuatro pilares de TRATAMIENTO de ENF RENAL EN EL MENOS TIEMPO POSIBLE. (IECA/ARA II, isglt2, Finerenona, GLP1) para reducir la mortalidad y los eventos cardiovasculares.

Conclusiones:

El manejo integral del riesgo cardiovascular en la ERC requiere un abordaje precoz, multidimensional e individualizado que combine la detección temprana de la albuminuria con la intervención intensiva sobre los factores de riesgo metabólicos, hemodinámicos e inflamatorios. La combinación terapéutica de iSGLT2, agonistas GLP-1 y finerenona junto IECA/ARA II constituye un nuevo paradigma de protección cardiorrenal, que permite modificar la historia natural de la enfermedad y mejorar la supervivencia de los pacientes con ERC, con especial interés en los pacientes diabéticos.

Síndrome cardiorrenal: más allá de la congestión, ¿cómo optimizar el manejo conjunto?

Dra. Nuria Aresté Fosalba

El síndrome cardiorrenal es una condición compleja, con una prevalencia cada vez mayor, que posee múltiples factores etiopatogénicos y que condiciona un aumento de la morbilidad y la mortalidad en los pacientes afectados. Además del tratamiento de la congestión, pilar fundamental en este síndrome, hay que tener en cuenta otras morbilidades que aparecen en los pacientes con patología cardíaca y enfermedad renal concomitante. El manejo farmacológico de la insuficiencia cardíaca ha sufrido grandes avances en los últimos años y debe ser aplicado correctamente en este tipo de pacientes. En este campo, en muchas ocasiones, se produce una infrautilización de terapias médicas modificadoras de la enfermedad. Así mismo la anemia, la hiperpotasemia, la dislipemia, la hipertensión arterial, la obesidad, la fibrilación auricular y los trastornos del metabolismo mineral y óseo deben ser tenidos en cuenta y tratados adecuadamente. El manejo efectivo de la enfermedad cardiorrenal requiere un enfoque especializado y multidisciplinario y esfuerzos continuos para optimizar la atención. Entre ellos la aparición de unidades y programas cardiorrenales que combinan distintas especialidades y niveles asistenciales, se muestran como modelos novedosos que pueden ayudar a ofrecer una gestión coordinada y holística para estos

pacientes. Su objetivo es abordar y optimizar sistemáticamente las terapias cardiorrenales y las comorbilidades relacionadas, más allá de la congestión.

Mesa: Riesgo Cardiovascular: Lo Que No Vemos y Deberíamos Estar Viendo.

Temas y Ponentes:

Resistencia a antiagregantes: el riesgo oculto en la prevención cardiovascular.

Dr. Francisco José Lopez Jaime

La resistencia a los antiagregantes plaquetarios constituye un determinante relevante del riesgo residual en la prevención cardiovascular. A pesar del uso extendido de aspirina y de inhibidores del receptor P2Y₁₂, una proporción significativa de pacientes sigue desarrollando infartos, ictus o trombosis de stent, lo que refleja una inhibición plaquetaria insuficiente. Esta situación puede detectarse clínicamente, por la recurrencia de eventos pese a un tratamiento adecuado, o mediante pruebas específicas que muestran una reactividad plaquetaria elevada bajo tratamiento.

Los mecanismos responsables son múltiples: falta de adherencia real, interacciones farmacológicas, variabilidad metabólica (especialmente los polimorfismos CYP2C19 en el caso de clopidogrel), diabetes mal controlada, insuficiencia renal, obesidad, inflamación crónica y aumento del recambio plaquetario. La identificación y corrección de estos factores es fundamental.

Las estrategias de reducción del riesgo incluyen una evaluación estructurada de adherencia y de interacciones, el ajuste de comorbilidades que incrementan la reactividad plaquetaria, y la selección del antiagregante más adecuado para cada perfil clínico. En situaciones de alto riesgo o ante eventos recurrentes, las pruebas de función plaquetaria y el genotipado pueden ayudar a orientar decisiones terapéuticas. Todo ello permite optimizar la eficacia del tratamiento, mejorar la prevención secundaria y reducir de forma significativa la carga de eventos trombóticos en pacientes cardiovasculares.

Mesa: Riesgo Cardiovascular: Lo Que No Vemos y Deberíamos Estar Viendo.

Temas y Ponentes:

Resistencia a antiagregantes: el riesgo oculto en la prevención cardiovascular.

Dr. Francisco José Lopez Jaime

La resistencia a los antiagregantes plaquetarios constituye un determinante relevante del riesgo residual en la prevención cardiovascular. A pesar del uso extendido de aspirina y de inhibidores del receptor P2Y₁₂, una proporción significativa de pacientes sigue desarrollando infartos, ictus o trombosis de stent, lo que refleja una inhibición plaquetaria insuficiente. Esta situación puede detectarse clínicamente, por la recurrencia de eventos pese a un tratamiento adecuado, o mediante pruebas específicas que muestran una reactividad plaquetaria elevada bajo tratamiento.

Los mecanismos responsables son múltiples: falta de adherencia real, interacciones farmacológicas, variabilidad metabólica (especialmente los polimorfismos CYP2C19 en el caso de clopidogrel), diabetes mal controlada, insu-

ficiencia renal, obesidad, inflamación crónica y aumento del recambio plaquetario. La identificación y corrección de estos factores es fundamental.

Las estrategias de reducción del riesgo incluyen una evaluación estructurada de adherencia y de interacciones, el ajuste de comorbilidades que incrementan la reactividad plaquetaria, y la selección del antiagregante más adecuado para cada perfil clínico. En situaciones de alto riesgo o ante eventos recurrentes, las pruebas de función plaquetaria y el genotipado pueden ayudar a orientar decisiones terapéuticas. Todo ello permite optimizar la eficacia del tratamiento, mejorar la prevención secundaria y reducir de forma significativa la carga de eventos trombóticos en pacientes cardiovasculares.

Mesa: Riesgo vascular y terapia hipolipemiantes hacia un enfoque orientado a Objetivos.

Temas y Ponentes:

Dislipemia: del tratamiento escalonado al enfoque intensivo buscando un objetivo.

Dr. Francisco José Fuentes Jiménez

El manejo actual de las dislipemias ha evolucionado hacia un enfoque intensivo, con el objetivo de alcanzar los niveles óptimos de colesterol LDL lo más pronto posible. Tradicionalmente, se utilizaba un manejo escalonado, en el cual se iniciaba tratamiento con dosis bajas o fármacos hipolipemiantes menos potentes y se ajustaban progresivamente según la respuesta. Sin embargo, la evidencia científica acumulada en los últimos años ha demostrado que una reducción más rápida y profunda del colesterol LDL se asocia con una disminución significativa del riesgo cardiovascular, especialmente en pacientes con enfermedad aterosclerótica establecida o con alto riesgo cardiovascular.

Este cambio de paradigma se basa en múltiples estudios clínicos que confirman que "cuanto antes y cuanto más bajo" se logre el colesterol LDL, mayor es el beneficio en la prevención de eventos cardiovasculares mayores como infarto de miocardio, accidente cerebrovascular o muerte cardiovascular. Por ello, las guías actuales —como las de la Sociedad Europea de Cardiología y la sociedad Europea de Arteriosclerosis (ESC/EAS 2019 y actualizaciones recientes de 2025)— recomiendan un tratamiento intensivo desde el inicio en pacientes de alto o muy alto riesgo cardiovascular, combinando estatinas de alta potencia con ezetimiba y, si es necesario, inhibidores de PCSK9.

El objetivo es reducir al menos un 50% el colesterol LDL desde el valor basal y alcanzar concentraciones específicas (<55 mg/dL en muy alto riesgo y <70 mg/dL en alto riesgo). Este enfoque intensivo permite no solo controlar de forma más eficaz la progresión de la aterosclerosis, sino también mejorar la adherencia terapéutica y reducir el tiempo de exposición a niveles lipídicos perjudiciales. En conclusión, el manejo intensivo de las dislipemias representa una estrategia más eficiente, proactiva y basada en la evidencia, orientada a la prevención temprana y efectiva de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica.

Resultados de la triple terapia oral en vida real.

Dr. David León Jiménez

La experiencia en vida real de la red SEMI-RIVAS, desarrollada en 19 unidades de lípidos con **552 pacientes**, confirma la eficacia y seguridad del ácido bempedoico (AB) en condiciones clínicas habituales. A los tres meses de tratamiento, se observó una **reducción del colesterol LDL (LDL-C) del 28,9%**, del **colesterol total del 26,6%**, y una disminución del **30-33%** en determinados subgrupos.

Los resultados fueron especialmente favorables en pacientes **intolerantes a estatinas**, que alcanzaron reducciones del LDL-C superiores al **40%**. Estos hallazgos superan los obtenidos en los ensayos pivotaes, lo que sugiere

que el perfil del paciente tratado en práctica real puede beneficiarse aún más del fármaco, en particular aquellos con intolerancia total o parcial a estatinas, diabetes o uso concomitante de ezetimiba.

El **perfil de seguridad** fue satisfactorio: un **6,1% de retiradas**, la mayoría por efectos gastrointestinales o mialgias leves. El ácido úrico aumentó ligeramente (de 5,3 a 5,8 mg/dL), sin relevancia clínica. No se observaron incrementos significativos de transaminasas ni efectos adversos graves atribuibles al fármaco.

En conjunto, los datos de vida real refuerzan que el ácido bempedoico es una **opción eficaz, segura y bien tolerada**, tanto en monoterapia como en combinación con ezetimiba. Permite un control adicional del LDL-C mediante una **formulación oral de una sola toma diaria**, adecuada para pacientes con **alto o muy alto riesgo cardiovascular** que no alcanzan objetivos con la dosis máxima tolerada de estatinas y ezetimiba.

Conclusión: en práctica clínica, el ácido bempedoico consigue reducciones de LDL-C comparables a estatinas de intensidad moderada-alta, con excelente tolerabilidad, consolidándose como una herramienta clave frente al **riesgo cardiovascular residual**.

Más allá de la terapia oral: nuevas estrategias en el manejo intensivo de la dislipemia.

Dra. Inmaculada González Molero

La charla se enfocará sobre todo en el uso de terapias inyectables disponibles en nuestro medio. Se expondrán resultados en vida real del fármaco hipolipemiente inclisiran tras 2 años de su comercialización en España. Concretamente se explicarán los datos correspondientes a su uso en una consulta monográfica de lípidos perteneciente al Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Regional Universitario de Málaga: frecuencia de uso, perfil de pacientes en prevención primaria y secundaria en los que se tiene experiencia, resultados en cuanto a consecución de objetivos terapéuticos de LDL y otros parámetros lipídicos a corto y largo plazo, efectos secundarios, grado de cumplimiento terapéutico y satisfacción con el tratamiento de los pacientes.

Mesa: Eventos vasculares agudos: novedades y avances en su abordaje.

Temas y Ponentes:

Guías 2024 en isquemia crítica de MMII: cambios clave y enfoque multidisciplinar.

Dra. María Dolores López Carmona

La isquemia crónica amenazante de las extremidades (CLTI) representa la fase más avanzada de la enfermedad arterial periférica, marcada por dolor de reposo, úlceras o gangrena en el contexto de hipoperfusión mantenida. Las guías ESC 2024 y ACC/AHA 2024 insisten en la detección precoz y en la valoración integral de viabilidad tisular y riesgo sistémico, utilizando el sistema Wiffl y pruebas hemodinámicas objetivas.

El objetivo es preservar la extremidad y la autonomía funcional, priorizando la revascularización temprana y planificada, cuya elección (endovascular o quirúrgica) debe individualizarse según la anatomía y las condiciones del paciente. Las estrategias endovasculares se consideran actualmente más coste-efectivas en lesiones focales o multisegmentarias tratables, mientras que el bypass autólogo mantiene ventaja en anatomías complejas o en CLTI con expectativa funcional prolongada. Las guías destacan la necesidad de equipos multidisciplinarios que integren cirugía, radiología y medicina vascular, así como programas de seguimiento estructurado y rehabilitación pos-revascularización.

La isquemia aguda de extremidades (ALI) continúa siendo una urgencia vital. Su diagnóstico clínico temprano y la rápida reperfusión mediante trombólisis dirigida, trombectomía o cirugía abierta son determinantes para evitar la pérdida del miembro. La selección del método depende del grado de isquemia, la disponibilidad técnica y la experiencia del equipo, priorizando las opciones menos invasivas.

siempre que garanticen reperfundición eficaz y segura.

Referencias:

1. 2024 ESC Guidelines for the Management of Peripheral Arterial and Aortic Diseases. *Eur Heart J.* 2024;45:3538–3700.
2. 2024 ACC/AHA Guideline for the Management of Lower Extremity Peripheral Artery Disease. *Circulation.* 2024;149:e1313–e1410
- 3.

Abordaje del ictus en la fase aguda: lo que debes saber hoy.

Dr. Jesus Romero Imbroda

El ictus continúa siendo una de las principales causas de mortalidad y discapacidad en el mundo, y representa una verdadera emergencia tiempo-dependiente. El abordaje en fase aguda ha evolucionado de manera significativa en los últimos años, sustentado en la optimización de los sistemas de código ictus, el avance en terapias de reperfundición y una mejor selección de pacientes mediante neuroimagen.

El código ictus tiene como objetivo reducir al máximo los tiempos de acceso a diagnóstico y tratamiento especializado. Su activación debe realizarse ante cualquier déficit neurológico focal de inicio súbito, con un enfoque centrado en la identificación precoz, la coordinación interhospitalaria y la selección de pacientes candidatos a reperfundición. La secuencia inicial incluye la estabilización clínica, evaluación neurológica mediante NIHSS, pruebas básicas imprescindibles y neuroimagen urgente, preferentemente TC simple y, cuando está disponible, angio-TC.

La fibrinólisis intravenosa con alteplasa continúa siendo la piedra angular del tratamiento en las primeras 4,5 horas, con una clara relación tiempo-beneficio: cada minuto cuenta. Las últimas evidencias amplían la indicación más allá de la ventana clásica, basadas en criterios tisulares mediante RM (mismatch DWI-FLAIR) o TC/RM de perfusión, permitiendo tratar ictus de "inicio desconocido" y "del despertar".

Asimismo, se han flexibilizado antiguas contraindicaciones relativas como la edad >80 años, hipertensión controlable o tratamientos anticoagulantes reversibles, siempre valorando riesgo individual.

La trombectomía mecánica ha transformado el pronóstico de los ictus por oclusión de gran vaso, con beneficios demostrados hasta 6 horas y, en pacientes seleccionados por perfusión, hasta 24 horas. La valoración sistemática de la oclusión de gran vaso mediante angio-TC y escalas como GADSS es fundamental para no perder oportunidades terapéuticas.

La neuroimagen sigue siendo determinante: la escala ASPECTS permite identificar infartos extensos con escasas posibilidades de recuperación y mayor riesgo hemorrágico, orientando la elegibilidad para trombólisis o trombectomía.

La experiencia del programa Teleictus demuestra el impacto de la asistencia telemática especializada en entornos sin neurólogo presencial, mejorando la toma de decisiones, aumentando el acceso a reperfundición y homogeneizando la atención urgente.

Hoy sabemos más que nunca que el abordaje del ictus agudo exige velocidad, precisión diagnóstica y un uso inteligente de la neuroimagen. La transición desde una "ventana temporal" rígida hacia una "ventana tisular" abre la puerta a ofrecer tratamientos efectivos a un mayor número de pacientes, reforzando la importancia del sistema organizado de atención al ictus como elemento clave para mejorar la supervivencia y la funcionalidad a largo plazo.

IAM en urgencias: decisiones que salvan antes del intervencionismo.

Dra. Lorena Muñoz Gonzalez

El dolor torácico es uno de los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de Urgencias, con una prevalencia de hasta el 25%. Sin embargo, solo un 5–10% de los casos corresponde a patología coronaria aguda. Por ello, el diagnóstico diferencial rápido y preciso resulta esencial, ya que una actuación precoz reduce significativamente la morbilidad. El objetivo no es solo la detección temprana, sino también el inicio del tratamiento dirigido a restaurar la perfusión del miocardio isquémico lo antes posible.

Ante un síndrome coronario agudo (SCA) debemos distinguir entre SCACEST y SCASEST, ya que los tiempos y estrategias de intervención difieren. En el SCACEST, se inicia de forma inmediata la terapia farmacológica (doble

antiagregación y anticoagulación) y se activa al equipo de hemodinámica para realizar una angioplastia primaria. El tiempo puerta-balón constituye un indicador clave de calidad asistencial, y el objetivo es mantenerlo por debajo de 90 minutos desde el primer contacto médico.

En el SCASEST, se instaura la misma terapia farmacológica inicial, pero la estrategia invasiva puede demorarse hasta 24-48 horas, salvo presencia de criterios de alto riesgo (dolor persistente, alteraciones dinámicas del ST o T, arritmias graves o inestabilidad hemodinámica), en cuyo caso la intervención debe ser inmediata.

Una correcta priorización desde el triaje, con realización de un ECG en menos de 10 minutos, y la coordinación eficaz del equipo multidisciplinar son determinantes para mejorar el pronóstico. Estas medidas no solo incrementan la supervivencia, sino que reducen la morbilidad y mejoran la calidad de vida de los pacientes tras un evento coronario agudo.

Mesa: Intersección entre obesidad, diabetes y riesgo cardiovascular: evidencias y estrategias actuales.

Temas y Ponentes:

Potencia dual, impacto real: Redefiniendo el tratamiento de la diabetes y la obesidad.

Dr. Miguel Angel Corrales González

La potencia dual de la tirzepatida se refiere a su capacidad de actuar como agonista tanto del receptor de péptido insulínico dependiente de glucosa (GIP) como del receptor de péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1). Tirzepatida es el primer fármaco aprobado por la FDA en Estados Unidos y por la Agencia Europea del medicamento (EMA), que combina ambas actividades en una sola molécula, lo que le permite mimetizar y potenciar los efectos de ambas incretinas sobre el control glucémico y la reducción de peso.

Farmacológicamente, tirzepatida muestra mayor afinidad y activación por el receptor GIP que por el receptor GLP-1, lo que se ha denominado un agonismo "desbalanceado" o "biased", favoreciendo la señalización de AMPc en el receptor GLP-1 y una mayor ocupación del receptor GIP. Esta dualidad permite una mejora superior en la secreción de insulina, reducción de glucagón, disminución del apetito y pérdida de peso, en comparación con los agonistas selectivos de GLP-1.

Tirzepatida está aprobada para su uso en diabetes tipo 2 en monoterapia o en combinación con otros fármacos y para el sobrepeso a partir de un IMC igual o superior a 27 o para pacientes obesos.

En resumen, la potencia dual de tirzepatida consiste en su acción agonista sobre los receptores de GIP y GLP-1, con predominio funcional sobre el receptor GIP, lo que se traduce en efectos metabólicos superiores en el tratamiento de diabetes tipo 2 y obesidad.

Obesidad y glucemia: dos factores independientes, un riesgo cardiovascular compartido.

Dr. Jairo Luque Del Pino

La obesidad, concebida hoy como una enfermedad crónica basada en la adiposidad, se ha consolidado como un determinante fundamental del riesgo cardiometabólico. El exceso y la disfunción del tejido adiposo generan alteraciones fisiológicas que incluyen resistencia a la insulina, elevación progresiva de la glucemia, inflamación sistémica y un aumento sostenido del riesgo de complicaciones cardiovasculares y renales. Por ello, el abordaje temprano, amplio y continuado de la obesidad resulta esencial no solo para lograr una reducción significativa del peso, sino también para modificar el curso de condiciones estrechamente relacionadas, como la prediabetes y la diabetes tipo 2. Estas intervenciones permiten mejorar la calidad y la esperanza de vida, reforzando el papel central que desempeña la adiposidad en la salud cardiometabólica.

En esta ponencia se revisarán los avances recientes aportados por las nuevas terapias dirigidas a la adiposidad. El programa STEP con semaglutida 2.4 mg ha demostrado una reducción de peso clínicamente relevante acompañada de una elevada proporción de pacientes con obesidad y prediabetes que alcanzan niveles normales de glucosa. Estos resultados apoyan su utilidad tanto en la modificación del peso como en la prevención de la progresión hacia diabetes tipo 2, reforzando el impacto metabólico global del tratamiento.

Por su parte, el programa SURMOUNT ha mostrado que el tratamiento con tirzepatida contribuye de forma eficaz a la reducción de la adiposidad y favorece también la recuperación de valores normales de glucosa en personas con prediabetes. Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar la adiposidad como diana terapéutica prioritaria para mejorar múltiples dimensiones del riesgo cardiometabólico.

Asimismo, se abordarán los resultados del estudio SELECT, que demuestran, por primera vez, una reducción significativa de eventos cardiovasculares mayores en personas con obesidad sin diabetes tratadas con semaglutida, ampliando el alcance de sus beneficios más allá del control glucémico. De igual modo, los estudios STEP en insuficiencia cardíaca y el ensayo FLOW han mostrado efectos favorables adicionales tanto en el ámbito cardiovascular como en el renal.

En conjunto, la evidencia actual refuerza la necesidad de un enfoque precoz e integral del tratamiento de la obesidad, orientado a reducir su impacto sistémico y el riesgo vascular compartido con la alteración de la glucemia.

Hiperglucemia y daño vascular: tratar pronto, tratar bien y con protección global.

Dr. Luis Castilla Guerra

La diabetes tipo 2 no es simplemente un trastorno de la glucemia en sangre: es una enfermedad deletérea para el endotelio vascular cuyo impacto comienza mucho antes de que se manifieste el diagnóstico de la propia diabetes. Con frecuencia, las enfermedades cardiovasculares ya están presentes o en formación cuando se detecta la diabetes, y son, de hecho, la principal causa de morbilidad y mortalidad en estos pacientes, duplicando o incluso cuadruplicando el riesgo cardiovascular frente a personas sin diabetes.

Este riesgo no espera: los efectos deletéreos sobre los vasos sanguíneos pueden aparecer años antes del diagnóstico formal. En muchos casos, la patología vascular se inicia cuando las cifras de hemoglobina glucosilada aún están en rangos limítrofes (por ejemplo, 5,5-5,7 %), sugiriendo que la glucemia no es el único actor: el exceso de grasa ectópica y el estrés metabólico temprano contribuyen de modo significativo al daño endotelial. De hecho, la enfermedad cardiovascular puede preceder a la diabetes diagnosticada por 10 a 12 años respecto a la población general. No es raro que al tiempo del diagnóstico, entre un tercio y la mitad de los pacientes ya presentes una ECV establecida, y la mayoría (9 de cada 10) se encuadre en categorías de riesgo cardiovascular alto o muy alto.

Este escenario ha transformado la forma de abordar la diabetes: ya no basta con "bajar el azúcar". El paradigma actual se ha desplazado de un enfoque glucocéntrico hacia uno centrado en el paciente, individualizado y orientado a prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida. En este nuevo enfoque, el control debe ser multifactorial: tratar los lípidos (casi siempre usando estatinas), controlar la presión arterial (frecuentemente con metas < 130/80 mmHg) y, por supuesto, gestionar la glucemia. Es importante destacar que en prevención primaria no se recomienda de rutina el uso de ácido acetilsalicílico.

Dentro de los medicamentos antidiabéticos, los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2) han emergido como pilares esenciales. No solo reducen la glucosa, sino que ofrecen protección cardiovascular y renal claramente demostrada, independientemente —o al menos por mecanismos parcialmente independientes— de su efecto hipoglucemiante. Ensayos de gran envergadura han mostrado que estos fármacos reducen eventos cardiovasculares mayores, hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca, progresión de enfermedad renal e incluso mortalidad global.

Los mecanismos detrás de esos efectos beneficiosos son múltiples: mejoría del metabolismo energético cardíaco, reducción del estrés oxidativo e inflamación, modulación del sistema simpático, efecto favorable sobre la hemodinámica renal (reducción de hiperfiltración) y disminución de la carga de volumen mediante natriuresis.

Por supuesto, no están exentos de riesgos: el aumento de infecciones genitales micóticas, el riesgo —aunque bajo— de cetoacidosis euglucémica (una acidosis con niveles de glucosa no tan elevados) y la precaución en situaciones de hipovolemia o cirugía son aspectos que debe conocer el clínico. No obstante, son mínimos en relación a su sobrado beneficio.

Frente a este panorama, el mensaje clave es claro: debemos actuar cuanto antes, con adecuada intensidad terapéutica, y con una visión global de nuestro paciente. Se debe intervenir ya en estadios de prediabetes si es posible;

no postergar el uso de metformina y otros fármacos tan necesarios como eficaces como son los ISGLT2; iniciar tratamientos con medicamentos potentes y orientados a objetivos ambiciosos desde el principio; y hacerlo siempre junto con intervenciones no farmacológicas: dieta, ejercicio, control de peso y manejo de otros factores (dislipemia, hipertensión). Solo así podremos reducir el daño vascular silencioso, retrasar o evitar las complicaciones y ofrecer al paciente con diabetes una protección global real.

Mesa: Enfermedad vascular Subclínica: De la Sombra al Centro del Riesgo.

Temas y Ponentes:

Enfermedad Arterial Subclínica: Poblaciones de riesgo e implicaciones pronósticas.

Dra. Gema Gutierrez Lara

La enfermedad arterial subclínica (EAS) subyace como entidad de gran interés por su recorrido silente durante décadas. Ésta acarrea una carga de responsabilidad sin igual pues su detección precoz permitiría en la mayoría de las ocasiones cambiar el rumbo de una patología que traduce una gran morbimortalidad. Inmersos en un momento científico muy prolijo en cuanto a conocimientos, sabemos que el envejecimiento cronológico y celular van de la mano siendo responsables de los cambios histológicos que acontecen a nivel del lecho vascular. Pero en el apasionante mundo del envejecimiento vascular contamos con circunstancias que crean un microambiente favorecedor del daño endotelial, junto a factores de diferente índole como inestabilidad genómica, acortamiento de telómeros, disfunción mitocondrial, agotamiento de células madres y comunicación intercelular alterada entre otros. La famosa frase "cuanto antes y cuanto más bajo mejor" respecto al LDL es aplicable en la actualidad a la EAS, pues cuanto antes se diagnostique y cuanto más incipiente sea la placa aterosclerótica mejor. Herramientas desde luego no nos faltan, pues están validadas técnicas como el índice tobillo brazo (ITB), ecografía de distintos lechos vasculares (fundamentalmente carótida) y medición de calcio coronario. Las nuevas guías 2025 de la American Heart Association (AHA), en conjunto con el American College of Cardiology (ACC), recomiendan que el diagnóstico de la EAS se base en la identificación de pacientes en poblaciones de riesgo mediante historia clínica y examen físico dirigido, seguido de la medición del índice tobillobrazo (ITB). Aunque no se recomienda el uso rutinario de pruebas de imagen como la ecografía que en esta nueva publicación destacan el empleo de esta exploración en paciente con riesgo cardiovascular intermedio, dado que la identificación de la placa supondría una reestratificación del paciente con implicaciones terapéuticas. Por tanto, la identificación precoz de la placa cuando aún el individuo está asintomático, va a permitirnos hacer una correcta estratificación del paciente y/o reclasificación. Solo de esta forma será posible implementar tratamiento, concienciar a nuestros pacientes y no bajar la guardia ante una patología que "arrasa" en números.

Afección carotídea subclínica e ictus silente: detección temprana para prevención efectiva.

Dr. José Fernández Navarro

La presencia de placas ateroscleróticas en las arterias carótidas, incluso sin haber ocasionado un déficit neurológico ("carótida asintomática"), se asocia con un mayor riesgo de ictus isquémico y eventos cardiovasculares, como el infarto de miocardio. Clásicamente los algoritmos diagnóstico-terapéutico han priorizado la actuación en carótidas sintomáticas, con protocolos ampliamente definidos. Progresivamente, en los últimos años se prioriza, en base a la prevención primaria, la actuación en carótidas asintomáticas vulnerables previo a desencadenar el evento vascular.

El grado de estenosis carotídea es uno de los aspectos más estudiados a la hora de plantear tratar dicha carótida. Profundizando en la caracterización de las placas de ateroma mediante técnicas ecográficas o TC/RM, podemos

llegar a reconocer determinados “fenotipos de placa” que sugieran un mayor riesgo de desarrollar un evento y, por tanto, facilitar una estratificación del riesgo individualizado con estrategias preventivas personalizadas.

En los últimos años los propios neurólogos nos hemos propuesto como reto continuar con el seguimiento de estos pacientes que presentan múltiples factores de riesgo vascular, siendo el riesgo de eventos vasculares muy elevado en este subgrupo, priorizando un control óptimo de los niveles de colesterol. Estudios recientes reflejan que algunos fármacos hipolipemiantes actuarían de forma directa sobre la placa de ateroma con una regresión de la misma, siendo un pilar en la prevención de eventos en pacientes con ateromatosis carotídea subclínica.

MINOCA: cuando el infarto no sigue las reglas.

Dr. Eloy Rueda Calle

La ausencia de enfermedad coronaria obstructiva en pacientes con infarto de miocardio representa alrededor del 6% del total de las angiografías realizadas por dicho motivo, en incidencias observadas en metanálisis extensos.

El acrónimo MINOCA (Myocardial Infarction with Non-Obstructive Coronary Arteries) se establece como un diagnóstico inicial tras el cateterismo, y solo debería ser un punto de partida, una referencia hasta que el estudio posterior consiga definir la causa fundamental del incremento de troponina. No es deseable que constituya el diagnóstico final a largo plazo del paciente. La ausencia de enfermedad coronaria no excluye el infarto en estos pacientes.

La variabilidad en el manejo y estudio de los pacientes con MINOCA es muy diversa dado que a veces se precisan de recursos hospitalarios no generalizados, que no obstante no dejan de ser muy importantes. No existe además tampoco claro consenso en el control médico a largo plazo de esta enfermedad.

El diagnóstico etiológico correcto en cualquier caso es muy importante, fundamentalmente para, cuando exista posibilidad, se pueden tratar con terapias específicas la enfermedad de base. Un diagnóstico parcial no detallado con estudios posteriores, a veces queda cronificado para siempre, con terapias farmacológicas que se eternizan sin que posteriormente ningún facultativo se atreva a suspender, en ocasiones sin claro beneficio para el paciente.

La revisión de guías clínicas y algoritmos de actuación para el manejo de los pacientes con MINOCA es algo que además de ser muy útil, es tremendamente necesario para la correcta práctica médica en estos casos, intentando que nos sintamos seguros en su manejo y aportemos el mayor beneficio posible a estos enfermos.

Mesa: Promoviendo el cumplimiento y el Autocuidado continuo del paciente.

Temas y Ponentes:

Estrategias desde la farmacia comunitaria para incrementar la adherencia.

Sra. Nuria García-Agua Soler

El farmacéutico comunitario desempeña un papel fundamental en la mejora de la adherencia terapéutica de los pacientes, con especial atención a aquellos que padecen enfermedades cardiovasculares. Estas patologías, al ser en muchos casos silenciosas, pueden progresar sin síntomas evidentes hasta fases graves, lo que convierte la adherencia al tratamiento en un elemento crítico y, al mismo tiempo, difícil de mantener.

Su función va mucho más allá de la dispensación de medicamentos, incluyendo la educación sanitaria, el seguimiento farmacoterapéutico y la detección precoz de posibles problemas relacionados con los tratamientos. A través de estrategias como la revisión de la medicación, la utilización de sistemas personalizados de dosificación, la promoción del autocuidado y el seguimiento mediante herramientas digitales (como **Adherencia-Farmame** y

FarmaHelp), el farmacéutico contribuye significativamente a garantizar la continuidad del tratamiento. Gracias a **Adherencia-Farmame**, el farmacéutico puede conocer el grado de adherencia del paciente a su medicación en cada acto de dispensación. Esta información le permite detectar de forma temprana posibles incumplimientos terapéuticos y aplicar medidas correctivas, como reforzar la educación sanitaria o coordinarse con el médico prescriptor. Por otra parte, mediante **FarmaHelp**, el farmacéutico tiene la posibilidad de localizar en tiempo real medicamentos en situación de desabastecimiento en otras oficinas de farmacia, garantizando así la continuidad del tratamiento y evitando interrupciones que puedan afectar a la salud del paciente.

Además, su colaboración con el equipo médico a través de programas multidisciplinarios como **Comunica-AP** refuerza la comunicación entre niveles asistenciales y optimiza la atención al paciente. Gracias a esta herramienta, el farmacéutico puede notificar al centro de salud la finalización o necesidad de renovación de un tratamiento, asegurando que el paciente disponga siempre de su medicación en tiempo y forma.

En conjunto, estas iniciativas digitales fortalecen el papel asistencial del farmacéutico comunitario, mejoran la adherencia terapéutica y contribuyen a la prevención de complicaciones en pacientes con enfermedades cardiovasculares.

Apoyo a la deshabituación tabáquica desde la enfermería.

Sra. María Gálvez González

En los últimos años, se ha observado un aumento progresivo y silencioso del consumo de nicotina entre adolescentes, impulsada por la expansión del vaper¹⁻³ y los nicopouches (bolsitas de nicotina oral)^{2,3}. Aunque en España no hay, actualmente, datos oficiales sobre el consumo de nicopouches, en EEUU ya es (tras el vaper) el segundo producto con nicotina más consumido en población adolescente². En el contexto de Estados Unidos, los estudios epidemiológicos más recientes señalan un descenso en el consumo de cigarrillos electrónicos entre la población adolescente, junto con un aumento y/o uso combinado de bolsas de nicotina con otros productos en un porcentaje cada vez mayor de jóvenes, lo que está reconfigurando el panorama actual del consumo de nicotina^{2,3}.

Estos productos son presentados como alternativas "libres de humo" y tabaco" y se publicitan, principalmente, en redes sociales⁴. De hecho, los jóvenes están altamente expuestos a mensajes pro-consumo con estrategias de marketing que normalizan su uso y refuerzan una percepción errónea de bajo riesgo^{5,6}. Sin embargo, la mayor de los vapores y nicopouches contienen sales de nicotina; un tipo de nicotina sintética altamente adictiva⁷ que puede afectar rápidamente al desarrollo cerebral adolescente (atención, aprendizaje, control de impulsos) y favorecer la adicción y dependencia crónica a la nicotina⁸.

En este marco de ideas, conviene reforzar las estrategias preventivas con tres pilares⁹:

1. Alfabetización en salud sobre riesgos reales de los nuevos productos de nicotina sin combustión con contenidos actualizados y basados en evidencia.
2. Educación emocional y pensamiento crítico frente a tácticas de marketing digital y contenidos en redes sociales, integrando metodologías activas que fomenten el debate y la reflexión.
3. Entrenamiento en habilidades sociales con programas escolares que mejoren la capacidad para resistir la presión de grupo.

El reto es visibilizar este auge silencioso y actuar de forma temprana y coordinada entre centros educativos, familias y sistema sanitario^{9,10} para evitar una nueva ola de dependencia a la nicotina en formatos "modernizados". La intervención educativa, sostenida y contextualizada, puede potenciar el autocuidado adolescente, disminuir la normalización social del consumo y consolidar entornos escolares libres de nicotina^{9,10}.

Palabras clave: sales de nicotina; cigarrillo electrónico; bolsa de nicotina; adolescencia; autocuidado; prevención; educación para la salud.

Bibliografía

1. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES), 1994-2023. Informe 2023. Madrid: Ministerio de Sanidad, Gobierno de España; 2024. Disponible en: https://pnssd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2023_Informe.pdf
2. U.S. Food and Drug Administration; Centers for Disease Control and Prevention. Results from the Annual National Youth Tobacco Survey (NYTS) 2024-2025: Summary Report. Silver Spring (MD): U.S. Food and Drug Administration; 2025.

3. Han DH, Harlow AF, Miech RA, Bae D, Cho J, Dai HD, Sussman SY, Sanchez LM, Meza L, Leventhal AM. Nicotine Pouch and E-Cigarette Use and Co-Use Among US Youths in 2023 and 2024. *JAMA Netw Open*. 2025 Apr 1;8(4):e256739. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2025.6739.
4. Vassey J, Vogel EA, Unger JB, Cho J, Bae D, Donaldson SI, Allem JP. Impact of Instagram and TikTok influencer marketing on perceptions of e-cigarettes and perceptions of influencers in young adults: a randomised survey-based experiment. *Tob Control*. 2025 Feb 13;tc-2024-059021. doi: 10.1136/tc-2024-059021.
5. Donaldson SI, Dormanesh A, Perez C, Majmundar A, Allem JP. Association Between Exposure to Tobacco Content on Social Media and Tobacco Use: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2022 Sep 1;176(9):878-885. doi: 10.1001/jamapediatrics.2022.2223.
6. Lee J, Suttiratana SC, Sen I, Kong G. E-Cigarette Marketing on Social Media: A Scoping Review. *Curr Addict Rep*. 2023 Mar;10(1):29-37. doi: 10.1007/s40429-022-00463-2. Epub 2023 Jan 16. PMID: 41001189; PMCID: PMC12459632.
7. Cho YJ, Mehta T, Hinton A, Sloan R, Nshimiyimana J, Tackett AP, Roberts ME, Brinkman MC, Wagener TL. E-Cigarette Nicotine Delivery Among Young Adults by Nicotine Form, Concentration, and Flavor: A Crossover Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2024 Aug 1;7(8):e2426702. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.26702.
8. Khan S, Riaz M, Khan J, Khan A, Ullah I, Khan S, et al. Chronic tobacco smoking and neurocognitive impairments in adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry*. 2024;15:1384408. doi:10.3389/fpsy.2024.1384408.
9. Sockrider M, Rosen JB. Prevention of smoking and vaping initiation in children and adolescents. In Mallory GB, Blake D, eds *UpToDate*, Waltham (MA): UpToDate; 2025. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/prevention-of-smoking-and-vaping-initiation-in-children-and-adolescents>
10. Mylocopos G, Wennberg E, Reiter A, Hébert-Losier A, Fillion KB, Windle SB, Gore G, O'Loughlin JL, Grad R, Eisenberg MJ. Interventions for Preventing E-Cigarette Use Among Children and Youth: A Systematic Review. *Am J Prev Med*. 2024 Feb;66(2):351-370. doi: 10.1016/j.amepre.2023.09.028

El médico como facilitador del cumplimiento: empatía, lenguaje y prescripción con propósito.

Dra. Blanca Lorenzo Santamaria

La adherencia al tratamiento, definida por la OMS como el grado en que la conducta del paciente se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario (toma de medicación, seguimiento de dieta o modificación de hábitos de vida), es un desafío fundamental en la atención sanitaria. El 50% de los enfermos crónicos no cumple adecuadamente el tratamiento.

La taxonomía ABC de adherencia a la medicación identifica los siguientes procesos clave: **Inicio del tratamiento** (toma de la primera dosis), **Implementación** (medida en que la pauta seguida se corresponde con la prescrita), y **Persistencia** (tiempo entre el inicio y la última dosis). La no adherencia se clasifica según la intencionalidad (intencionada o no intencionada) y el momento de su producción, incluyendo la no iniciación, iniciación tardía, discontinuación temprana, subdosificación y sobredosificación.

La falta de adherencia es una "**epidemia silenciosa**" con altas tasas, alcanzando cerca del 50% en pacientes con hipertensión arterial, colesterol o diabetes.

Los **determinantes de la falta de adherencia** son multifactoriales, clasificados por la OMS en cinco dimensiones: factores relacionados con el paciente, el tratamiento, socioeconómicos, la enfermedad, y el sistema de salud. Entre las causas más frecuentes se encuentran el olvido de la medicación, el desconocimiento, la desmotivación y los efectos adversos.

Las **consecuencias de la no adherencia** son graves, afectando al paciente (clínicas) y al sistema sanitario (económicas):

- **Clínicas:** Pérdida de efectividad del tratamiento, empeoramiento de la enfermedad, mayor morbilidad y mortalidad.
- **Sanitarias y Económicas:** Aumento de hospitalizaciones, mayor número de consultas médicas y pruebas diagnósticas, y polimedicación innecesaria.
- **Iatrogenia:** La no adherencia hace el tratamiento ineficaz (el daño viene del incumplimiento del paciente). Por otro lado, la iatrogenia medicamentosa es el daño o efecto adverso por errores en la prescripción (por ejemplo, polifarmacia inadecuada), aunque el paciente tome la medicación. El proyecto STOP-IATRO busca optimizar la prescripción para hacerla más segura, lo que indirectamente mejora la adherencia.

La **Medición de la Adherencia** es un desafío en la práctica clínica porque **no hay un “patrón oro”** o estándar de referencia universalmente aceptado. Para su evaluación podemos emplear en la consulta diversos cuestionarios rápidos de autoinforme, como el **Test de Haynes-Sackett**, el **Test de Morisky-Green-Levine** y el **Test de Batalla**.

Para **mejorar la adherencia**, se proponen dos grandes líneas de intervención:

1. Modelos Integrados de Cuidados: Implementación de Planes de Acción Personalizados (PAP), como el PAI de Atención a Pacientes Pluripatológicos en Andalucía. Este modelo se centra en la autonomía del paciente y utiliza el PAP como herramienta clave para consensuar metas y acciones, garantizando la continuidad asistencial y la conciliación de la medicación.

2. Otras Intervenciones: Fomentar la **Empatía** (escucha activa para identificar barreras), la **Comunicación** (lenguaje accesible y verificación de la comprensión), la **Prescripción con Propósito** (personalización integral y toma de decisiones compartida), y el uso de **Nuevas Herramientas Tecnológicas**, como la

En resumen, la adherencia es un pilar fundamental con un impacto directo en los resultados de salud y los costes. Abordar sus múltiples determinantes requiere de un enfoque integral que priorice la personalización, la comunicación efectiva y la integración asistencial.

Actores comunitarios: formación ciudadana y entornos cardiosaludables.

Sr. Juan Antonio Bermúdez García

La Parada Cardíaca es una patología extraordinariamente frecuente y que muchas veces infraestimamos. En España ocurren más de 30.000 muertes súbitas al año, unas 100 por día, 1 cada 15 minutos. Equivalente a que se estrellara un avión con 280 pasajeros cada 3 días. De otras emergencias (suicidios, accidentes, ahogamientos, atragantamiento, intoxicaciones no voluntarias) 28 muertes al día.

En Andalucía 6.200 muertes inesperadas al año, 17 al día y en Málaga 3 a 4.

Desgraciadamente, las posibilidades de sobrevivir a una parada cardíaca secundaria a una arritmia ventricular, fuera de los hospitales, oscila entre el 5 y el 10%.

La reanimación debe empezarse de forma extraordinariamente precoz, por cada minuto que pasa las posibilidades de sobrevivir disminuyen un 10% por lo que al cabo de 10 minutos estas posibilidades son mínimas.

Para mejorar el pronóstico y la atención a la parada cardíaca hay definidas una serie de actuaciones que son vitales y forman parte de lo que se ha definido como cadena de supervivencia. Lo más importante es el comienzo precoz de compresiones torácicas y el poder disponer en el entorno de un Desfibrilador Semiautomático (DEA). Por ello, podemos decir que **la mejor opción de supervivencia está en manos de las personas presentes**.

Idealmente la Resucitación Cardiopulmonar (RCP) debe de empezar en menos de 3 minutos del comienzo del episodio.

Las guías del European Resuscitation Council de 2021 son muy claras. Los estados deben iniciar un Programa Nacional para facilitar y promover la instalación de desfibriladores y para formar sus ciudadanos en RCP. Así está ocurriendo en muchos países de Europa y sin embargo nuestro país está perdiendo el tren de la cardioprotección.

- Para expresar el problema en cifras, Japón tiene instalados 1 por cada 800 habitantes.
- Los Países Nórdicos 1 por cada mil.
- Francia, Inglaterra, Holanda o Alemania 1 por cada 1200 aproximadamente.
- España 1 por cada 1850.

Lo mismo puede decirse de la formación a la sociedad. Suecia, Dinamarca y Japón tiene más del 90% de sus ciudadanos formados. En Dinamarca es obligatoria su enseñanza en: escolares (primaria, secundaria y bachillerato), universidad, para obtener el carnet de conducir y un reciclaje en cada renovación. En España formamos a muchas menos personas, no llega al 20 % y todavía no tenemos conciencia de la magnitud del problema.

Si queremos mejorar nuestros resultados tenemos que hacer como nuestros vecinos europeos. Necesitamos un **Plan Nacional de RCP**. Necesitamos promover y fomentar la implantación de DEA y no ponerles impedimentos. Necesitamos coordinar voluntarios y formar a la población. Necesitamos que todos los coches de policía (nacional, local y guardia civil) cuenten con un DEA, todos los profesionales tengan un curso de SVB+DEA en su formación, en todos los centros públicos, aeropuertos, estaciones de metro, autobuses, Renfe, mercados, farmacias,

iglesias, hoteles, restaurantes, supermercados, oficinas de entidades bancarias, polígonos industriales, parques tecnológicos, dispongan también de DEAs.

Necesitamos que nuestros Ayuntamientos tomen conciencia y desarrollen programas específicos adaptados a cada ciudad, para **acercar la RCP y los DEAs a sus ciudadanos**.

Si analizamos qué es lo que ocurre en la sanidad de nuestro país veremos que tenemos cosas buenas y malas, pero hay una en la que somos los mejores. Los somos en el programa de trasplante, en ello llevamos más de 20 años en el número uno. Esto no se debe a que cuente con financiación, ni a que la ONT (Organización Nacional de Trasplantes) sea excepcional o el diseño sea mejor que otros. Nuestra principal fortaleza es que tenemos un gran porcentaje de donaciones. El pueblo español es generoso y responde con solidaridad y generosidad ante la tragedia. Nosotros tenemos el SÍ de la población y eso es algo que no puede comprarse con dinero.

En la RCP puede pasar lo mismo, podemos tener más voluntarios que nadie dispuestos a comprimir el pecho y utilizar un DEA. Lo malo es que no les estamos llamando.

Es tiempo de cambiar las cosas.

Estado actual de Málaga capital.

Hay censados entre públicos y privados más de 700 Desfibriladores. En áreas deportivas, centros sociales, bibliotecas, parking, plaza de Abastos, policía municipal, autobuses (87) y otras dependencias municipales, Metro, PTA, bancos, colegios profesionales, hoteles, supermercados, viviendas, y 40 en columnas en la vía pública de la ciudad. 1 DEA por cada 940 habitantes.

Tenemos un plan de formación permanente, habiéndose formado ya miles de malagueños, con el soporte fundamental de la Asociación de Expacientes de Medicina Intensiva EXPAUMI, sin ellos no hubiera sido posible.

También tenemos en uso una Plataforma del proyecto Málaga Cardioprotégida (**desfibriladores.malaga.eu**), con un código QR, para saber en cualquier dispositivo con conexión a Internet (móvil, Tablet, portátil, etc.) donde está ubicado el DESFIBRILADOR más cercano y la información necesaria.



Fuentes:

- CONSEJO EUROPEO DE RESUCITACION
- CONSEJO ESPAÑOL DE RCP
- FUNDACION ESPAÑOLA DEL CORAZON
- SEMICYUC-PLA N. DE RCP
- MINISTERIO DE SANIDAD
- PROYECTO MALAGA CARDIOPROTEGIDA
- Web MALAGA CARDIOPROTEGIDA. www.cardioprotegida.malaga.eu

Revista Riesgo Cardiovascular

Farmacia

34º Congreso Médico SAHTA

Sociedad Andaluza de Hipertensión Arterial

Mesa Redonda: Aplicabilidad de la Inteligencia Artificial en los diferentes niveles asistenciales de farmacia en relación con el paciente y su riesgo vascular.

Ponentes:

Sr. Cristóbal Abrio Martín

La inteligencia artificial (IA) está emergiendo como una herramienta de apoyo relevante en el ámbito de la atención primaria, con un creciente interés en su aplicabilidad desde la farmacia comunitaria. Esta revisión aborda el potencial clínico de la IA para la prevención y el control del riesgo cardiovascular desde este nivel asistencial, caracterizado por su cercanía al paciente y alta accesibilidad.

Se describen los principales escenarios en los que la IA puede integrarse en la práctica farmacéutica comunitaria con impacto clínico: cribado personalizado del riesgo vascular, seguimiento farmacoterapéutico de pacientes crónicos y soporte a la toma de decisiones clínicas. Se destacan las funciones de la IA como sistema de análisis predictivo, herramienta de monitorización remota, detector precoz de problemas de adherencia y apoyo en la interpretación de datos clínicos complejos. Asimismo, se abordan las posibilidades de interacción con el paciente mediante interfaces conversacionales y la generación automatizada de contenidos educativos.

La IA se presenta como una tecnología facilitadora que amplifica las capacidades del farmacéutico, permitiéndole anticiparse a desviaciones clínicas y adaptar sus intervenciones a perfiles de riesgo concretos. No obstante, se subraya que su uso debe ir acompañado de un juicio profesional fundamentado, pensamiento crítico y supervisión continua.

También se analizan las principales barreras para su implementación: calidad de los datos disponibles, integración con sistemas de gestión farmacéutica, formación de los profesionales y aspectos éticos relacionados con la privacidad y la autonomía del paciente. Finalmente, se destaca la necesidad de modelos colaborativos entre niveles asistenciales que permitan compartir datos y decisiones para una intervención efectiva en el riesgo vascular.

Este enfoque posiciona a la farmacia comunitaria como un actor clave en la prevención cardiovascular, capaz de combinar tecnología, proximidad y conocimiento clínico para mejorar resultados en salud poblacional.

Sra. María Espinosa Bosch

La inteligencia artificial (IA) se ha consolidado como un eje transformador en la práctica clínica, con un potencial creciente para mejorar la estratificación del riesgo vascular y optimizar la toma de decisiones terapéuticas en el ámbito hospitalario. El farmacéutico de hospital, como profesional con visión transversal del proceso asistencial y acceso a datos clínico-terapéuticos, desempeña un papel clave en la validación, implementación y monitorización de estas herramientas.

La ponencia se estructura en torno a tres ejes fundamentales. En primer lugar, se revisan los conceptos básicos de IA y aprendizaje automático, y su integración progresiva en la medicina cardiovascular: desde los sistemas expertos iniciales hasta las actuales arquitecturas de deep learning aplicadas al procesamiento de imágenes, lenguaje clínico y predicción de eventos adversos. Estos avances sustentan el desarrollo de modelos capaces de estimar riesgo cardiovascular, ajustar dosis de fármacos o predecir respuesta terapéutica con un grado de precisión creciente.

En segundo lugar, se analizan aplicaciones prácticas de la IA en farmacia hospitalaria con impacto en el paciente con riesgo vascular:

- Modelos predictivos que permiten anticipar descompensaciones hipertensivas, eventos tromboembólicos o interacciones de relevancia clínica.
- Sistemas de apoyo a la decisión para la selección y ajuste de tratamiento antihipertensivo o hipolipemiente, integrados en la historia clínica electrónica.

- Herramientas de seguimiento automatizado que correlacionan adherencia, variables clínicas y resultados de salud, facilitando intervenciones farmacéuticas personalizadas.
- Aplicaciones generativas (como ChatGPT u otros modelos especializados) en tareas de formación, documentación y soporte a la atención no presencial.

Finalmente, se reflexiona sobre el rol del farmacéutico como garante de seguridad y validez científica. Su función es crítica en la evaluación de la calidad de los datos, la interpretabilidad de los algoritmos, la ética en el uso de IA y la supervisión clínica de los resultados. El farmacéutico debe liderar la incorporación responsable de estas tecnologías, participando en su diseño, validación y evaluación de impacto, y promoviendo la formación continua en competencias digitales.

En conclusión, la IA representa una oportunidad para fortalecer la farmacoterapia individualizada y la gestión del riesgo vascular. Su adopción exige una implicación activa del farmacéutico, que debe combinar criterio clínico, conocimiento técnico y responsabilidad ética para garantizar un uso seguro, eficaz y humanizado de la innovación digital.

Sr. Rafael Paéz Valle

Esta ponencia explora el potencial de la Inteligencia Artificial (IA), en particular la IA Generativa (IAG), como herramienta de apoyo esencial para el Farmacéutico de Atención Primaria (FAP). El objetivo principal es mejorar la seguridad y adecuación farmacoterapéutica de los pacientes en la práctica diaria. La IA ofrece diversas aplicaciones clave para el FAP: 1. **Revisión Farmacoterapéutica:** Facilita la **identificación de problemas relacionados con la medicación (PRM)**, como dosificaciones incorrectas, duplicidad de fármacos o tratamientos innecesarios. Además, permite la **detección de interacciones medicamentosas relevantes** (fármaco-fármaco, fármaco-alimento, fármaco-enfermedad). 2. **Adecuación Terapéutica:** Proporciona soporte en la **revisión de la adecuación terapéutica** basándose en guías clínicas y protocolos oficiales. Esto incluye la **optimización del tratamiento crónico**, mediante la simplificación posológica o la selección del fármaco con el perfil beneficio-riesgo más favorable. 3. **Seguridad del Paciente y Casos Especiales:** Asiste en la **evaluación de la seguridad** (prevención de reacciones adversas, revisión de alergias y seguimiento de medicamentos de alto riesgo). Asimismo, ayuda en el **ajuste de tratamientos en situaciones especiales**, como en pacientes con insuficiencia renal o hepática, personas mayores (aplicando criterios STOPP/START), o durante el embarazo y la lactancia. 4. **Gestión de la Información:** Apoya la **conciliación de la medicación** en las transiciones asistenciales. La IA también se puede emplear para la **elaboración de informes farmacoterapéuticos estructurados** y para la **actualización continua** mediante la búsqueda rápida y el resumen de novedades regulatorias o alertas de farmacovigilancia. No obstante, la utilidad de esta herramienta depende de su correcto uso. Una aplicación inadecuada puede conducir a resultados erróneos, análisis equivocados y conclusiones falsas. Aunque los modelos de IA pueden generar textos coherentes estadísticamente, carecen de una comprensión humana del mundo y su rendimiento está ligado a su entrenamiento. Por ello, la formulación de instrucciones específicas, conocidas como *prompts*, es crucial. La calidad de un *prompt* influye directamente en la precisión y utilidad de la respuesta obtenida de la IA. Durante esta charla, se presentarán ejemplos de cómo utilizar la IA de forma productiva y cómo evitar su uso incorrecto, transformando al usuario de un "mono con una escopeta" a un "Paganini con su violín".

Mesa Redonda: Patrimonio Cultural del Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Málaga y Sistema de Acreditación SAHTA.

Ponentes:

Sr. Ángel Martín Reyes

El ICOFMA ha tenido tres sedes como tales, en la calle Molina Larios nº 8, vs calle Prim nº9. Ambas incendiadas el 19 de julio 1936. Se cree que realmente fue en calle Prim. La siguiente en calle Alcazabilla nº18 (1941), Alameda de Colón nº28 (1968) y la actual Avenida Carlos Haya 151 (2023). 18 presidentes contando al actual. El ICOFMA se fundó el 16 de Julio de 1878.

El Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Málaga (ICOFMA) tiene su sede actual (Inaugurada el 22/9/2023) en Avenida Carlos Haya 151 CP 29010). Tiene una zona dedicada a Biblioteca Museo en la que destacan libros de principios del siglo XX a la actualidad. En el museo destaca la farmacia construida en 1886 conocida como Farmacia Bonifacio Gómez. En el Colegio se encuentran Botamen, Bombo Grageador, Llenadora de Comprimidos, Envasadora en tubos de Cremas y Pomadas. También dispone de una amplia colección de cuadros de diversos pintores malagueños.

Dispone de salón de actos con capacidad para 120 personas. Este salón dispone de medios audiovisuales de última generación.

Tiene un patio interior y jardines en con riqueza botánica importante como son varios olivos de más de 450 años.

A lo largo de su recorrido se encuentran autoclaves todos anteriores a 1960 así como vitrinas de exposición con instrumental propios de la profesión: morteros, moldes de supositorios, capsuladores...etc. Igualmente tiene una vitrina con instrumental de análisis clínicos.

Revista Riesgo Cardiovascular

Enfermería

34º Congreso Médico SAHTA

Sociedad Andaluza de Hipertensión Arterial

Taller: Índice Tobillo Brazo (ITB). Prueba diagnóstica en la Unidad de Riesgo Cardiovascular.

Ponentes:

Sra. Esther Luna Rodríguez

Sra. Julia Barrera Barrera

Sr. Carlos Alberto Pazos Amodeo

El riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares como la enfermedad arterial periférica, infarto agudo de miocardio o ictus ha aumentado en los últimos años. El envejecimiento de la población unido a factores como la obesidad, el tabaquismo, la diabetes o HTA han hecho que la probabilidad sea más una realidad que asumir.

El hecho de tener un ITB patológico permite detectar la enfermedad arterial periférica, que es el estrechamiento de las arterias que afecta al flujo sanguíneo de las extremidades inferiores, antes que cause síntomas graves como la claudicación intermitente. Este hecho se relaciona con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular. Es un método rápido y no invasivo con una técnica sencilla de realizar por parte de enfermería, donde también obtendremos la presión arterial braquial y frecuencia cardíaca en un único acto o valoración.

En este "taller" sobre el Índice Tobillo-Brazo, reconocido como ITB, vamos a realizar una sesión de formación para enseñar o instruir en la realización de esta prueba que compara la presión arterial en los tobillos con la del brazo mediante un dispositivo digital (en este caso) compuesto de tres manguitos y un monitor que muestra los resultados de forma clara y sencilla, indicándonos si se encuentran dentro de los valores de "normalidad" o referencia.

Para la realización de la prueba, necesitaremos datos antropológicos del paciente, como sexo, edad, raza y talla.

Los manguitos irán aplicados en ambos tobillos y brazo derecho con el paciente en reposo y posición decúbito supino, sin tener más indicación por parte del profesional que la de "esperar el resultado" que aparecerá en el monitor en pocos minutos.

Mesa. Impresiones en Atención Hospitalaria y Primaria del riesgo vascular / intervención de Nuevas adicciones en la adolescencia

Temas y Ponentes:

Activa tu modo ANTIVAPEO: Intervención para la prevención de tabaquismo y vaping en el entorno escolar.

Sra. María Gálvez González

El consumo de cigarros electrónico en población adolescente española ha ido en aumento en los últimos años y, actualmente, es la forma de consumo más habitual en este sector de la población¹. Por su parte el Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía (PITA)², dentro de la línea de Prevención del tabaquismo y Promoción de la

Salud, impulsa intervenciones mediante actividades de sensibilización basadas en evidencia científica y dirigidas a la comunidad educativa³ con el propósito de retrasar la edad de inicio del consumo de tabaco y nuevas formas de consumo de nicotina.

En este marco de ideas nace *Activa tu Modo Antivapeo*, una intervención para la prevención del tabaquismo y el vaping en el entorno escolar. Para desarrollar esta iniciativa, en el Distrito de Atención Primaria Costa del Sol (DAPCS) se configuró un grupo de trabajo liderado por una enfermera experta en tabaquismo que incluyó 2 técnicos de promoción de la salud y 4 enfermeras referentes de centros educativos (ERCE). Se diseñó un material común y estructurado para todas las ERCE del DAPCS: documentación básica, presentaciones adaptadas a distintos niveles educativos y recursos de apoyo (vídeos, dinámicas participativas y material de refuerzo). Posteriormente, se realizaron sesiones presenciales en condiciones simuladas de aula, finalmente se dejó disponible todo el material en un espacio compartido para su uso común y continuado.

Activa tu Modo Antivapeo se dirige a estudiantes de 6º de Primaria, 2º y 4º de la ESO mediante 2 sesiones anuales de una hora, adaptadas al nivel madurativo. Se trabaja en dos ejes principales: concienciación sobre los riesgos del consumo de tabaco, vaper y productos derivados, y entrenamiento en habilidades de resistencia ante la presión del grupo, utilizando la técnica REAL^{4,5} (Rechazar, Explicar, Alejarse, Largarse). Las sesiones promueven la reflexión crítica, la toma de decisiones autónomas y el desarrollo de estilos de vida saludables; y son llevadas a cabo por la ERCE de referencia del centro educativo. La innovación radica en el uso estructurado y progresivo de la técnica REAL, lo que garantiza la continuidad educativa entre los 12 y 16 años y ayuda a consolidar competencias preventivas.

Durante el curso 2022-2023 se inició la implementación en los centros de las cuatro Zonas Básicas de Salud del DAPCS; en 2023-2024 se integraron los talleres con la técnica REAL y para 2024-2025 se proyecta su consolidación anual. En la evaluación cualitativa de los talleres destaca la elevada participación del alumnado y aumento de la sensibilización en la comunidad educativa sobre los riesgos del consumo de tabaco y sobre todo, vaper con o sin nicotina desde edades tempranas.

Esta experiencia demuestra que las intervenciones educativas participativas y basadas en evidencia pueden fortalecer el autocuidado adolescente y reducir la normalización social del consumo de nicotina. Su metodología flexible y replicable permite la transferibilidad a otros contextos escolares del SSPA, y refuerza el papel de la ERCE como agente clave de promoción de la salud.

Palabras clave: prevención, vapeo, tabaquismo, adolescencia, educación para la salud, técnica REAL

Bibliografía

1. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES), 1994-2023. Informe 2023. Madrid: Ministerio de Sanidad, Gobierno de España; 2024. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2023_Informe.pdf
2. Junta de Andalucía, Consejería de Salud y Consumo. Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía (PITA) 2022-2025. 2ª ed. Sevilla: Junta de Andalucía; 2022. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/inline-files/2023/07/PITA_2022_130723.pdf
3. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Consumo. Vida sin humo: Guía para profesionales. Plan integral de tabaquismo de Andalucía [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía; 2022 [citado 2025 abr 17]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/inline-files/2022/11/Vidasinhumo_Guiaparaprofesionales_2022.pdf
4. Sockrider M, Rosen JB. Prevention of smoking and vaping initiation in children and adolescents. In Mallory GB, Blake D, eds *UpToDate*, Waltham (MA): UpToDate; 2025. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/prevention-of-smoking-and-vaping-initiation-in-children-and-adolescents>.
5. Cutrín O, Fadden IM, Marsiglia FF, Kulis SS. Social Validity in Spain of the Mantente REAL Prevention Program for Early Adolescents: Social Validity of Mantente Real in Spain. *J Prev* (2022). 2023 Apr;44(2):143-164. doi: 10.1007/s10935-022-00701-3. Epub 2022 Aug 4.

Una generación en peligro: la obesidad infantil como problema de salud pública

Sra. Ana Belén Romero Cañadillas

La obesidad infantil constituye una de las principales amenazas para la salud pública mundial del siglo XXI. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la reconoce como una epidemia global en expansión. Según el informe de UNICEF 2025, por primera vez la prevalencia de obesidad infantil ha superado a la del bajo peso en la población de 5 a 19 años. Actualmente, más de 188 millones de niños y adolescentes en el mundo presentan obesidad, y uno de cada cinco muestra exceso de peso, reflejo de entornos alimentarios cada vez más desfavorables para la salud infantil.

En España, la Encuesta Nacional de Salud (2023) estima una prevalencia del 18,2% en obesidad y del 23,3% en sobrepeso en población pediátrica, cifras que sitúan al país entre los de mayor incidencia en Europa. En Andalucía las cifras de sobrepeso y obesidad aunque se han estabilizado en la última década, siguen siendo altas, según la Encuesta Nacional de Salud (2023) la prevalencia de obesidad se sitúa en 16,3 %, y un 19,1% para el sobrepeso.

La etiología de la obesidad infantil es multifactorial y responde a la interacción de factores genéticos, ambientales y conductuales. Entre los determinantes más relevantes destacan la ingesta elevada de alimentos ultraprocesados, el sedentarismo, la exposición constante a pantallas y la influencia del marketing alimentario dirigido a menores.

Las consecuencias trascienden la dimensión estética, generando alteraciones metabólicas (resistencia a la insulina, diabetes tipo 2, dislipemia), cardiovasculares, osteoarticulares y psicológicas, además de un impacto económico considerable, estimado entre el 2 y el 3% del gasto sanitario total.

La evidencia científica respalda la necesidad de estrategias preventivas integrales que incluyan la promoción de una alimentación equilibrada, la actividad física diaria y la educación sanitaria familiar y escolar. UNICEF y la OMS recomiendan políticas públicas de carácter obligatorio que regulen la comercialización y disponibilidad de alimentos no saludables, especialmente en el entorno escolar.

La obesidad infantil constituye, en definitiva, un problema complejo que requiere un abordaje multidisciplinar y coordinado entre los sectores sanitario, educativo y social, orientado a garantizar una infancia más saludable y un futuro con menor carga de enfermedad.

Atención multidisciplinar en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada: educación para la salud y cuidado integral

Sra. D^a. Ana Rebollo Rubio

La enfermedad renal crónica (ERC) representa un importante problema de salud pública, con alta prevalencia y fuerte asociación con complicaciones cardiovasculares y deterioro significativo de la calidad de vida. La enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) se define como aquella ERC que cursa con una disminución grave del filtrado glomerular (FG) (FG < 30 ml/min).

La ERCA es una patología fácil de diagnosticar, aunque en muchas ocasiones pasa inadvertida debido a la sintomatología inespecífica que presenta esta enfermedad hasta estadios avanzados, pero cuyo diagnóstico es especialmente importante en personas mayores de 60 años, hipertensos, diabéticos y/o con enfermedad cardiovascular.

Es necesario una atención multidisciplinar en esta fase de la enfermedad para abordar directamente los factores de riesgo de progresión de la enfermedad, las complicaciones metabólicas y óseas, así como alteraciones derivadas por el avance de la enfermedad como la desnutrición, anemia, inflamación, desgaste proteico-energético, estados de acidosis, factores de riesgo cardiovascular, ... y problemas psicológicos como la ansiedad y depresión presentes en un elevado número de estos pacientes.

Son objetivos de las unidades ERCA conservar la función renal el mayor tiempo posible; conseguir una mejor preparación del entorno para la terapia renal sustitutiva elegida en la última etapa de la ERC (trasplante renal o diálisis); reducir las entradas no programadas en diálisis y sus consecuencias; desarrollar acciones encaminadas a disminuir la comorbilidad asociada, sobre todo la cardiovascular y estancias hospitalarias; formación progresiva sobre las dietas más adecuadas en cada caso y optimizar la calidad de vida del paciente y sus familiares; además

de empoderar al paciente en el manejo de su enfermedad a través de la educación y capacitación para un alto nivel de autocuidados.

Se trata, por tanto, de ofrecer un cuidado integral, que mejore la calidad de vida y la supervivencia, disminuyendo la morbilidad y una reducción de costes sanitarios.

Mesa. Claves para el abordaje de lesiones en miembros inferiores.

Temas y Ponentes:

AMPA de Cribado de HTA para prevenir lesiones en miembros inferiores

Sra. Ana Belén Arrabal Téllez

El cribado cardiovascular constituye una herramienta esencial en la detección precoz del riesgo vascular y la prevención de complicaciones crónicas. La enfermería, desde la Atención Primaria, desempeña un papel clave en la identificación de factores de riesgo, el control de la presión arterial y la educación sanitaria, mejorando la calidad de vida de la población y reduciendo la carga asistencial derivada de las enfermedades cardiovasculares.

1. Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular y una causa relevante de morbimortalidad a nivel mundial. En el ámbito de Atención Primaria, el cribado sistemático de la HTA y otros factores de riesgo asociados permite detectar de forma precoz a pacientes con alto riesgo vascular. La enfermería tiene un papel fundamental en este proceso mediante la valoración, el seguimiento y la educación sanitaria.

2. Objetivos

- Evaluar la utilidad del WatchBP Home como herramienta de cribado cardiovascular en consulta de enfermería.
- Promover la detección precoz de hipertensión y riesgo vascular en población general.
- Analizar la relación entre el control cardiovascular y la prevención de úlceras vasculares en miembros inferiores.
- Potenciar la educación del paciente en el autocontrol de la presión arterial.

3. Importancia del cribado cardiovascular desde enfermería

El cribado cardiovascular desde la consulta de enfermería permite la prevención primaria y secundaria de las enfermedades vasculares. A través de una valoración integral, la enfermería puede identificar pacientes con hipertensión no diagnosticada, factores de riesgo cardiovascular y estilos de vida poco saludables, interviniendo de forma temprana para reducir el riesgo global y mejorar la adherencia terapéutica.

4. Dispositivo WatchBP Home (Microlife)

El WatchBP Home es un dispositivo clínicamente validado diseñado para la medición automatizada de la presión arterial tanto en consulta como en el domicilio. Permite realizar mediciones seriadas (matutinas y vespertinas) y obtener un promedio representativo. Cuenta con detección automática de fibrilación auricular (AFIB), facilitando la identificación de arritmias. Su facilidad de uso y fiabilidad lo convierten en una herramienta eficaz para la enfermería en la detección precoz del riesgo cardiovascular.

5. Relación entre el cribado cardiovascular y la prevención de úlceras vasculares

El control del riesgo cardiovascular contribuye de forma directa a la prevención de úlceras venosas y arteriales en miembros inferiores. La hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la enfermedad arterial periférica son causas frecuentes de daño microvascular y macrovascular. Un adecuado control tensional y metabólico reduce la aparición de lesiones isquémicas y úlceras arteriales. En pacientes con insuficiencia venosa, el manejo integral del riesgo cardiovascular mejora el retorno venoso y previene la evolución hacia úlceras venosas. La educación sanitaria en autocuidado, alimentación saludable y ejercicio terapéutico es clave para evitar complicaciones.

6. Demostración práctica

Vídeo demostrativo del uso del WatchBP Home (Microlife):

https://youtu.be/aDnzyPFyWk?si=44mCo-Z9VGYOe5c_

Duración: 1 min 34 s – Fuente: Canal oficial Microlife

7. Conclusiones

- El cribado cardiovascular sistemático en enfermería mejora la detección temprana de HTA y fibrilación auricular.
- El WatchBP Home es una herramienta fiable, accesible y clínicamente validada.
- El control cardiovascular previene la aparición de úlceras venosas y arteriales en miembros inferiores.
- La enfermería desempeña un papel esencial en la promoción de la salud vascular y la continuidad asistencial.

8. Cita final

"Prevenir es la forma más noble de curar." — Hipócrates

Cribado vascular: primer paso en la valoración integral de la herida en el miembro inferior.

Sra. María Pilar Camarero Gómez

La valoración vascular es el primer paso en el abordaje de las heridas del miembro inferior. Iniciar el tratamiento a partir del apósito sin conocer la etiología es "empezar la casa por el tejado". El cribado estructurado evita ese sesgo y orienta decisiones seguras y eficaces. El acrónimo HEIDI (*Historia, Exploración, Investigaciones, Diagnóstico e Implementación*) ofrece una secuencia clínica pedagógica y reproducible que guía la actuación enfermera desde la anamnesis hasta la implementación del plan de cuidados.(1)

En la **H** de *Historia*, se investigan factores de riesgo cardiovascular, claudicación, dolor en reposo, fármacos y determinantes psicosociales que pueden interferir en la cicatrización (2). En el **E** de *Examen*, la inspección documenta color, temperatura, bordes, exudado y signos tróficos; y se palpan pulsos femoral, poplíteo, tibial posterior y pedio, con repleción capilar y test de Samuels para detectar isquemia dependiente de la posición (3). El conocimiento anatómico y hemodinámico facilita diferenciar patrones: arterial (bordes definidos, piel fría, dolor nocturno), venoso (bordes irregulares, edema, hiperpigmentación), mixto (signos combinados), vasculítico (púrpura/necrosis en parches) y linfático (signo de Stemmer, engrosamiento cutáneo). (2-4)

En el **I** de *Investigación*, la herramienta clave es el índice tobillo-brazo (ITB) para cribado de EAP y para estimar la seguridad de la compresión. La espectrometría Doppler —ondas trifásicas/bifásicas/monofásicas— aporta información funcional del flujo arterial y venoso, cuya interpretación ha sido estandarizada por consenso internacional entre las sociedades científicas. Según las guías y consensos actuales, un ITB $\geq 0,80$ permite compresión moderada; 0,50-0,79 requiere precaución y valoración interdisciplinar; por debajo de 0,50 se prioriza derivación vascular y alivio de isquemia antes de comprimir. En venosa, la clasificación CEAP y las recomendaciones ESVS 2022 estructuran el diagnóstico y el tratamiento, incluyendo la elección adecuada de la compresión y abordaje del reflujo. (5,6)

El **D** de *Diagnóstico* integra hallazgos clínicos e instrumentales para etiquetar la causa real (arterial, venosa, mixta, vasculítica o linfática) y el **I** de *Implementación* alinea la intervención hacia el abordaje etiológico: descarga, compresión adecuada, derivación vascular o tratamiento específico. (7,8)

Desde la enfermería, identificar correctamente la etiología de la herida no es un trámite, sino una intervención sanitaria basada en ciencia. Cada diagnóstico preciso evita tratamientos inadecuados, optimiza resultados y devuelve al paciente no solo la funcionalidad, sino también la confianza en su recuperación.

Palabras clave: cribado vascular; índice tobillo-brazo; enfermedad arterial periférica; insuficiencia venosa crónica; enfermería avanzada; diagnóstico diferencial; compresión.

Bibliografía

1. Harding K, Gray D, Timmons J, Hurd T. Evolution or revolution? Adapting to complexity in wound management. *Int Wound J* 2007 Jun [cited 2025 Oct 28];4(Suppl 2):1. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7951538/>
2. Dissemond J, Placke JM, Moelleken M, Kröger K. The Differential Diagnosis of Leg Ulcers. *Dtsch Arztebl Int* 2024 Nov 1 [cited 2025 Oct 28];121(22):733. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12021468/>

3. Mazzolai L, Teixido-Tura G, Lanzi S, Boc V, Bossone E, Brodmann M, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of peripheral arterial and aortic diseases. *Eur Heart J* 2024 Sep 21 [cited 2025 Oct 28];45(36):3538–700. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39210722/>
4. Collier M, Barbul A, Campbell RF, Filori P, Haughey L, Hazledine M, et al. Chronic oedema of the lower limb — Practical guidance on diagnosis, effective treatment and ongoing management. *Journal of Wound Management* [cited 2025 Oct 28];Ahead(of). Available from: <https://journals.cambridge.com.au/jwm/ahead-print/chronic-oedema-lower-limb-practical-guidance-diagnosis-effective-treatment-and-ongoing-management/10.35279/jowm2025.26.03.sup01>
5. Kim ESH, Sharma AM, Scissons R, Dawson D, Eberhardt RT, Gerhard-Herman M, et al. Interpretation of peripheral arterial and venous Doppler waveforms: A consensus statement from the Society for Vascular Medicine and Society for Vascular Ultrasound. *Vasc Med* 2020 Oct 1 [cited 2025 Oct 28];25(5):484–506. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32667274/>
6. Nickles MA, Ennis WJ, O'Donnell TF, Altman IA. Compression therapy in peripheral artery disease: a literature review. <https://doi.org/10.12968/jowc202332Sup5S25>. 2023 Apr 25 [cited 2025 Oct 28];32(5):S25–30. Available from: [/doi/pdf/10.12968/jowc.2023.32.Sup5.S25?download=true](https://doi/pdf/10.12968/jowc.2023.32.Sup5.S25?download=true)
7. Mosti G, Benigni JP, Bohbot S, Devoogdt N, Forner-Cordero I, da Matta E, et al. Compression terms: Defining terminology of compression therapy - An international compression club consensus document. *Phlebology* .2025 Aug 1 [cited 2025 Oct 28];40(7):490–5. Available from: [/doi/pdf/10.1177/02683555241313422?download=true](https://doi/pdf/10.1177/02683555241313422?download=true)
8. Practical Guidelines 7 Guidelines Development and methodology IWGDF Guidelines on the prevention and management of diabetes-related foot disease IWGDF Guidelines. [cited 2025 Jun 1]; Available from: www.iwgdfguidelines.org

Revista Riesgo Cardiovascular

Comunicaciones Medicina

34º Congreso Médico SAHTA

Sociedad Andaluza de Hipertensión Arterial

880/3. HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEVERA COMO GUÍA EN EL COMA, UN DATO QUE NOS DEBE ALERTAR

Autores:

Luque Ambrosiani, A.¹, Hormigo Pozo, A.¹, Manzano Hernández, L.¹, Lopera Rodríguez, I.¹, Hernández Chamorro, F.¹, Villagrán Sancho, D.¹, Hernández Ramos, F.¹

Centro de Trabajo:

(1) Médico Interno Residente de Neurología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen:

Descripción del caso

Presentamos el caso de un varón de 71 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2 mal controlada, dislipidemia y antecedentes familiares significativos de enfermedad cardiovascular. El paciente fue encontrado en su domicilio en estado de bajo nivel de conciencia tras haber presentado cefalea, mareo y debilidad generalizada el día anterior. A la llegada del equipo de emergencias extrahospitalarias, presentaba una crisis hipertensiva severa (210/180 mmHg) e insuficiencia respiratoria aguda, con sospecha inicial de edema agudo de pulmón. Se inició tratamiento urgente con urapidilo, furosemida, morfina y oxígeno de alto flujo, siendo trasladado de urgencia al hospital, donde fue intubado por compromiso neurológico grave (Glasgow Coma Scale 7). En las primeras 24 horas de ingreso en la unidad de cuidados intensivos, se intentó retirar el soporte ventilatorio sin éxito, observándose una incapacidad persistente para movilizar espontáneamente las extremidades, lo cual hizo sospechar afectación neurológica subyacente grave, por lo que se realizó una ventana neurológica.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración neurológica, el paciente presentaba tetraplejía casi completa, Babinski bilateral, reflejos troncocefálicos presentes, pupilas normorreactivas y nistagmo horizontal. Se realizó TC craneal urgente que mostró hipodensidad bulbar medial bilateral, y angio-TC que evidenció enfermedad ateromatosa significativa en la arteria basilar, junto a hipoplasia de la arteria vertebral izquierda. La resonancia magnética craneal confirmó una lesión isquémica aguda extensa y bilateral en el bulbo raquídeo (aproximadamente 80% de la sección axial superior), junto con lesiones isquémicas focales en otras regiones supratentoriales.

Juicio clínico

Se estableció como diagnóstico principal un ictus isquémico bulbar paramedial bilateral, probablemente secundario a oclusión aterotrombótica en el territorio de la arteria basilar, en el contexto de una hipertensión arterial severa no conocida previamente. El diagnóstico diferencial incluyó inicialmente síndrome de encefalopatía posterior reversible y mielínolisis central pontina, que fueron descartados por la distribución anatómica y características de la imagen. La gravedad clínica del paciente, con tetraplejía y persistencia de nivel de conciencia reducido, impidió la retirada del soporte ventilatorio. Ante la ausencia de mejoría neurológica y la extensión de las lesiones, se consensuó con la familia la limitación del esfuerzo terapéutico y se consideró la donación de órganos.

Comentario final

Este caso resalta la importancia de considerar un evento neurológico agudo, como un ictus en territorio vertebrobasilar, ante la presencia de una crisis hipertensiva severa acompañada de alteración del nivel de conciencia. La hipertensión no solo puede ser un factor desencadenante, sino también una manifestación de daño cerebral agudo. El retraso diagnóstico, inicialmente motivado por un enfoque respiratorio, pone en evidencia la necesidad de exploraciones neurológicas exhaustivas en estos contextos. La neuroimagen avanzada —resonancia magnética y angio-TC— resultó esencial para el diagnóstico definitivo. Asimismo, se subraya la relevancia del control de factores modificables como la hipertensión, dislipidemia y diabetes mellitus en la prevención de eventos cerebrovasculares mayores. En pacientes con presentación clínica atípica, una actitud proactiva ante signos neurológicos sutiles puede cambiar radicalmente el pronóstico.

Bibliografía

1. Hanson JE, Inam SHA, Littlehales L, et al. Timely Diagnosis of Basilar Artery Occlusion Leading to Improved Outcomes: A Case Report. *Cureus*. 2023;15(6):e41096. doi:10.7759/cureus.41096
2. Bacchi S, Tan S, Goh R, et al. Basilar artery occlusion presenting with reduced level of consciousness: a diagnosis not to miss. *Intern Emerg Med*. 2023;18(3):933–6. doi:10.1007/s11739-023-03212-z
3. Elliot WJ, Varon J. Evaluation and treatment of hypertensive emergencies in adults. In: Forman JP, editor. *UpToDate*; 2023.

4. Qureshi AI. Acute hypertensive response in patients with stroke: pathophysiology and management. *Circulation*. 2008;118(2):176–87. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.107.723874
5. Dakaj N, Gocaj K, Kabashi S, et al. Basilar artery thrombosis and Wallenberg syndrome in a patient with uncontrolled hypertension. *Radiol Case Rep*. 2024;19(8):3033–7. doi:10.1016/j.radcr.2024.03.043

880/4. CUANDO LA HIPERTENSIÓN REVELA LO INVISIBLE

Autores:

Urbaneja Zumaquero, V.¹, Espildora Hernández, J.¹, Coca Prieto, I.¹, Sánchez Chaparro, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 70 años con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), dislipemia y aneurisma de arteria carótida derecha de 6 x 6,4 mm. Fue derivada a la consulta de Medicina Interna debido a hipertensión de difícil control, a pesar de encontrarse en tratamiento con losartán/hidroclorotiazida 100/25 mg y doxazosina 2 mg/día.

La paciente refería cifras persistentemente elevadas de presión arterial desde hacía aproximadamente un año. No presentaba síntomas respiratorios, cardíacos ni neurológicos, y tampoco manifestaba claudicación de miembros superiores.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración física se evidenció:

- Tensión arterial: 158/80 mmHg en el brazo derecho y 115/85 mmHg en el brazo izquierdo.
- Pulsos del miembro superior izquierdo disminuidos respecto al lado derecho.
- El resto de la exploración fue anodina

La marcada diferencia tensional entre ambos brazos, junto con la disminución de pulsos en el miembro superior izquierdo, orientó a sospecha de estenosis de la arteria subclavia. Se solicitó un angio-TC que confirmó la presencia de ateromatosis con estenosis moderada de corto trayecto, localizada a 12 mm del origen de la arteria subclavia izquierda.

Juicio clínico

Se estableció el diagnóstico de estenosis de la arteria subclavia izquierda asociada a hipertensión resistente. Dado que la paciente se encontraba asintomática y no presentaba claudicación ni síntomas neurológicos, se optó por un manejo conservador, centrado en el control estricto de los factores de riesgo cardiovascular, optimización del tratamiento antihipertensivo y seguimiento clínico e imagenológico periódico

Comentario final

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas más frecuentes y constituye un factor de riesgo mayor para eventos cardiovasculares, enfermedad renal crónica y accidente cerebrovascular. Aunque en la mayoría de los casos se trata de hipertensión esencial, entre un 5 y 10% corresponde a hipertensión secundaria. Identificar de manera temprana estas formas secundarias es crucial, ya que permite un tratamiento dirigido y previene complicaciones a largo plazo.

El presente caso ilustra cómo la diferencia significativa de presión arterial entre ambos brazos constituye un signo clínico clave y, a menudo, el primer indicio para sospechar esta entidad.

La hipertensión resistente, definida como la persistencia de cifras elevadas a pesar de un tratamiento con al menos tres fármacos (incluido un diurético), debe motivar siempre la búsqueda de causas secundarias. En el caso de la estenosis subclavia, el mecanismo fisiopatológico incluye la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona, lo que contribuye a la elevación de la presión arterial en el brazo contralateral a la lesión.

Cuando la estenosis es significativa, puede producirse un fenómeno de derivación retrógrada del flujo a través de la arteria vertebral, conocido como síndrome de robo subclavio, que se traduce en síntomas neurológicos o claudicación de miembro superior. Sin embargo, un número considerable de pacientes permanecen asintomáticos, lo que resalta aún más la importancia de una exploración física detallada y sistemática.

El diagnóstico debe confirmarse con estudios de imagen. Entre ellos, el angio-TC es especialmente útil, pues permite evaluar con precisión tanto la localización como la severidad de la estenosis. Otras modalidades de utilidad incluyen la ecografía Doppler y la angiorresonancia magnética.

El tratamiento debe individualizarse en función de la severidad de la estenosis y de la presencia de síntomas. En pacientes asintomáticos o con síntomas leves, el manejo conservador basado en control estricto de factores de riesgo cardiovascular, optimización del tratamiento farmacológico y seguimiento periódico suele ser suficiente. En cambio, la intervención quirúrgica o endovascular se reserva para estenosis graves o casos sintomáticos, con el objetivo de restablecer el flujo sanguíneo y prevenir complicaciones mayores.

Bibliografía

1. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. 2017 ACC/AHA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. *Hypertension*. 2018;71(6):e13-e115.
2. Ochoa VM, Yeghiazarians Y. Subclavian artery stenosis: a review for the vascular medicine practitioner. *Vasc Med*. 2011;16(1):29-34.

880/6. ENTEROPATÍA POR OLMESARTÁN. UN DIAGNÓSTICO COMPLEJO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Astasio García, N.¹, Pedro Franco, A.², Villanueva Rodríguez, P.³, Marín Lara, L.³

Centro de Trabajo:

(1) MIR Medicina Interna. Hospital Universitario Jerez de la Frontera. Cádiz., (2) Residente Medicina Interna. Hospital de Jerez. Cádiz, (3) FEA Medicina Interna. Hospital de Jerez. Cádiz

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 73 años, bebedor ocasional y exfumador, con gammopatía monoclonal de bajo riesgo y estable, HTA de larga evolución, dislipemia, hiperuricemia y cardiopatía esclerohipertensiva. En tratamiento con olmesartán, amlodipino e hidroclorotiazida.

Asociado al inicio de la toma de antagonista de los receptores de aldosterona II (ARA II), presenta episodios repetidos de diarrea y vómitos con deshidratación grave, acidosis metabólica, alteraciones hidroelectrolíticas e insuficiencia renal aguda, motivando múltiples ingresos.

Exploración y pruebas complementarias

Se realizó un estudio completo. La endoscopia digestiva alta mostró un pequeño anillo de Schatzki, sin estenosis significativa, y una leve hernia de hiato. Las biopsias duodenales evidenciaron atrofia vellosa parcial junto con linfocitosis intraepitelial (> 25 linfocitos/100 células), compatible con una enteropatía grado IIIA Marsh-Oberhuber, sin signos de enfermedad de Whipple, celiaquía ni depósitos congófilos. Tampoco procesos infecciosos ni neoplasias. La resonancia mostró cambios inflamatorios inespecíficos en íleon proximal. Análíticamente, elastasa pancreática normal (5438 µg/g), calprotectina fecal (3017,9 µg/g) y cromogranina A (352 ng/mL) elevadas.

Juicio clínico

Descartadas otras causas junto con la relación temporal con olmesartán, este se suspendió, observándose resolución completa de la diarrea y mejoría nutricional en los meses posteriores. Se concluye como diagnóstico, enteropatía asociada a olmesartán, recomendándose evitar ARA II y ajustar el tratamiento antihipertensivo.

Comentario final

La enteropatía por olmesartán cursa con diarrea crónica, malabsorción y atrofia vellosa. El principal diagnóstico diferencial es la enfermedad celíaca, que cursa con diarrea y atrofia vellosa, pero con serología positiva y respuesta a la dieta sin gluten, ausentes en este trastorno (5). También debe diferenciarse de la enteropatía autoinmune (presencia de autoanticuerpos y manifestaciones sistémicas) (9). De la enfermedad inflamatoria intestinal o incluso de la enteropatía tropical y la inducida por fármacos como AINEs o inmunosupresores (5, 10).

Deben considerarse inmunodeficiencias como el déficit selectivo de IgA, e infecciones crónicas (giardiasis o VIH), que precisan estudios específicos. La resolución clínica e histológica tras suspender el olmesartán es clave, confirmando la relación causal y diferenciando esta entidad de otras patologías similares (9).

Aunque olmesartán es un antihipertensivo eficaz y seguro. Debe sospecharse enteropatía ante síntomas digestivos persistentes, ya que su detección precoz previene hospitalizaciones y complicaciones potencialmente graves.

Bibliografía

1. Basson M, Mezzarobba M, Weill A, Ricordeau P, Allemand H, Alla F, et al. Severe intestinal malabsorption associated with olmesartan: a French nationwide observational cohort study. *Gut*. 2016;65(10):1664-9. doi:10.1136/gutjnl-2015-309690
2. Marthey L, Cadiot G, Seksik P, Pouderoux P, Lacroute J, Skinazi F, et al. Olmesartan-associated enteropathy: results of a national survey. *Aliment Pharmacol Ther*. 2014;40(9):1103-9. doi:10.1111/apt.12937
3. Mauloni PA, Capuani F, Paone C, Marasco G, Bellacosa L, Cogliandro RF, et al. An unusual cause of diarrhoea: case report and literature review of olmesartan-associated enteropathy. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2021;33(1S):e1060-6. doi:10.1097/MEG.0000000000002208
4. Schieppatti A, Minerba P, Puricelli M, Maimaris S, Arpa G, Biagi F, et al. Systematic review: Clinical phenotypes, histopathological features and prognosis of enteropathy due to angiotensin II receptor blockers. *Aliment Pharmacol Ther*. 2024;59(4):432-44. doi:10.1111/apt.17855
5. Burbure N, Lebowitz B, Arguelles-Grande C, Green PHR, Bhagat G, Lagana S. Olmesartan-associated sprue-like enteropathy: a systematic review with emphasis on histopathology. *Hum Pathol*. 2016;50:127-34. doi:10.1016/j.humpath.2015.12.001
6. Scialom S, Malamut G, Meresse B, Guegan N, Brousse N, Verkarre V, et al. Gastrointestinal disorder associated with olmesartan mimics autoimmune enteropathy. *PLoS One*. 2015;10(6):e0125024. doi:10.1371/journal.pone.0125024
7. Scott LJ, McCormack PL. Olmesartan medoxomil. *Drugs*. 2008;68(9):1239-72. doi:10.2165/00003495-200868090-00005
8. Choi EYK, McKenna BJ. Olmesartan-associated enteropathy: a review of clinical and histologic findings. *Arch Pathol Lab Med*. 2015;139(10):1242-7. doi:10.5858/arpa.2015-0204-RA
9. Ianaro G, Bibbò S, Montalto M, Ricci R, Gasbarrini A, Cammarota G. Systematic review: sprue-like enteropathy associated with olmesartan. *Aliment Pharmacol Ther*. 2014;40(1):16-23. doi:10.1111/apt.12780
10. Kaneko S, Matsuda K, Mizuta Y, Shiratori S, Kishi K, Nakamura A, et al. Severe spruelike enteropathy and collagenous colitis caused by olmesartan. *BMC Gastroenterol*. 2021;21(1):350. doi:10.1186/s12876-021-01926-y

880/13. DE OVARIO A RETROPERITONEO: UN CASO CLÍNICO DE HIPERTENSIÓN SECUNDARIA COMPLEJA

Autores:

Urbaneja Zumaquero, V.¹, Coca Prieto, I.¹, Espildora Hernández, J.¹, Sánchez Chaparro, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 39 años con antecedentes de hipertensión arterial diagnosticada durante el embarazo en 2021, obesidad, dislipemia, prediabetes y tratamiento con múltiples fármacos antihipertensivos. Seguida en consulta de Medicina interna por sospecha de hipertensión secundaria debido a la dificultad de control tensional, caracterizada por oscilaciones extremas entre cifras muy elevadas (200/110 mmHg, con cefalea intensa y mareos) y episodios de hipotensión sintomática (80/50 mmHg).

Exploración y pruebas complementarias

Entre los estudios iniciales se realizaron determinaciones hormonales, con cociente aldosterona/renina normal. Sin embargo, los niveles de normetanefrina aparecieron repetidamente elevados de forma significativa en orina y plasma:

- Julio 2024: normetanefrinas en orina de 24h de 9729 µg, metoxitiramina 1635
- Agosto 2024: normetanefrina plasmática >2000 pg/mL, metanefrina normal
- Abril 2025: persistencia de normetanefrina plasmática >2000

Este hallazgo se repitió de manera consistente en varias determinaciones, independientemente de la medicación concomitante.

En cuanto a las pruebas de imagen, un TAC abdominopélvico mostró inicialmente formaciones quísticas ováricas, sin masas suprarrenales. La gammagrafía con MIBG (junio 2024) fue negativa, al igual que la ecografía cervical y

el eco-doppler renal. La RM pélvica (agosto 2024) evidenció una tumoración sólida fibrosa de 36×46 mm en ovario izquierdo, acompañada de un endometrioma de 31 mm.

En septiembre 2024, la paciente ingresó en ginecología por un cuadro de enfermedad inflamatoria pélvica, identificándose además una masa anexial izquierda que motivó la inclusión en lista de espera quirúrgica. En marzo 2025 fue intervenida mediante salpingooforectomía izquierda laparoscópica. La anatomía patológica mostró únicamente un quiste endometriósico y folículos quísticos, sin evidencia de lesión neuroendocrina.

Tras la cirugía, persistieron la clínica y los hallazgos bioquímicos: normetanefrina plasmática >2000 pg/mL en abril 2025. La gammagrafía con octreótido (mayo 2025) mostró captación patológica en la región anexial izquierda. El PET-DOPA (julio 2025) confirmó la presencia de una masa parauterina izquierda de 25 mm con elevada captación metabólica (SUVmax 185.5), compatible con paraganglioma pélvico funcionante.

Durante todo este periodo, el control de la tensión arterial fue complejo, precisando múltiples ajustes farmacológicos. Se utilizó bloqueo alfa con doxazosina y, posteriormente, lanreótido tras demostrarse expresión de receptores de somatostatina, lo que permitió mejorar el perfil tensional. Actualmente, la paciente permanece en seguimiento estrecho y pendiente de nueva cirugía con abordaje retroperitoneal para resección de la lesión.

Juicio clínico

Paraganglioma pélvico funcionante en paciente con hipertensión refractaria y oscilaciones tensionales extremas.

Comentario final

Este caso ilustra la dificultad diagnóstica de los paragangliomas pélvicos, especialmente cuando coexisten con patología ginecológica, lo que puede llevar a cirugías no resolutivas. La persistencia de normetanefrinas elevadas obligó a continuar la evaluación, destacando que estos marcadores son sensibles incluso en ausencia de hallazgos radiológicos iniciales. La gammagrafía con MIBG puede ser negativa en tumores extraadrenales o pequeños, mientras que el PET-DOPA permitió localizar la masa.

El control tensional fue complejo, con crisis hipertensivas e hipotensión, y mejoró con bloqueo alfa y análogos de somatostatina. Aunque la cirugía completa sigue siendo la opción de elección, estos análogos son útiles en tumores no resecables. Este caso subraya la importancia de un enfoque multidisciplinar y la necesidad de sospechar PPGL ante hipertensión refractaria con oscilaciones extremas y bioquímica persistente. Los paragangliomas pélvicos son una causa rara pero significativa de hipertensión secundaria, y la combinación de marcadores bioquímicos y técnicas de imagen funcional es clave para un diagnóstico y manejo adecuados.

Bibliografía

1. Lenders JWM, Kerstens MN, Amar L, et al. Genetics, diagnosis, and treatment of pheochromocytoma and paraganglioma in children and adolescents: a position statement by the ENDO-ERN working group. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2022;10(9):681-697.
2. Fishbein L, Leshchiner I, Walter V, et al. Comprehensive Molecular Characterization of Pheochromocytoma and Paraganglioma. *Cancer Cell.* 2017;31(2):181-193.
3. Favier J, Amar L, Gimenez-Roqueplo AP. Paraganglioma and pheochromocytoma: from genetics to personalized medicine. *Nat Rev Endocrinol.* 2015;11(2):101-111.

880/14. ENFERMEDAD ARTERIOSCLERÓTICA ATÍPICA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO COMPENSACIÓN.

Autores:

Lopera Rodríguez, I.¹, De Miguel Escribano, M.², García Granados, L.³, Luque Ambrosiani, A.⁴, Baena Palomino, P.⁴

Centro de Trabajo:

(1) Médico Interno Residente de Neurología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla., (2) Residente de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, (3) Residente de Neurología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, (4) FEA Neurología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Resumen:

Descripción del caso

Antecedentes personales

HTA y aneurisma aórtico calcificado

Paciente varón de 51 años con los antecedentes previamente descritos que es trasladado al servicio de Urgencias por episodios de repetición de pérdida del conocimiento. Como antecedente reciente, sus familiares refieren que

desde hace pocos días toma irbesartán de 300 mg por la mañana, tras modificación del tratamiento al objetivar su médico de familia mal control de cifras tensionales en consulta.

Refieren sus familiares que los episodios duran aproximadamente de tres a cuatro minutos y el paciente aqueja previamente náuseas, sudoración profusa y visión borrosa binocular. Ocasionalmente presenta movimientos tónico-clónicos de las cuatro extremidades durante el episodio, del que se recupera "ad integrum" en pocos segundos, sin cefalea ni confusión posteriores. No presenta cianosis ni mordedura lateral de lengua durante los episodios, que suelen desencadenarse al hacer algún esfuerzo o levantarse rápidamente. En una ocasión, lograron medir la tensión arterial durante la pérdida de conciencia, con cifras en torno a 110/80 mmHg.

Durante la consulta, el paciente refiere igualmente un episodio aislado de pérdida brusca y completa de la visión del ojo derecho, indolora y parcialmente autolimitada en pocos minutos, con leve déficit visual residual. Niega otra sintomatología compatible con posible focalidad neurológica durante los eventos, cefalea o clínica sistémica.

Exploración y pruebas complementarias

No alodinia ni ingurgitación vascular en arterias temporales.

Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Soplo sistólico en foco aórtico y tonos cardíacos rítmicos. Soplo sistólico en ambas carótidas.

Abdomen anodino, sin signos de peritonismo, masas ni megalias.

Sin edema ni signos de trombosis venosa en miembros inferiores.

No focalidad neurológica.

Agudeza visual del ojo derecho en 0.8 y 1 en ojo izquierdo. Embolismos cálcicos en retina derecha, con leve palidez respecto a la retina del ojo izquierdo.

- Analítica con RFA en rango.
- TC de cráneo sin contraste: sin hallazgos de patología intracraneal aguda.
- Ecografía-Doppler de troncos supra-aórticos (TSA) y transcraneal: oclusión de carótidas comunes con mecanismo de compensación vertebrobasilar.
- Angio-TC de TSA, abdomen y pelvis: dilatación y calificación de carótidas comunes, con estenosis múltiples y afectación extensa limitada hasta la bifurcación.. Ateromatosis cálcica de aorta descendente y mesentérica superior.

Juicio clínico

Síncopes de repetición de origen hemodinámico secundarios a oclusión bilateral de carótidas comunes e hipoperfusión cerebral y múltiples embolismos cálcicos retinianos de presumible origen arterio-arterial.

Comentario final

En este caso clínico, la etiología confirmada de amaurosis fugax fue una embolia cálcica arterio-arterial según el estudio oftalmológico y los hallazgos en la ecografía Doppler de TSA, por lo que inicialmente habría indicación de optimización en el control de factores de riesgo cardiovascular, incluyendo fundamentalmente la glucemia, lípidos y lipoproteínas y tensión arterial. Sin embargo, el control estricto de la tensión arterial suponía un problema en nuestro paciente al aumentar claramente el riesgo de síncopes por hipoperfusión (que motivaron de hecho su consulta en Urgencias).

La hipertensión arterial leve sería paradójicamente, en este caso de posible arteriosclerosis atípica de Mönckeberg, una forma de disminuir el impacto de la enfermedad, facilitando la perfusión cerebral a través de otras rutas. De esta forma, queda reflejada la importancia de individualizar el tratamiento.

Bibliografía

1. Jebari-Benslaïman S, et al. Pathophysiology of atherosclerosis. *International Journal of Molecular Sciences*. 2022 Mar 20;23(6):3346.
2. Valdivielso JM, et al. Vascular calcification: types and mechanisms. *Nefrología*. 2011 Mar 1;31(2):142-7.
3. Schoppet M, et al. Localization of Osteoprotegerin, Tumor Necrosis Factor-Related Apoptosis-Inducing Ligand, and Receptor Activator of Nuclear Factor-κB Ligand in Mönckeberg's Sclerosis and Atherosclerosis. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 2004 Aug 1;89(8):4104-12.
4. Brignole M, et al. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. *European Heart Journal*. 2018 Mar 19;39(21):1883-948.
5. Fonseca AC, et al. European Stroke Organisation (ESO) guidelines on management of transient ischaemic attack. *European Stroke Journal*. 2021 Mar 16;6(2):239698732199290.

880/15. ASOCIACIÓN DE EVENTO ISQUÉMICO SEGÚN EL COCIENTE ALBÚMINA/CREATININA (ACR)

Autores:

Galán Azcoitia, J.¹, Sánchez Gil, J.², Fontalba Navas, M.³, Márquez Cejas, A.⁴, Vera Ruiz, M.⁴

Centro de Trabajo:

(1) Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Antequera-Estación, Málaga, (2) FEA M. interna, Hospital Comarcal de Antequera, Málaga, (3) EBAP Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Antequera-Estación, Málaga, (4) Residente M. interna, Hospital Comarcal de Antequera, Málaga

Resumen:

Introducción

En el año 2024, la primera causa de muerte en España fue la cardiopatía isquémica (26.851), y la tercera las enfermedades cerebrovasculares (22.786). Debido a ello, es importante estudiar las causas de estas enfermedades y los factores de riesgo cardiovascular asociados. Hay algunos factores de riesgo muy establecidos como la obesidad, la diabetes y el tabaco, pero otros están menos estudiados, como la enfermedad renal y la albuminuria. Recientemente se ha sugerido establecer una subdivisión en el grupo A1 de la albuminuria de la KDIGO para establecer mejor el riesgo cardiovascular.

Objetivos

Investigar la enfermedad renal crónica (ERC) en pacientes que han sufrido eventos isquémicos. Valorar en estos pacientes el estadio KDIGO según su ACR posterior al evento y justificar la subdivisión del grupo A1.

Métodos

Estudio observacional de cohortes retrospectivo en un total de 33.905 pacientes los cuales tenían realizada al menos una analítica en el año 2024. De este grupo 757 habían padecido al menos un evento isquémico cardiovascular entre 2021 y junio de 2023. De estos, se ha calculado el ACR de 11014 pacientes y se ha comprobado la relación entre su estadio según KDIGO con la división de ACR A1, A2 y A3 y la presencia de evento isquémico y se ha comparado con la misma población, pero usando la división A1 (A1a/A1b donde A1a <10mg/g y A1b es 10 - <30mg/g), A2 y A3.

Resultados

Al dividir A1, se observa un gradiente A1a < A1b < A2/A3 en varios estadios G (especialmente G1-G3b), lo que refuerza que A1b concentra más pacientes con eventos que A1a. La versión agregada (A1) pierde ese detalle y promedia riesgos distintos dentro del mismo G. Para esto se han usado un conjunto de análisis descriptivos e inferenciales calculando la proporción de pacientes con evento isquémico dentro de cada grupo KDIGO G × A, en varios estadios G (G1-G3b), A1b mostró mayor tasa que A1a, evidenciando la existencia de un gradiente. Se han realizado tablas de contingencia enfrentando la ACR con los eventos isquémicos y se ha calculado el test de chi cuadrado de Pearson para evaluar si existe asociación entre categoría de albuminuria y la presencia de evento isquémico y si la versión subdividida mejoraba la estadificación; ambos p-valores fueron muy pequeños; el esquema subdividido mostró asociación ligeramente más fuerte (p menor), indicando que A1a/A1b añade información. Posteriormente dentro de cada estadio G, se ha comparado A2+A3 frente a A1 combinado, y por separado frente a A1a y A1b. En G1-G3b, las OR frente a A1a fueron sistemáticamente más altas que frente a A1b, sugiriendo el gradiente A1a < A1b < A2/A3. En G4-G5 no se pudo hacer un cálculo

adecuado por escaso número de pacientes en dichos estadios.

Conclusiones

En nuestra población queda demostrado que los pacientes que han padecido un evento isquémico, presentan niveles de albuminuria más altos. La subdivisión del grupo A1 en A1a y A1b está justificado porque mejora la estratificación del riesgo en este grupo de población.

880/17. QUIEN BUSCA, ENCUENTRA

Autores:

Martínez Ramírez, R.¹, Reyes Encalada, D.², González Del Río, M.², Machado Álvarez, M.³, Avilés Bueno, B.⁴, López Jiménez, V.⁵

Centro de Trabajo:

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

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 15 años. Sin antecedentes familiares de interés. No alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes médicos de interés. Consulta en urgencias por presión arterial elevada. Niega consumo de medicamentos, alcohol, tabaco u otras drogas. Niega consumo de regaliz. No cefalea. No dolor torácico. No alteraciones urinarias. Niega otra clínica asociada.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: 1º toma PA 177/92 mmHg 2º toma PA 167/89 mmHg 3º toma PA 170/90 mmHg

Apariencia general buena. Normohidratada. Pulsos simétricos. Auscultación CP: tonos rítmicos, soplo sistólico en foco mitral V/VI. Abdomen blando depresible, no doloroso, se ausculta soplo a nivel periumbilical inferior derecho. No edemas y no asimetría de extremidades.

- Analítica de sangre y orina:
 - Función renal conservada: Creatinina sérica 0,66 mg/dl orina sin proteinuria ni sedimento activo
 - Iones en rango
 - Función tiroidea en rango
 - Hormona paratiroidea en rango
 - Cociente aldosterona/actividad de renina plasmática en rango
 - Metanefrinas en rango
 - Hemograma sin alteraciones
- Radiografía de tórax: senos costofrénicos libres, sin consolidaciones parenquimatosas
- Ecografía de abdomen: Destaca en arterias intrarrenales de mesoriñón, polos inferior y superior de ambos riñones vascularización simétrica con curvas Doppler-pulsado caracterizadas por patrón de onda patológico tipo parvus et tardus. Los valores en el estudio espectral a nivel de las arterias segmentarias y arcuatas están disminuidas, obteniendo índices de resistencia (IR) globales en torno a 0,5 bilateralmente (disminuidos).
- Hallazgos sugestivos de parámetros indirectos de posible estenosis de la arteria renal.
- Angio-TAC de abdomen: Exploración sin alteraciones significativas
- Ecocardiograma: válvula aórtica bicúspide. Insuficiencia aórtica moderada. Función biventricular conservada.
- Angio-TAC de arteria aorta: Estenosis crítica en istmo aórtico con pequeña dilatación post estenótica de 18 mm y flujo dentro de la normalidad en aorta descendente a través de colaterales. Gran colateralidad arterial a través de ramas intercostales y arterias mamarias internas. Aorta abdominal de calibre normal, sin imágenes de estenosis o dilataciones.

Juicio clínico

Hipertensión arterial secundaria a coartación de aorta

Comentario final

La coartación de aorta es una enfermedad cardíaca congénita que consiste en un estrechamiento de la aorta descendente clásicamente localizada en la inserción del ductus arteriosus, distal a la arteria subclavia izquierda. El diagnóstico puede retrasarse hasta la adolescencia, porque la mayoría de los pacientes están asintomáticos. Puede aparecer dolor torácico, frialdad en las extremidades y claudicación con el ejercicio físico.

A la exploración se puede observar aumento de PA en los miembros superiores y disminución de PA en miembros inferiores. Puede haber asimetrías de pulsos.

El diagnóstico de confirmación se lleva a cabo con ecocardiografía y angio-TC toráco-abdominal. El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico con angioplastia o cirugía convencional

En el caso de nuestra paciente, por su edad, ausencia de obesidad, de antecedentes familiares de HTA y ausencia de otros factores de riesgo cardiovascular, se pensó inicialmente en una causa secundaria. Por su edad y ausencia de marcadores de daño renal, se orientó inicialmente para descartar la displasia fibromuscular, por lo que se solicitó una ecografía Doppler de abdomen y un angioTAC de abdomen. Inicialmente la ecografía parecía indicar alteraciones de flujo a nivel de las arterias renales, sin embargo, esto se descartó con un angioTAC sin alteraciones. Posteriormente para continuar con el estudio de nuestra paciente se solicitó un ecocardiograma, donde se observaron signos indirectos de coartación de aorta, que finalmente se confirma con un angioTAC de aorta.

Bibliografía

1. Viera AJ, Neutze DM. *Diagnosis of secondary hypertension: an age-based approach. Am Fam Physician.* 2010;82:1471-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=2010%3B82%3A1471-1478>
2. Rimoldi SF, Scherrer U, Messerli FH. *Secondary arterial hypertension: when, who, and how to screen? Eur Heart J.* 2014;35:1245-54. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=2014%3B35%3A1245-1254>
3. Wielenga G, Dankmeijer J. *Coarctation of the aorta. J Pathol Bacteriol.* 1968;95:265.

880/18. DEL ESCOTOMA AL INFARTO: SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO COMO NEXO OCULTO

Autores:

Moreno Ruiz, L., Romero Márquez, A.¹, Rodríguez García, C.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de primer año de MFyC. Área de Gestión Norte de Málaga, Málaga, (2) Médico de Familia en Área de Gestión Norte de Málaga, Málaga

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 49 años que acude a consulta por disminución súbita de la agudeza visual. Antecedentes personales: bebedor ocasional, sobrepeso, sin otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Antecedentes familiares: madre fallecida a los 69 años por cardiopatía isquémica y hermano con infarto agudo de miocardio (IAM) a los 30 años.

Exploración y pruebas complementarias

Índice de masa corporal: 26,5; Tensión arterial: 120/75 mmHg; Auscultación cardiopulmonar: normal. No edema en miembros inferiores. Agudeza visual: escotoma a nivel periférico (a las 6 h) de ojo izquierdo. Derivación a Oftalmología, siendo estudiado mediante resonancia magnética (RMN) de órbita, encontrando hallazgos compatibles con neuropatía óptica isquémica anterior no arterítica (NOIANA). Ante los hallazgos y la falta de FRCV se solicitan: Analítica de sangre: destacan hemograma y coagulación normales, ácido úrico (7,9 mg/dL), colesterol (103 mg/dL), LDL (64 mg/dL), triglicéridos (102 mg/dL), hemoglobina glicosilada (5,3 %) y anticuerpos antinucleares (inmunofluorescencia indirecta > 1/1280; patrón moteado fino). Resto de estudio inmunológico a expensas de recibir resultado. ECG: ritmo sinusal a 90 lpm. Hemibloqueo anterior izquierdo. No alteraciones de la repolarización. Radiografía de tórax: sin alteraciones destacables. Antes de recibir todos los datos analíticos, acude a urgencias por presentar dolor precordial, objetivándose IAM sin elevación del ST (IAMSEST) en cara inferior con una lesión severa en arteria coronaria circunfleja distal y siendo tratado mediante angioplastia con balón.

Durante el ingreso recibe los resultados analíticos restantes salvo el anticoagulante lúpico: Anti SS-A/Ro >= 240 U/mL y Anti SS-B/La >= 320 U/mL, así como anticuerpos anti Cardiolipina IgG (56 GPL-U/mL), IgM (21 MPL-U/mL), anti Beta-2-Glicoproteína 1 IgG (30 U/mL) e IgM (34 U/mL). Resto de estudio inmunológico normal.

Se deriva a Hematología para completar estudio de Síndrome Antifosfolípido (SAF).

Actualmente en tratamiento con Sintrom 4mg 20 mg, Atorvastatina 80mg, Ácido Acetilsalicílico 100mg y Ticagrelor 90mg.

Juicio clínico

NOIANA, IAMSEST en cara inferior y SAF.

Comentario final

El caso destaca la importancia de una evaluación temprana y exhaustiva de los FRCV en pacientes jóvenes con eventos vasculares graves, incluso sin los factores de riesgo clásicos. La detección precoz de estos factores, mediante sospecha clínica y estudios inmunológicos, es clave para el diagnóstico y la prevención de futuros trombos, así como para iniciar un tratamiento adecuado. Además, la presencia de autoanticuerpos sugiere una enfermedad autoinmune, lo que subraya la necesidad de un enfoque multidisciplinario. El SAF se vincula tanto a la NOIANA

como al IAM del paciente, dado que ambos pueden ser causados por la hipercoagulabilidad mediada por los autoanticuerpos.

Bibliografía

1. Serrador-García M, Santos-Bueso E, Sáenz-Francés F, Martínez-de-la-Casa JM, García-Feijoo J, García-Sánchez J. Neuropatía óptica isquémica anterior no arterítica como primera manifestación de síndrome antifosfolípido en un paciente joven. *Arch. Soc. Esp. Oftalmol.* 2014;89(9):368-72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.oftal.2013.07.014>.
2. Tektonidou MG. Cardiovascular disease risk in antiphospholipid syndrome: Thrombo-inflammation and atherothrombosis. *J. Autoimmun.* 2022;128(102813):102813. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaut.2022.102813>.

880/19. ALGO MÁS ALLÁ DE LA PROTEINURIA: EL DESAFÍO DEL SÍNDROME CARDIOMETABÓLICO

Autores:

Moreno Ruiz, L., Romero Márquez, A.¹, Rodríguez García, C.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de primer año de MFyC. Área de Gestión Norte de Málaga, Málaga, (2) Médico de Familia en Área de Gestión Norte de Málaga, Málaga

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 30 años que acude a consulta en 2013 con analítica de su empresa. Destacando proteinuria (30 mg/L), hipertrigliceridemia (527 mg/dL), glucemia (108 mg/dL) e hiperuricemia (9,5 mg/dL). Buenos controles tensionales.

Antecedentes personales: hiperuricemia asintomática, hipertrigliceridemia, obesidad y sedentarismo. Fumador de 1,5 paquetes/día. No bebedor. Intervención quirúrgica de fractura mandibular.

Antecedentes familiares: padre con hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e infarto agudo de miocardio (IAM) a los 60 años; Madre con HTA, DM2 e ictus isquémico; Hermano que sufrió IAM con 42 años sin factores de riesgo cardiovascular (FRCV) asociados; Primo paterno con IAM a los 35 años.

Exploración y pruebas complementarias

Auscultación cardio pulmonar: normal. Sin edemas en miembros inferiores. Índice de masa muscular (IMC): va en aumento desde 34,2-36,51.

Analítica inicial: hemograma y bioquímica normales salvo ácido úrico (7,4 mg/dL) y triglicéridos (417 mg/dL). En orina destacan albúmina (90,1 mg/g) y cociente albúmina/creatinina (214,2 mg/g).

Se deriva a Nefrología, siendo diagnosticado de microalbuminuria con función renal normal y dado de alta sin realizar más estudios. Aconsejan tratamiento con Irbesartán 150 mg y control de FRCV.

El paciente, poco cumplidor, consulta a los tres años. No habiendo tomado tratamiento. Con cifras tensionales elevadas (150/95 mmHg) y abandono de hábito tabáquico.

Se insta a seguir tomando su tratamiento habitual, realizándose diversos estudios complementarios a lo largo de 12 años.

Evolución analítica: glucemia (230-250 mg/dL) ácido úrico (9,6-7,6 mg/dL), colesterol (201-126 mg/dL), HDL (17-26 mg/dL), LDL (106-52 mg/dL), triglicéridos (419-628 mg/dL), hemoglobina glicosilada (6,7-8,4%) y cociente albúmina/creatinina (96,69-29,73 mg/g). Electrocardiograma: ritmo sinusal, repolarización normal, 65 lpm, QRS estrechos, PR normales. Eje normal. Automedición de presión arterial (AMPA) durante una semana: media sistólica > 150 mmHg y diastólica > 90 mmHg. Retinografía: normal.

Es derivado a Cardiología para estudio por su alto riesgo cardiovascular. Allí le realizan otras pruebas complementarias. Ecocardiograma: sin hallazgos patológicos. Ergometría: negativa. Nivel de esfuerzo de 84%. Comportamiento tensional hipertensivo (214/84) con capacidad funcional buena. El paciente sigue presentando mala adherencia al tratamiento y deja de acudir a numerosos controles de enfermería y medicina de familia.

A lo largo de estos años, se ha tenido que ir reajustando su tratamiento por malos controles tensionales y glucémicos siendo en la actualidad ARAII + IECAs+ Diuréticos para HTA; Metformina + iSGLT2 + GLP1+ Insulina tipo Glargina para la glucemia y estatina + fibratos para control de triglicéridos. Se insiste en realizar el tratamiento y se dan recomendaciones higiénico-dietéticas, sin su cumplimiento las perspectivas de futuro son complicadas para el paciente desde el punto de vista cardiovascular.

Juicio clínico

Síndrome cardiometabólico (HTA, DM2, hipertrigliceridemia, obesidad y proteinuria) e Hiperuricemia.

Comentario final

El caso subraya la relevancia de la detección y estudio precoz de la proteinuria como marcador inicial de daño renal y cardiovascular en pacientes jóvenes con múltiples factores de riesgo. La identificación temprana de microalbuminuria permite instaurar medidas preventivas y terapéuticas dirigidas a frenar la progresión del síndrome cardiometabólico y reducir el riesgo de complicaciones mayores, reforzando la necesidad de un seguimiento estrecho y un abordaje integral desde fases iniciales.

Bibliografía

1. Khan AR, Salama AH, Aleem Z, Alfakeer H, Alnemr L, Shareef AMM. The promising frontier of cardiometabolic syndrome: A new paradigm in cardiology. *Cureus*. 2023;15(9):e45542. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.45542>.
2. Lee H, Park M-S, Kang MK, Song T-J. Association between proteinuria status and risk of hypertension: A nationwide population-based cohort study. *J. Pers. Med.* 2023;13(9):1414. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/jpm13091414>.
3. Rashidbeygi E, Safabakhsh M, Delshad Aghdam S, Mohammed SH, Alizadeh S. Metabolic syndrome and its components are related to a higher risk for albuminuria and proteinuria: Evidence from a meta-analysis on 10,603,067 subjects from 57 studies. *Diabetes Metab. Syndr.* 2019;13(1):830–43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dsx.2018.12.006>.

880/20. DENERVACIÓN RENAL EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE

Autores:

Rico López, D.¹, Fajardo Muñoz, A.², Bustos Merlo, A.³, Bretones-del Pino, T.⁴, Molina-navarro, E.⁴, Jaén-Águila, F.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada, (2) Residente. Centro de Salud Zaidin Sur. Granada, (3) FEA Medicina Interna. HUVN. Granada, (4) FEA Cardiología. HUVN. Granada

Resumen:**Introducción**

La hipertensión arterial resistente (HTAr) se define como la imposibilidad de alcanzar cifras tensionales por debajo de 140/90 mmHg pese al uso de tres o más fármacos antihipertensivos, incluyendo un diurético a dosis óptimas. Este perfil conlleva un alto riesgo cardiovascular y un pronóstico desfavorable. La denervación renal (DR) se ha consolidado como una estrategia intervencionista dirigida a modular la actividad simpática renal. Presentamos la experiencia de una unidad especializada en el tratamiento de pacientes con HTAr sometidos a DR, analizando la evolución de la presión arterial y la función renal a lo largo del seguimiento.

Objetivos

- 1) Evaluar la eficacia de la DR en la reducción sostenida de la presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD).
- 2) Analizar la seguridad renal a medio plazo.
- 3) Identificar predictores clínicos de buena respuesta al procedimiento.

Métodos

Se realizó un estudio observacional prospectivo en 51 pacientes consecutivos con HTAr remitidos a una unidad multidisciplinar especializada entre 2020 y 2024. Se recogieron datos demográficos, antecedentes clínicos, comorbilidades y tratamiento antihipertensivo. La presión arterial se evaluó mediante medición en consulta y monitorización ambulatoria de 24 horas al inicio del estudio y a los 24 meses de seguimiento. Se analizaron los cambios en PAS y PAD, filtrado glomerular (FG) y número de fármacos antihipertensivos. Para ello, se aplicaron modelos de regresión lineal mixta bivariados y multivariados, ajustando por edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), diabetes mellitus, dislipemia y tabaquismo activo. Los resultados se expresaron como medias $\pm$ desviación estándar o medianas (rango intercuartílico), y se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados

La mediana de edad fue de 59 años (rango 42–76), con predominio masculino (58 %). El 84 % presentaba dislipemia, el 41 % diabetes y el 36 % tabaquismo activo.

Presión arterial:

- PAS: descenso medio de $-12,3$ mmHg a 24 meses ($p < 0,001$).
- PAD: reducción de $-5,1$ mmHg a 24 meses ($p = 0,01$).
- El efecto fue independiente de sexo, IMC, diabetes o tabaquismo.

Función renal:

- FG medio basal: 72 ml/min/ $1,73$ m².
- Descenso de $-5,5$ ml/min/ $1,73$ m² a 24 meses ($p \approx 0,02$), sin repercusión clínica ni necesidad de diálisis.

Tratamiento farmacológico:

- Disminución media de $0,7$ fármacos antihipertensivos a los 24 meses ($p < 0,05$).

Predictores de respuesta:

- Edad ≥ 50 años se asoció de forma independiente con mayor probabilidad de éxito (OR $8,9$; IC 95% $1,7-47,5$; $p = 0,01$).
- No se encontraron asociaciones significativas con IMC, sexo, diabetes, dislipemia ni tabaquismo.

Seguridad:

- Sin complicaciones mayores relacionadas con el procedimiento.

Conclusiones

En esta cohorte real, la DR consiguió una reducción sostenida de la presión arterial y una disminución del número de fármacos necesarios, con un perfil de seguridad favorable y un mínimo impacto en la función renal a dos años. La edad ≥ 50 años emergió como predictor de mejor respuesta, posiblemente por una mayor activación simpática en este grupo. Estos resultados respaldan la DR como estrategia eficaz y segura en el manejo de la hipertensión resistente dentro de unidades especializadas.

880/21. MANEJO MULTIDISCIPLINAR EN EL TRATAMIENTO DE LA ELASTINOPATIA GENÉTICA GRAVE

Autores:

Rico López, D.¹, Fajardo Muñoz, A.², Bustos Merlo, A.³, Rosales Castillo, A.³, Perin Perin, F.⁴, Jaén Águila, F.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada, (2) Residente. HUVN. Granada, (3) FEA Medicina Interna. HUVN. Granada, (4) FEA Pediatría. HUVN. Granada

Resumen:

Descripción del caso

Paciente mujer nacida en enero de 2021, hija de padre con estenosis aórtica supraválvular portador en heterocigosis de la mutación p.Leu14Serfs108* del gen ELN y variante en FBN1, con múltiples familiares afectados y una hermana fallecida a los tres años por la misma patología. Durante el cribado neonatal no presentó cianosis ni dificultad respiratoria. A la auscultación se objetivó soplo sistólico III/VI en mesocardio y foco pulmonar con irradiación. El estudio ecocardiográfico inicial mostró estenosis supraválvular aórtica leve (gradiente 14 mmHg), estenosis valvular pulmonar leve (gradiente pico 37 mmHg), ductus arterioso permeable de 2 mm y foramen oval permeable. Fue dada de alta con seguimiento en consultas externas.

Exploración y pruebas complementarias

En sucesivas revisiones, se objetivó progresión de la enfermedad con hipoplasia de aorta ascendente y gradiente turbulento de hasta 130 mmHg en aorta descendente, así como hipoplasia leve de ambas arterias pulmonares. Angio-TC confirmó estenosis supraválvular aórtica tubular extensa y estenosis difusa de arteria pulmonar principal y ramas. El test genético confirmó la mutación patogénica p.Leu14Serfs108* en heterocigosis del gen ELN, hallazgo ya descrito en la literatura y con efecto patogénico demostrado.

Juicio clínico

Con el conjunto de hallazgos, se estableció el diagnóstico de elastinopatía genética grave por mutación en ELN, con afectación difusa de la aorta y arterias pulmonares.

Comentario final

La paciente permanecía asintomática, pero los gradientes transvalvulares aumentaban progresivamente y se detectó hipertrofia biventricular. En sesión multidisciplinaria (cardiología pediátrica, nefrología pediátrica e internistas especialistas en riesgo cardiovascular) se concluyó que no era candidata a cirugía por la extensión difusa de la enfermedad. Dada la evolución familiar adversa y la progresión hemodinámica, se valoró tratamiento experimental con inhibidores de mTOR. Las elastinopatías son enfermedades raras del tejido conectivo debidas a mutaciones en el gen ELN, con fenotipo cardiovascular grave. La mutación p.Leu14Serfs108* produce proteínas truncadas que ejercen un efecto dominante negativo sobre la formación de fibras elásticas, condicionando hipoplasia y estenosis arterial progresiva. En ausencia de alternativas quirúrgicas, se autorizó el uso compasivo de Everolimus, un inhibidor de mTOR que ha mostrado, en modelos animales, capacidad para frenar la proliferación del músculo liso vascular y la progresión de estenosis. La paciente presentó buena tolerancia y continúa asintomática tras un año de tratamiento, pendiente de angio-TC de control. Este caso ilustra la necesidad de estrategias innovadoras en elastinopatías graves. Aunque el uso de inhibidores de mTOR constituye una alternativa prometedora, su eficacia y seguridad a largo plazo requieren confirmación mediante ensayos clínicos. Asimismo, el manejo de estos pacientes debe ser multidisciplinario, incorporando la visión de especialistas en riesgo cardiovascular, pediatría y genética clínica para optimizar la evaluación del beneficio-riesgo y el seguimiento evolutivo.

Bibliografía

1. Vindin H, Mithieux SM, Weiss AS. Elastin architecture. *Matrix Biol [Internet]*. 2019;84:4–16. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.matbio.2019.07.005>
2. Twite MD, Stenquist S, Ing RJ. Williams syndrome. *Paediatr Anaesth [Internet]*. 2019;29(5):483–90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/pan.13620>
3. Collins RT 2nd. Cardiovascular disease in Williams syndrome. *Curr Opin Pediatr [Internet]*. 2018;30(5):609–15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/MOP.0000000000000664>
4. Kinnear C, Agrawal R, Loo C, Pahnke A, Rodrigues DC, Thompson T, et al. Everolimus rescues the phenotype of elastin insufficiency in patient induced pluripotent stem cell-derived vascular smooth muscle cells. *Arterioscler Thromb Vasc Biol [Internet]*. 2020;40(5):1325–39. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1161/ATVBAHA.119.313936>
5. Bevacqua M, Baldo F, Pastore S, Valencic E, Tommasini A, Maestro A, et al. Off-label use of sirolimus and everolimus in a pediatric center: A case series and review of the literature. *Paediatr Drugs [Internet]*. 2019;21(3):185–93. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s40272-019-00337-7>

880/22. EMBARAZO, ICTUS Y UN CORAZÓN CON PASO OCULTO

Autores:

Pedro Franco, A.¹, Astasio García, N.¹, Villanueva Rodríguez, P.²

Centro de Trabajo:

(1) MIR Medicina Interna. Hospital Universitario Jerez de la Frontera. Cádiz., (2) FEA Medicina Interna. Hospital Universitario Jerez de la Frontera. Cádiz.

Resumen:**Descripción del caso**

Paciente mujer de 28 años, no fumadora, hipertensa y con antecedente de migraña con aura. A las ocho semanas de su primera gestación presentó episodio brusco de hipoestesia, ataxia sensitiva izquierda, alteración del lenguaje y cefalea bifrontal. No otros antecedentes de interés. Hasta entonces había mantenido controles tensionales estables en domicilio bajo tratamiento con enalapril 10 mg.

Exploración y pruebas complementarias

Cifras tensionales de 140/100 mmHg a su llegada. Tras persistencia de clínica con tensiones corregidas y realización de TC normal, se realizó RM cerebral que identificó infarto lacunar talámico izquierdo. Se realizaron ECG, Holter y estudio de trombofilia normales. El estudio neurosonológico mostró paso derecha-izquierda, confirmándose foramen oval permeable (FOP) en la ecografía transesofágica.

Se realizó cierre percutáneo y tratamiento antiagregante (doble inicialmente, continuando con AAS 100 mg/día indefinido).

Juicio clínico

Entre los diagnósticos diferenciales está el infarto lacunar por enfermedad de pequeño vaso, relacionado con hipertensión, y el ictus migrañoso, más frecuente en pacientes con migraña con aura y localización posterior. Debe

considerarse la embolia paradójica por FOP, especialmente en el embarazo, dado el estado protrombótico y los cambios hemodinámicos.

También se incluyen la trombosis venosa cerebral, que puede debutar con cefalea y focalidad, y complicaciones obstétricas como la preeclampsia o eclampsia. En presentaciones atípicas debe sospecharse vasculitis primaria del SNC.

La mayoría de ictus criptogénicos se relacionan con un mecanismo embólico, por lo que se requiere estudio analítico, trombofilias, ECG, Holter, RM y ecocardiograma con burbujas. En este caso, la conclusión fue un infarto talámico izquierdo de perfil posterior, probablemente secundario a embolia paradójica asociada a FOP.

Comentario final

El foramen oval permeable aumenta el riesgo de ictus criptogénico, particularmente en mujeres jóvenes con migraña con aura. Implica el paso de un trombo venoso al sistema arterial cerebral a través del mismo favorecido por los estados de hipercoagulabilidad y cambios hemodinámicos propios del embarazo, que constituye de por sí un periodo vulnerable para eventos cerebrovasculares (4,5). Tanto la hipertensión como la migraña incrementan el riesgo vascular.

El diagnóstico causal entre FOP e ictus exige descartar otras fuentes embólicas, demostrar el cortocircuito derecha-izquierda y la ausencia de factores ateroscleróticos, especialmente en mujeres jóvenes. El tratamiento inicial se basa en ácido acetilsalicílico como prevención secundaria, anticoagulando aquellos casos con trombosis venosa asociada. El cierre percutáneo del FOP se plantea valorando riesgo de recurrencia y anatomía del defecto, y se realiza habitualmente tras el embarazo por cuestiones de seguridad fetal. Tanto el pronóstico neurológico como obstétrico suelen ser favorables.

Bibliografía

1. Saver JL. Cryptogenic stroke. *N Engl J Med*. 2016;374(21):2065-74. doi:10.1056/NEJMcp1503946.
2. West BH, Nouredin N, Mamzhi Y, Low CG, Coluzzi AC, Shih EJ, Gevorgyan Fleming R, Saver JL, Liebeskind DS, Charles A, Tobis JM. Frequency of Patent Foramen Ovale and Migraine in Patients With Cryptogenic Stroke. *Stroke*. 2018 May;49(5):1123-1128. doi: 10.1161/STROKEAHA.117.020160. Epub 2018 Apr 10. PMID: 29636424; PMCID: PMC5915909.
3. Chen L, Deng W, Palacios I, Inglessis-Azuaje I, McMullin D, Zhou D, Lo EH, Buonanno F, Ning M. Patent foramen ovale (PFO), stroke and pregnancy. *J Investig Med*. 2016 Jun;64(5):992-1000. doi: 10.1136/jim-2016-000103. Epub 2016 Mar 17. PMID: 26988903; PMCID: PMC6083869.
4. Bushnell C, Kernan WN, Sharrief AZ, et al. 2024 guideline for the primary prevention of stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2024;55(12):e344-e424. doi:10.1161/STR.0000000000000475.
5. Katsafanas C, Bushnell C. Pregnancy and stroke risk in women. *Neurobiol Dis*. 2022 Jul;169:105735. doi:10.1016/j.nbd.2022.105735. PMID:35477033; PMCID:PMC11688644.
6. Pacheco LD, Hankins GDV, Saad AF, Saade GR. Acute Management of Ischemic Stroke During Pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2019 May;133(5):933-939. doi: 10.1097/AOG.0000000000003220. PMID: 30969218.
7. Santos M, de Sousa DA. Cerebrovascular disease in pregnancy and postpartum. *Curr Opin Neurol*. 2022 Feb 1;35(1):31-38. doi: 10.1097/WCO.0000000000001005. PMID: 34812747.
8. Miller EC, Leffert L. Stroke in Pregnancy: A Focused Update. *Anesth Analg*. 2020 Apr;130(4):1085-1096. doi: 10.1213/ANE.0000000000004203. PMID: 31124843; PMCID: PMC7035913.

880/24. TENDENCIAS DE MORTALIDAD PREMATURA (MP) POR INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) EN ANDAL

Autores:

Segura Torres, M.¹, Hormigo Pozo, A.², Mediavilla García, J.³, Jiménez Villodres, M.⁴, Rivera Jiménez, A.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Nefrología. Hospital Universitario de Jaén., (2) Medicina de Familia y Comunitaria. C.S. S. Andrés-Torcal Málaga, (3) Medicina Interna. H. U. Virgen de las Nieves, (4) Nefrología. H. V. de la Victoria Málaga, (5) Médico General. Bayer Hispania

Resumen:

Introducción

La IC es un grave problema en España, con prevalencias del 5%-6,8% y pronóstico desfavorable. La TMP sería una media ponderada de tasas específicas de mortalidad por edad en la población <75 años, cuya ponderación es la proporción de población en cada grupo de edad (hasta 75 años) de la población estándar siendo posible comparar sus

riesgos de mortalidad sin que las diferencias se deban a la diferente estructura por edad. Se observan diferencias geográficas en la MP, con un patrón norte-sur. Un estudio previo (1) mostró para el periodo 1999-2013 un descenso generalizado de la MP por IC, más pronunciado en mujeres, existiendo disparidades entre comunidades autónomas

Objetivos

1. Conocer la evolución de la tasa de MP por IC en España y en Andalucía desde 1999 hasta 2023 (datos disponibles). 2. Identificar si existe una tendencia lineal. 3. Calcular el % de cambio medio anual en la MP en periodos identificados de interés.

Métodos

Fuente: Ministerio de Sanidad. Mortalidad por causa de muerte (2). Condiciones selección: Capítulo: 09. (I00-I99) ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO; Sección: (I30-I52) OTRAS FORMAS DE ENFERMEDAD DEL CORAZÓN; Categoría: I50 INSUFICIENCIA CARDÍACA. Análisis: Excel y RStudio 4.3.0; Descriptivos de variables numéricas; Evaluación de series temporales por regresión lineal; Comparaciones t de Student (datos independientes) o Mann-Whitney; intervalo de confianza para medias por bootstrap.

Resultados

De 1999 a 2023 se observa un descenso lineal de la MP por IC en España y Andalucía, siendo las Tasas Medias de MP de 5,59 (IC 95% 5,14639 a 6,06661) en España y 7,5692 en Andalucía, (IC 95% 6,51228 a 8,52643). De 2013 a 2023 se pierde la linealidad, con tasas medias de 4,63 (IC 95% de 4,4173 a 4,8355) en España y 5,1664 (IC 95% 4,2899 a 6,1001) en Andalucía. El cambio medio anual de la tasa de MP 1999- 2023 en España fue -2.33% y en Andalucía -4.54%. Para 2013-2023, España tuvo un 1.14% y Andalucía un -4.89%.

Conclusiones

La MP por IC en Andalucía y en España muestra un descenso significativo en el periodo estudiado, más marcado en la comunidad andaluza en el último decenio que en el nacional. La prevención primaria y secundaria en >75 años es clave para reducir eventos cardiovasculares y, por ende, la MP por IC. Estrategias multidisciplinarias basadas en detección precoz de factores de riesgo y tratamientos personalizados y dirigidas a consolidar estas tendencias son necesarias para especialistas y primarias interesados en riesgo vascular, sobre todo en poblaciones especiales (1, 3) como las afectadas por el Síndrome Cardiorrenometabólico.

880/25. TENDENCIAS DE MORTALIDAD PREMATURA (MP) POR INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) EN ANDAL

Autores:

Segura Torres, M.¹, Hormigo Pozo, A.², Mediavilla, J.³, Jiménez, M.⁴, Rivera, A.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Nefrología. Hospital Universitario de Jaén., (2) Centro de Salud S. Andrés-Torcal Málaga, (3) Medicina Interna. H. U. Virgen de las Nieves, (4) Hospital Virgen de la Victoria. Málaga, (5) Bayer Hispania

Resumen:

Introducción

La IC es un grave problema en España, con prevalencias del 5%-6,8% y pronóstico desfavorable. La TMP sería una media ponderada de tasas específicas de mortalidad por edad en la población <75 años, cuya ponderación es la proporción de población en cada grupo de edad (hasta 75 años) de la población estándar siendo posible comparar sus riesgos de mortalidad sin que las diferencias se deban a la diferente estructura por edad. Se observan diferencias geográficas en la MP, con un patrón norte-sur. Un estudio previo (1) mostró para el periodo 1999-2013 un descenso generalizado de la MP por IC, más pronunciado en mujeres, existiendo disparidades entre comunidades autónomas

Objetivos

1. Conocer la evolución de la tasa de MP por IC en España y en Andalucía desde 1999 hasta 2023 (datos disponibles). 2. Identificar si existe una tendencia lineal. 3. Calcular el % de cambio medio anual en la MP en periodos identificados de interés.

Métodos

Fuente: Ministerio de Sanidad. Mortalidad por causa de muerte (2). Condiciones selección: Capítulo: 09. (I00-I99) ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO; Sección: (I30-I52) OTRAS FORMAS DE ENFERMEDAD DEL CORAZÓN; Categoría: I50 INSUFICIENCIA CARDÍACA. Análisis: Excel y RStudio 4.3.0; Descriptivos de variables numéricas;

Evaluación de series temporales por regresión lineal; Comparaciones t de Student (datos independientes) o Mann-Whitney; intervalo de confianza para medias por bootstrap.

Resultados

De 1999 a 2023 se observa un descenso lineal de la MP por IC en España y Andalucía, siendo las Tasas Medias de MP de 5,59 (IC 95% 5,14639 a 6,06661) en España y 7,5692 en Andalucía, (IC 95% 6,51228 a 8,52643). De 2013 a 2023 se pierde la linealidad, con tasas medias de 4,63 (IC 95% de 4,4173 a 4,8355) en España y 5,1664 (IC 95% 4,2899 a 6,1001) en Andalucía. El cambio medio anual de la tasa de MP 1999- 2023 en España fue -2.33% y en Andalucía -4.54%. Para 2013-2023, España tuvo un 1.14% y Andalucía un -4.89%.

Conclusiones

La MP por IC en Andalucía y en España muestra un descenso significativo en el periodo estudiado, más marcado en la comunidad andaluza en el último decenio que en el nacional. La prevención primaria y secundaria en >75 años es clave para reducir eventos cardiovasculares y, por ende, la MP por IC. Estrategias multidisciplinarias basadas en detección precoz de factores de riesgo y tratamientos personalizados y dirigidas a consolidar estas tendencias son necesarias para especialistas y primarias interesados en riesgo vascular, sobre todo en poblaciones especiales (1, 3) como las afectadas por el Síndrome Cardiorrenometabólico.

880/26. MÁS ALLÁ DEL LDL: EL VALOR DEL PERFIL LIPÍDICO AMPLIADO EN LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN UN GRUPO OLVIDADO: PACIENTES EN DIÁLISIS

Autores:

Machado Álvarez, M.¹, Reyes Escalada, D.², Martínez Esteban, M.³, Esquivias de Motta, M.³, Ruiz Esteban, P.⁴, Lopez Jimenez, V.³

Centro de Trabajo:

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

Resumen:

Introducción

El manejo lipídico en pacientes en hemodiálisis continúa siendo un terreno de incertidumbre clínica. Las recomendaciones actuales no aconsejan iniciar estatinas en esta población, y su beneficio en prevención cardiovascular sigue en debate. Sin embargo, el uso exclusivo de parámetros convencionales como LDL-C, HDL-C o triglicéridos podría ofrecer una visión parcial del riesgo aterogénico. Este estudio explora el impacto de incluir marcadores lipídicos avanzados —como lipoproteína(a) [Lp(a)] y apolipoproteína B (Apo B)— así como otros índices lipídicos, para una estratificación más precisa del riesgo cardiovascular en hemodiálisis.

Objetivos

Evaluar la utilidad de un perfil lipídico ampliado en pacientes en hemodiálisis y su relación con la presencia de Cardiopatía isquémica (CI) y/u otro evento cardiovascular (ECV) especialmente en aquellos con LDL-C en rango objetivo

Métodos

Estudio observacional y transversal realizado en 74 pacientes en programa de hemodiálisis crónica. Se ampliaron los análisis lipídicos convencionales mediante la determinación de Lp(a), Apo B e índices lipídicos derivados. Se evaluaron asociaciones entre estos parámetros y la presencia de ECV, utilizando análisis bivariado y regresión logística multivariante.

Resultados

El total de paciente con LDL<70 fue 56,1 % (37). Mientras que el total de pacientes con LDL<55 fue 31,8 % (21). La mediana de Lp(a) fue 35 mg/dL. Los pacientes con Lp(a) >35 mg/dL presentaron niveles significativamente mayores de colesterol total y colesterol no-HDL. El 47% de los pacientes presentaban niveles bajos de LDL-C (<70 mg/dL) pero elevados de Lp(a) (>35 mg/dL), una combinación asociada a mayor riesgo de CI (OR=3,653; p=0,008). La CI se asoció además con mayor prevalencia de dislipemia, tabaquismo y uso de hipolipemiantes (estatinas, ezetimibe, inhibidores de PCSK9).

Se hallaron correlaciones significativas entre Lp(a), Apo B y múltiples índices aterogénicos como CT/HDL, TG/HDL y LDL/HDL ($p < 0.001$). HDL-C mostró correlaciones inversas con casi todos los índices, confirmando su rol protector.

Los pacientes con ECV fueron el 54,5%, de los cuales 85% tenía LDL < 55 mg/dl y el 65,8% tomaba estatina. Del 45,5% sin ECV, el 14,3% tenía LDL < 55 mg/dl, y el 34,2% tomaba estatina. Los pacientes con CT no HDL < 100 fueron el 68,2%. Además, el CT no HDL se relaciona sincronicamente con niveles de LDL < 55 , < 70 , evento cardiovascular y Apo B.

El cociente aterogénico Triglicéridos/HDL > 2 era del 76% y 73% en pacientes con LDL < 55 y 70 mg/dl, respectivamente. Un cociente protector LDL/apo B $> 1,3$ se relacionaba con niveles LDL < 55 mg/dl.

Conclusiones

La inclusión de parámetros lipídicos avanzados como Lp(a) y Apo B permite detectar perfiles de riesgo que no serían identificables mediante los parámetros clásicos. En pacientes en hemodiálisis, niveles elevados de Lp(a) suponen un riesgo cardiovascular significativo, incluso en presencia de LDL-C óptimo. Esto refuerza la necesidad de reconsiderar los algoritmos de estratificación del riesgo en esta población y destaca el valor de una evaluación más completa del perfil lipídico.

880/29. HOSPITALIZACIONES POR INSUFICIENCIA CARDÍACA (IC) EN ESPAÑA Y EN ANDALUCÍA. UN ANÁLISIS DEL REGISTRO DE ACTIVIDAD DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

Autores:

Martínez Esteban, M.¹, Castilla Guerra, L.², Coca Prieto, I.³, López Carmona, M.⁴, Rivera Jimenez, A.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Nefrología. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga, (2) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga, (4) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga, (5) Médico de la industria farmacéutica (Bayer Hispania S.L)

Resumen:

Introducción

La IC es un grave problema con alta morbilidad y costos en salud. Se estima que 20 - 40 % de los casos son debidos a la hipertensión (en mujeres o poblaciones más jóvenes la contribución puede ser aún mayor) y la frecuencia de IC aumentará por envejecimiento de la población e incremento de otros factores de riesgo cardiovascular. La IC empeora si no se detecta y trata precozmente, generando alto consumo de recursos (1). Es necesario conocer el impacto de la IC en Andalucía para implementar estrategias de prevención en diferentes fases de la enfermedad, enfocándose en la hipertensión y en el síndrome cardiorrenometabólico.

Objetivos

Analizar el impacto de la IC en Andalucía, comparando N.º hospitalizaciones, Estancia Media (Días), Coste Medio (APR) y Tasa Actividad (10.000 hab.) con los datos de España para identificar diferencias en el consumo de recursos y su relación con la morbilidad, y mejorar las estrategias de atención y prevención

Métodos

Fuente de datos: RAE-CMBD (2) Diagnósticos principales; Fecha 29/06/2025; Tipo Contacto Hospitalización; Capítulo CIE10 I50-Insuficiencia cardiaca; análisis: Excel y RStudio 4.3.0; descriptivos de las variables numéricas; evaluación de series temporales por regresión lineal; comparaciones t de Student (para datos independientes) o Mann-Whitney según normalidad; intervalo de confianza para las medias utilizando Bootstrap

Resultados

Las hospitalizaciones por IC se ajustan a un modelo lineal con descensos tanto el número como en la tasa de actividad en España ($R^2 = 0,7771$ y $R^2 = 0,7862$) y en Andalucía ($R^2 = 0,8162$ y $R^2 = 0,8235$). La estancia media en España no se ajusta a un modelo lineal ($R^2 = 0,0077$), mientras que la andaluza sí ($R^2 = 0,794$). Los costes medios muestran un discreto aumento lineal en ambos casos ($R^2 = 0,8853$ y $R^2 = 0,767$). Datos promedio (I de C 95 %): Tasa de Actividad (por 10,000 hab.) España = 15,31 (11,84 - 19,36); Andalucía = 10,53 (8,45 - 12,99); Estancia Media en Días (Hospitalización) España = 8,66 (8,596 - 8,745); Andalucía = 8,81 (8,662 - 8,975); Coste Medio APR España = 4,124.95 (3,883 - 4,377); Andalucía = 4,305.78 (4,034 - 4,598).

Conclusiones

En la última década existe un descenso lineal en las hospitalizaciones en España y Andalucía, más marcado nacional que autonómico, sin diferencias significativas. Las estancias medias tienden a bajar más en Andalucía que en España, pero los costes medios tienden al alza, más a nivel andaluz que nacional, aunque sin diferencias significativas. Es necesario que los especialistas en Riesgo Vascular y los médicos de familia optimicen la prevención para pacientes con riesgo de IC o con IC establecida, identificando un perfil (HTA, IR, DM, Obesidad) estableciendo un seguimiento multidisciplinar temprano, con cambios en el estilo de vida y fármacos.

Bibliografía

1. Gómez-García. Estrategias de prevención de la insuficiencia cardíaca: enfoque integral en diferentes momentos de la enfermedad. REC: CardioClinics 2024, 2. Enlace: <http://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/PUBLICOSN>

880/32. ECOGRAFÍA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y RIESGO VASCULAR.

Autores:

Moyano Moreno, C.¹, Peregrina Rivas, J.², Moreno Verdejo, F.², Benavente Fernández, A.²

Centro de Trabajo:

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

Resumen:

Introducción

La hipertensión arterial constituye un factor principal de morbi-mortalidad cardiovascular. Las guías europeas y americanas abogan por el uso de la ecografía reglada (realizada por especialistas en imagen) como parte de la evaluación estructurada en la sospecha de hipertensión secundaria. Sin embargo, la ecografía clínica (POCUS, point-of-care ultrasound) emerge como herramienta diagnóstica accesible, precoz, coste-efectiva y segura en el entorno clínico diario. Es por esto que, consideramos que su potencial en nuestra práctica clínica merece una revisión.

Objetivos

Este estudio descriptivo tiene como objetivos: (a) revisar la evidencia existente sobre la ecografía clínica en la evaluación de la hipertensión arterial; (b) argumentar su utilidad para el diagnóstico y seguimiento de pacientes hipertensos en la práctica clínica diaria; (c) proponer su implementación como herramienta complementaria en la evaluación de la hipertensión arterial y el riesgo vascular.

Métodos

Se realizó una búsqueda en bases de datos como PubMed, Cochrane y Scielo escogiendo los artículos más recientes (últimos 10 años) que abordaron el uso de ecografía en hipertensión. Se priorizaron metaanálisis, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos aleatorizados y guías clínicas por su mayor evidencia científica.

Resultados

Se encontraron un total de 15 estudios que reunían los criterios de evaluación de los cuales 1 era un metaanálisis, 2 revisiones sistemáticas, 3 ensayos clínicos aleatorizados, 5 estudios observacionales y 4 guías clínicas.

Una revisión sistemática observa que el uso de la ecografía clínica renal podría aumentar la detección temprana de estenosis significativa. En la enfermedad renal crónica, la ecografía clínica puede detectar la reducción del tamaño renal o la pérdida de la diferenciación corticomedular, datos que apoyan el diagnóstico de hipertensión secundaria.

En cuanto a la evaluación cardiológica, la ecocardiografía ha demostrado buena correlación con la ecocardiografía reglada. Estudios en pacientes con hipertensión de bajo riesgo han mostrado que la ecocardiografía puede revelar HVI oculta incluso en etapas tempranas. Además, la incorporación de ecografía clínica en el seguimiento de los pacientes hipertensos y con elevado riesgo vascular, permitiría valorar cambios dinámicos como el grosor de la pared ventricular, incentivando ajustes terapéuticos.

Por otro lado, la ecografía clínica permite detectar placas de ateroma a nivel carotídeo y femoral, así como grasa preperitoneal y visceral, con cuyos datos establecer con mayor precisión y precocidad el riesgo vascular real del paciente hipertenso desde el momento de la primera evaluación.

Conclusiones

La ecografía clínica constituye una herramienta probada en otros ámbitos similares que nos permite complementar el abordaje del diagnóstico de causas secundarias renales, lesión de órgano diana y estadificación del riesgo vascular de pacientes hipertensos. Aunque no sustituye la ecografía reglada, puede aportar una evaluación precoz, repetitiva y coste-efectiva. Su implementación en la práctica clínica diaria puede mejorar la toma de decisiones terapéuticas ajustada a una evaluación más precisa y precoz del daño de órgano diana y la estratificación del riesgo global. Futuros estudios en poblaciones hipertensas podrían demostrar su impacto en desenlaces clínicos y fundamentar su formación, validación e implementación en las guías de práctica clínica de hipertensión arterial.

880/33. CONTROL ALCANZADO EN LOS PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR ALTO O MUY ALTO EN ESPAÑA. RESULTADOS DEL ESTUDIO OBJETIVO EN EL PUNTO DE MIRA (OPM).

Autores:

Segura Torres, M.¹, Martínez Esteban, M.², Castilla Guerra, L.³, Fuentes Jiménez, F.⁴, Abellán Alemán, J.⁵, En Representación De Los Investigadores Del Estudio Objetivo En El Punto De Mira (opm), P.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Nefrología. Hospital Universitario de Jaén. Jaén, (2) Especialista en Nefrología. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga, (3) Sociedades Autonómicas de HTA y Riesgo Vascular de Andalucía, (4) Sociedad Autónoma de HTA y Riesgo Vascular de Andalucía, (5) Sociedades Autonómicas de HTA y Riesgo Vascular de España

Resumen:

Introducción

El control del RCV es fundamental para reducir la morbilidad CV. En consulta habitualmente se presentan pacientes con RCV alto o muy alto.

También es conocido que existe un número importante de estos pacientes que están fuera del rango de control que establecen actualmente las Guías de RCV.

Objetivos

Valorar en una muestra amplia de pacientes de alto riesgo cardiovascular (RCV) cuántos están fuera del control objetivo y que factores están implicados

Métodos

Se trató de un estudio de intervención, prospectivo, realizado en condiciones de práctica clínica habitual en pacientes con RCV elevado, seleccionados aleatoriamente de 68 centros; consultas ambulatorias de atención primaria u hospitalarias y 20 unidades de diálisis de toda España. Se incluyeron pacientes que reunían las condiciones de RCV alto o muy alto y aceptaron voluntariamente participar en el estudio. Se consideraron criterios de control de PA (< 140/ 80 mm Hg en pacientes > 65 años y < 130/80 mm Hg en pacientes < 65 años) Dislipemia controlada (Alto RCV: LDLc < 70 mg/dL y Muy alto RCV: < 55 mg/dL) Diabetes controlada: (HbA1c <7% o <8% si es ≥80 años) (Criterios Guías Europeas Riesgo Cardiovascular y ADA) El seguimiento del estudio fue de 4-6 meses pudiéndose modificar los tratamientos en caso de descontrol.

Resultados

Se incluyen 1287 pacientes (821 V, 466 M) Están en RCV muy alto 970 (75,3%) y alto 317 (24,6%). Son pacientes ambulatorios 786 (61%) y dializados 501 (38,9%) Son hipertensos 1117 (86,7%), diabéticos 778 (60,4%) y dislipémicos 1102 (85,6%) Son hipertensos, dislipémicos y diabéticos a la vez 618 (48%). Tienen controlada la HTA 444 (39,7%) la diabetes 457 (59,2%) y la dislipemia 337 (30,6%) Sólo 67 (5,2%) tienen controlada la HTA, la diabetes y la dislipemia a la vez. Y 132 (10,2%) no tienen controlada ni la HTA ni la diabetes ni la dislipemia.

Conclusiones

Entre la población de alto o muy alto riesgo que atendemos en España sólo el 5,2% de los pacientes está en objetivos de control según las directrices que señalan las guías internacionales de RCV. El 94,7% está fuera de control.

880/34. CONTROL ALCANZADO EN LOS PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR ALTO O MUY ALTO EN ESPAÑA. RESULTADOS DEL ESTUDIO OBJETIVO EN EL PUNTO DE MIRA (OPM).

Autores:

Segura Torres, M.¹, Martínez Esteban, M.², Castilla Guerra, L.³, Fuentes Jiménez, F.⁴, Abellán Alemán, J.⁵, (opm), E.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Nefrología. Hospital Universitario de Jaén. Jaén, (2) Especialista en Nefrología. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga, (3) Sociedades Autonómicas de HTA y Riesgo Vascular de Andalucía, (4) Sociedad Autónoma de HTA y Riesgo Vascular de Andalucía, (5) Sociedades Autonómicas de HTA y Riesgo Vascular de España

Resumen:

Introducción

El control del RCV es fundamental para reducir la morbimortalidad CV. En consulta habitualmente se presentan pacientes con RCV alto o muy alto.

También es conocido que existe un número importante de estos pacientes que están fuera del rango de control que establecen actualmente las Guías de RCV.

Objetivos

Valorar en una muestra amplia de pacientes de alto riesgo cardiovascular (RCV) cuántos están fuera del control objetivo y que factores están implicados

Métodos

Se trató de un estudio de intervención, prospectivo, realizado en condiciones de práctica clínica habitual en pacientes con RCV elevado, seleccionados aleatoriamente de 68 centros; consultas ambulatorias de atención primaria u hospitalarias y 20 unidades de diálisis de toda España. Se incluyeron pacientes que reunían las condiciones de RCV alto o muy alto y aceptaron voluntariamente participar en el estudio. Se consideraron criterios de control de PA (< 140/ 80 mm Hg en pacientes > 65 años y < 130/80 mm Hg en pacientes < 65 años) Dislipemia controlada (Alto RCV: LDLc < 70 mg/dL y Muy alto RCV: < 55 mg/dL) Diabetes controlada: (HbA1c <7% o <8% si es ≥80 años) (Criterios Guías Europeas Riesgo Cardiovascular y ADA) El seguimiento del estudio fue de 4-6 meses pudiéndose modificar los tratamientos en caso de descontrol.

Resultados

Se incluyen 1287 pacientes (821 V, 466 M) Están en RCV muy alto 970 (75,3%) y alto 317 (24,6%). Son pacientes ambulatorios 786 (61%) y dializados 501 (38,9%) Son hipertensos 1117 (86,7%), diabéticos 778 (60,4%) y dislipémicos 1102 (85,6%) Son hipertensos, dislipémicos y diabéticos a la vez 618 (48%). Tienen controlada la HTA 444 (39,7%) la diabetes 457 (59,2%) y la dislipemia 337 (30,6%) Sólo 67 (5,2%) tienen controlada la HTA, la diabetes y la dislipemia a la vez. Y 132 (10,2%) no tienen controlada ni la HTA ni la diabetes ni la dislipemia.

Conclusiones

Entre la población de alto o muy alto riesgo que atendemos en España sólo el 5,2% de los pacientes está en objetivos de control según las directrices que señalan las guías internacionales de RCV. El 94,7% está fuera de control.

880/35. ESTUDIO OBJETIVO EN EL PUNTO DE MIRA (OPM) INERCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR ALTO O MUY ALTO EN ESPAÑA.

Autores:

Segura Torres, M.¹, Martínez Gómez, A.², Martínez Esteban, M.², Salguero Cámara, M.², Abellán Alemán, J.³, (opm), E.³

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Nefrología. Hospital Universitario de Jaén. Jaén, (2) Sociedad Autónoma de HTA y Riesgo Vascular de Andalucía, (3) Sociedades Autonómicas de HTA y Riesgo Vascular de España

Resumen:**Introducción**

El control del RCV es fundamental para reducir la morbilidad CV. En consulta habitualmente se presentan pacientes con RCV alto o muy alto.

También es conocido que existe un número importante de estos pacientes que están fuera del rango de control que establecen actualmente las Guías de RCV

Objetivos

Valorar en una muestra amplia de pacientes de alto riesgo cardiovascular (RCV) cuantos presentan incumplimiento terapéutico y la inercia terapéutica de los médicos que los atienden

Métodos

Estudio de intervención, prospectivo, en condiciones de práctica clínica habitual en pacientes con RCV elevado, seleccionados aleatoriamente de 68 centros ambulatorios de atención primaria y hospitalarios y 20 de diálisis de toda España. Se incluyen pacientes con RCV alto o muy alto y aceptan voluntariamente participar en el estudio. Se consideran criterios de control de PA (< 140/ 80 mm Hg en > 65 años y < 130/80 mm Hg en < 65 años) Dislipemia controlada (Alto RCV LDLc < 70 mg/dL y Muy alto RCV < 55 mg/dL) Diabetes controlada: (HbA1c <7% o <8% si ≥80 años) (Criterios Guías Europeas RCV y ADA). El incumplimiento terapéutico se valora mediante el test de Haynes y Sackett. Se define la inercia terapéutica, cuando el médico no cambia ni modifica el tratamiento farmacológico pese a detectarse mal control.

Resultados

Se incluyen 1287 pacientes (821 V, 466 M) Están en RCV muy alto 970 (75,3%) y alto 317 (24,6%). Son pacientes ambulatorios 786 (61%) y dializados 501 (38,9%) Son hipertensos 117(86,7%), diabéticos 778 (60,4%) y dislipémicos 1102 (85,6%) Son hipertensos, dislipémicos y diabéticos a la vez 618 (48%). Se detectan 238 (18,4%) incumplidores. De ellos 140 (17,8%) ambulatorios y 98 (19,5%) dializados. Se logra pasarlos a cumplidores al 80,5%. Entre los pacientes descontrolados, se detecta inercia terapéutica en el 59,9% de los hipertensos, el 29,9% de los diabéticos y en el 46,1% de los dislipémicos

Conclusiones

Entre la población de alto o muy alto riesgo que atendemos en España se detecta un incumplimiento farmacológico en el 18,4% de los pacientes. Existe un alto nivel de inercia terapéutica sobre todo en hipertensión y dislipidemia.

880/36. ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DEL CONTROL ALCANZADO EN PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR ALTO O MUY ALTO EN ESPAÑA TRAS LA INTERVENCIÓN EN EL ESTUDIO OBJETIVO EN EL PUNTO DE MIRA (OPM)

Autores:

Segura Torres, M.¹, López, C.², Romero Rodríguez, M.³, Celis Romero, M.⁴, Abellán Alemán, J.⁵, (opm), E.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Especialista en Nefrología. Hospital Universitario de Jaén. Jaén, (2) Residente de 4º año de Nefrología. Hospital Universitario de Jaén. Jaén, (3) Residente de 3er año de Medicina Interna. Hospital Universitario de Jaén. Jaén, (4) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle. Jaén, (5) Sociedades Autonómicas de HTA y Riesgo Vascular de España

Resumen:**Introducción**

El control del RCV es fundamental para reducir la morbilidad CV. En consulta habitualmente se presentan pacientes con RCV alto o muy alto.

También es conocido que existe un número importante de estos pacientes que están fuera del rango de control que establecen actualmente las Guías de RCV

Objetivos

Analizar la evolución del control alcanzado en una muestra amplia de pacientes de alto riesgo cardiovascular (RCV) durante el seguimiento del estudio (OPM)

Métodos

Estudio de intervención, prospectivo, realizado en condiciones de práctica clínica habitual en pacientes con RCV elevado, seleccionados aleatoriamente de 68 centros ambulatorios de atención primaria u hospitalarios y 20 de diálisis de toda España. Se incluyen pacientes con RCV alto o muy alto y aceptan voluntariamente participar en el estudio. Se consideran criterios de control de PA (< 140/ 80 mm Hg en pacientes > 65 años y < 130/80 mm Hg < 65 años), Dislipemia controlada (Alto RCV LDLc < 70 mg/dL y Muy alto RCV < 55 mg/dL), Diabetes controlada (HbA1c < 7% o < 8% si ≥ 80 años) (Criterios Guías Europeas RCV y ADA) El seguimiento del estudio es de 4-6 meses pudiéndose modificar los tratamientos en caso de descontrol

Resultados

Se incluyen 1287 pacientes (821 V, 466 M) Están en RCV muy alto 970 (75,3%) y alto 317 (24,6%). Son pacientes ambulatorios 786 (61%) y dializados 501 (38,9%). Son hipertensos 1117 (86,7%), diabéticos 778 (60,4%) y dislipémicos 1102 (85,6%) Son hipertensos, dislipémicos y diabéticos a la vez 618 (48%). El control de la HTA, pasa del 39,7% al 58,1% ($p < 0,001$), la diabetes del 59,2% al 66,9% ($p < 0,01$) y la dislipemia del 30,6% al 46,5% ($p < 0,01$). Los pacientes con control de la HTA, la diabetes y la dislipemia a la vez pasan del 5,2% al 13% ($p < 0,001$). Los que no tienen controlada ni HTA ni diabetes ni dislipemia se reducen del 10,2% al 4,8% ($p < 0,001$).

Conclusiones

Se detecta una ligera mejoría en el control de los pacientes con alto o muy alto riesgo. Sin embargo, este control sólo llega al 13%. El 87 % está descontrolado.

880/37. HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA EN PACIENTE ARRÍTMICO

Autores:

Pino López, T.¹, Delgado Ariza, A.², BONET TUR, D.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Interna. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz, (2) Especialista en Cardiología. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz, (3) Especialista en Medicina Interna. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz

Resumen:

Descripción del caso

Paciente de 69 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y fibrilación auricular paroxística recurrente con difícil control de ritmo sinusal, presentando electrocardiograma de flutter auricular para el que se concilió terapia de control de ritmo con cardioversión eléctrica que resultó no exitoso hasta en 2 ocasiones, optando por cardioversión farmacológica, tras la que mantuvo ritmo sinusal con amiodarona. Acudió en febrero de 2023 refiriendo empeoramiento de su disnea basal, con ausencia de signos clínicos o analíticos de insuficiencia cardíaca, por lo que se realizó ingreso programado para ablación del istmo cavo-tricuspídeo, manteniéndose en ritmo sinusal sin alteraciones en perfil hepático o tiroideo. En una de las visitas (junio de 2024), durante el seguimiento ambulatorio en consultas externas de Cardiología, destacó mal control de cifras tensionales objetivadas en domicilio estando en tratamiento con losartán 100 mg/hidroclorotiazida 25 mg cada 24h, lecardipino 10 mg cada 24h. Ante mal control de cifras tensionales se añadió eplerenona 25 mg al día. Posteriormente, en febrero de 2025 se constata empeoramiento progresivo de su disnea basal, con NYHA III y control subóptimo de tensión arterial en domicilio, con cifras de hasta 180/100 mmHg en consulta. Ante estos hallazgos, se solicitó MAPA y angioTC de arterias renales de cara a plantear una estrategia de control tensional con denervación simpática renal en nuestro centro. El procedimiento se llevó a cabo en mayo de 2025 a través de acceso femoral común derecho, previo aortograma que descartó arterias renales accesorias ni estenosis.

En las revisiones médicas posteriores llevadas a cabo de manera ambulatoria del caso presentado, se objetivó una reducción significativa de sus cifras tensionales sin necesidad de una terapia farmacológica agresiva, manteniendo una tensión basal de 130/90mmHg, con ausencia de efectos adversos posteriores.

Exploración y pruebas complementarias

La exploración al ingreso el paciente se mantuvo consciente y orientado, bien hidratado y normoperfundido. Taquipneico sin uso de musculatura accesoria, presentando auscultación cardiopulmonar rítmica con soplo sistólico en foco mitral II/VI, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos; abdomen anodino. Miembros inferiores sin edemas o flogosis ni signos de IVC.

Se solicitó analítica general de sangre y orina donde destaca Creatinina 0.86 mg/dL, Filtrado Glomerular 82 ml/min, GPT 41 UI/L, LDL 146 mg/dL, HDL 61 mg/dL, Triglicéridos 63 mg/dL, proBNP 378,4, HbA1c 5.8%. TSH normal, Coagulación normal.

El electrocardiograma al ingreso demostró un ritmo sinusal a unos 80 lpm, QRS estrecho, PR 240 ms (BAV 1er grado) sin alteraciones en la repolarización.

Aportaba informe de ecocardiografía transtorácica realizada por cardiólogo privado: Aurícula Izquierda 48 mm, Insuficiencia Mitral moderada. Paredes y función Ventrículo Izquierdo normal. Insuficiencia tricuspídea ligera. Resto anodino.

Juicio clínico

Flutter auricular típico tras 2 cardioversiones eléctricas fallidas, fibrilación auricular paroxística recurrente con CHADS2VASC 2, denervación renal.

Comentario final

La hipertensión arterial es uno de los principales factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares a nivel mundial, siendo de vital importancia la implementación de medidas farmacológicas e higiénico-dietéticas sujetas a una adherencia sólida que proporcione una reducción significativa de la morbilidad inherente a esta patología.

Con respecto a la técnica mencionada en este caso clínico, se establece una alternativa terapéutica para la normalización de cifras tensionales, inhibiendo el flujo de salida simpático a nivel renal, reduciendo otras medidas farmacológicas antihipertensivas en casos seleccionados en los que su uso se considera insuficiente.

Gracias estudios protocolizados, ha demostrado ser una técnica segura que ofrece al enfermo hipertenso la oportunidad de controlar sus cifras tensionales, reduciendo así el riesgo de sufrir eventos fatales.

Bibliografía

1. SOLACI. SOLACI; 31 mar 2025 [citado 9 sep 2025]. Disponible en: solaci.org/2025/03/31/vuelva-a-ver-nuestro-evento-sobre-evidencias-y-controversias-de-la-denervacion-renal-en-2025/.
2. Fisher NDL, Kirtane AJ. Renal denervation for hypertension. *Nat Rev Cardiol*. 2025 Sep;22(9):664–674.

880/38. MIOPATÍA NECROTIZANTE INMUNOMEDIADA INDUCIDA POR ESTATINAS

Autores:

Fernández Moreno, M.¹, Sánchez Zafra, R.², Helices Collins, A.³, Massé Palomo, A.³, Astudillo Ortega, P.⁴, González Estrada, A.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, (2) Residente de 2º año 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 5º año de Medicina Interna en Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, Andalucía, España, (5) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Resumen:

Descripción del caso

Antecedentes

Mujer de 62 años. Hipertensión arterial desde hace más de 20 años en tratamiento con olmesartán e hidroclorotiazida. Diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con sitagliptina. Dislipemia en tratamiento con atorvastatina 80mg desde hace 7 años, previamente simvastatina 20mg durante 2 años.

Enfermedad actual

Presenta en analítica de rutina niveles de creatina quinasa (CK) de 3000UI/L, sin clínica muscular acompañante, por lo que se suspende atorvastatina y se deja sin tratamiento hipolipemiante, quedando con mal control lipídico y niveles de CK que oscilan entre 300-12000UI/L. Transcurridos dos años comienza con debilidad muscular generalizada progresiva, presentando dependencia parcial para actividades básicas de la vida diaria y disfagia a sólidos.

Exploración y pruebas complementarias

Paresia proximal de miembros superiores (4-/5) e inferiores (3/5), sin amiotrofias ni otras alteraciones.

- Analítica al inicio de la clínica (dos años sin tratamiento hipolipemiante): colesterol-total 359mg/dL, colesterol-LDL 235mg/dL, colesterol-HDL 62mg/dL, triglicéridos 310mg/dL, apolipoproteína-B 209mg/dL, HbA1c 7,4%, CK 382UI/L. Hemograma, bioquímica y perfil tiroideos sin alteraciones. Serologías de VIH, sífilis, hepatitis B y C negativas.
- Analítica bajo tratamiento con alirocumab: colesterol-total 158mg/dL, colesterol-LDL 49mg/dL, colesterol-HDL 53mg/dL, triglicéridos 280mg/dL, apolipoproteína-B 73 mg/dL, lipoproteína(a) 83mg/dL. CK 31UI/L.
- Autoinmunidad: anticuerpos anti 3-hidroxi-3-metilglutaril-CoA reductasa (HMGCR) positivos 2,86. Resto del panel negativo.
- Biopsia muscular: necrosis y regeneración muscular sin inflamación ni atrofia perifascicular.

Juicio clínico

Cuadro compatible con miopatía necrotizante inmunomediada (MNIM) inducida por estatinas asociada a anticuerpos anti-HMGCR, dada la debilidad predominantemente proximal y la elevación de CK, persistentes a pesar de la suspensión del fármaco.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con otras patologías que se presentan con un cuadro clínico similar como distrofias musculares, miopatías endocrinas, infecciones como hepatitis o enfermedades reumáticas. La determinación de autoanticuerpos, la histología muscular y la ausencia de otros diagnósticos alternativos compatibles permiten en este caso establecer el diagnóstico.

Comentario final

Las estatinas son los fármacos de elección para el tratamiento de la hipercolesterolemia. Se trata de medicamentos seguros con pocos efectos adversos graves. Ocasionalmente producen toxicidad muscular, desde mialgias hasta miopatía o rabdomiólisis, que pueden aparecer desde el primer mes de tratamiento hasta múltiples años de exposición después de iniciarlo(1). El riesgo de daño muscular por estatinas es mayor con dosis más elevadas y con determinadas estatinas como simvastatina o atorvastatina(2). Por ello, para alcanzar objetivos de colesterol-LDL en pacientes con miopatía grave por estatinas, podría considerarse sustituir por otra estatina con menos riesgo, si bien lo preferible es utilizar hipolipemiantes alternativos como los inhibidores de la proproteína-convertasa-subtilisina/kexina tipo-9 (iPCSK9)(3), que fue el usado en el caso comentado para alcanzar el objetivo de colesterol-LDL<70mg/dL .

Un subtipo infrecuente de MNIM es la asociada a autoanticuerpos anti-HMGCR. Suele cursar con CK>1000UI/L y necrosis o regeneración de fibras en biopsia, junto con elevación característica de dichos anticuerpos(4). Su tratamiento consiste en discontinuar la estatina e iniciar terapia inmunosupresora esteroidea, añadiendo otros inmunosupresores si fuera necesario(5). En el caso expuesto, se normalizó la CK y desaparecieron las mialgias bajo tratamiento con prednisona oral , requiriendo mantenimiento con 10mg sin otros inmunosupresores.

Bibliografía

1. Hansen KE, Hildebrand JP, Ferguson EE, Stein JH. Outcomes in 45 patients with statin-associated myopathy. *Arch Intern Med.* 2005;165(22):2671-6.
2. Rosenson RS, Baker S, Banach M, Borow KM, Braun LT, Bruckert E, et al. Optimizing Cholesterol Treatment in Patients With Muscle Complaints. *J Am Coll Cardiol.* 2017;70(10):1290-301.
3. Warden BA, Guyton JR, Kovacs AC, Durham JA, Jones LK, Dixon DL, et al. Assessment and management of statin-associated muscle symptoms (SAMS): A clinical perspective from the National Lipid Association. *J Clin Lipidol.* 2023;17(1):19-39.
4. Pinal-Fernandez I, Casal-Dominguez M, Mammen AL. Immune-Mediated Necrotizing Myopathy. *Curr Rheumatol Rep.* 2018;20(4):21.
5. Allenbach Y, Mammen AL, Benveniste O, Stenzel W, Immune-Mediated Necrotizing Myopathies Working Group. 224th ENMC International Workshop:: Clinico-sero-pathological classification of immune-mediated necrotizing myopathies Zandvoort, The Netherlands, 14-16 October 2016. *Neuromuscul Disord NMD.* 2018;28(1):87-99

880/39. EFICACIA Y SEGURIDAD DE FINERENONA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y DIABETES MELLITUS TIPO 2. RESULTADOS PRELIMINARES

Autores:

Vargas Gómez, O.¹, Ousti El Moussati, Y.², Segura Torres, M.³, POLAINA RUSILLO, M.³, García Cortés, M.³

Centro de Trabajo:

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

Resumen:

Introducción

Los tratamientos actuales de la diabetes ayudan a reducir el riesgo de progresión renal pero aún queda una ventana para la mejora. Finerenona es un antagonista selectivo no esteroideo del receptor de mineralcorticoide que ha demostrado reducir el riesgo de progresión de la Enfermedad Renal Crónica(ERC) y disminuir la albuminuria en pacientes con DM2 así como el riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular.

Objetivos

Valorar eficacia y seguridad de Finerenona en pacientes con Enfermedad Renal Crónica y Diabetes Mellitus tipo2.

Métodos

Pacientes atendidos en Servicio de Nefrología de Jaén que llevarán 6meses de tratamiento con Finerenona. Momentos de análisis: Basal(B), 6meses(6m). Analizamos datos demográficos, factores de riesgo vascular y evolución de función renal y albuminuria.

Resultados

18 pacientes. Sexo masculino 78%. Edad media 67.7 ± 9.3 años. Función renal basal CKD_EPI: 51.8 ± 25.7 ml/min/1.73m2 y etiología: enfermedad renal diabética 77.8%, no filiada 16.7%, Obesidad-Hiperfiltración 5.6%.

Antecedentes de Enfermedad Cardiovascular: Cardiopatía isquémica 11.1%, fibrilación auricular 5.6%, y enfermedad arterial periférica 27.8%, tabaquismo activo 38.9 %, dislipemia 100%, retinopatía diabética 33.3%. Albuminuria basal 593.9 ± 502.8 mg/g y proteinuria 856.1 ± 723.8 mg/g, glicosilada basal 7.1 ± 1.5 %.

El 38.9 % estaban insulinizados, un antidiabético 16.7% dos antidiabéticos 44.4%, tres antidiabéticos 38.9%, ISGLT2 83.3%(3pacientes no tenían por ITUs), IECA 5.6%, ARAII 83.3%, Calcioantagonistas 83.3%, Hidroclorotiazida 55.6%, betabloqueantes 16.7%, alfabloqueantes 27.8%, estatinas 100%, ezetimibe 83.3%, fenofibrato 5.6%, omega-3 16.7%, alopurinol 44.4%, resinas antipotasio 22.2%.

La proteinuria y albuminuria descendieron de manera significativa a 6meses, albuminuriaB 593.9 ± 502.8 vs 6m 340.6 ± 278.8 mg/g; $p=0,027$ y proteinuriaB 856.1 ± 723.8 vs 6m 536.7 ± 358.1 mg/g; $p=0,036$

Descenso de TA sistólica y diastólica a 6meses, TAS(B 137 ± 21 vs 6m 122 ± 15 mmHg; $p=0.008$) y TAD (B 75 ± 14 vs 6m 65 ± 11 mmHg; $p=0.002$)

No encontramos diferencias en filtrado glomerular CKD_EPI:(B 51.8 ± 25.7 vs 6m 49.7 ± 24.4 ml/min/1.73m2; $p=NS$), en glucosa(B 129.6 ± 56.31 , vs 6m 115.7 ± 35.2 mg/dl; $p=NS$), ni glicosilada(B 6.7 ± 1 , vs 6m 6.6 ± 0.9 %; $p=NS$), en peso(B 79.9 ± 12.8 vs 6m 78.4 ± 10.3 kg; $p=NS$), en IMC (B 29.6 ± 3.7 vs 6m 29.1 ± 2.6 kg/m2; $p=NS$), ácido úrico (B 5.7 ± 1.2 vs 6m 5.8 ± 1.3 mg/dl; $p=NS$), colesterol total (B 125.8 ± 23.2 vs 6m 126.4 ± 29.1 mg/dl; $p=NS$), LDL (B 48.8 ± 18.3 vs 6m 50.9 ± 19.5 mg/dl; $p=NS$), HDL (B 47.3 ± 13.7 vs 6m 47.2 ± 12.6 mg/dl; $p=NS$) y Triglicéridos (B 156.1 ± 84.8 vs 6m 130.2 ± 60.4 mg/dl; $p=NS$).

No encontramos cambios en niveles de potasio ni al mes (B 4.8 ± 0.4 vs 1m 4.8 ± 0.4 mEq/L; $p=NS$) ni a los 6meses (B 4.8 ± 0.4 vs 6m 4.9 ± 0.4 mEq/L; $p=NS$).

Dosis inicial de Finerenona 10 mg/24h, al mes aumenta a 20 mg el 5.6%. A los 6meses se suspende en 3 pacientes, 2 por hiperpotasemia y 1 por hipersensibilidad y cansancio. A los 6 meses se aumenta dosis a 20 mg al 38.9%.

Con respecto a resinas antipotasio se aumenta la dosis en un paciente a los 6meses.

Cambios en tratamiento antidiabético a los 6meses en 1 se añade semaglutide oral y se suspende sitagliptina, en 1 baja dosis de semaglutide oral, en 1 cambió semaglutide sc por oral, en 1 se inicia semaglutide sc.

Cambios en tratamiento antihipertensivo a los 6meses en 1 se cambia amlodipino por losartan, en 1 se suspende HCTZ, en 1 se cambia valsartan por enalapril, en 1 se aumenta dosis mandipino, 1 se cambia valsartan por olmesartan, 1 suspende amlodipino e HCTZ

No encontramos cambios en la dosis de estatinas ni hipouricemiantes.

Conclusiones

Tras 6 meses de tratamiento con Finerenona en pacientes con Diabetes Mellitus tipo2 y Enfermedad Renal Crónica hemos observado:

- 1.- Un descenso de albuminuria y proteinuria.
- 2.- Un descenso en cifras de TA sistólica y diastólica.
- 3.- No hemos encontrado cambios en función renal ni en niveles de potasio.

880/40. LAS NUEVAS DIANAS TERAPÉUTICAS, FICHAS CLAVE A TENER EN CUENTA EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Autores:

Vargas Gómiz, O.¹, Ousti El Moussati, Y.², Segura Torres, M.³, POLAINA RUSILLO, M.³, García Cortés, M.³

Centro de Trabajo:

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

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 65 años diagnosticado de adenocarcinoma rectal metastásico (cT4aN1bM1) tras un hallazgo incidental en colonoscopia de cribado. El paciente, sin antecedentes personales relevantes ni factores de riesgo cardiovascular, mostraba buena condición física y ausencia de hábitos tóxicos. El estudio de extensión mediante tomografía computarizada y resonancia magnética confirmó la presencia de carcinomatosis peritoneal, estableciendo el diagnóstico de adenocarcinoma de recto-sigma irresecable con mutación KRAS G12D y estado MSS.

El tratamiento inicial consistió en la combinación quimioterápica XELOX (capecitabina y oxaliplatino) junto con bevacizumab, anticuerpo monoclonal dirigido contra el factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF). Inicialmente el paciente presentó buena tolerancia y mantuvo función renal normal (creatinina 0,77mg/dl, filtrado glomerular >90 ml/min). Tras cinco ciclos de bevacizumab presentó deterioro progresivo de función renal y aparición de hipertensión de novo, asociando proteinuria significativa (3g/24h) y hematuria persistente, por lo que se suspendió el tratamiento biológico.

Exploración y pruebas complementarias

Ante el deterioro renal y la hipertensión severa (200/110 mmHg), el paciente ingresó para estudio. Las pruebas de imagen (ecografía renal y doppler) descartaron obstrucción o estenosis vascular. En el análisis de orina se objetivó proteinuria en rango nefrótico y hematuria microscópica. La creatinina sérica alcanzó un pico de 2,67 mg/dl durante el ingreso, mejorando parcialmente hasta 2,1 mg/dl al alta tras hidratación y suspensión del bevacizumab. Por otro lado, la analítica de estudio no aportó datos, encontrándose los parámetros de inmunología renal y proteinograma normal.

No se realizó biopsia renal por el deterioro clínico progresivo del paciente tras el alta.

Juicio clínico

El conjunto de hallazgos clínicos, la secuencia temporal y la ausencia de otras causas de nefropatía orientaron el diagnóstico hacia síndrome nefrítico secundario a toxicidad por bevacizumab. Caracterizado por la tríada de hipertensión, proteinuria y deterioro de la función renal con hematuria.

La fisiopatología subyacente se asocia a la inhibición del VEGF, esencial para mantener la integridad de la barrera podocito-endotelio. Su bloqueo produce daño endotelial y microangiopatía trombótica, generando alteraciones estructurales que se manifiestan como síndrome nefrítico, hipertensión arterial y, en casos graves, insuficiencia renal irreversible.

Comentario final

El caso pone de relieve la nefrotoxicidad y la hipertensión arterial como efectos adversos relevantes del bevacizumab, fármaco ampliamente utilizado en el manejo del cáncer colorrectal metastásico. Aunque estas complicaciones son infrecuentes, su detección precoz es crucial para evitar daño renal irreversible. La suspensión temprana del fármaco y el control tensional mediante inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona son estrategias fundamentales para mitigar su evolución.

La experiencia descrita resalta la necesidad de un enfoque multidisciplinar entre oncología y nefrología, especialmente a través de unidades de onco-nefrología, que permitan la monitorización sistemática de la función renal y la proteinuria durante los ciclos de tratamiento. La implementación de protocolos de vigilancia podría prevenir

complicaciones graves, mejorar la calidad de vida del paciente y permitir la continuidad de terapias oncológicas potencialmente beneficiosas.

Concluyendo, la identificación temprana de signos como hipertensión de novo, proteinuria o hematuria en pacientes tratados con inhibidores del VEGF debe considerarse un signo de alarma que exige evaluación nefrológica inmediata. La educación clínica y la coordinación interdisciplinar son pilares esenciales para optimizar el manejo de estas complicaciones y garantizar una atención integral en el paciente oncológico.

Bibliografía

1. European Medicines Agency(EMA). Avastin:EPAR-Product Information[Internet].2024[citado 30 de marzo de 2025].Disponible en:https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/avastin-epar-product-information_en.pdf
2. Nefrotox. Bevacizumab[Internet]. [citado 30 de marzo de 2025].Disponible en:<https://nefrotox.org/farmaco/bevacizumab/?highlight=bevacizumab>
3. Eremina V,Jefferson JA, Kowalewska J,et al.VEGF inhibition and renal thrombotic microangiopathy. *N Engl J Med*.2008;358(11):1129-1136.
4. Zhu X,Wu S,Dahut WL,Parikh CR. Risks of proteinuria and hypertension with bevacizumab, an antibody against vascular endothelial growth factor:systematic review and meta-analysis. *Am J Kidney Dis*.2007;49(2):186-193.
5. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Toxicidad de los tratamientos oncológicos[Internet]. [citado 30 de marzo de 2025]. Disponible en:<https://seom.org/guia-actualizada-de-tratamientos/toxicidad-de-los-tratamientos-oncologicos?start=23>
6. González-Álvarez I, Delgado JF, García-Alvarez M, et al. Onco-nefrología:Cáncer,quimioterapia y riñón.*Nefrología*.2019;39(3):275-285.doi:10.1016/j.nefro.2019.02.005.

880/45. DE LA CONSULTA ESTÉTICA A LA URGENCIA CARDIOVASCULAR: HIPERTENSIÓN, CEREBRO Y RIÑÓN.

Autores:

Jiménez Aceituno, M.¹, PALMERO JIMÉNEZ, C.², SANCHEZ ARQUELLADAS, B.³, Segarra Balao, A.⁴

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Endocrinología. Hospital Universitario de Jaén. Jaén, (2) Residente de 4º año de Anestesiología. Hospital Universitario de Jaén. Jaén, (3) Especialista en Anestesiología. Hospital Universitario de Jaén. Jaén, (4) Especialista en Endocrinología. Hospital Universitario de Jaén. Jaén

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 45 años valorado para trasplante capilar, detectándose tensión arterial (TA) de 243/96 mmHg y soplo diastólico aórtico de novo. Sin antecedentes personales, resaltaba muerte súbita temprana en familiar de primer grado. Considerado no apto para intervención, derivándose a Urgencias, el ETT mostró aneurisma de aorta con sospecha de disección, indicándose cirugía urgente. Como parte del procedimiento quirúrgico habitual se precisaron niveles de hipotensión (HipoTA) controlada, manteniendo una presión arterial media (PAM) 60-65mmHg que asegurase la perfusión tisular. La cirugía transcurre sin incidencias; postoperatoriamente presentó disfunción renal y neurológica. La función renal mejoró con optimización volémica y noradrenalina pero la recuperación neurológica fue lenta e incompleta.

Exploración y pruebas complementarias

ETT: "Ventrículo izquierdo con función conservada, insuficiencia aórtica moderada, raíz aórtica aneurismática disecada con puerta de entrada a 8 cm del plano valvular, diámetro global 106mm, falsa luz 60mm y verdadera 47mm, extensión hasta cayado y tamaño visible 59mm".

Tras la intervención, hay desconexión con el medio y agitación psicomotriz significativa. El EEG sugiere actividad cerebral compatible con daño cerebral. Además, el flujo urinario es <0,5 ml/kg/h en 12 horas y la creatinina sube a 2,3 mg/dL (basal 0,8 mg/dL).

Juicio clínico

Hipertensión arterial (HTA), estadio 3.

Aneurisma de aorta torácica gigante con sospecha de disección aórtica.

Posible encefalopatía anóxica.

Fracaso renal agudo, FRA, (AKIN 2).

Comentario final

El cribado sistemático de la HTA es esencial, incluso en personas sanas, sobre todo con antecedentes familiares de muerte súbita. La HTA no diagnosticada causa daño silencioso a órganos y favorece aneurismas potencialmente mortales.

En cirugía cardíaca es necesario un control de la TA y, a veces, períodos de HipoTA controlada para evitar complicaciones como sangrado.

La autorregulación cerebral, mecanismo homeostático, mantiene la perfusión estable, protegiendo de variaciones en la presión capilar. Normalmente, el flujo se mantiene con PAM 50-150 mmHg; por encima aumenta el riesgo de sangrado, y por debajo surgen eventos igualmente adversos (isquemia e hipoperfusión). En HTA crónica, la remodelación arterial reduce el diámetro luminal, afectando el flujo especialmente en períodos de TA crítica; tensiones normalmente seguras en cirugía pueden ser insuficientes, explicando la disfunción neurológica del paciente.

El flujo renal es similar, con PAM 60-150 mmHg. La remodelación microvascular desplaza la curva a la derecha, haciendo que 60 mmHg sea insuficiente, lo que explica el FRA y su mejoría al restaurar la TA mediante volemia y vasopresores. Es coherente que la recuperación renal sea más rápida: el cerebro es más sensible a hipoperfusión y anoxia.

La detección temprana previene complicaciones y evita cambios microvasculares asociados (estrés oxidativo, disfunción endotelial e hiperemia). Comprender la autorregulación es clave una vez se instauran estas alteraciones, especialmente en HTA crónica, donde el manejo clínico es un desafío.

Bibliografía

1. Panwar R, McNicholas B, Teixeira JP, Kansal A. Renal perfusion pressure: role and implications in critical illness. *Annals of Intensive Care*. 2025;15:115. doi:10.1186/s13613-025-01535-y.
2. Shekhar, S., Liu, R., Travis, O. K., Roman, R. J., & Fan, F. (2017). Cerebral autoregulation in hypertension and ischemic stroke: A mini review. *J Pharm Sci Exp Pharmacol*, 2017(1), 21-27. PMC5765762.
3. Lyubashevsky DA, Powell T, Khalifa A, Orozco-Sevilla V, Tolpin DA. Anesthetic considerations for repair of thoracoabdominal aortic aneurysms. *Semin Cardiothorac Vasc Anesth*. 2025 Mar;29(1):37-48. doi: 10.1177/10892532241302967. Epub 2024 Nov 20. PMID: 39567867; PMCID: PMC11872053.
4. Monteiro A, Castro P, Pereira G, Ferreira C, Polonia J, Lobo M, Azevedo E. Cerebral blood flow regulation and cognitive performance in hypertension. *J Cereb Blood Flow Metab*. 2024 Nov;44(11):1277-1287. doi: 10.1177/0271678X241254680. Epub 2024 May 13. PMID: 38738526; PMCID: PMC11542125.

880/46. EL CORAZÓN DELATOR

Autores:

Fajardo Muñoz, A.¹, Rico López, D.¹, Rosales Castillo, A.², Bustos Merlo, A.², Jaén Águila, F.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año 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 56 años, sin antecedentes relevantes, que ingresó inicialmente en la UCI por dolor torácico isquémico y edema agudo de pulmón secundario a crisis hipertensiva tras picadura de *Buthus occitanus*. La coronariografía urgente mostró solo una lesión leve no significativa en la descendente anterior. La ecocardiografía reveló hipoquinesia anteroapical con fracción de eyección severamente reducida, que se normalizó al alta. La cardiorresonancia evidenció edema miocárdico parcheado y difuso, interpretándose como cardiotoxicidad secundaria a crisis catecolaminérgica inducida por la alfa-toxina del escorpión.

El paciente fue dado de alta con tratamiento cardioprotector y seguimiento ambulatorio. En los meses siguientes presentó crisis hipertensivas episódicas con necesidad de ajuste farmacológico. Seis meses después, tras administración intramuscular de metilprednisolona por absceso dental, desarrolló una nueva crisis hipertensiva con rubefacción facial y síncope. Ingresó de nuevo en UCI con elevación marcada de troponinas (3.820 pg/mL) y NT-proBNP (16.677 pg/mL), aunque sin nuevos hallazgos ecocardiográficos ni coronarios. Durante la hospitalización presentó hiperglucemia y picos hipertensivos de difícil control, estabilizándose tras varios días de monitorización.

Exploración y pruebas complementarias

Durante el ingreso se sospechó una nueva crisis catecolaminérgica, por lo que se solicitaron catecolaminas y metanefrinas en orina de 24 horas. En consultas externas de Medicina Interna, el paciente refirió episodios previos

autolimitados de cefalea y palpitaciones sin control tensional documentado. La exploración física fue normal, con presión arterial de 121/75 mmHg y auscultación sin hallazgos.

El estudio bioquímico mostró un aumento muy marcado de adrenalina (1.049 pg/mL), metanefrina (10.223 pg/mL), noradrenalina (1.544 pg/mL), normetanefrina (5.010 pg/mL) y ácido vanilmandélico (31,9 mg/24h). El PET/TC con 18F-DOPA identificó una lesión adrenal izquierda de 4 cm hipercaptante, compatible con feocromocitoma. El estudio genético posterior resultó negativo.

Se inició bloqueo adrenérgico secuencial con doxazosina y, posteriormente, bisoprolol, alcanzando adecuado control tensional sin hipotensión ortostática. Finalmente, fue intervenido mediante adrenalectomía laparoscópica sin incidencias. El estudio anatomopatológico confirmó feocromocitoma de probable estirpe benigna, permitiendo reducir progresivamente el tratamiento antihipertensivo desde el postoperatorio inmediato.

Juicio clínico

Los episodios descritos, es decir, las crisis hipertensivas, cardiotoxicidad reversible y respuesta a estímulos adrenérgicos (picadura de escorpión y corticoides), fueron compatibles con descargas masivas de catecolaminas. El hallazgo de elevaciones significativas de metanefrinas urinarias y la lesión adrenal hipercaptante confirmaron el diagnóstico de feocromocitoma suprarrenal izquierdo.

La forma de presentación como miocardiopatía catecolaminérgica y crisis hipertensivas desencadenadas por agentes externos, constituye una manifestación atípica de esta entidad, que simuló inicialmente un síndrome coronario agudo.

Comentario final

Este caso pone de manifiesto la relevancia de sospechar causas secundarias de hipertensión arterial, especialmente ante crisis paroxísticas, fenómenos adrenérgicos o cardiopatías reversibles. El feocromocitoma, aunque infrecuente, puede manifestarse con clínica cardiovascular grave y episodios de cardiotoxicidad similares al síndrome de Tako-Tsubo.

El diagnóstico requiere una alta sospecha clínica, determinación de metanefrinas plasmáticas o urinarias y pruebas de imagen funcionales. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica tras preparación con bloqueo alfa-betadrenérgico, medida fundamental para evitar complicaciones intraoperatorias.

Pese a su carácter generalmente benigno, estos pacientes precisan seguimiento prolongado por riesgo de recurrencia o aparición tardía de lesiones metastásicas. El caso ejemplifica cómo la identificación de un origen secundario de la hipertensión y la actuación multidisciplinar permiten una resolución definitiva y mejor pronóstico.

Bibliografía

1. 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): Erratum. *J Hypertens*. 2024;42:194. doi: 10.1097/HJH.0000000000003621.
2. Kassim TA, Clarke DD, Mai VQ, Clyde PW, Mohamed Shakir KM. Catecholamine-induced cardiomyopathy. *Endocr Pract*. 2008;14:1137-49. doi:10.4158/EP.14.9.1137.
3. Sibal L, Jovanovic A, Agarwal SC, Peaston RT, James RA, Lennard TWJ, et al. Pheochromocytomas presenting as acute crises after beta blockade therapy. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2006;65:186-90. doi:10.1111/j.1365-2265.2006.02571.x.

880/47. FINERENONA: EXPERIENCIA ACTUAL EN SU USO TERAPÉUTICO

Autores:

Codina Álvarez, M.¹, Reyes Escalada, D., Jiménez Salcedo, T.², Iturralde Jara, A.¹, González Del Río, M.³, Lopez Jimenez, V.²

Centro de Trabajo:

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

Resumen:

Introducción

Pese a los tratamientos actuales, el riesgo de progresión de la enfermedad renal crónica en personas con diabetes tipo 2 sigue siendo alto. La finerenona, un antagonista no esteroideo del receptor mineralocorticoide, puede

reducir inflamación y fibrosis, factores clave en la progresión de la ERC. Es el único ARM aprobado para tratar la enfermedad renal diabética.

Objetivos

En este proyecto se busca demostrar el beneficio que aporta el tratamiento con finerenona en pacientes con enfermedad renal crónica. Para ello, se estudian variables en relación con la progresión del daño renal, como son la proteinuria y la albuminuria, y la evolución del filtrado glomerular.

También hemos analizado los posibles efectos adversos al uso de este fármaco, como la hiperpotasemia, la necesidad de inicio de quelantes del potasio y/o la necesidad de suspensión del fármaco por este motivo y los posibles cambios en las cifras de presión arterial que este pueda ocasionar. Además, se han identificado los factores más frecuentemente asociados a la discontinuación del fármaco.

Métodos

Se trata de un estudio retrospectivo, unicéntrico y descriptivo con 77 pacientes con FG >25 ml/min, DM2 y albuminuria >30 mg/g tratados con finerenona. Se analizaron variables demográficas, comorbilidades, tratamiento concomitante (IECA/ARA II, ISGLT2, GLP1), y parámetros como FG, potasio sérico, cociente albúmina/creatinina (CAC), cociente proteína/creatinina (CPC) y presión arterial. Se registraron también las suspensiones del fármaco y necesidad de quelantes del potasio.

Resultados

El 96% eran hipertensos, edad media 69 años, 74% hombres. El 96% usaba IECA/ARA II, 88% ISGLT2 y 27% GLP1; solo el 24% combinaba los tres. En el total de 77 pacientes se observó una reducción significativa del CAC de 584 a 395 mg/g y del CPC de 1,8 a 1,3 g/g. En pacientes con FG <35 ml/min, el CAC bajó de 867 a 505 mg/g y el CPC de 1,6 a 1,1 g/g. Aquellos con triple terapia mostraron mejoras similares.

Aunque globalmente el FG bajó de 48 a 45 ml/min de manera estadísticamente significativa, en aquellos pacientes en los que realizamos más controles de seguimiento la media del FG no había variado en el tiempo.

La presión arterial se mantuvo estable; solo un paciente suspendió el tratamiento por hipotensión. El potasio aumentó de 4,5 a 5,1 mEq/l; un 11% necesitó quelantes y seis pacientes suspendieron el fármaco por hiperpotasemia.

Conclusiones

La finerenona demuestra eficacia en pacientes con DM2 y ERC, al reducir proteinuria y albuminuria. Aunque se observa un deterioro del filtrado glomerular en el total de pacientes, en aquellos con más tiempo de seguimiento el descenso del filtrado glomerular no se mostró tan evidente ya que no encontramos variación de la media en el tiempo. En cuanto a seguridad, se identificó un aumento del potasio en algunos pacientes, requiriendo en algunos casos quelantes o suspensión del tratamiento.

En resumen, la finerenona representa una nueva opción terapéutica eficaz para enlentecer la progresión de la ERC en pacientes con DM2.

880/48. DE LA RESISTENCIA AL CONTROL: UNA HIPERTENSIÓN CON CÓDIGO GENÉTICO

Autores:

REYES ENCALADA, D.¹, Avilés Bueno, B.², González Del Río, M.¹, Lopez Jimenez, V.²

Centro de Trabajo:

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

Resumen:

Descripción del caso

Presentamos un varón de 31 años, natural de Venezuela, fumador activo sin consumo de alcohol ni otras sustancias, con antecedentes familiares conocidos a su derivación de hipertensión arterial (HTA) en el padre. Remitido en abril de 2024 desde Atención Primaria a Nefrología para control y estudio de HTA diagnosticada a los 24 años y en seguimiento previo en su país. Tenía antecedente de retinopatía hipertensiva grado II/III.

Exploración y pruebas complementarias

En la primera analítica de marzo de 2024 tenía Cr 1,04 mg/dL, FGe (CKD-EPI) >90 ml/min/1,73m², colesterol total 156 mg/dL, col-LDL 95 mg/dL, HDL 46 mg/dL, triglicéridos 74 mg/dL, hemoglobina glicosilada 5.2%. Hemoglobina

14,5 g/dL. Gasometría venosa: pH 7,38; $p\text{CO}_2$ 46 mmHg; HCO_3^- 27 mmol/L. Sistemático de orina (tira reactiva): densidad 1025, pH 5,5; proteínas negativas con sedimento normal. No figuraba ionograma en ese control. El electrocardiograma mostró hallazgos sugestivos de hipertrofia ventricular izquierda (índice de Sokolow-Lyon de 43 puntos e índice de Cornell de 34).

Aportaba automedidas de presión arterial (AMPA) en torno a 175/100 mmHg en tratamiento con losartán 100 mg/hidroclorotiazida 12,5 mg cada 24h por lo que se cambió a olmesartán 40 mg/amlodipino 5 mg/hidroclorotiazida 12,5 mg en el desayuno, amlodipino 5 mg en el almuerzo y doxazosina 4 mg en la cena y se amplió el estudio analítico. En la revisión refirió AMPA de 135-140/90 mmHg. En el día de la consulta la media de medidas fueron 159/92 mmHg. El estudio bioquímico de HTA secundaria destacó potasio sérico en el límite bajo 3,99 mEq/L, sodio 140 mEq/L, cloro 105 mEq/L, niveles plasmáticos bajos de aldosterona 2.13 ng/dL y excreción de normetanefrina en orina elevada 930 $\mu\text{g}/24\text{h}$, resto del estudio normal. La determinación de renina falló por falta de muestra. Durante el seguimiento a un año persistió control tensional insuficiente (155-160/100-110 mmHg) con adherencia parcial al tratamiento. Comentó entonces que en este tiempo se le había realizado un estudio genético a raíz de un ingreso hospitalario de su hijo de 10 años por hipopotasemia e hipertensión. Obteniéndose el diagnóstico de portador en heterocigosis de la variante probablemente patogénica c.1843_1844insT (p.Thr615fs) en el gen SCNN1B, asociada al síndrome de Liddle. Iniciamos entonces amilorida 2.5 mg/hidroclorotiazida 25 mg cada 24 h, logrando control progresivo de la presión arterial con ajuste gradual de la dosis. Además, potasio sérico > 4,2 mEq/L, normalización de la aldosterona en 3.34 ng/dL y ahora niveles de renina en rango. Una segunda determinación de metanefrinas en orina y un TC de glándulas suprarrenales fueron normales.

Juicio clínico

Síndrome de Liddle - Mutación con variante probablemente patogénica en el gen SCNN1B.

Comentario final

La presencia de hipertensión severa antes de los 30 años de edad nos obliga a descartar secundariedad. La tendencia a kaliemia en el límite bajo nos orientaría de inicio al hiperaldosteronismo, que también puede ser familiar. Sin embargo nuestro paciente tenía niveles bajos de aldosterona. Presentamos un caso de síndrome de Liddle o pseudohiperaldosteronismo, una rara enfermedad autosómica dominante que se produce por mutación missense en los genes SCNN1A, SCNN1B o SCNN1G en sus fracciones α , β o γ respectivamente. Cursa con activación excesiva de la bomba de excreción de ClNa en el túbulo renal produciendo reabsorción de sodio y agua, renina baja ocasional, hipokaliemia y alcalosis metabólica (1) (2). El tratamiento se basa en el bloqueo de la bomba de ClNa mediante amilorida/tiamtreno (3). Queremos resaltar la importancia de considerar los estudios genéticos en casos de HTA familiar y de HTA resistente en pacientes jóvenes, dado que permiten instaurar un tratamiento dirigido y eficaz, con beneficio potencial tanto para el paciente como para sus familiares portadores.

Bibliografía

1. Enslow BT, Stockand JD, Berman JM. Liddle's syndrome mechanisms, diagnosis and management. *Integr Blood Press Control*. 2019 Sep 3 [cited 2025 Oct 14];12:13-22. <http://doi.org/10.2147/IBPC.S188869>
2. Cui Y, Tong A, Jiang J, Wang F, Li C. Liddle syndrome: clinical and genetic profiles. *The Journal of Clinical Hypertension*. 2017 May 1 [cited 2025 Oct 14];19(5):524-9. <https://doi.org/10.1111/jch.12949>
3. Lu Y, Liu X, Sun L, Zhang D, Fan P, Yang K, et al. A frameshift mutation in the SCNN1B gene in a family with Liddle syndrome: A case report and systematic review. *Mol Med Rep*. 2024;29(2). doi: 10.3892/mmr.2023.13142

880/49. HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE: DESCUBRIENDO LA CAUSA OCULTA

Autores:

Jiménez Aceituno, M.¹, PALMERO JIMÉNEZ, C.², Segarra Balao, A.³, SANCHEZ ARQUELLADAS, B.⁴

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Endocrinología. Hospital Universitario de Jaén. Jaén, (2) Residente de 4º año de Anestesiología. Hospital Universitario de Jaén. Jaén, (3) Especialista en Endocrinología. Hospital Universitario de Jaén, (4) Especialista en Anestesiología. Hospital Universitario de Jaén. Jaén

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 50 años, con antecedente familiar de infarto paterno a los 58 años, diagnosticado en 2013 de hipertensión arterial (HTA), con mala adherencia terapéutica y escaso control domiciliario. En 2024 ingresa por cifras de tensión

arterial (TA) descontroladas 200-120 mmHg, junto a cefalea intensa y debilidad generalizada. Como primera hipótesis: una causa secundaria y una hipertensión resistente. La analítica revela hipopotasemia con aldosterona elevada y renina suprimida. La ecografía renal descarta estenosis de arterias renales, orientando hacia un hiperaldosteronismo primario. El TAC suprarrenal muestra un nódulo adrenal derecho y el cateterismo de venas suprarrenales confirma la sospecha: hipersecreción unilateral por adenoma productor de aldosterona. Actualmente, el paciente se mantiene con olmesartán, amlodipino, espironolactona y doxazosina y permanece en lista de espera para ser intervenido.

Exploración y pruebas complementarias

- ANALÍTICA SANGUÍNEA: K 3,1 mmol/L, Aldosterona 67,7 ng/dL, Renina 4,2 pg/mL. Cociente Aldosterona/Actividad de renina plasmática 122.91.
- ECOGRAFÍA DOPPLER RENAL BILATERAL: riñones de estructura normal con buena diferenciación cortico-medular sin dilatación del sistema excretor. Paquete vasculo-renal con onda normal e índice de resistencia dentro de la normalidad (0,65).
- TAC ABDOMEN SIN CONTRASTE: nódulo de 10x15mm con densidad <10 UH, compatible con adenoma; y glándula suprarrenal izquierda de morfología normal.
- CATETERISMO DE VENAS SUPRARRENALES CON ACTOCORTINA (ACTH). Vena adrenal derecha: cortisol 63,4 microg/dl y aldosterona 13398,0 ng/dl. Vena adrenal izquierda: cortisol 63,4 microg/dl y aldosterona 110,0 ng/dl. En sangre periférica valores de cortisol 22,4 microg/dl y aldosterona 70,5 ng/dl.

Juicio clínico

- Crisis hipertensiva.
- Hiperaldosteronismo primario (Síndrome de Conn)
- Adenoma suprarrenal derecho.

Comentario final

Aunque la hipertensión es cada vez más frecuente en relación a la alimentación y el estilo de vida, este caso subraya la importancia de sospechar causas secundarias de HTA en adultos jóvenes, especialmente ante presentaciones atípicas.

El hallazgo de un adenoma suprarrenal secretor explica las cifras de presión arterial elevadas resistentes a tratamiento. El hiperaldosteronismo primario se define por una producción excesiva de aldosterona con retención de sodio e hipopotasemia y, aunque es causa frecuente de HTA, no es de extrañar que su diagnóstico pase desapercibido pese a los riesgos clínicos que conlleva. La urgencia hipertensiva requiere atención inmediata para evitar su progresión a emergencia con daño orgánico.

Para determinar la etiología del caso, es fundamental discernir causas renales y endocrinas, como la estenosis de arterias renales. Aldosterona >20 ng/dL con renina suprimida e hipopotasemia no farmacológica, son diagnóstico de hiperaldosteronismo primario y no requiere otras pruebas de confirmación. El cateterismo suprarrenal confirma hipersecreción unilateral; lo cual tiene implicaciones terapéuticas ya que las formas bilaterales requieren tratamiento médico crónico y, en cambio, los adenomas unilaterales son candidatos a suprarrenalectomía como terapia de referencia.

En espera de cirugía, el manejo incluye antagonistas del receptor de mineralocorticoides, potasio y antihipertensivos para controlar la presión arterial y corregir desequilibrios electrolíticos.

La identificación temprana y el tratamiento dirigido de la HTA secundaria pueden prevenir complicaciones cardiovasculares a largo plazo, como la emergencia hipertensiva, y mejorar la calidad de vida del paciente. En un escenario donde la incidencia de incidentalomas suprarrenales ha aumentado, con la generalización de estudios de imagen cada vez más avanzados, se requiere una evaluación multidisciplinaria para guiar decisiones terapéuticas y ofrecer un tratamiento personalizado.

Bibliografía

1. McEvoy, J. W., McCarthy, C. P., Bruno, R. M., Brouwers, S., Canavan, M. D., Ceconi, C., ESC Scientific Document Group. (2024). ESC guidelines. *European Heart Journal*, 45, 3912–4018. doi: 10.1093/eurheartj/ehae178
2. Sobhi, M. A., Hamedoun, L., Elbahri, A., Alami, M., & Ameur, A. (2025). Refractory hypokalemia in the context of bilateral adrenal hyperplasia leading to diagnostic reassessment and curative surgery. *Case Reports in Cureus*, 17(4), e83279. doi: 10.7759/cureus.83279

880/50. SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE

Autores:

Domínguez Cabello, C.¹, Jiménez Pinzón, L.¹, Villarejo Elena, C.¹, PACHECO YEPES, M.², López Carmona, M.¹, Gómez Huelgas, R.¹

Centro de Trabajo:

(1) Médico Especialista en Familia y Comunidad. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga, (2) Médico Especialista en Familia y Comunidad. Hospital de la Axarquía. Vélez-Málaga. Málaga

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 46 años, natural de Nigeria que vive en Málaga desde 2016. Su padre padece de hipertensión arterial. Como antecedentes personales destacan hipertensión arterial de larga data sin tratamiento y enfermedad renal crónica estadio 3b.

Acude a urgencias por cefalea intensa de tres meses de evolución asociada a alteración psicomotriz. A su llegada presenta tensión arterial 210/110 mmHg. Destaca agitación sin focalidad neurológica y sin otros signos de interés.

En urgencias se pauta tratamiento con atenolol y labetalol para control de tensión y midazolam para controlar agitación y ante la falta de respuesta se decide ingreso en UCI. En su estancia en UCI se inicia perfusión con clevidipino y clonidina. El paciente presenta pico febril de 38°C, por lo que se extraen cultivos, se realiza punción lumbar (sin hallazgos relevantes) y se inicia antibioterapia con Ceftriaxona. Tras buena evolución en UCI se decide extubación y se pauta tratamiento antihipertensivo con losartán, amlodipino y doxazosina así como quetiapina y haloperidol para la agitación.

Exploración y pruebas complementarias

En estudio analítico presenta deterioro de función renal e hipercalcemia y en TAC de cráneo se objetiva hipodensidad en región occipital bilateral con predominio en hemisferio izquierdo, compatible con síndrome de encefalopatía posterior reversible.

Se realiza despistaje de afectación de órgano diana objetivándose cardiopatía hipertensiva con hipertrofia concéntrica moderada-grave del ventrículo izquierdo (iniciando tratamiento con inhibidor del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2) y cerebrovasculares crónicas difusas en sustancia blanca en resonancia magnética cerebral donde se objetiva reducción del edema vasogénico y áreas de infartos establecidos como complicación del síndrome de PRES. Se completa estudio de secundarismos de hipertensión arterial, descartándose causa vasculorrenal y objetivándose hiperparatiroidismo primario secundario a adenoma paratiroideo inferior izquierdo. El estudio de autoinmunidad resulta negativo, así como el estudio de despistaje de gammopatía monoclonal.

Juicio clínico

El paciente es dado de alta con diagnóstico de síndrome de PRES resuelto secundario a emergencia hipertensiva en paciente con hipertensión arterial de larga data no tratada, secundaria a hiperparatiroidismo primario por adenoma paratiroideo inferior izquierdo.

Comentario final

El síndrome de encefalopatía posterior reversible es una entidad clínico-radiológica caracterizada por la aparición aguda o subaguda de síntomas neurológicos asociados a la presencia de edema vasogénico en las regiones típicas en las pruebas de neuroimagen.

El principal factor de riesgo descrito es la crisis hipertensiva. Existen también trastornos endocrinos que se han asociado con esta patología. Las enfermedades autoinmunes también se encuentran en estrecha relación con el síndrome de PRES. Los principales síntomas más comúnmente descritos en esta entidad son la encefalopatía, las crisis epilépticas, cefalea y focalidad neurológica. En nuestro caso coexiste una hipertensión arterial esencial de larga data, con un control subóptimo y afectación de órgano diana, sobre la que se añade un hiperparatiroidismo primario leve que induce un aumento de las cifras de presión arterial sobre la hipertensión preexistente. Esto ha provocado una crisis hipertensiva que ha desencadenado el síndrome de PRES. En cualquier caso, e independientemente del tratamiento quirúrgico del adenoma paratiroideo, estamos ante un paciente de muy alto riesgo cardiovascular dado que hay evidencia de afectación de órgano diana secundario a la hipertensión mal controlada. Los objetivos de tratamiento de este paciente, según las últimas guías europeas de riesgo cardiovascular deberían ser niveles de presión arterial sistólica entre 120-129 mmHg y de colesterol LDL < 55 mg/dL.

Bibliografía

1. Fugate JE. The spectrum of posterior reversible encephalopathy syndrome. *Neurol Clin [Internet]*. 2025;43(1):141–52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ncl.2024.07.008>
2. Triplett JD, Kutlubaev MA, Kermode AG, Hardy T. Posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES): diagnosis and management. *Pract Neurol [Internet]*. 2022;22(3):183–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/pract-neurol-2021-003194>
3. Ando Y, Ono Y, Sano A, Fujita N, Ono S. Posterior reversible encephalopathy syndrome: A review of the literature. *Intern Med [Internet]*. 2022;61(2):135–41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2169/internalmedicine.7520-21>

880/51. MANEJO MULTIDISCIPLINAR DEL SÍNDROME CARDIORRENAL EN PACIENTE DIABÉTICO CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.

Autores:

Reyes Paredes, A.¹, Luna Aguilera, A.², Blázquez Roselló, S.², Bonifacio Pérez, Y.¹

Centro de Trabajo:

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

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 49 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 1 mal controlada, retinopatía diabética proliferativa bilateral con amaurosis prácticamente completa, hipertensión arterial, dislipemia y enfermedad renal crónica (ERC) estadio 4A3. Presenta un evento inicial de síndrome coronario agudo sin elevación del ST, que durante la ecocardiografía evidenció una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) del 35% y que precisó la realización de triple bypass aortocoronario. Durante el ingreso, presentó reagudización renal con recuperación al alta del filtrado glomerular estimado (FGe) de 24 ml/min/1,73m². En consultas de enfermedad renal crónica avanzada, se orientó al paciente a hemodiálisis mediante catéter tunelizado por contraindicación a diálisis peritoneal por ceguera, ausencia de apoyo familiar, contraindicación a trasplante renal y fístula arteriovenosa por FEVI actual, incrementando aún más el riesgo de morbilidad. Tras dos años, ingresa por insuficiencia cardíaca descompensada secundaria a miocardiopatía dilatada con disfunción biventricular severa. Analíticamente: FGe de 21 ml/min/1,73m². Se detectó isquemia residual en la arteria coronaria derecha, implantándose tres stents farmacoactivos y se optimizó el tratamiento previo de estatinas, antiagregantes plaquetarios, antagonistas de mineralocorticoides, betabloqueantes, ISGLT2 con la adición de sacubitril/valsartán y posteriormente el vericiguat, logrando una mejoría progresiva de la FEVI del 48% y estabilización hemodinámica, permitiendo iniciar estudio para trasplante renal. En el ámbito oftalmológico, se practicó cirugía de catarata en el ojo izquierdo, con una recuperación visual, mejorando notablemente su calidad de vida y nivel de independencia, permitiendo la inclusión en programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA). Actualmente, el paciente continúa estable, bajo DPCA, con FEVI del 48%, tensión arterial controlada y sin nuevos episodios de descompensación. Se encuentra en valoración para trasplante pancreatorrenal.

Juicio clínico

Síndrome cardiorrenal

Comentario final

La complejidad del manejo del síndrome cardiorrenal en un paciente con diabetes mellitus tipo 1 de larga evolución y múltiples comorbilidades, donde la interacción entre la insuficiencia cardíaca, la enfermedad renal crónica y las complicaciones microvasculares condicionaba un pronóstico desfavorable. Sin embargo, el abordaje multidisciplinar y la optimización terapéutica con fármacos avanzados (sacubitril/valsartán y vericiguat), junto con la elección de diálisis peritoneal y la rehabilitación visual, permitieron estabilizar la función cardíaca y renal, mejorar la autonomía y la calidad de vida. Este caso subraya la importancia de la coordinación entre especialidades y del enfoque integral centrado en la funcionalidad y el bienestar del paciente crónico complejo.

Bibliografía

1. Blázquez-Bermejo Z, Quiroga B, Casado J, 2024;14(1):235–250.
2. Wang S, Chen Y, Liu Z. Sacubitril/valsartan: research progress of multi-channel pharmacology for cardiorenal protection. 2023;14:10196136. doi:10.3389/fphar.2023.10196136.

3. Niu CY, Lu Y, Xue Y, et al. Sacubitril/valsartan in patients with heart failure and reduced ejection fraction with chronic kidney disease: a real-world analysis. 2022;11:e026407. doi:10.1161/JAHA.122.026407.
4. Rahman MM, Islam S, Uddin MZ, et al. Potential renoprotective effects and possible underlying mechanisms of Sacubitril/Valsartan in patients with cardiorenal syndrome: a narrative review. 2024;11:1451450. doi:10.3389/fmed.2024.1451450.

880/54. CETOACIDOSIS EUGLUCÉMICA EN PACIENTE DIABÉTICO

Autores:

Jiménez Pinzón, L.¹, Domínguez Cabello, C.¹, Gómez Hernández, A.¹, Villarejo Elena, C.¹, López Carmona, M.¹, Gómez Huelgas, R.¹

Centro de Trabajo:

(1) Médico Especialista en Familia y Comunidad. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga

Resumen:

Descripción del caso

Varón 59 años, exfumador desde hace 15 años. Como antecedentes destacan hipertensión arterial, dislipemia, obesidad y diabetes tipo 2 de larga data con polineuropatía diabética. En tratamiento con amlodipino, enalapril-hidroclorotiazida, semaglutida, empagliflozina, metformina, gliclazida, atorvastatina, bisoprolol, omeprazol, pregabalina, nitroglicerina.

Consulta por diarrea y dolor abdominal desde hace un mes y debilidad progresiva con pérdida de fuerza en extremidades superiores desde hace 4 días. Niega fiebre, picaduras de insectos, viajes al extranjero u otros síntomas.

Exploración y pruebas complementarias

A su llegada hemodinámicamente estable. A la exploración, extrasístoles y murmullo vesicular disminuido en bases, abdomen anodino, sin edemas en miembros inferiores. A nivel analítico; hipopotasemia grave persistente, hipomagnesemia severa, hipocalcemia e hipofosfatemia asintomáticas, resto normal. Coprocultivo negativo y TC craneal sin alteraciones.

En el segundo día de ingreso presenta crisis hipertensiva (170/90 mmHg) asintomática, por lo que se pauta captopril, amlodipino, diazepam y furosemida, ajustando además la medicación intrahospitalaria. Al día siguiente presenta disnea y taquipnea con TA 190/110 mmHg y SatO₂ basal 95%. Se realiza ECG, con taquicardia sinusal a 127 lpm, sin elevación del ST por lo que se administra bisoprolol y diazepam. Se extrae nueva analítica con leve elevación de NT-proBNP y troponinas, dímero-D 3304 y acidosis metabólica con pH 7.06 por lo que se pauta 500 mL de bicarbonato 1/6M. Se solicita angio-TC; sin signos sugerentes de TEP.

En el nuevo control analítico persiste acidosis e hipopotasemia, perfil renal conservado, anión GAP >20, BMTes 250 y cetonemia 5.9; por lo que se inicia perfusión de insulina y se administra bicarbonato. Tras ausencia de mejoría se comenta con UCI que ingresa al paciente con buena evolución.

Se revisa historia de diabetes; paciente en tratamiento únicamente con antidiabéticos orales, con mal control glucémico y pérdida de seguimiento. Se solicita analítica donde se objetivan niveles de insulina en el límite inferior de la normalidad, niveles de péptido C en rango, anticuerpos anti-GAD65 positivo y anti-IA2 negativo.

Juicio clínico

Tras mejoría clínica y analítica se propone alta a domicilio con diagnóstico de síndrome diarreico persistente con alteraciones hidroelectrolíticas graves y posible componente farmacológico (aumento de dosis Semaglutida) y cetoacidosis diabética normoglucémica grave.

Comentario final

Tras revisar el diagnóstico establecido de diabetes de nuestro paciente, observamos que estaba diagnosticado erróneamente de diabetes mellitus tipo 2 probablemente por fenotipo de obesidad, sin estudio analítico completo, y en tratamiento único con antidiabéticos orales lo que resultó en un mal control de la enfermedad.

La presencia de anti-GAD65 positivo en un paciente con diabetes indica un proceso autoinmune dirigido contra las células beta pancreáticas. Estos anticuerpos son marcadores de diabetes tipo 1 autoinmune, observándose también en diabetes autoinmune latente del adulto (LADA), especialmente en adultos con fenotipo de diabetes tipo 2, como nuestro paciente. La positividad de este anticuerpo debe llevar a considerar la necesidad de tratamiento con insulina. En casos de LADA el tratamiento puede iniciarse con antidiabéticos orales si la función beta está

conservada, pero se debe monitorizar la progresión a la insulinodeficiencia. Además en nuestro caso dado que el paciente ha presentado una acidosis metabólica grave, estaría contraindicado el inicio de ISGLT2.

Bibliografía

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 2. Diagnosis and classification of diabetes: Standards of care in diabetes-2025. *Diabetes Care* [Internet]. 2025;48(1 Suppl 1):S27-49. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2337/dc25-S002>.
2. Sacks DB, Arnold M, Bakris GL, Bruns DE, Horvath AR, Lernmark Å, et al. Guidelines and recommendations for laboratory analysis in the diagnosis and management of diabetes mellitus. *Diabetes Care* [Internet]. 2023;46(10):e151-99. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2337/dci23-0036>

880/55. CETOACIDOSIS EUGLUCÉMICA EN PACIENTE DIABÉTICO

Autores:

Jiménez Pinzón, L.¹, Domínguez Cabello, C.¹, Gómez Hernández, A.¹, Villarejo Elena, C.¹, López Carmona, M.¹, Gómez Huelgas, R.¹

Centro de Trabajo:

(1) Médico Especialista en Familia y Comunidad. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga

Resumen:

Descripción del caso

Varón 59 años, exfumador desde hace 15 años. Como antecedentes destacan hipertensión arterial, dislipemia, obesidad y diabetes tipo 2 de larga data con polineuropatía diabética. En tratamiento con amlodipino, enalapril-hidroclorotiazida, semaglutida, empagliflozina, metformina, gliclazida, atorvastatina, bisoprolol, omeprazol, pregabalina, nitroglicerina.

Consulta por diarrea y dolor abdominal desde hace un mes y debilidad progresiva con pérdida de fuerza en extremidades superiores desde hace 4 días. Niega fiebre, picaduras de insectos, viajes al extranjero u otros síntomas.

Exploración y pruebas complementarias

A su llegada hemodinámicamente estable. A la exploración, extrasístoles y murmullo vesicular disminuido en bases, abdomen anodino, sin edemas en miembros inferiores. A nivel analítico; hipopotasemia grave persistente, hipomagnesemia severa, hipocalcemia e hipofosfatemia asintomáticas, resto normal. Coprocultivo negativo y TC craneal sin alteraciones.

En el segundo día de ingreso presenta crisis hipertensiva (170/90 mmHg) asintomática, por lo que se pauta captopril, amlodipino, diazepam y furosemida, ajustando además la medicación intrahospitalaria. Al día siguiente presenta disnea y taquipnea con TA 190/110 mmHg y SatO2 basal 95%. Se realiza ECG, con taquicardia sinusal a 127 lpm, sin elevación del ST por lo que se administra bisoprolol y diazepam. Se extrae nueva analítica con leve elevación de NT-proBNP y troponinas, dímero-D 3304 y acidosis metabólica con pH 7.06 por lo que se pauta 500 mL de bicarbonato 1/6M. Se solicita angio-TC; sin signos sugerentes de TEP.

En el nuevo control analítico persiste acidosis e hipopotasemia, perfil renal conservado, anión GAP >20, BMTest 250 y cetonemia 5.9; por lo que se inicia perfusión de insulina y se administra bicarbonato. Tras ausencia de mejoría se comenta con UCI que ingresa al paciente con buena evolución.

Se revisa historia de diabetes; paciente en tratamiento únicamente con antidiabéticos orales, con mal control glucémico y pérdida de seguimiento. Se solicita analítica donde se objetivan niveles de insulina en el límite inferior de la normalidad, niveles de péptido C en rango, anticuerpos anti-GAD65 positivo y anti-IA2 negativo.

Juicio clínico

Tras mejoría clínica y analítica se propone alta a domicilio con diagnóstico de síndrome diarreico persistente con alteraciones hidroelectrolíticas graves y posible componente farmacológico (aumento de dosis Semaglutida) y cetoacidosis diabética normoglucémica grave.

Comentario final

Tras revisar el diagnóstico establecido de diabetes de nuestro paciente, observamos que estaba diagnosticado erróneamente de diabetes mellitus tipo 2 probablemente por fenotipo de obesidad, sin estudio analítico completo, y en tratamiento único con antidiabéticos orales lo que resultó en un mal control de la enfermedad.

La presencia de anti-GAD65 positivo en un paciente con diabetes indica un proceso autoinmune dirigido contra las células beta pancreáticas. Estos anticuerpos son marcadores de diabetes tipo 1 autoinmune, observándose también en diabetes autoinmune latente del adulto (LADA), especialmente en adultos con fenotipo de diabetes tipo 2, como nuestro paciente. La positividad de este anticuerpo debe llevar a considerar la necesidad de tratamiento con insulina. En casos de LADA el tratamiento puede iniciarse con antidiabéticos orales si la función beta está conservada, pero se debe monitorizar la progresión a la insulinodeficiencia. Además en nuestro caso dado que el paciente ha presentado una acidosis metabólica grave, estaría contraindicado el inicio de SGLT2.

Bibliografía

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 2. Diagnosis and classification of diabetes: Standards of care in diabetes-2025. *Diabetes Care* [Internet]. 2025;48(1 Suppl 1):S27-49. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2337/dc25-S002>.
2. Sacks DB, Arnold M, Bakris GL, Bruns DE, Horvath AR, Lernmark Å, et al. Guidelines and recommendations for laboratory analysis in the diagnosis and management of diabetes mellitus. *Diabetes Care* [Internet]. 2023;46(10):e151-99. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2337/dci23-0036>

880/56. DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA PCSK9 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Autores:

Prieto García, S.¹, Villarejo Elena, C.², Luna Higuera, A.³, Jansen Chaparro, S.⁴, García De Lucas, M.⁴, López Carmona, M.⁴

Centro de Trabajo:

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

Resumen:

Introducción

Los inhibidores de la PCSK9 (iPCSK9) representan una estrategia terapéutica eficaz para la reducción del colesterol LDL (cLDL) en pacientes intolerantes a estatinas, con hipercolesterolemia familiar o con enfermedad cardiovascular establecida que no alcanzan los objetivos teniendo un tratamiento hipolipemiente previo optimizado.

Objetivos

El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas y analíticas de los pacientes en tratamiento con iPCSK9 en un hospital de tercer nivel.

Métodos

Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo de los dos últimos años, de los pacientes en tratamiento con iPCSK9 en nuestro hospital con una adecuada adherencia a dicho tratamiento, excluyendo a aquellos pacientes que había retirado de la farmacia hospitalaria menos del 80% de los envases prescritos en ese período de tiempo. Se recopilaron los datos clínicos y analíticos de las historias clínicas digitales así como del módulo virtual de prescripciones empleado en nuestro centro.

Resultados

Se recogen los datos de 195 pacientes con prescripción activa de un iPCSK9 y una retirada de más del 80% de los envases prescritos, siendo el 65,1 % (127) varones. La edad media global fue de 64,9 años (DE 9,6). El 64,1 % de los pacientes padecían hipertensión arterial, el 29,1% diabetes mellitus tipo 2 y el 24,1 % obesidad. Se prescribió alirocumab en 119 pacientes (61%) en 81 de ellos a dosis de 150mg; el resto, recibió tratamiento con evolocumab. Estos fármacos se prescribieron en el 68,2 % de las ocasiones para alcanzar los objetivos en prevención secundaria y en prevención primaria en pacientes con hipercolesterolemia familiar (24,1 %) o intolerancia a otros fármacos hipolipemiantes (7,7 %). De los 133 pacientes que habían presentado previamente uno o varios eventos cardiovasculares antes de iniciar el tratamiento, el 91 % (121) había sufrido un infarto agudo de miocardio (IAM), el 10,5 % (14) un ictus y el 7,5% (10) tenía enfermedad arterial periférica. En el seguimiento se detectaron 20 nuevos eventos cardiovasculares siendo el 60% IAM.

Se analizó el perfil lipídico de los pacientes al inicio y al final del período de tiempo estudiado. Al inicio, la media de colesterol total de los pacientes fue de 146,49 mg/dL, de colesterol no HDL 96,3 mg/dL, de colesterol LDL 75,58

mg/dL y de colesterol HDL 49,9 mg/dL. Tras al menos dos años de tratamiento con iPCSK9 asegurando una buena adherencia, la media de colesterol total de los pacientes fue de 135,4 mg/dL, de colesterol no HDL 85,9 mg/dL, de colesterol LDL 72,25 mg/dL y de colesterol HDL 51,9 mg/dL. En 32 pacientes se midió la lipoproteína (a) en algún momento del seguimiento, siendo en 13 de ellos mayor a 30 nmol/L.

Conclusiones

La eficacia de los iPCSK9 en la reducción del colesterol LDL está ampliamente demostrada, aunque la incidencia de nuevos eventos cardiovasculares durante el seguimiento así como la diferencia entre la medición del perfil lipídico al principio y al final del estudio, sugiere la necesidad de una optimización continua del manejo integral del riesgo cardiovascular en esta población así como una supervisión de la adherencia al tratamiento.

880/57. COMPARACIÓN DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ANALÍTICAS DE DIFERENTES GRUPOS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA DE MIEMBROS INFERIORES

Autores:

Pelayo Javier, E.¹, Jiménez Pinzón, L.¹, Lozano Fernández, D.¹, Domínguez Cabello, C.¹, López Carmona, M.¹, Gómez Huelgas, R.¹

Centro de Trabajo:

(1) Médico Especialista en Familia y Comunidad. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga

Resumen:

Introducción

La enfermedad arterial periférica de miembros inferiores representa una manifestación prevalente y potencialmente incapacitante de la aterosclerosis sistémica. Su presentación clínica es heterogénea, abarcando desde claudicación intermitente, hasta isquemia crítica, lo que refleja una diversidad de perfiles fisiopatológicos, comorbilidades y evolución clínica.

Objetivos

Analizar y describir las diferencias existentes entre los factores de riesgo cardiovascular y las características analíticas, entre distintos grupos de pacientes diagnosticados con enfermedad arterial periférica (EAP).

Métodos

Se realizó un estudio observacional comparativo mediante revisión de historias clínicas. Se incluyeron dos grupos: el primero, compuesto por 47 pacientes en seguimiento ambulatorio entre enero de 2015 y febrero de 2020 en la consulta de EAP del servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Universitario de Málaga; el segundo, con 26 pacientes hospitalizados, tanto de forma programada como urgente, en Cirugía Cardiovascular del mismo centro entre mayo y junio de 2024, para revascularización o amputación distal por EAP. Las variables analizadas fueron: factores de riesgo cardiovascular (HTA, DM2, dislipemia, tabaquismo), edad, sexo y parámetros analíticos (glucosa, hemoglobina, creatinina, filtrado glomerular, HbA1c, colesterol total y colesterol LDL).

Resultados

En ambos grupos predominó la afectación del sexo masculino, con una edad media de 71-72 años. La prevalencia de DM2 fue mayor en el grupo de 2024 (57.7%) frente al grupo de 2020 (48.9%). La proporción de pacientes con HTA fue similar (59.6% en 2020 frente a 57.7% en 2024). La dislipemia fue más frecuente en el grupo de 2024 (69.2%) que en el de 2020 (55.6%). El porcentaje de fumadores activos fue comparable en ambos grupos (42-46%), aunque el grupo de 2024 presentó un mayor porcentaje de ex-fumadores (34.72% frente a 31.91%).

En los parámetros analíticos, el valor de hemoglobina media fue menor en el grupo de 2024 (12.6%) en comparación con 2020 (14.56%). Los niveles de glucosa fueron similares (111.26 mg/dL en 2024), al igual que la HbA1c (en torno a 6.4%). Los valores de creatinina (1 mg/dL) y filtrado glomerular (72 mL/min) fueron también semejantes. En el perfil lipídico, el grupo de 2024 mostró valores más favorables: colesterol total de 126.8 mg/dL frente a 165 mg/dL en 2020, y LDL de 68.72 mg/dL respecto a 90.02 mg/dL.

Conclusiones

Los resultados confirman la similitud de características clínicas de los pacientes, pese a que la obtención de datos procede de contextos clínicos distintos (seguimiento ambulatorio frente a hospitalización), con una predo-

minancia del sexo masculino. Destaca una mayor proporción de ex-fumadores en 2024, lo que podría reflejar un avance en las estrategias de cese del tabaquismo. Asimismo, los valores lipídicos, son mejores y más optimistas en el grupo de 2024 respecto al grupo de 2020.

Los pacientes del grupo de 2024 presentan una tendencia hacia un mejor control de los parámetros analíticos relacionados con el riesgo cardiovascular, especialmente en el perfil lipídico. Aunque se trata de una cohorte limitada, estos datos sugieren una posible mejora en la concienciación y adhesión a medidas preventivas, destacando la necesidad de continuar promoviendo hábitos de vida saludables y estrategias de prevención cardiovascular efectivas.

880/58. LA COMPLEJIDAD DEL ABORDAJE DE LA HTA RESISTENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

Bonifacio Pérez, Y.¹, Blázquez Roselló, S.², Luna Aguilera, A.², Reyes Paredes, A.¹

Centro de Trabajo:

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

Resumen:

Descripción del caso

Paciente varón de 65 años, gran ex-fumador, con antecedentes de HTA de larga evolución y difícil control, DM2, Cardiopatía hipertensiva e isquémica revascularizada, Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS). Remitido a Nefrología para estudio de insuficiencia renal moderada con proteinuria en rango nefrótico, con diagnóstico reciente de mieloma múltiple quiescente (Bence Jones IgG kappa). De su historia previa destaca HTA mal controlada con triple terapia (Tiazida, ARA-II, Betabloqueante), DM2 con control subóptimo y SAOS sin tolerancia a CPAP. Presenta albuminuria de 500mg/gCr al menos desde 2020. Se plantea la posibilidad de que la gammopatía tenga significado renal (al identificarse aumento de proteinuria significativo. Al realizar estudio completo de HTA resistente, se encuentra eje suprarrenal notablemente alterado, hipopotasemia persistente y alcalosis metabólica, además de descartarse en Angio-TC la causa renovascular y objetivarse estudio de cortisol normal. En el estudio TC existen lesiones en suprarrenales no sugerentes de adenoma, confirmándose en resonancia magnética que presenta gran quiste suprarrenal derecho y mielolipoma izquierdo (descartándose Adenoma de Conn). El estudio genético revela una variante patogénica en el gen del canal de cloruro CLCN2. Se diagnostica Hiperaldosteronismo Familiar tipo II, entidad con herencia autosómica dominante pero penetrancia incompleta.

Exploración y pruebas complementarias

- Análisis sangre/orina Hipopotasemia persistente (K⁺ 3.2-3.5 mEq/L). FG 45-50 mL/min/1.73m². pH 7.46, Bicarbonato 32 mmol/L. Albuminuria 2500 mg/24h, Proteinuria 3200 mg/24h.
- Aldosterona elevada 31 ng/dL, Renina 0.7 µIU/mL, Actividad renina suprimida 0.06ng/mL/h y Cociente Ald/ARP elevado 533 ng/dL/ng/mL/h.
- MAPA Enero/25: Promedio de TA 170/85 mmHg, diurno y nocturno. Patrón non dipper
- TC/RM abdominal: gran quiste suprarrenal derecho (10 cm) y mielolipoma izquierdo (2.3 cm).
- Polisomnografía: SAOS moderado-severo.
- Estudio genético: Mutación gen CLCN2 en heterocigosis con ganancia de función.

Juicio clínico

Juicio clínico: Hiperaldosteronismo primario familiar tipo II. Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño como comorbilidad coexistente y potencial agravante de la HTA.

Comentario final

Este caso subraya la importancia del enfoque multidisciplinar de la HTA resistente. En este caso clínico concreto se asocia una mala adherencia terapéutica con DM2 de mal control y SAOS no tratado, además de una HTA de causa secundaria no controlada ni estudiada hasta la fecha. Todos estos factores condicionan un alto riesgo cardiovascular, y su diagnóstico precoz y tratamiento tiene una implicación pronóstica crucial, de hecho el paciente ya había presentado evento cardiovascular (infarto de miocardio). El manejo integral, que incluyó la reintroducción de CPAP con mascarilla ajustada y la modificación del tratamiento antihipertensivo añadiendo antialdosterónico, permitió una significativa mejoría del control tensional (TA promedio 138/80 mmHg) y de la proteinuria (descenso

de albuminuria hasta ~800 mg/24h). Aunque nunca es tarde para intervenir y disminuir el riesgo cardiovascular, un alto nivel de sospecha clínica para un abordaje diagnóstico y terapéutico precoz resultan fundamentales.

Bibliografía

1. Carey RM, Calhoun DA, Bakris GL, et al. Resistant Hypertension: Detection, Evaluation, and Management: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Hypertension*. 2023;80(7):e117-e130.
2. Mulatero P, Monticone S, Deinum J, et al. Genetics, prevalence, screening and confirmation of primary aldosteronism: a position statement and consensus of the Working Group on Endocrine Hypertension of The European Society of Hypertension. *J Hypertens*. 2023;41(8):1223-1234.
3. Vaidya A, Carey RM. The Role of Mineralocorticoid Receptor Antagonists in the Treatment of Primary Aldosteronism. *Hypertension*. 2022;79(9):1893-1904.
4. Pépin JL, Eastwood P, Eckert DJ. The Onerous Task of Identifying and Treating Obstructive Sleep Apnoea in Patients With Resistant Hypertension. *Eur Respir J*. 2022;60(2):2200795.
5. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens*. 2018;36(10):1953-2041.

880/59. CORRELACIÓN CLÍNICO - RADIOLÓGICA DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA DE MIEMBROS INFERIORES

Autores:

Padilla Leiva, C.¹, Ochando Montes, L.², Carmona Romero, L.³, Gómez Huelgas, R.⁴

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Interna. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga, (2) Especialista en Medicina Interna. Hospital San Agustín. Linares. Jaén, (3) Residente de 3er año de Medicina Interna. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga, (4) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga

Resumen:

Introducción

La enfermedad arterial periférica (EAP) constituye una manifestación clínica relevante de la aterosclerosis sistémica y se asocia con una elevada morbilidad y mortalidad cardiovascular. Diversos factores de riesgo, como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la dislipemia y el tabaquismo, contribuyen al desarrollo y progresión de la enfermedad, así como a la localización y extensión de las lesiones arteriales. Sin embargo, la relación entre el perfil de riesgo cardiovascular y la distribución anatómica de las lesiones en los distintos territorios arteriales no está completamente establecida. En este contexto, el presente estudio parte de la hipótesis de que existe una asociación significativa entre los factores de riesgo cardiovascular y la distribución anatómica de las lesiones detectadas mediante angiotomografía computarizada (angio-TC) en pacientes con EAP.

Objetivos

El objetivo principal de este estudio fue analizar la relación entre los distintos factores de riesgo cardiovascular y la localización anatómica de las lesiones identificadas en las reconstrucciones tridimensionales obtenidas mediante angiotomografía computarizada (angio-TC) en pacientes con enfermedad arterial periférica. Como objetivo secundario, se planteó describir las características de la presentación clínica en una muestra de pacientes diagnosticados de dicha enfermedad.

Métodos

Se realizó un estudio observacional retrospectivo que incluyó a pacientes con diagnóstico de enfermedad arterial periférica a quienes se les había practicado una angiotomografía computarizada (angio-TC) durante su seguimiento, entre enero de 2015 y febrero de 2020, en la consulta de Enfermedad Arterial Periférica del Departamento de Medicina Interna del Hospital Regional Universitario de Málaga. Se analizó una muestra de 47 pacientes. Para cada uno de ellos se registraron los antecedentes de factores de riesgo cardiovascular, la presentación clínica, la severidad de la enfermedad y los hallazgos radiológicos. Con base en estos datos, se evaluó la asociación entre la presencia de factores de riesgo cardiovascular y la distribución anatómica de las lesiones, así como la relación de dichos factores con la expresión clínica, mediante pruebas de significación estadística.

Resultados

Se observó una asociación significativa entre la presencia de lesiones en el territorio femoropoplíteo y el antecedente de tabaquismo en los pacientes estudiados (RR 4.605, 95%-IC 0.965-21.982, $p=0.05$). No se identificaron asociaciones estadísticamente significativas entre la afectación de otros territorios anatómicos y los factores de riesgo cardiovascular analizados.

La mayoría de pacientes fueron hombres de edad avanzada, con tabaquismo predominante; las lesiones femoropoplíteas se asociaron al tabaquismo, sin relación significativa en otros territorios analizados.

Conclusiones

Los resultados de este estudio evidencian una asociación significativa entre el tabaquismo y la presencia de lesiones localizadas en el territorio femoropoplíteo en pacientes con enfermedad arterial periférica. No se identificaron relaciones estadísticamente significativas entre los demás factores de riesgo cardiovascular analizados y la distribución anatómica de las lesiones. Estos hallazgos refuerzan el papel determinante del tabaquismo como factor de riesgo en la afectación arterial periférica y subrayan la importancia de su prevención y control en el abordaje clínico de estos pacientes. Asimismo, ponen de manifiesto la necesidad de continuar investigando la influencia de otros factores de riesgo cardiovascular sobre la localización y extensión de la enfermedad con muestras más amplias y diseños prospectivos.

880/62. CUANDO LA CARDIOPATÍA NO ERA TODO: EL DESCUBRIMIENTO INESPERADO DEL HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO

Autores:

Márquez Soto, M.¹, Massé Palomo, A.², Muñiz Grijalvo, O.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Interna. 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. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Resumen:

Descripción del caso

Paciente de 31 años diagnosticado a los 5 meses de vida de canal auriculoventricular completo con hipertensión pulmonar y operado a los 9 meses cerrando dicha comunicación. En seguimiento por la consulta de cardiopatías congénitas de forma bienal, desde cardiología se deriva a nuestras consultas de Hipertensión Arterial tras notar que, en los últimos 5 años, el paciente viene presentando cifras tensionales progresivamente más elevadas, llegando a tener valores en torno a 160/110 mmHg. Se inicia tratamiento antihipertensivo con Candesartán 32mg/Hidroclorotiazida 25mg cada 24h y, dada refractariedad, se aumenta dosis a dos comprimidos al día y solicita MAPA de TA. Este evidencia un patrón límite entre dipper y non-dipper, con mediciones sistólicas >70% y diastólicas >84% diurnas y 25% nocturnas.

A la vista de los resultados y dada la edad del paciente (en estos momentos inferior a 30 años), se solicita un primer estudio de catecolaminas y metanefrinas que resulta normal, descartándose feocromocitoma y paraganglioma. En el mismo acto médico se solicita estudio del eje renina-aldosterona que arroja un valor de aldosterona de 147 pg/ml (normal en posición ortostática), una actividad de la renina plasmática de 0.5 ng/ml/h (baja) y un Índice aldosterona/renina de 294, anormalmente elevado incluso teniendo en cuenta que los valores pudieran verse artefactados por la toma de su tratamiento antihipertensivo.

Tras estos hallazgos, pasa a nuestras consultas para continuar el estudio bajo la sospecha de un hiperaldosteronismo primario. Se realiza inicialmente un test de sobrecarga salina, teniendo niveles basales de aldosterona de 9,9 ng/dl y posteriores a la sobrecarga de 9,2ng/dl. Dada ausencia de la supresión, se solicita un TC de suprarrenales en el que se encuentra un nódulo en la glándula suprarrenal derecha de 14,6mm x 12,2 mm con densidades oscilantes entre (-3,6) UH a 14 UH, siendo estos datos compatibles con un adenoma adrenal derecho.

Dado el tamaño del nódulo, se decide por el momento tratamiento farmacológico con antialdosterónicos (amiloride) y vigilancia con pruebas de imagen.

Exploración y pruebas complementarias

- Catecolaminas y metanefrinas en orina 24h:

- Normetanefrina: 344 ug/24h (N = 600)
 - Metanefrina: 48 ug/24h (N ≤ 350)
 - Adrenalina: 5.0 ug/24h (N < 20)
 - Noradrenalina: 77.0 ug/24h (N < 90)
 - Dopamina: 287 ug/24h (N < 391)
 - Estudio del eje renina-aldosterona:
 - Aldosterona: 147 pg/mL (normal en posición ortostática)
 - Actividad de renina plasmática: 0.5 ng/mL/h (baja)
 - Índice aldosterona/renina (A/R): 294
 - Test de sobrecarga salina:
 - Aldosterona basal y tras sobrecarga 9,9 → 9,2 ng
 - TAC de suprarrenales: Nódulo en la zona de confluencia de ambas ramas de la glándula adrenal derecha, de 14,6 mm x 12,2 mm, con densidades que oscilan entre (-3,6) U.H. a 14 U.H.; glándula adrenal izquierda sin anomalías; la ausencia de contraste yodado, impide una adecuada valoración del resto de los órganos abdominales.
- Diagnóstico radiológico: hallazgos compatibles con adenoma adrenal derecho.

Juicio clínico

Hipertensión arterial secundaria a hiperaldosteronismo primario. Adenoma suprarrenal derecho de 14,6mm x12,2mm

Comentario final

El hiperaldosteronismo primario es una de las causas más frecuentes de hipertensión arterial secundaria en personas jóvenes, caracterizado por la secreción autónoma de aldosterona, en el caso que describimos a causa del hallazgo de un adenoma suprarrenal funcionante. Este exceso de aldosterona produce retención de sodio, expansión del volumen intravascular y una supresión de la actividad de la renina. La AHA recomienda el cribado en jóvenes con hipertensión de inicio temprano o resistente.

Bibliografía

1. de Freminville J-B, Gardini M, Cremer A, Camelli S, Baron S, Bobrie G, et al. Prevalence and risk factors for secondary hypertension in young adults. *Hypertension* [Internet]. 2024;81(11):2340–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.124.22753>

880/64. MASA SUPRARRENAL EN PACIENTE ONCOLÓGICO: NO SIEMPRE ES UNA METÁSTASIS

Autores:

Galvéz Ortigosa, S.¹, Aguilar Jaldo, M.², ALVARADO NARANJO, O.³

Centro de Trabajo:

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

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 52 años, fumador activo desde los 15 años (ICAT 48), con antecedentes de hipertensión arterial, fibrilación auricular paroxística y taquicardia supraventricular. Acude por dolor en región supraescapular izquierda de varias semanas de evolución, acompañado de astenia y pérdida ponderal.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración física, destaca mal estado general, caquexia, palidez mucocutánea y masa supraclavicular pétérea y dolorosa.

La analítica inicial muestra anemia normocítica e incremento de reactantes de fase aguda. La tomografía computarizada torácica revela una masa apical pulmonar izquierda con compresión de la arteria subclavia y una lesión suprarrenal homolateral heterogénea de 75 × 55 mm. El PET-TC evidencia hipercaptación significativa en ambas

lesiones y la biopsia pulmonar confirma un adenocarcinoma pobremente diferenciado, estadio T4N2M1b, con planTEAMIENTO inicial paliativo.

A la anamnesis dirigida, el paciente refiere episodios esporádicos, si bien desencadenados cada vez con mayor frecuencia, de más de dos años de evolución de rubefacción facial, sudoración profusa, palpitaciones y crisis hipertensivas, atribuidas en un principio a una "reacción alérgica a corticoides". La presencia de clínica concordante junto a una masa suprarrenal lleva a solicitar metanefrinas y normetanefrinas en orina de 24 horas, con elevación marcada de ambas (6739 y 20745 µg/24h); la gammagrafía I123-MIBG muestra captación exclusiva en suprarrenal izquierda, compatible con feocromocitoma. Se inicia bloqueo farmacológico con Doxazosina y posteriormente Bisoprolol, seguido de suprarrenalectomía, transcurriendo sin complicaciones. La anatomía patológica confirma el diagnóstico y el estadio oncológico se redefine como enfermedad localmente avanzada, permitiendo un abordaje con intención curativa (quimioterapia, radioterapia y posterior inmunoterapia tras respuesta completa en PET-TC de control).

Juicio clínico

Cáncer de pulmón con feocromocitoma suprarrenal sincrónico, inicialmente interpretado como metástasis suprarrenal

Comentario final

Las masas suprarrenales son hallazgos relativamente comunes, especialmente como descubrimientos incidentales. Entre el 50 y 75% de las masas suprarrenales solitarias detectadas en pacientes oncológicos son metástasis (especialmente pulmón, mama, riñón). Sin embargo, en torno al 5% de las mismas, corresponden a lesiones no metastásicas.

El feocromocitoma, aunque infrecuente, es una entidad funcional a descartar por su potencial morbimortalidad. Desde el punto de vista fisiopatológico, origina una hipersecreción de catecolaminas —adrenalina, noradrenalina y dopamina—, responsables de crisis paroxísticas de hipertensión, palpitaciones y sudoración profusa. Estos cuadros pueden confundirse con reacciones adversas farmacológicas o ansiedad, lo que contribuye a su infradiagnóstico. La sensibilización de los receptores adrenérgicos por glucocorticoides explica las crisis hipertensivas desencadenadas tras su uso, un dato clínico clave en este caso.

Una fortaleza del mismo es la confirmación anatomopatológica de ambas lesiones, que permite establecer un diagnóstico firme. Como limitación, el retraso inicial en su reconocimiento refleja una oportunidad de mejora ante este tipo de escenarios.

Las guías clínicas recomiendan de forma consistente un abordaje diagnóstico que incluya la determinación de metanefrinas en toda masa suprarrenal indeterminada, así como estudios de imagen en caso de sospecha de feocromocitoma, permitiendo distinguir entre metástasis y tumores funcionales, lo que conlleva implicaciones pronósticas y terapéuticas.

En conclusión, no toda masa suprarrenal en un paciente oncológico implica metástasis. La realización de una anamnesis detallada y la aplicación de las recomendaciones mencionadas permitió revertir una clasificación de enfermedad diseminada a localizada, optimizando la estrategia terapéutica y mejorando el pronóstico global del paciente.

Bibliografía

1. Sundin A, Hindié E, Avram AM, Tabarin A, Pacak K, Taïeb D. A Clinical Challenge: Endocrine and Imaging Investigations of Adrenal Masses. *J Nucl Med*. 2021 Jul;62(Suppl 2):26S-33S
2. Neumann HPH, Young WF, Eng C. Pheochromocytoma and Paraganglioma. *N Engl J Med*. 2019;381:552-565

880/68. MEJORA DE LA AUTONOMÍA FUNCIONAL Y DEL ESTADO DE SALUD CON SEMAGLUTIDA SEMANAL EN PACIENTES MUY MAYORES CON DIABETES TIPO 2, OBESIDAD E INSUFICIENCIA CARDÍACA.

Autores:

Carmona Romeo, L.¹, Ochando Montes, L.², Padilla Leiva, C.³, Rubio Arcas, C.¹, Gómez Huelgas, R.⁴

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Interna. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga, (2) Especialista en Medicina Interna. Hospital San Agustín. Linares. Jaén, (3) Residente de 2º año de Medicina Interna. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga, (4) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga

Resumen:**Introducción**

La edad avanzada, la diabetes tipo 2 (DM2), la obesidad y la insuficiencia cardíaca se asocian con deterioro funcional y resultados de salud adversos. Aunque la semaglutida semanal mejora el control metabólico, su impacto sobre la autonomía funcional y el estado de salud general aún no se ha determinado

Objetivos

El presente estudio evaluó la eficacia de la administración semanal de semaglutida en pacientes de edad avanzada con DM2, obesidad e insuficiencia cardíaca. Se examinaron los efectos del tratamiento sobre el desempeño funcional en las actividades de la vida diaria (AVD) e indicadores de estado de salud general. La investigación buscó determinar si la intervención farmacológica podía mejorar la autonomía funcional, la capacidad para realizar tareas cotidianas y la calidad de vida percibida por los pacientes en esta población.

Métodos

Este estudio observacional, llevado a cabo en un contexto de práctica clínica real incluyó pacientes de edad avanzada (≥ 80 años) con DM2 e insuficiencia cardíaca, comparando aquellos tratados con semaglutida frente a pacientes que no recibieron agonistas del receptor GLP-1. Para controlar posibles sesgos de selección y equilibrar las características basales entre los grupos, se aplicó un análisis de puntuación de propensión (propensity score), emparejando los pacientes en una proporción 1:1.

El desenlace primario se centró en la evaluación funcional y del estado de salud medido mediante el índice de Barthel para las actividades de la vida diaria, y mediante el Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire junto con la clasificación de la New York Heart Association para la salud cardiovascular y la calidad de vida. Los desenlaces secundarios incluyeron la incidencia de hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca y por cualquier causa, así como la mortalidad cardiovascular y global.

Para el análisis estadístico de las asociaciones entre la exposición al tratamiento y los desenlaces, se emplearon modelos de regresión logística de efectos mixtos, permitiendo ajustar por factores de confusión y considerar la variabilidad intraindividual a lo largo del tiempo.

Resultados

Se incluyeron 182 pacientes en cada grupo. El uso de semaglutida semanal se asoció con una mayor mejora en el desempeño de las actividades de la vida diaria y el estado de salud en el grupo Sema-Old en comparación con el grupo Control-Old (OR: 3,98; IC 95%: 1,72-7,11; $p < 0,01$; OR: 4,55; IC 95%: 1,90-7,59; $p < 0,01$, respectivamente). Se observaron reducciones en las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca y por cualquier causa, así como en la mortalidad cardiovascular. La semaglutida mejoró el control glucémico y redujo el peso corporal. Se observaron correlaciones negativas entre el desempeño AVD y el estado de salud por insuficiencia cardíaca y el peso corporal ($r = -0,655$, $p < 0,01$; $r = -0,598$, $p < 0,01$; respectivamente).

Conclusiones

El tratamiento con semaglutida semanal se asoció con mejoras significativas en el desempeño funcional de AVD y en los indicadores de estado de salud relacionados con la insuficiencia cardíaca en pacientes de edad avanzada con diabetes tipo 2. Por tanto, la semaglutida representa una opción terapéutica prometedora para mejorar tanto los aspectos clínicos como funcionales en pacientes ancianos con comorbilidades complejas.

880/69. DE LA HIPERTENSIÓN A LA DEMENCIA: SEGUIMIENTO DE UN PACIENTE CON ICTUS VERTEBROBASILAR.

Autores:

Llanos Perianes, A.¹, Medina Sánchez, S.², Dorado Castro, A.², Castilla Guerra, L.³

Centro de Trabajo:

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

Resumen:**Descripción del caso**

Exponemos el caso de un varón de 60 años, exfumador desde hacía 15 años, bebedor ocasional. Entre sus antecedentes presentaba hipertensión arterial (HTA) de difícil control, diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y dislipemia. Su tratamiento habitual incluía valsartán, glicazida, clortalidona, bisoprolol y amlodipino.

Exploración y pruebas complementarias

En abril de 2023 acude a urgencias por cuadro de vértigo, náuseas e inestabilidad. A la exploración neurológica presentaba nistagmo a la levoversión, hipoestesia trigeminal derecha y dismetría en miembro superior derecho, sin déficits motores o sensitivos. Las constantes eran normales. Analíticamente destacaba mal control lipídico (LDL 175 mg/dl, colesterol total 255 mg/dl, triglicéridos 203 mg/dl) y HbA1c de 7,1%. El TC craneal y la radiografía de tórax fueron normales, evidenciándose en la resonancia magnética cerebral una lesión isquémica aguda a nivel hemiprotuberancial derecho. El angio-TC reveló oclusión de la arteria vertebral derecha en el segmento V3 y lesiones ateroscleróticas severas en ambos bulbos carotídeos. La ecocardiografía mostró hipertrofia severa del ventrículo izquierdo.

Juicio clínico

Ingresa en neurología con diagnóstico de ictus isquémico de origen aterotrombótico en el territorio de la arteria cerebelosa posteroinferior derecha (PICA-D), evolucionando favorablemente e instaurándose al alta estatinas de alta potencia, doble antiagregación (AAS 100 mg y clopidogrel 75 mg) y ajuste de antihipertensivos; derivándose a consultas de riesgo vascular.

En marzo de 2025, acude nuevamente a urgencias por cuadro de vómitos e inestabilidad de la marcha, presentando a la exploración nistagmo horizonte-rotatorio, dismetría, disdiadococinesia bilateral y aumento de la base de sustentación. El TC de cráneo mostró una lesión isquémica establecida en hemisferio cerebeloso derecho, diagnosticándose de ictus isquémico hemicerebeloso derecho sobre territorio de PICA-D y protuberancial, de etiología ateromatosa por oclusión de ambas arterias vertebrales. El Angio-TC evidenció ateromatosis severa de las carótidas, hipoplasia de la arteria vertebral derecha y enfermedad aterosclerótica avanzada del polígono de Willis. Se mantuvo doble antiagregación indefinida al alta.

Dos semanas más tarde, el paciente presenta un nuevo episodio de mareo e inestabilidad, asociando somnolencia, disartria, dismetría de las cuatro extremidades e imposibilidad para la marcha. La neuroimagen urgente no mostró nuevas lesiones, pero sí progresión de la estenosis de la arteria vertebral izquierda hasta casi oclusión completa, con mínimo flujo basilar. La RMN demostró infartos lacunares crónicos y microsangrados en cápsulas ganglionares, indicativos de microangiopatía crónica. Se decidió tratamiento endovascular mediante angioplastia y stenting.

Desde entonces, no ha vuelto a presentar nuevos eventos cerebrovasculares, manteniendo los perfiles lipídico, glucémico y tensional en rango objetivo. Sin embargo, cabe destacar la instauración progresiva de sintomatología frontal (desinhibición, hipersexualidad, conductas repetitivas), debidos al daño microvascular crónico secundario a la HTA.

Comentario final

La hipertensión mal controlada se ha relacionado con la aparición de deterioro cognitivo y demencia. Los mecanismos que subyacen a los cambios cognitivos relacionados con la hipertensión son complejos y todavía no se comprenden plenamente, aunque la hipoperfusión y la neurodegeneración pueden considerarse mecanismos subyacentes que provocarían un deterioro progresivo en la regulación presora de la circulación cerebral. Así, los estudios existentes han demostrado asociación con la aparición de demencia en el anciano y cifras de PA elevadas durante las edades medias de la vida en los mismos sujetos, siendo innegable la influencia de los factores de riesgo cardiovascular para la demencia de tipo vascular.

Por lo tanto, este caso ilustra cómo la hipertensión arterial no solo incrementa el riesgo de eventos cerebrovasculares, sino que también desempeña un papel crucial en la evolución hacia el deterioro cognitivo y la demencia vascular, destacando la importancia del diagnóstico temprano y un abordaje integral del riesgo cardiovascular.

Bibliografía

1. Camafort M, Sierra C. Hipertensión arterial y demencia: Una relación compleja. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2016; 51(1):3-4.

880/70. HIPERCOLESTEROLEMIA SEVERA SECUNDARIA A COLESTASIS INDUCIDA POR AMOXICILINA/ÁCIDO CLAVULÁNICO

Autores:

Sánchez De Ibargüen Mesa, M.¹, Valdes De Torres, M.², Salaberri Comesaña, M.³, Bocanegra Muñoz, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Interna. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Médico Especialista en Familia y Comunidad. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera. Cádiz, (3) Residente de 4º año de Medicina Interna. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera. Cádiz

Resumen:

Descripción del caso

Presentamos el caso de una mujer de 47 años sin alergias medicamentosas conocidas ni otros antecedentes personales ni familiares de interés que acude a Urgencias por fiebre de 39°C junto con ictericia de piel y mucosas. Había estado en tratamiento con amoxicilina 875mg /clavulánico 125mg cada 8 horas por sospecha de adenitis. A su llegada se realizan análisis objetivándose hiperbilirrubinemia de 20 mg/dL a expensas de directa, elevación de transaminasas con predominio de enzimas de colestasis (Aspartato transaminasa 532 U/L, Alanina transaminasa 357 U/L, Gamma glutamiltransferasa 1355 U/L, Fosfatasa alcalina 969 U/L) por lo que ante la sospecha de colangitis ingresa a cargo del Servicio Aparato Digestivo.

Exploración y pruebas complementarias

La exploración física resulta anodina a excepción de la ictericia ya comentada. Durante el ingreso se realiza ecografía de abdomen visualizando hígado sin LOEs ni alteraciones en su ecogenicidad. Ante la sospecha de hepatotoxicidad secundaria a amoxicilina/clavulánico se realiza biopsia hepática que resulta confirmatoria. Por ello se deriva a consultas para continuar seguimiento.

Durante el seguimiento se realizan análisis con perfil lipídico con hallazgos de colesterol total 880 mg/dL, LDL 550 mg/dL y HDL 100 mg/dL (colesterol total basal 195 mg/dL).

Juicio clínico

Debido a las cifras de colesterol elevadas se consulta con Factores de Riesgos Cardiovasculares de nuestra Unidad y se inicia tratamiento con ezetimibe 10 mg asistiendo a mejoría progresiva de la hipercolesterolemia a la par que mejora la hepatopatía siendo diagnosticada una hipercolesterolemia por colestasis.

Comentario final

La hepatotoxicidad inducida por la amoxicilina/ácido clavulánico explica la hepatitis colestásica y esta, a su vez, se asocia a marcadas elevaciones de las cifras de colesterol total como 880 mg/dL. La combinación de estos fármacos es conocida por causar daño hepático idiosincrásico, predominantemente con un patrón colestásico caracterizado por ictericia, colestasis e inflamación hepática.

Esta colestasis severa puede llevar a la acumulación de lipoproteínas anormales (lipoproteína X), responsables de elevaciones marcadas del colesterol plasmático, incluyendo niveles muy altos. Una vez que la colestasis se resuelve, el colesterol total generalmente disminuye, aunque puede tardar un tiempo variable en normalizarse completamente (semanas e incluso meses). Durante la colestasis severa, la acumulación de lipoproteína X y otros metabolitos altera el metabolismo del colesterol, elevando significativamente sus niveles. En algunos casos crónicos o severos, puede persistir una hipercolesterolemia residual, pero no tan extrema como durante el pico de colestasis.

Por ello, en un episodio agudo como una hepatitis colestásica inducida por amoxicilina/ácido clavulánico, tras la resolución del daño hepático y la colestasis, es esperable que el colesterol total descienda significativamente, aunque la monitorización debe continuar hasta la normalización bioquímica total. Si el colesterol permanece muy elevado tras la resolución clínica, se deben descartar otras causas concomitantes.

Bibliografía

1. Chen VL, et al. Incidencia de lesión hepática idiosincrásica inducida por fármacos. *Hepatología*. Febrero de 2025;82(2):341-9.
2. Kalra DK, et al. Lipoproteína X: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. *Aterosclerosis*. 2025;398:101-12.

3. Magounaki K, Kyriazis K, et al. Lesión hepática inducida por fármacos: una complicación rara de la amoxicilina-clavulánico. *Int J Caring Sci* . 2025;18(1):422-7.
4. Jung Y, et al. Uso de plasmaféresis terapéutica para eliminar la lipoproteína X en la hipercolesterolemia grave. *J Clin Apher* . 2024;39(2):158-64.
5. Pinazo-Bandera JM, et al. Reexposición en la lesión hepática idiosincrásica inducida por fármacos: resultados de registros españoles y latinoamericanos. *J Hepatol* . 2024;81(5):982-9.
6. Mulu Z, Birhanu Y. Un caso de lesión hepática colestásica prolongada inducida por amoxicilina/clavulanato. *J Clin Images Med Case Rep* . 2024;5(11):3342-5.

880/71. GRAN VASCULAR

Autores:

Lomas Fernández, M.¹, Lomas Fernández, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Resumen:

Descripción del caso

Presentamos el caso de un paciente varón de 74 años, natural de Sevilla en seguimiento por consultas de Medicina Interna tras ingreso en planta por fracaso renal subagudo y visión borrosa. Como antecedentes personales destacar múltiples factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, diabetes mellitus 2, hipercolesterolemia y obesidad. Otros antecedentes: ERC G2A1, claudicación intermitente ambos miembros inferiores.

Respecto a la clínica de ingreso, presentó visión borrosa, por lo que se realizó ecodoppler arterial de troncos supraaórticos, objetivándose estenosis severa (90%) asintomática de arteria carótida interna derecha, estenosis moderada (<70%) de arteria carótida interna izquierda y suboclusión arteria vertebral izquierda, con manejo conservador inicial y posteriormente, de forma ambulatoria, fue sometido a angioplastia- stenting de ACI derecha.

Por otro lado, en relación con el fracaso renal, se realiza estudio Doppler arterias renales con diagnóstico de estenosis crítica/suboclusión de arteria renal izquierda y estenosis significativa de arteria renal derecha, con mayor repercusión anatómica y hemodinámica en RI con anulación funcional de riñón izquierdo. Como repercusión clínica, hipertensión arterial de difícil control; inicialmente retirado IECA y eplerenona, pero ante mal control de la tensión y episodios diarios de disnea paroxística nocturna (a pesar de la afectación arterial), valorando riesgo-beneficio se añade ARA II (candesartán 4 mg) para optimizar control tensional con vigilancia estrecha de función renal e iones.

Comentado con Servicio de Hemodinámica con posibilidad de revascularización de arteria renal derecha significativa en paciente monorreño funcional, acordamos vigilancia estrecha de función renal, con priorización por el momento de resto de territorios.

La evolución del paciente ha sido tórpida, con 2 ingresos por angina inestable con revascularización de coronaria derecha y arteria circunfleja, así como fracaso en la revascularización carotídea, con infraexpansión del stent de la ACI-D en su tercio proximal, pendiente de valorar nuevo abordaje.

Respecto a la clínica de claudicación intermitente (en relación con extensa ateromatosis calcificada de aorta y sus ramas principales (TAC abdomen Julio 2024)) está pendiente de intervención por parte de Cirugía Cardiovascular.

Exploración y pruebas complementarias

- Ecodoppler arterial de troncos supraaórticos y Angio-TAC TSA (resumen): estenosis alto grado ACI-D (>90%). Estenosis moderada ACI-I. Suboclusión AVI.
- Doppler renal y ecografía abdominal (resumen): estenosis crítica/suboclusión de ARI y estenosis significativa de ARD, con mayor repercusión anatómica y hemodinámica en RI que en RD.

Juicio clínico

- Paciente gran vascular con riesgo cardiovascular extremo.
- HTA refractaria (actualmente con buen control), DM2, ERC G2A1
- Cardiopatía isquémica revascularizada. FEVI preservada
- Ateromatosis difusa con compromiso multivascular (afectación carotídea, renal y de miembros inferiores)

Comentario final

Estamos ante un caso de difícil manejo con afectación vascular multiterritorial, de tal forma que nos planteamos: ¿por dónde comenzar a revascularizar? Debemos comenzar por territorios prioritarios (cerebral, cardíaco...) pero

por otro lado, como internistas, además del manejo de todos los factores de riesgo cardiovascular, destacar especialmente el tratamiento de hipertensión resistente (de causa secundaria, HTA renovascular) estamos ante un caso de HTA renovascular con riñón único funcional y estenosis significativa de ARD, en paciente con afectación vascular múltiple.

Dado que el paciente es monorreño la revascularización renal permanece pendiente y condicionada a evolución de función renal y control tensional así como revascularización de territorios prioritarios. Se trata de un paciente complejo, de riesgo cardiovascular extremo que requiere coordinación multidisciplinar que precisa vigilancia estrecha con optimización adecuada de tratamiento, balanceando riesgos-beneficios.

Bibliografía

1. Guías clínicas - Sociedad Española de Cardiología - Sociedad Española de Cardiología [Internet]. Secardiología.es. 2025 [citado el 12 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://secardiologia.es/cientifico/guias-clinicas>

880/72. HIPERCOLESTEROLEMIA SEVERA SECUNDARIA A COLESTASIS INDUCIDA POR AMOXICILINA/ÁCIDO CLAVULÁNICO

Autores:

Sánchez De Iburgüen Mesa, M.¹, Valdes De Torres, M.², Salaberri Comesaña, M.³, Bocanegra Muñoz, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Medicina Interna. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera. Cádiz, (3) Residente de 4º año de Medicina Interna. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera. Cádiz

Resumen:

Descripción del caso

Presentamos el caso de una mujer de 47 años sin alergias medicamentosas conocidas ni otros antecedentes personales ni familiares de interés que acude a Urgencias por fiebre de 39°C junto con ictericia de piel y mucosas. Había estado en tratamiento con amoxicilina 875mg /clavulánico 125mg cada 8 horas por sospecha de adenitis. A su llegada se realizan análisis objetivándose hiperbilirrubinemia de 20 mg/dL a expensas de directa, elevación de transaminasas con predominio de enzimas de colestasis (Aspartato transaminasa 532 U/L, Alanina transaminasa 357 U/L, Gamma glutamiltransferasa 1355 U/L, Fosfatasa alcalina 969 U/L) por lo que ante la sospecha de colangitis ingresa a cargo del Servicio Aparato Digestivo.

Exploración y pruebas complementarias

La exploración física resulta anodina a excepción de la ictericia ya comentada. Durante el ingreso se realiza ecografía de abdomen visualizando hígado sin LOEs ni alteraciones en su ecogenicidad. Ante la sospecha de hepatotoxicidad secundaria a amoxicilina/clavulánico se realiza biopsia hepática que resulta confirmatoria. Por ello se deriva a consultas para continuar seguimiento.

Durante el seguimiento se realizan análisis con perfil lipídico con hallazgos de colesterol total 880 mg/dL, LDL 550 mg/dL y HDL 100 mg/dL (colesterol total basal 195 mg/dL).

Juicio clínico

Debido a las cifras de colesterol elevadas se consulta con Factores de Riesgos Cardiovasculares de nuestra Unidad y se inicia tratamiento con ezetimibe 10 mg asistiendo a mejoría progresiva de la hipercolesterolemia a la par que mejora la hepatopatía siendo diagnosticada una hipercolesterolemia por colestasis.

Comentario final

La hepatotoxicidad inducida por la amoxicilina/ácido clavulánico explica la hepatitis colestásica y esta, a su vez, se asocia a marcadas elevaciones de las cifras de colesterol total como 880 mg/dL. La combinación de estos fármacos es conocida por causar daño hepático idiosincrásico, predominantemente con un patrón colestásico caracterizado por ictericia, colestasis e inflamación hepática.

Esta colestasis severa puede llevar a la acumulación de lipoproteínas anormales (lipoproteína X), responsables de elevaciones marcadas del colesterol plasmático, incluyendo niveles muy altos. Una vez que la colestasis se resuelve, el colesterol total generalmente disminuye, aunque puede tardar un tiempo variable en normalizarse completamente (semanas e incluso meses). Durante la colestasis severa, la acumulación de lipoproteína X y otros metabolitos

altera el metabolismo del colesterol, elevando significativamente sus niveles. En algunos casos crónicos o severos, puede persistir una hipercolesterolemia residual, pero no tan extrema como durante el pico de colestasis.

Por ello, en un episodio agudo como una hepatitis colestásica inducida por amoxicilina/ácido clavulánico, tras la resolución del daño hepático y la colestasis, es esperable que el colesterol total descienda significativamente, aunque la monitorización debe continuar hasta la normalización bioquímica total. Si el colesterol permanece muy elevado tras la resolución clínica, se deben descartar otras causas concomitantes.

Bibliografía

1. Chen VL, et al. Incidencia de lesión hepática idiosincrásica inducida por fármacos. *Hepatología*. Febrero de 2025;82(2):341-9.
2. Kalra DK, et al. Lipoproteína X: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. *Aterosclerosis*. 2025;398:101-12.
3. Magounaki K, Kyriazis K, et al. Lesión hepática inducida por fármacos: una complicación rara de la amoxicilina-clavulánico. *Int J Caring Sci*. 2025;18(1):422-7.
4. Jung Y, et al. Uso de plasmaféresis terapéutica para eliminar la lipoproteína X en la hipercolesterolemia grave. *J Clin Apher*. 2024;39(2):158-64.
5. Pinazo-Bandera JM, et al. Reexposición en la lesión hepática idiosincrásica inducida por fármacos: resultados de registros españoles y latinoamericanos. *J Hepatol*. 2024;81(5):982-9.
6. Mulu Z, Birhanu Y. Un caso de lesión hepática colestásica prolongada inducida por amoxicilina/clavulanato. *J Clin Images Med Case Rep*. 2024;5(11):3342-5.

880/73. GRAN VASCULAR

Autores:

Lomas Fernández, M.¹, Gandullo Moro, M.²

Centro de Trabajo:

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

Resumen:

Descripción del caso

Presentamos el caso de un paciente varón de 74 años, natural de Sevilla en seguimiento por consultas de Medicina Interna tras ingreso en planta por fracaso renal subagudo y visión borrosa. Como antecedentes personales destacar múltiples factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, diabetes mellitus 2, hipercolesterolemia y obesidad. Otros antecedentes: ERC G2A1, claudicación intermitente ambos miembros inferiores.

Respecto a la clínica de ingreso, presentó visión borrosa, por lo que se realizó ecodoppler arterial de troncos supraaórticos, objetivándose estenosis severa (90%) asintomática de arteria carótida interna derecha, estenosis moderada (<70%) de arteria carótida interna izquierda y suboclusión arteria vertebral izquierda, con manejo conservador inicial y posteriormente, de forma ambulatoria, fue sometido a angioplastia- stenting de ACI derecha.

Por otro lado, en relación con el fracaso renal, se realiza estudio Doppler arterias renales con diagnóstico de estenosis crítica/suboclusión de arteria renal izquierda y estenosis significativa de arteria renal derecha, con mayor repercusión anatómica y hemodinámica en RI con anulación funcional de riñón izquierdo. Como repercusión clínica, hipertensión arterial de difícil control; inicialmente retirado IECA y eplerenona, pero ante mal control de la tensión y episodios diarios de disnea paroxística nocturna (a pesar de la afectación arterial), valorando riesgo-beneficio se añade ARA II (candesartán 4 mg) para optimizar control tensional con vigilancia estrecha de función renal e iones.

Comentado con Servicio de Hemodinámica con posibilidad de revascularización de arteria renal derecha significativa en paciente monorreno funcional, acordamos vigilancia estrecha de función renal, con priorización por el momento de resto de territorios.

La evolución del paciente ha sido tórpida, con 2 ingresos por angina inestable con revascularización de coronaria derecha y arteria circunfleja, así como fracaso en la revascularización carotídea, con infraexpansión del stent de la ACI-D en su tercio proximal, pendiente de valorar nuevo abordaje.

Respecto a la clínica de claudicación intermitente (en relación con extensa ateromatosis calcificada de aorta y sus ramas principales (TAC abdomen Julio 2024)) está pendiente de intervención por parte de Cirugía Cardiovascular.

Exploración y pruebas complementarias

- Ecodoppler arterial de troncos supraaórticos y Angio-TAC TSA (resumen): estenosis alto grado ACI-D (>90%). Estenosis moderada ACI-I. Suboclusión AVI.

- Doppler renal y ecografía abdominal (resumen): estenosis crítica/suboclusión de ARI y estenosis significativa de ARD, con mayor repercusión anatómica y hemodinámica en RI que en RD.

Juicio clínico

- Paciente gran vascular con riesgo cardiovascular extremo.
- Ateromatosis difusa con compromiso multivascular (afectación carotídea, renal y de miembros inferiores)
- HTA refractaria (actualmente con buen control), DM2, ERC G2A1
- Cardiopatía isquémica revascularizada. FEVI preservada

Comentario final

Estamos ante un caso de difícil manejo con afectación vascular multiterritorial, de tal forma que nos planteamos: ¿por dónde comenzar a revascularizar? Debemos comenzar por territorios prioritarios (cerebral, cardíaco...) pero por otro lado, como internistas, además del manejo de todos los factores de riesgo cardiovascular, destacar especialmente el tratamiento de hipertensión resistente (de causa secundaria, HTA renovascular) estamos ante un caso de HTA renovascular con riñón único funcional y estenosis significativa de ARD, en paciente con afectación vascular múltiple.

Dado que el paciente es monorreño la revascularización renal permanece pendiente y condicionada a evolución de función renal y control tensional así como revascularización de territorios prioritarios. Se trata de un paciente complejo, de riesgo cardiovascular extremo que requiere coordinación multidisciplinar que precisa vigilancia estrecha con optimización adecuada de tratamiento, balanceando riesgos-beneficios.

Bibliografía

1. Guías clínicas - Sociedad Española de Cardiología - Sociedad Española de Cardiología [Internet]. Secardiologia.es. 2025 [citado el 12 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://secardiologia.es/cientifico/guias-clinicas>

880/74. EMBOLIA RETINIANA Y VALVULOPATÍA AÓRTICA CALCIFICADA: UN VÍNCULO EMBOLÍGENO CLAVE

Autores:

Gómez Rodríguez, C.¹, Medina Sánchez, S.², Mateo Máiquez, M.¹, Castilla Guerra, L.³

Centro de Trabajo:

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

Resumen:

Descripción del caso

La valvulopatía calcificada puede generar émbolos ateromatosos que, al migrar hacia la circulación sistémica, pueden provocar eventos embólicos, como una embolia de rama de arteria retiniana. En este caso, una paciente de 61 años con antecedentes de tabaquismo, pancreatitis crónica, esteatosis hepática, hipotiroidismo autoinmune y enfermedad renal crónica fue derivada en un primer momento a consultas externas de Medicina Interna por dislipemia persistente, diagnosticándose dislipemia mixta familiar y alto riesgo cardiovascular. Posteriormente, se vuelve a derivar por embolia ocular OD, donde se identificó ateromatosis calcificada en los troncos supraaórticos y una valvulopatía aórtica degenerativa con estenosis e insuficiencia moderada, planteándose la probable relación entre la valvulopatía calcificada y la embolia ocular

Exploración y pruebas complementarias

En las consultas de Medicina Interna se realizó una ecografía de los troncos supraaórticos (TSA), que mostró la presencia de ateromatosis calcificada en ambos territorios (común e interna), sin estenosis hemodinámicamente significativa, pero con múltiples placas calcificadas.

Además, se llevó a cabo una ecocardiografía que reveló una valvulopatía aórtica degenerativa calcificada con doble lesión (estenosis e insuficiencia moderada).

Juicio clínico

El hallazgo clínico de oclusión arterial retiniana fue considerado en el contexto de una embolia de rama de la arteria retiniana. Ante la ausencia de otras fuentes embolígenas claras, se considera como etiología más probable una

embolia de origen ateromatoso desde la válvula aórtica calcificada, en el contexto de enfermedad cardiovascular sistémica avanzada.

Comentario final

La embolia retiniana suele deberse a fuentes embolígenas proximales, como placas carotídeas, sin embargo, en este caso, la presencia de valvulopatía aórtica calcificada se plantea como foco probable de microémbolos, mecanismo descrito en la literatura, pero a menudo infradiagnosticado.

Este fenómeno se explica por la formación de microémbolos a partir de placas ateromatosas calcificadas en la válvula aórtica, que pueden obstruir ramas arteriales periféricas, como las de la retina. De hecho, en varias series de pacientes con eventos embólicos, se ha reportado que la presencia de valvulopatía aórtica calcificada aumenta el riesgo de embolia sistémica, incluyendo territorios como el retinal y cerebral.

Como conclusión, este caso destaca la importancia de considerar la valvulopatía aórtica calcificada como fuente potencial de embolia ocular. La pérdida visual súbita puede ser la primera manifestación de enfermedad valvular avanzada y obliga a una evaluación cardiovascular exhaustiva.

En primer lugar, es fundamental el control adecuado de la dislipemia y, si es primaria, como en este caso, se debe tratar de manera más agresiva, a menudo con combinaciones de estatinas, ezetimiba y otros agentes como los inhibidores de PCSK9, con el objetivo de reducir los niveles de lipoproteínas aterogénicas. Además, la anticoagulación o antiagregación deben ser evaluadas según la situación clínica del paciente, aunque la mayoría de los casos se manejan con antiagregantes (como aspirina o clopidogrel) si no existe fibrilación auricular o riesgo elevado de eventos tromboembólicos arteriales.

Bibliografía

1. *Aortic Valve Calcification and the Risk of Embolism: A Population-Based Study. Journal of the American College of Cardiology. 2011.*
2. *Retinal Artery Occlusion: A Review of Embolic Etiology and Pathogenesis. American Journal of Ophthalmology. 2007.*
3. *Mechanisms of Embolic Stroke in Aortic Valve Disease: Role of Calcification and Plaque. Circulation. 2006.*
4. *Calcified Aortic Valve Disease and Risk of Systemic Embolism. European Heart Journal. 2012.*
5. *Dagra A, Lucke-Wold B, McGrath K, Mehkri I, Mehkri Y, Davidson CG, et al. Central Retinal Artery Occlusion: A Review of Pathophysiological Features and Management. Stroke Vasc Interv Neurol. enero de 2024;4(1):e000977*

880/75. A PROPÓSITO DE UN CASO: PACIENTE MUJER DIAGNOSTICADA DE DISPLASIA FIBROMUSCULAR TRAS DOS EPISODIOS DE INFARTOS AGUDOS DE MIOCARDIO.

Autores:

MOHAMED AHMED, N.¹

Centro de Trabajo:

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

Resumen:

Descripción del caso

Paciente mujer de 67 años con antecedentes personales a destacar dislipemia y hipotiroidismo.

Presenta dos ingresos en unidad de cardiología.

Primer ingreso en enero de 2020 en unidad de Cardiología por IAMSEST Killip I con arterias coronarias de aspecto sano con imagen sugerente de hematoma intramural de arteria descendente anterior distal, sin cardiopatía estructural. Al alta se añadió ramipril al tratamiento habitual.

Segundo ingreso en septiembre de 2024 por IAMSEST Killip I con lesión coronaria compatible con disección de arteria circunfleja distal, con tratamiento conservador.

Exploración y pruebas complementarias

Peso 91kg, Talla 153cm, PA BD 138/69mmHg, BI 103/70mmHg, FC 75. Ausencia de soplos vasculares carotídeos. Auscultación cardíaca con tonos rítmicos sin soplos. Auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos. Pulsos pedios débiles pero presentes.

Coronariografía 2020: TCI sin lesiones. DA de aspecto sano con varias curvas afilamiento en la zona distal que podría corresponder con hematoma intramural con buen flujo distal. CX sin lesiones. CD sin lesiones.

Ecocardiografía transtorácica 2020: VI sin alteraciones segmentarias de la contractilidad. Función sistólica conservada.

Coronariografía 2024: enfermedad coronaria de 1 vaso, posible disección de arteria circunfleja distal.

Ecocardiografía transtorácica 2024: ventrículo izquierdo no dilatado sin alteraciones de la contractilidad segmentaria y fracción de eyección normal (FEVI 58%).

Electrocardiograma 2024: ritmo sinusal a 66 lpm, PR normal, QRS estrecho con eje eléctrico normal, transición en V3. Onda Q en III. Sin alteraciones de la repolarización.

Analítica 2024: glucosa 96, HbA1c 6%, urea 31, creat 0.7, FG 90.58 mg/dL, ácido úrico 4.6, PT 7.2, alb 4, bilirrubina 0.7, GOT 43, GPT 15, GGT 15, FA 75, CPK 280, LDH 310, Na 143, K 3.70, PCR 3.6, Colesterol total 143, HDL 67, LDL 64, TG 59, LpA 86.8, Apo B 55, TSH 5.60, BNP <10, TnI 50.9, Hb 13.4, VCM 88.9, leucocitos 5.940 con fórmula normal, plaquetas 189.000, TTPA 30.8s, INR 1.04, fibrinógeno 380.

Angiotac de aorta torácica y abdominal, así como de sus ramas. Reconstrucciones tridimensionales: Ambas arterias ilíacas externas presentan elongación considerable, y una morfología arrosariada, con dilataciones y estrechamientos alternantes. La aorta torácica y abdominal y el resto de sus ramas presentan una morfología normal. Resto de la exploración sin alteraciones significativas. Conclusión: los hallazgos son compatibles con displasia fibromuscular localizada en ambas arterias ilíacas externas.

Juicio clínico

Displasia fibromuscular con afectación coronaria y de ambas ilíacas externas.

Comentario final

La displasia fibromuscular es una enfermedad vascular idiopática, segmentaria no aterosclerótica ni inflamatoria que afecta a arterias de pequeño y mediano calibre que se manifiesta según el territorio arterial afectado. En el caso de la paciente presentada la manifestación ha tenido como resultado dos episodios de infartos agudos de miocardio. En primer lugar no se sospechó la patología, sin embargo ante un segundo episodio de infarto (o si hubiera tenido afectación de otro territorio) se comenzó a valorar en el diagnóstico diferencial. Por lo tanto, ante pacientes con afecciones de distintos territorios arteriales debería de realizarse despistaje de displasia fibromuscular.

Bibliografía

1. 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.* 2019 Apr;24(2):164-189.
2. Olin JW, et al. Diagnosis, management, and future developments of fibromuscular dysplasia. *J Vasc Surg.* 2011 Mar;53(3):826-836.

880/76. HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE Y ADENOMAS SUPRARRENALES RECURRENTES: UN CASO CON IMPLICACIONES GENÉTICAS.

Autores:

Astudillo Ortega, P.¹, Orti Cuerva, F.², Massé Palomo, A.³, León Jiménez, D.²

Centro de Trabajo:

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

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 67 años derivada a consultas de Riesgo Cardiovascular por hipertensión arterial (HTA) resistente (HTAR) con mal control de la presión arterial (PA) a pesar de quintupletapia con olmesartán 20mg/hidroclorotiazida 50mg 1 comprimido cada 24h, doxazosina retard 4mg/12h, nebivolol 5mg/24h y espironolactona 25mg/24h. No tenía hijos ni hermanos. En consulta refería cefaleas, sudoración y palpitaciones tras la suspensión de espironolactona.

A destacar entre sus antecedentes: HTA mal controlada con debut a los 40 años y suprarrenalectomía izquierda en el 2012 por sospecha de feocromocitoma, el cual no se confirmó y cuya pieza quirúrgica mostraba una anatomía

patológica de adenoma corticosuprarrenal; episodio en el 2024 de hipopotasemia grave (K 1,8 mEq/L) sintomática con alcalosis metabólica en contexto de preparación para colonoscopia con laxantes.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración por aparatos y sistemas sin hallazgos patológicos significativos.

- Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) de 24h: 99% ejecución, PA promedio 138/73 mmHg, PA sistólica >140 mmHg en el 42%, patrón non dipper y alta variabilidad de la PA.
- Analítica con función renal conservada, K 3,0 mEq/L; catecolaminas y metanefrinas urinarias seriadas normales. Cortisol matutino y cortisoluria de 24h normales; Aldosterona (ALD) 93 ng/dL; Renina directa 2 pg/mL; Ratio Aldosterona/Renina (ARR) 278 ng/mL (patológico > 20,6 ng/mL)
- Ecografía doppler renal con índices de resistencia normal sin estenosis significativa; Resonancia magnética de abdomen: engrosamiento pseudonodular derecho 30×11 mm con características adenomatosas.

Juicio clínico

Probable Hiperaldosteronismo primario (HAP) asociado a adenoma suprarrenal derecho en paciente con exéresis previa de adenoma suprarrenal izquierdo.

Comentario final

Tras optimización terapéutica con Espironolactona 100mg/24h y Olmesartam 20mg/24h se consiguió un buen control de la PA. En base al juicio clínico y los hallazgos en pruebas complementarias, se decidió realizar test de sobrecarga salina que mostraba niveles de ALD:25,8 ng/mL (no suprimida). Decidimos priorizar el manejo médico para el control del HAP debido a la exéresis previa de la suprarrenal izquierda y, añadido al debut precoz de la HTA en nuestra paciente, se solicitó el estudio genético hallándose una variante heterocigota missense en CACNA1D c.3038G>A p.Arg1013Gln clasificada de significado incierto.

Por todo ello, la paciente fue diagnosticada de Hiperaldosteronismo primario (HAP) secundario a adenoma suprarrenal derecho productor de aldosterona asociado a una mutación somática en CACNA1D, previamente clasificada de significado incierto.

En nuestro caso, la búsqueda de HTA secundaria era necesaria ante la presencia de HTAR. Sospechamos la presencia de HAP, presente en un 22% de las HTAR, guiados por el hallazgo de hipopotasemia y alcalosis metabólica, igualmente no siempre presentes en el HAP.1 Tras la realización del ARR, objetivamos datos compatibles con la presencia de una secreción excesiva de aldosterona, confirmada tras la ausencia de supresión con la sobrecarga salina. Por ello, se realizó una prueba de imagen con hallazgo de adenoma suprarrenal derecho, justificando un estudio de co-secreción de cortisol, que resultó negativo. Se consideró fútil la realización del cateterismo de venas suprarrenales debido a la suprarrenalectomía previa y motivó priorizar el manejo médico farmacológico para el control del HAP.

La presencia de dos adenomas productores de aldosterona metacrónicos apoyó la solicitud del estudio genético. El hallazgo de una alteración somática en CACNA1D, considerada previamente de significado incierto, aporta nueva evidencia científica sobre el conocimiento de las alteraciones genéticas que subyacen en el desarrollo del HAP.

Bibliografía

1. Araujo-Castro M, et al. Screening and diagnosis of primary aldosteronism. Consensus document of all the Spanish Societies involved in the management of primary aldosteronism. *Endocrine*. 2024;85(1):99-121.

880/77. SÍNDROME DE CUSHING OCULTO Y REBELDE

Autores:

Guerrero Gómez, M.¹, Mateo Máiquez, M.², Luque Linero, P.³, MESA DIAZ, A.⁴, CARMONA NIMO, E.³, Castilla Guerra, L.³

Centro de Trabajo:

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

Resumen:

Descripción del caso

Presentamos el caso de una mujer de 61 años con antecedentes de alergia a penicilina y AINEs, y exfumadora. Como enfermedades previas presentaba hipertensión arterial (HTA), obesidad grado II y esteatosis hepática grado III no alcohólica.

Acude a nuestro centro por mal control tensional pese a seis fármacos (previamente controlada con uno a dosis mínimas) e hiperglucemias >300 mg/dL sin diabetes previa de tres meses de evolución. Asociaba aumento del perímetro abdominal y debilidad muscular progresiva en los cuatro miembros, que llegó a impedir la deambulaci3n. Negaba fiebre, sudoraci3n nocturna u otros signos constitucionales.

Exploraci3n y pruebas complementarias

En la exploraci3n presentaba facies de luna llena, hiperpigmentaci3n cut3nea, obesidad troncular y giba de búfalo. Auscultaci3n card3aca normal; pulmonar con crepitantes bibasales. Abdomen normal, sin estr3as rojo vinosas, aunque con edema de pared. Debilidad muscular proximal de predominio en miembros inferiores, con edema con f3vea hasta ra3z.

Anal3ticamente destacaba hemoglobina 11.8 mg/dL, neutr3filos 7790/ μ L (90,8%), glucosa 256 mg/dL, LDH 720 mg/dL, GGT 298 U/L, GPT 65 U/L, FA 113 U/L y potasio 2,9 mEq/L. Perfil lip3dico con triglic3ridos 234 mg/dL, resto normal. Cortisol plasm3tico 91 μ g/dL, ACTH 600 pg/mL, TSH 0,11 μ UI/mL y T4L normal. Renina, aldosterona y parathormona normales. En orina de 24 horas: cortisol libre 5286 μ g/24 h, catecolaminas y metanefrinas normales. Eco-Doppler renal normal. Electroneuromiograma con patr3n miop3tico no inflamatorio severo.

Los datos orientaron a s3ndrome de Cushing ACTH dependiente por secreci3n ect3pica. El test de supresi3n fuerte con dexametasona no inhibi3 la ACTH. La RM craneal fue normal. La gammagraf3a con receptores de somatostatina no mostr3 focos patol3gicos. El Body-TAC revel3 dudoso n3dulo pulmonar parahiliar izquierdo de 10x15 mm no captante, ascitis, derrame pleural bilateral y peric3rdico, y gl3ndulas suprarrenales hipertr3ficas y edematizadas sin lesiones. El PET-TAC confirm3 la imagen nodular hipermetab3lica parahiliar izquierda (SUV 3,62) y otra de 9 mm en LSD pulmonar (SUV 2,9).

La biopsia de la lesi3n parahiliar izquierda confirm3 un tumor carcinoide at3pico. Durante el ingreso mantuvo mal control de tensi3n y glucemia, precisando insulina y tratamiento intravenoso. Se administr3 ketoconazol y posteriormente lanre3tido para bloquear la s3ntesis de cortisol, sin respuesta. Instauramos entonces Osilodrostat con excelente resultado: normalizaci3n de cortisol y ACTH, buen control tensional y gluc3mico que permiti3 desescalar tratamiento y resoluci3n de la descompensaci3n hidr3pica y la miopat3a corticoidea. Ante la imposibilidad de resecci3n, se opt3 por quimioterapia y radioterapia, manteniendo Osilodrostat para control del hipercortisolismo. Actualmente est3 bien controlada con losart3n/hidroclorotiazida y sin tratamiento hipoglucemiante.

Juicio cl3nico

S3ndrome de Cushing ACTH dependiente por secreci3n ect3pica secundaria a tumor carcinoide at3pico bronquial estadio IVB.

Comentario final

El s3ndrome de Cushing es causa conocida de aumento del riesgo cardiovascular, multiplicando hasta por cuatro la mortalidad cardiovascular durante su fase activa por un proceso ateroscler3tico m3s severo y acelerado. Habitualmente es refractario al control farmacol3gico de los factores de riesgo, por lo que el tratamiento etiol3gico es prioritario. Los tumores ect3picos productores de ACTH representan un 10% de los casos, siendo el carcinoide at3pico extremadamente infrecuente y dif3cil de diagnosticar por su peque3o tama3o y similitud inmunohistoqu3mica con otros tumores neuroendocrinos. Nuestro caso refleja ambos aspectos y ejemplifica la dificultad a3adida cuando la resecci3n del tumor no es posible, donde cl3sicamente la 3ltima opci3n de tratamiento era la adrenalectom3a bilateral (con sus implicaciones). La aparici3n de Osilodrostat, un nuevo f3rmaco inhibidor de la s3ntesis de cortisol, permite reducir el riesgo cardiovascular cuando no existen otras opciones terap3uticas o estas han fracasado.

Bibliograf3a

1. Giordano R, Picu A, Marinazzo E, D'Angelo V, Berardelli R, Karamouzis I, et al. Metabolic and cardiovascular outcomes in patients with Cushing's syndrome of different aetiologies during active disease and 1 year after remission. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2011;75(3):354-60.

880/79. MIRADA INTERRUMPIDA: CR3NICA DE UNA TROMBOSIS ANUNCIADA

Autores:

Mateo M3iquez, M.¹, Guerrero G3mez, M.², G3mez Rodr3guez, C.¹, Carmona Nimo, E.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er a3o de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, (2) Residente de 4º a3o de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, (3) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Resumen:**Descripción del caso**

Presentamos el caso de un varón de 65 años con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus tipo 2, dislipemia y claudicación intermitente no estudiada. Fumador activo de más de 60 paquetes/año. En tratamiento con empaglifozina 12.5/metformina 1000 mg, linagliptina 5 mg, rosuvastatina 20 mg, lansoprazol 30 mg, olmesartán 20/12.5 mg, ezetimibe 10 mg, AAS 100 mg y cilostazol 50 mg.

Acude a consulta de Oftalmología por disminución de la agudeza visual del ojo derecho (OD) de 2 meses de evolución. Se realizó fondo de ojo, con hallazgo de hemorragias puntiformes en hemiretina superior e inferior con vasos hialinizados y palidez papilar. En la OCT y angio-OCT evidenciaron signos de atrofia y desestructuración macular sin edema papilar. Establecieron el diagnóstico de isquemia ocular de causa desconocida, motivo por el cual fue derivado a medicina interna para estudio etiológico y control de factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

Exploración y pruebas complementarias

A nuestra exploración presentaba auscultación cardiopulmonar normal. En el miembro inferior derecho había signos de arteriopatía periférica, con pulso poplíteo disminuido y ausencia de pulso pedio, siendo el izquierdo normal. La exploración neurológica resultó normal.

Realizamos eco-doppler de troncos supraaórticos (TSA), con hallazgo de obstrucción completa de ACC-D y ACI-D. El estudio doppler del ojo derecho reveló ausencia de flujo en la arteria central de la retina (ACR) con flujo anti-drómico de la arteria oftálmica. El resto de TSA eran permeables y sin estenosis. Ampliamos estudio vascular con eco-doppler arterial de miembros inferiores, observándose estenosis crítica del tercio distal de AFS derecha con flujo débil (20 cm/s) y flujos distales atenuados desde arteria peronea hasta pedia con disminución de velocidad, patrón monofásico y aumento de la diástole. En miembro inferior izquierdo objetivamos estenosis severa de arteria ilíaca común con importante repercusión hemodinámica distal.

Ante estos hallazgos ampliamos estudio con TAC craneal, donde se evidenció dilatación del sistema ventricular, leucoaraiosis periventricular y atrofia cerebral, sugestiva de encefalopatía isquémica crónica. En angio-TAC de cráneo y TSA confirmamos obliteración completa de ACC y ACI derechas desde segmento proximal con ausencia de flujo extensible a ACE, presentando adecuada permeabilidad del resto de arterias.

Juicio clínico

Ateromatosis severa carotídea con oclusión de arteria carótida común derecha.

Isquemia ocular de ojo derecho.

Enfermedad arterial periférica severa con estenosis crítica de arteria femoral superficial derecha y estenosis severa de arteria ilíaca común izquierda.

Comentario final

La isquemia ocular se debe a una hipoperfusión ocular mantenida. Es un evento vascular equivalente a un ictus, con gran relevancia clínica. Su incidencia aproximada es de 7,5 casos por millón cada año, y un alto grado de infra-diagnóstico. Está estrechamente relacionada con la arteriosclerosis carotídea, objetivándose una estenosis >70% al diagnóstico en hasta el 40% de casos. Entre sus causas principales se incluyen la trombosis de la arteria o de la vena central de la retina, vasculitis y disección carotídea. La oclusión completa de la ACI suele acompañarse de síntomas neurológicos focales, aunque a veces la isquemia ocular con pérdida de visión es la única manifestación, como en nuestro caso. Un alto índice de sospecha y diagnóstico precoz son esenciales para un estricto control de los FRCV y la prevención de eventos mayores, con gran impacto pronóstico. En el tratamiento de la estenosis carotídea con oclusión del 100%, la angioplastia y la endarterectomía presentan elevada tasa de complicaciones y escasa evidencia de beneficio, por lo que su uso es limitado. En estos casos, la cirugía con by-pass desde arteria temporal superficial hacia ACM puede plantearse, aunque no ha mostrado eficacia en reducir la incidencia de ACV ni recuperación de la visión, siendo todavía un terreno controvertido.

Bibliografía

1. Garcés Fernández A, Santana Alas E, Alemañy Rubio E. Síndrome isquémico ocular. *Rev Cubana Oftalmol.* 2010;23(sup 2):856-68.

880/80. SÍNCOPE DE ORIGEN VASCULAR CENTRAL: UN ICTUS QUE TERMINÓ EN TEP.

Autores:

Moyano Moreno, C.¹, Peregrina Rivas, J.², Moreno Verdejo, F.²

Centro de Trabajo:

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

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 85 años, hipertenso y dislipémico, recientemente dado de alta tras un ictus isquémico en la arteria cerebral media derecha con afectación insular, sin causa cardioembólica identificada tras estudio completo (Holter 72 h, ecocardiograma, angio-TC de troncos supraaórticos). Quedó con disfagia neurógena y hemiparesia residual.

Pocos días tras el alta, inicia síncope ortostáticos de nueva aparición, con descensos marcados de la presión arterial al incorporarse, lo que condiciona una inmovilidad progresiva. En este contexto, presenta disnea súbita y pérdida de conciencia. Mediante angio-TC de tórax se diagnostica un tromboembolismo pulmonar (TEP) segmentario bilateral y queda ingresado en planta de Medicina Interna.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: presión arterial de 160/70 mmHg en decúbito, pasando a 90/50 mmHg en sedestación, sin soplos carotídeos ni hallazgos en la auscultación cardiorrespiratoria.

Analítica: elevación mantenida de reactantes de fase aguda, perfil de autoinmunidad negativo.

Electrocardiograma y ecocardiograma: sin alteraciones significativas.

PET-TC: sin hallazgos sugestivos de neoplasia ni inflamación sistémica, captación de ambas bases pulmonares sugerente de neumonitis aspirativa.

Resonancia magnética cerebral: leucoencefalopatía isquémica crónica e infartos lacunares bitalámicos.

DaTSCAN: captación dopaminérgica disminuida en núcleo estriado derecho.

Juicio clínico

La aparición de disautonomía ortostática tras un ictus insular, en un paciente con afectación microvascular cerebral avanzada, sugiere una disfunción autonómica central secundaria a daño vascular.

El diagnóstico diferencial incluyó síncope cardiogénico, disautonomía primaria (como la atrofia multisistémica), enfermedad de Parkinson y efectos adversos de fármacos hipotensores.

La combinación de ictus de perfil embólico sin fuente identificada, reactantes inflamatorios persistentemente elevados y un tromboembolismo pulmonar, motivó la solicitud de un PET-TC para descartar una neoplasia oculta o vasculitis sistémica como origen del estado protrombótico. El resultado fue negativo.

La ausencia de temblor de reposo, el patrón unilateral del DaTSCAN y la correlación temporal y topográfica entre la lesión insular y el inicio de la clínica, permitieron establecer el diagnóstico de parkinsonismo vascular con disautonomía secundaria.

Comentario final

La disautonomía vascular central debe sospecharse ante hipotensión ortostática de inicio súbito tras ictus en regiones insulares o talámicas, especialmente en pacientes con factores de riesgo cardiovascular acumulados. Este cuadro clínico pone de manifiesto la relevancia del riesgo vascular como determinante patogénico en el parkinsonismo vascular y la disautonomía secundaria de origen central. La coexistencia de hipertensión arterial, dislipemia y microangiopatía cerebral previa configura un fenotipo de fragilidad vascular que favorece tanto la progresión del daño isquémico como la disfunción de los circuitos autonómicos.

El parkinsonismo vascular, aunque menos frecuente, puede simular enfermedades neurodegenerativas primarias. La distinción mediante neuroimagen funcional (DaTSCAN), combinada con una adecuada interpretación topográfica y temporal, es clave para evitar tratamientos inapropiados y centrar la intervención en lo modificable: el riesgo vascular. En este contexto, el abordaje clínico debe incorporar una estrategia integral de prevención secundaria, orientada al control óptimo de los factores de riesgo vascular y la rehabilitación funcional precoz. Dichas medidas, además de reducir la recurrencia de eventos cerebrovasculares y tromboembólicos, pueden modular la evolución del deterioro motor y autonómico, con impacto directo sobre la autonomía y la calidad de vida del paciente.

Bibliografía

1. Udagedara T, Pienaar IS, Schapira AHV. Vascular parkinsonism: a review on management updates. *Ann Indian Acad Neurol.* 2019;22(3):391-400.
2. Sakuramoto H, et al. Vascular parkinsonism showing dopamine transporter. *J Neurol Sci.* 2024.
3. George P, Roushdy T, Fathy M, et al. Clinical and neuroimaging differences between vascular parkinsonism and Parkinson's disease: a case-control study. *BMC Neurol.* 2024;24:56.

880/81. HIPERTENSIÓN ARTERIAL RENOVASCULAR EN LA INFANCIA: UN RETO DIAGNÓSTICO EN LA TRANSICIÓN A LA EDAD ADULTA.

Autores:

Astudillo Ortega, P¹, Helices Collins, A.², Luque Caraballo, L.³, Beltrán Romero, L.⁴

Centro de Trabajo:

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

Resumen:**Descripción del caso**

Varón de 20 años, sin antecedentes familiares de interés. Debut de hipertensión arterial (HTA) de causa renovascular (HTARV) a los 2 años de edad, secundario a una estenosis crítica del 95 % de una arteria renal derecha (ARD) doble, asociada a un riñón derecho (RD) con nefroangioesclerosis y nefromegalia compensadora del riñón izquierdo (RI). Se realizó un bypass aorto-renal con injerto venoso sobre la estenosis arterial renal (EAR), tras fracaso previo de la angioplastia. A pesar de la corrección quirúrgica, el paciente presentaba HTA resistente, lográndose, finalmente, un adecuado control de la presión arterial (PA) mediante tratamiento farmacológico, que pudo suspenderse a los 13 años. A los 18 años, acudió a consultas de riesgo cardiovascular por cefaleas y mal control de la PA.

Exploración y pruebas complementarias

La exploración física por aparatos y sistemas no mostró hallazgos patológicos relevantes. Durante el seguimiento, la realización de angio-resonancia magnética (angio-RMN), comparadas con pruebas de imagen previas, reveló el desarrollo de un flujo filiforme en la arteria renal derecha (ARD) con atrofia progresiva del riñón derecho (RD), sin que pudiera observarse el bypass con injerto venoso realizado en la infancia. La monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) de 24 horas confirmó la reaparición de HTA, con PA promedio de 138/88 mmHg y patrón no dipper, motivo por el cual se inició un nuevo estudio dirigido a descartar causas secundarias.

Juicio clínico

HTA precoz de probable causa renovascular asociada a falta de adecuación del injerto venoso al crecimiento corporal.

Comentario final

Inicialmente, se solicitó un renograma funcional con MAG-3, que mostró una captación relativa del 15,3% en el RD, sin deterioro significativo de la funcional renal tras la administración de captopril. Asimismo, la ecografía doppler renal mostró hallazgos similares a estudios previos. La función renal era normal, sin alteraciones del sedimento urinario. Por todo ello, se consensuó realizar manejo conservador mediante tratamiento farmacológico, logrando un control adecuado de la PA con Amlodipino 5mg/24h en monoterapia.

En este caso persisten dudas razonables acerca de si la reaparición de la hipertensión arterial se debe a una HTA esencial en un adulto joven con antecedentes de HTA secundaria durante la infancia o es debido a la presencia de HTARV por pseudoestenosis adquirida, es decir, a una desproporción en el crecimiento del injerto vascular respecto al desarrollo corporal.

En el algoritmo diagnóstico destaca el papel del renograma funcional con captopril el cual valora, mediante la valoración de la captación o eliminación del radiofármaco, la capacidad compensadora de la arteriola eferente del riñón estenótico. Dicha prueba adquiere especial relevancia en la evaluación de la función renal durante el seguimiento y antes de plantear un manejo quirúrgico, permitiendo establecer si existe dependencia hemodinámica del riñón afecto.

El manejo terapéutico de la EAR en la infancia es complejo. La revascularización mediante angioplastia percutánea o la revascularización quirúrgica están indicadas en casos seleccionados, especialmente si existe estenosis

crítica, refractariedad al tratamiento médico o lesión de órgano diana. En caso de fallo terapéutico o anatomía desfavorable, la cirugía se considera una alternativa eficaz, estando indicada la realización de un bypass aorto-renal en casos de atrofia renal con HTARV no controlada.

Este caso clínico pone de relieve los retos diagnósticos y terapéuticos de la HTARV y la EAR en la infancia, subrayando la importancia de un seguimiento clínico estrecho y la pertinencia de una actitud individualizada basada en pruebas funcionales más allá de la valoración de las alteraciones anatómicas en pruebas de imagen de forma aislada.

Bibliografía

1. Safouh H, Sobh DM, Alazemi MH, Shawky AM, Elshamaa MF. Renovascular hypertension in children: a comprehensive update. *Pediatr Nephrol.* 2023;38(4):1105–26.
2. López-Gutiérrez ML, et al. Renovascular hypertension in pediatric patients: update on diagnosis and management. *Pediatr Nephrol.* 2021;36(11):3853–68.

880/82. MIRADA INTERRUMPIDA: CRÓNICA DE UNA TROMBOSIS ANUNCIADA

Autores:

Mateo Máiquez, M.¹, Guerrero Gómez, M.², Gómez Rodríguez, C.¹, Carmona Nimo, E.³

Centro de Trabajo:

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

Resumen:

Descripción del caso

Presentamos el caso de un varón de 65 años con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus tipo 2, dislipemia y claudicación intermitente no estudiada. Fumador activo de más de 60 paquetes/año. En tratamiento con empaglifozina 12.5/metformina 1000 mg, linagliptina 5 mg, rosuvastatina 20 mg, lansoprazol 30 mg, olmesartán 20/12.5 mg, ezetimibe 10 mg, AAS 100 mg y cilostazol 50 mg.

Acude a consulta de Oftalmología por disminución de la agudeza visual del ojo derecho (OD) de 2 meses de evolución. Se realizó fondo de ojo, con hallazgo de hemorragias puntiformes en hemiretina superior e inferior con vasos hialinizados y palidez papilar. En la OCT y angio-OCT evidenciaron signos de atrofia y desestructuración macular sin edema papilar. Establecieron el diagnóstico de isquemia ocular de causa desconocida, motivo por el cual fue derivado a medicina interna para estudio etiológico y control de factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

Exploración y pruebas complementarias

A nuestra exploración presentaba auscultación cardiopulmonar normal. En miembro inferior derecho había signos de arteriopatía periférica, con pulso poplíteo disminuido y ausencia de pulso pedio, siendo el izquierdo normal. La exploración neurológica resultó normal.

Realizamos eco-doppler de troncos supraaórticos (TSA), con hallazgo de obstrucción completa de ACC-D y ACI-D. El estudio doppler del ojo derecho reveló ausencia de flujo en la arteria central de la retina (ACR) con flujo antidrómico de la arteria oftálmica. El resto de TSA eran permeables y sin estenosis. Ampliamos estudio vascular con eco-doppler arterial de miembros inferiores, observándose estenosis crítica del tercio distal de AFS derecha con flujo muy débil (20 cm/s) y flujos distales atenuados desde arteria peronea hasta pedia con disminución de velocidad, patrón monofásico y aumento de la diástole. En miembro inferior izquierdo objetivamos estenosis severa de arteria ilíaca común con importante repercusión hemodinámica distal.

Ante estos hallazgos ampliamos estudio con TAC craneal, donde se evidenció dilatación del sistema ventricular, leucoaraiosis periventricular y atrofia cerebral, sugestiva de encefalopatía isquémica crónica. En angio-TAC de cráneo y TSA confirmamos obliteración completa de ACC y ACI derechas desde segmento proximal con ausencia de flujo extensible a ACE, presentando adecuada permeabilidad del resto de arterias.

Juicio clínico

Ateromatosis severa carotídea con oclusión de arteria carótida común derecha.

Isquemia ocular de ojo derecho.

Enfermedad arterial periférica severa con estenosis crítica de arteria femoral superficial derecha y estenosis severa de arteria ilíaca común izquierda.

Comentario final

La isquemia ocular se debe a una hipoperfusión ocular mantenida. Es un evento vascular equivalente a un ictus, con gran relevancia clínica. Su incidencia aproximada es de 7,5 casos por millón cada año y un alto grado de infra-diagnóstico. Está estrechamente relacionada con la arteriosclerosis carotídea, objetivándose una estenosis >70% al diagnóstico en hasta el 40% de casos. Entre sus causas principales se incluyen la trombosis de la arteria o de la vena central de la retina, vasculitis y disección carotídea. La oclusión completa de la ACI suele acompañarse de síntomas neurológicos focales, aunque a veces la isquemia ocular con pérdida de visión es la única manifestación, como en nuestro caso. Un alto índice de sospecha y diagnóstico precoz son esenciales para un estricto control de los FRCV y la prevención de eventos mayores, con gran impacto pronóstico. En el tratamiento de la estenosis carotídea con oclusión del 100%, la angioplastia y la endarterectomía presentan elevada tasa de complicaciones y escasa evidencia de beneficio, por lo que su uso es limitado. En estos casos, la cirugía con by-pass desde arteria temporal superficial hacia ACM puede plantearse, aunque no ha mostrado eficacia en reducir la incidencia de ACV ni recuperación de la visión, siendo todavía un terreno controvertido.

Bibliografía

1. Garcés Fernández A, Santana Alas E, Alemañy Rubio E. Síndrome isquémico ocular. *Rev Cubana Oftalmol.* 2010;23(sup 2):856-68.

880/83. DIFERENCIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL ENTRE AMBOS BRAZOS EN PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y RIESGO CARDIOVASCULAR: RESULTADOS INICIALES ESTUDIO DIPAPA.

Autores:

Ortega Marlasca, M.¹, Novalbos Ruiz, J.²

Centro de Trabajo:

(1) Médico Especialista en Familia y Comunidad. Centro de Salud Jerez Sur. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Médico Especialista en Familia y Comunidad. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Resumen:**Introducción**

La detección de una diferencia significativa en la presión arterial (DPA) entre ambos brazos se considera actualmente un parámetro relevante en la valoración del riesgo vascular. Las guías europeas de hipertensión arterial recomiendan su análisis rutinario, dada la posible implicación diagnóstica y pronóstica en la identificación de hipertensión y riesgo cardiovascular.

Objetivos

- Determinar la frecuencia de pacientes con diferencias significativas de presión arterial (≥ 10 mmHg sistólica y/o diastólica) entre brazos en consulta de Atención Primaria, y analizar su asociación con otros factores de riesgo cardiovascular.
- Analizar la existencia de anomalías estructurales supra-aórticas en pacientes con diferencias significativas confirmadas mediante Doppler vascular.
- Estimar el porcentaje de casos infradiagnosticados de hipertensión arterial por toma de presión en el brazo no dominante.
- Identificar pacientes hipertensos previamente no diagnosticados o con mal control tensional.

Métodos

Estudio descriptivo, observacional y transversal sobre una muestra representativa de pacientes adultos (40-90 años) atendidos en consultas de Atención Primaria del Centro de Salud Jerez Sur, tanto en atención no programada como programada. Se realizaron mediciones automatizadas y sincrónicas de presión arterial en ambos brazos, siguiendo las recomendaciones de las guías clínicas actuales. En casos con diferencia ≥ 10 mmHg, se repitió la valoración a las dos semanas. Si se confirmaba la diferencia, se ofertó ecografía Doppler de troncos supra-aórticos. La edad de inclusión y el tamaño muestral mínimo (1196 pacientes) fueron establecidos conforme criterios epidemiológicos y cálculo de precisión (EPIDAT), tomando como referencia una estimación de prevalencia del 11.2% en población hipertensa adulta.

Resultados

Se realizaron 437 valoraciones en 396 pacientes. Existen DPA sistólicas ≥ 5 y ≥ 10 mmHg en el 41,8% y el 10,35% de los pacientes respectivamente. La prevalencia de DPA diastólicas fue aproximadamente la mitad (20,6% y 4,8%). 41 pacientes requirieron una segunda valoración por diferencia en presión arterial ≥ 10 mmHg, y en 17 de ellos (4,29%) se confirmó dicha diferencia en la segunda valoración, procediéndose a estudio Doppler vascular; dos pacientes rechazaron la prueba. El 6,06% de los pacientes presentaron diferencias que no se confirmaron en la segunda valoración. Ningún paciente valorado mediante ecografía presentó lesiones arteriales significativas, observándose únicamente alteraciones estenóticas leves que no requirieron intervención especializada.

Aproximadamente, un 55% de los diestros presentaron mayores cifras de PAS en el brazo no dominante. En el caso de los zurdos, solo el 58,8% presenta mayores cifras de presión arterial en el brazo izquierdo.

El riesgo cardiovascular medio de los pacientes con DPA sistólica ≥ 10 mmHg fue de 10,85 y de 13,05 en los pacientes con DPA diastólica ≥ 10 mmHg, frente a los 8,5 de los pacientes sin DPA entre ambos brazos.

Conclusiones

La frecuencia de diferencia significativa de presión arterial bilateral confirmada en AP es baja, y la prevalencia de lesiones detectables mediante ecografía Doppler es nula en esta muestra inicial. El hallazgo de diferencias no confirmadas tras segunda valoración subraya la importancia de la repetición de medidas para evitar falsos positivos. El estudio contribuye a optimizar el abordaje diagnóstico en AP, resaltando la utilidad de la medición bilateral, aunque la tasa de detección de patología vascular relevante resulta baja en esta población.

880/84. CUANDO LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL TIENE APELLIDO: BUSCANDO LAS CAUSAS SECUNDARIAS.

Autores:

Sánchez Rodríguez, L.¹, Moyano Moreno, C.², Aomar Millán, I.³

Centro de Trabajo:

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

Resumen:

Descripción del caso

Presentamos el caso de una paciente de 47 años, con antecedente de hipertensión arterial de 15 años de evolución no estudiada previamente, en tratamiento con clortalidona y amlodipino. La paciente presenta un episodio brusco de cefalea bitemporal y palpitaciones. Acude a Urgencias y se objetivan cifras tensionales de 223/137 milímetros de mercurio (mmHg). Tras evaluación, se descarta afectación del parénquima cerebral y alteraciones analíticas. Tras normalización de cifras tensionales se deriva a la consulta de Riesgo Vascular para estudio.

Exploración y pruebas complementarias

Una vez en consulta, para el estudio de las causas secundarias de hipertensión, se solicitaron estudios analíticos completos destacando únicamente un colesterol total de 221 miligramos/decilitro (mg/dL), colesterol LDL (low-density lipoprotein, lipoproteína de baja densidad) de 147 mg/dL y lipoproteína A elevada. Ni la ecocardiografía transtorácica ni el electrocardiograma mostraron alteraciones. Se realizó un angiotomografía computarizada (angio-TC) abdominal donde se objetivó una disección de aorta infrarrenal y una estenosis del 40% en la arteria renal izquierda. Tras la valoración por Cirugía Vascular, se decidió de forma conjunta realizar un manejo conservador con betabloqueantes y estatinas con normalización de cifras tensionales y perfil lipídico en las siguientes consultas de revisión.

Juicio clínico

Disección de aorta infrarrenal como complicación de HTA no controlada y estenosis de arteria renal en paciente joven. Este caso supone un reto diagnóstico en tanto que, una mujer joven sin antecedentes salvo una hipertensión arterial es derivada a nuestra consulta por una urgencia hipertensiva y en el estudio para el diagnóstico diferencial de las causas secundarias de hipertensión arterial se descubre una disección de aorta infrarrenal; una patología potencialmente mortal que puede estabilizarse con un control adecuado de los factores de riesgo vascular.

Comentario final

El porcentaje de hipertensión secundaria en adultos se estima entre el 5 y 10% de todos los casos de hipertensión; sin embargo en adultos jóvenes la prevalencia puede alcanzar hasta el 30%. Debe sospecharse en pacientes con

hipertensión de inicio temprano (menores de 40 años), resistente al tratamiento o con hallazgos clínicos sugestivos de una causa subyacente. El despistaje de causas secundarias debe realizarse mediante una evaluación minuciosa y pruebas complementarias pertinentes. En nuestro caso este abordaje resulta esencial, ya que las causas más frecuentes de disección de aorta infrarrenal son la hipertensión, la arteriosclerosis y la dislipemia, siendo además elementos determinantes en su progresión y riesgo de complicaciones asociadas. Las causas más frecuentes de HTA secundaria son la renovascular, hiperaldosteronismo primario, apnea obstructiva del sueño, feocromocitoma y enfermedad tiroidea. [1] El tratamiento fundamental en pacientes con HTA y disección aórtica infrarrenal no complicada es el control estricto de la presión arterial y la frecuencia cardíaca para reducir el estrés sobre la pared aórtica, con objetivos de presión arterial sistólica entre 100-120 mmHg y frecuencia cardíaca entre 60-100 mmHg.[2] En conclusión, este caso pone de manifiesto la importancia de un enfoque diagnóstico y terapéutico adecuado ante la hipertensión arterial secundaria, especialmente relevante en la formación del residente de Medicina Interna. La identificación precoz de una causa secundaria permite prevenir complicaciones graves derivadas de un control tensional ineficaz.

Bibliografía

1. Jones DW, Ferdinand KC, Taler SJ, et al. 2025 AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/SGIM Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2025;S0735-1097(25)06480-0. doi:10.1016/j.jacc.
2. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2018;71(19):e127-e248. doi:10.1016/j.jacc.2017.11.006.

880/85. CUANTIFICACION DE LA LIPOPROTEINA-A EN EL AREA SANITARIA DE JEREZ DE LA FRONTERA EN EL PERIODO 2018-2025

Autores:

Ortega Marlasca, M.¹, Carrasco Fernandez, C.², Novalbos Ruiz, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Médico Especialista en Familia y Comunidad. Centro de Salud Jerez Sur. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Farmacéutica. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera. Cádiz, (3) Médico Especialista en Familia y Comunidad. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Resumen:

Introducción

La cuantificación de Lipoproteína(a) (LPA) ha cobrado creciente relevancia como marcador de riesgo vascular, después de décadas de infratilización desde su descubrimiento en 1963. Evidencias recientes subrayan su utilidad en la estratificación del riesgo cardiovascular y la toma de decisiones clínicas, incluso en personas aparentemente sanas.

Objetivos

- Analizar la evolución temporal de las determinaciones de LPA realizadas en el laboratorio de referencia del Hospital de Jerez desde 2018.
- Evaluar la posible distribución estacional en la frecuencia mensual de solicitudes de LPA.
- Conocer la frecuencia de las solicitudes de determinación de LPA según su procedencia: Atención Primaria, consultas externas hospitalarias y unidades de hospitalización.
- Determinar la frecuencia de distribución de los resultados analíticos de LPA en los rangos <50 mg/dL, 50-100 mg/dL y >100 mg/dL, como indicador proxy del perfil de riesgo de los pacientes y adecuación de las peticiones.

Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo basado en el análisis de solicitudes y resultados de LPA recopilados en la base de datos del Servicio de Laboratorio del Hospital de Jerez.

Resultados

Entre el 19/09/2018 y el 18/07/2025 se recibieron 21.804 solicitudes de perfil lipídico especializado, de las cuales se obtuvieron 17.632 determinaciones de LPA (80,86%). Se observa un incremento progresivo en el volumen de peti-

ciones: desde 326 solicitudes en 2018 hasta 3.251 en 2024, sumando ya 2.077 en los primeros siete meses de 2025. El mes con mayor acumulación histórica es mayo (11,36%), seguido de noviembre (10,43%).

Respecto a la procedencia, la mayoría de solicitudes provienen de consultas externas (61,66%), seguidas por hospitalización (27,24%) y Atención Primaria (9,99%), con un 1,11% no identificado. Es destacable la concentración de solicitudes en un reducido grupo de profesionales: cinco médicos de Atención Primaria generan el 50% de las solicitudes en ese nivel (con 16,5% no identificadas); en consultas externas, ocho facultativos suman la mitad de las peticiones (5,8% no identificadas); en hospitalización, diez médicos agrupan el 50% del total, sin casos no identificados.

La distribución de los resultados de LPA fue: el 59,6% registró valores <50 mg/dL; el 14,5% entre 50–100 mg/dL; y el 6,7% valores ≥100 mg/dL.

Conclusiones

Se identifica un incremento sostenido en las solicitudes de LPA durante el periodo analizado, con un repunte notable en 2023 y el máximo histórico en 2024. Atendiendo a la tendencia temporal de la serie, se prevé que 2025 supere las cifras anteriores. Además, los resultados muestran una tendencia descendente en la proporción de niveles bajos y medios de LPA, mientras que los valores elevados (>100 mg/dL) han aumentado en términos relativos, lo que puede reflejar cambios en el perfil de riesgo de la población analizada y resalta la importancia clínica de la LPA en la práctica asistencial.

880/86. HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE: LA PUNTA DEL ICEBERG

Autores:

Guerrero Gómez, M.¹, Mateo Máiquez, M.², Luque Linero, P.³, MESA DIAZ, A.⁴, Carmona Nimo, E.³, Castilla Guerra, L.³

Centro de Trabajo:

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

Resumen:

Descripción del caso

Presentamos el caso de una mujer de 61 años con antecedentes de alergia a penicilina y AINEs, y exfumadora. Como enfermedades previas presentaba hipertensión arterial, obesidad grado II y esteatosis hepática grado III no alcohólica. Acude a nuestro centro por mal control tensional pese a seis fármacos (previamente controlada con uno a dosis mínimas) e hiperglucemias >300 mg/dL sin diabetes previa de tres meses de evolución. Asociaba aumento del perímetro abdominal y debilidad muscular progresiva en los cuatro miembros, que llegó a impedir la deambulación. Negaba fiebre, sudoración nocturna u otros signos constitucionales.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración presentaba facies de luna llena, hiperpigmentación cutánea, obesidad troncular y giba de búfalo. Auscultación cardíaca normal; pulmonar con crepitantes bibasales. Abdomen normal, aunque con edema de pared. Debilidad muscular proximal de predominio en miembros inferiores, con edema con fovea hasta raíz. Analíticamente destacaba hemoglobina 11.8 mg/dL, neutrófilos 7790/μL (90,8%), glucosa 256 mg/dL, LDH 720 mg/dL, GGT 298 U/L, GPT 65 U/L, FA 113 U/L y potasio 2,9 mEq/L. Perfil lipídico con triglicéridos 234 mg/dL, resto normal. Cortisol plasmático 91 μg/dL, ACTH 600 pg/mL, TSH 0,11 μUI/mL y T4L normal. Renina, aldosterona y parathormona normales. En orina de 24 horas: cortisol libre 5286 μg/24 h, catecolaminas y metanefrinas normales. Eco-Doppler renal normal. Electroneuromiograma con patrón miopático no inflamatorio severo. El test de supresión fuerte con dexametasona no inhibió la ACTH. Los datos orientaron a síndrome de Cushing ACTH dependiente por secreción ectópica. La RM craneal fue normal. La gammagrafía con receptores de somatostatina no mostró focos patológicos. El Body-TAC reveló dudoso nódulo pulmonar parahiliar izquierdo de 10x15 mm no captante, datos de descompensación hídrica grave y glándulas suprarrenales hipertróficas y edematizadas sin lesiones. El PET-TAC confirmó la imagen nodular hipermetabólica parahiliar izquierda (SUV 3,62) y otra de 9 mm en LSD pulmonar (SUV 2,9). La biopsia de la lesión parahiliar izquierda reveló un tumor carcinoide atípico.

Juicio clínico

Síndrome de Cushing ACTH dependiente por secreción ectópica secundaria a tumor carcinoide atípico bronquial estadio IVB.

Comentario final

Durante el ingreso la paciente mantuvo mal control de tensión arterial y glucemias, precisando insulina y tratamiento intravenoso intensivo. Ensayamos con ketoconazol y posteriormente lanreótido para bloquear la síntesis de cortisol, sin respuesta. Instauramos entonces Osilodrostat con excelente resultado: normalización de cortisol y ACTH, buen control tensional y glucémico que permitió desescalar tratamiento y resolución de la descompensación hidrópica y la miopatía corticoidea. Ante la imposibilidad de resección, se optó por quimioterapia y radioterapia, manteniendo Osilodrostat para control del hipercortisolismo. Actualmente está bien controlada con losartán/hidroclorotiazida y sin antidiabéticos. El síndrome de Cushing es causa conocida de aumento del riesgo cardiovascular, multiplicando hasta por cuatro la mortalidad cardiovascular durante su fase activa por un proceso aterosclerótico más severo y acelerado. Habitualmente es refractario al control farmacológico de los factores de riesgo, por lo que el tratamiento etiológico es prioritario. Los tumores ectópicos productores de ACTH representan un 10% de los casos, siendo el carcinóide atípico extremadamente infrecuente y difícil de diagnosticar por su pequeño tamaño y similitud inmunohistoquímica con otros tumores neuroendocrinos. Nuestro caso refleja ambos aspectos y ejemplifica la dificultad añadida cuando la resección del tumor no es posible, donde clásicamente la última opción de tratamiento era la adrenalectomía bilateral (con sus implicaciones). La aparición de Osilodrostat, un nuevo fármaco inhibidor de la síntesis de cortisol, permite reducir el riesgo cardiovascular cuando no existen otras opciones terapéuticas o estas han fracasado.

Bibliografía

1. Giordano R, Picu A, Marinazzo E, D'Angelo V, Berardelli R, Karamouzis I, et al. Metabolic and cardiovascular outcomes in patients with Cushing's syndrome of different aetiologies during active disease and 1 year after remission. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2011;75(3):354–60.

880/87. EVALUACIÓN DE HIPERTENSIÓN EN ADULTO JOVEN: UN HALLAZGO DOPPLER INESPERADO

Autores:

Jiménez García, M.¹, Padillo Oliva, M.¹, Villanueva Rodríguez, P.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 3er año de Medicina Interna. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera. Cádiz, (2) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera. Cádiz

Resumen:**Descripción del caso**

Hombre de 22 años remitido a la consulta de Factores de Riesgo Cardiovascular por hipertensión arterial (HTA) de cinco meses de evolución. No presentaba antecedentes personales ni familiares relevantes. Refería episodios de crisis hipertensivas de hasta 160/110 mmHg acompañadas de cefalea occipital, por lo que su médico de atención primaria inició tratamiento con enalapril 5 mg/12 horas.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración física no se objetivaron hallazgos patológicos relevantes, con presión arterial controlada en consulta e índice de masa corporal de 29 kg/m². Ante la edad y la ausencia de comorbilidades se orientó el estudio hacia una posible HTA secundaria.

El estudio analítico mostró función renal conservada (creatinina 0,78 mg/dL) sin microalbuminuria ni alteraciones electrolíticas (Na 140 mEq/L, K 4,4 mEq/L). El perfil lipídico reveló colesterol total 183 mg/dL, LDL 130 mg/dL, HDL 38 mg/dL, triglicéridos 73 mg/dL y lipoproteína(a) 38,3 mg/dL. La función tiroidea, el eje corticotropo (ACTH y cortisol) y las catecolaminas en orina de 24 h se encontraban dentro de los rangos de normalidad.

En la ecografía Doppler renal inicial se observó un incremento del flujo diastólico bilateral en arterias renales intra y extrarrenales, con descenso de los índices de resistencia, hallazgo sugestivo de alteración hemodinámica renal. Ante este hallazgo, se suspendió el enalapril y se inició tratamiento con doxazosina 4 mg/24 h.

La ecocardiografía transtorácica mostró hipertrofia ventricular izquierda ligera con función sistólica y diastólica preservadas. Y el registro ambulatorio de presión arterial (MAPA) evidenció lecturas válidas en el 95 % de las mediciones, con presión arterial media diurna de 121/78 mmHg y nocturna de 117/78 mmHg, con una reducción nocturna del 2,75 %.

Tras la suspensión del IECAs, se volvió a reevaluar con ecografía Doppler renal de control demostrando la normalización de la morfología de las ondas de flujo, con adecuada aceleración pico-sistólica e índices de resistencia dentro de los límites normales (0,55–0,57), sin signos indirectos de estenosis de arterias renales.

Juicio clínico

- Sospecha inicial de hipertensión secundaria por posible estenosis bilateral de arterias renales, descartada tras la suspensión de IECAs.
- Probable pseudoestenosis renal funcional inducida por inhibición del sistema renina-angiotensina.

Comentario final

La hipertensión arterial en pacientes jóvenes requiere una evaluación exhaustiva orientada a descartar causas secundarias, en especial de origen renovascular y endocrino. Los inhibidores del sistema renina-angiotensina (IECA o ARA-II) actúan reduciendo la vasoconstricción de la arteriola eferente y disminuyendo la presión de filtración glomerular. Esta alteración puede simular una estenosis arterial renal bilateral, especialmente en pacientes jóvenes sin enfermedad aterosclerótica subyacente. La suspensión del fármaco permite la reversibilidad del patrón hemodinámico, confirmando el carácter funcional y no estructural de la alteración. En este contexto, la interpretación de los estudios de imagen deben realizarse con precaución, considerando los efectos farmacológicos sobre la hemodinámica renal.

Este caso ejemplifica la relevancia del enfoque diagnóstico secuencial, que combina la valoración clínica, la analítica hormonal y los estudios de imagen, evitando interpretaciones aisladas que puedan conducir a errores diagnósticos o procedimientos invasivos innecesarios. El uso del MAPA confirmó un adecuado control tensional y descartó fenómenos de hipertensión enmascarada o patrón "non-dipper", reforzando la estabilidad hemodinámica tras la suspensión del IECA.

En definitiva, es importante integrar la información clínica y farmacológica en el diagnóstico diferencial de la HTA secundaria para así evitar procedimientos invasivos innecesarios y optimizar el manejo terapéutico.

Bibliografía

1. Safar ME, Laurent S, Lacolley P. *The kidney and hypertension: revisiting the role of renal hemodynamics. Hypertension.* 2023;81(5):1159–1168.
2. Zeller T, Müller-Hülsbeck S, et al. *Renal artery stenosis and renovascular hypertension: updated recommendations. Eur Heart J.* 2024;45(2):188–199.
3. Jones DW, Ferdinand KC, Taler SJ, et al. *2025 AHA/ACC Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. Circulation.* 2025.

880/88. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR DE UNA POBLACIÓN CON NIVELES DE LP(A) ≥ 50 MG/DL COMPARADO CON UNA POBLACIÓN CON NIVELES MENORES

Autores:

Trashorras, J.¹, Padilla Carmona, G.², Molina León, M.³

Centro de Trabajo:

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

Resumen:**Introducción**

En 2010, la European Atherosclerosis Society (EAS) recomendó el uso de un límite de Lp(a) ≥ 50 mg/dL como un potenciador del riesgo cardiovascular (RCV), asociándose estos niveles de forma causal e independiente con el desarrollo de enfermedad cardiovascular, así como son factor de riesgo para el desarrollo de estenosis aórtica. Posteriormente, en el consenso de 2022 se recomendó incorporar los niveles elevados de Lp(a) de forma conjunta con el riesgo cardiovascular basal del paciente para una adecuada estimación del riesgo.

Objetivos

Describir el riesgo cardiovascular, según variables clínicas y analíticas, así como la enfermedad cardiovascular, de una cohorte de pacientes con niveles elevados de Lp(a), definidos como niveles ≥ 50 mg/dL, y compararlo con pacientes con niveles inferiores.

Métodos

Estudio observacional retrospectivo y descriptivo, unicéntrico, que incluye a pacientes del área sanitaria del Hospital Universitario Virgen Macarena (HUVVM) con determinación de niveles de Lp(a) al menos en una ocasión entre los años 2018-2020, con posterior seguimiento durante 3 años después de esta. Se analizaron variables clínicas cualitativas como edad, sexo, tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, enfermedad renal crónica, estenosis aórtica y eventos cardiovasculares totales (tanto previos como durante el seguimiento), así como variables analíticas cuantitativas como LDL, HDL, triglicéridos, HbA1c%, TSH y PCR ultrasensible. También se determinó el RCV según ESC/EAS de cada paciente. Los datos de Lp(a) se obtuvieron por medio del laboratorio de bioquímica del HUVVM; los datos clínicos y analíticos de las historias clínicas de los pacientes. Se usó el programa SPSS versión 26 para el análisis estadístico.

Resultados

Se incluyeron 503 pacientes. Se clasificó a estos en un grupo con niveles de Lp(a) ≥ 50 mg/dL (N = 248, mediana de edad 62 [54-73], 53.4% mujeres) y otro con niveles < 50 mg/dL (N = 255, mediana de edad 58 [51-66], 55.1% mujeres). No se observaron diferencias significativas al comparar las distintas variables clínicas y analíticas recogidas entre los dos grupos, a excepción de la estenosis aórtica (33.7% frente a 10.5%, $p = 0.002$). Fue mayor la proporción de pacientes de riesgo muy elevado en el grupo de Lp(a) elevada (124 frente a 105), encontrándose diferencias estadísticamente significativas al comparar el RCV según la ESC/EAS entre los dos grupos ($p = 0.038$), con mayor proporción de riesgo muy elevado riesgo en el primero (124 y 105 respectivamente). También se observaron diferencias significativas entre la aparición de eventos cardiovasculares totales en los dos grupos: 60 en el grupo con Lp(a) ≥ 50 mg/dL frente a 91 en el grupo con Lp(a) < 50 mg/dL ($p = 0.004$), así como al analizar de forma individual los eventos previos (0.014) y durante el seguimiento (0.004).

Conclusiones

Se observaron diferencias significativas en la aparición de eventos cardiovasculares entre los dos grupos, así como mayor proporción de individuos de alto riesgo en el grupo de Lp(a) elevada, sin observarse diferencias entre variables clínicas y analíticas sobre factores de riesgo cardiovascular, lo que refuerza el papel de la Lp(a) como factor de riesgo independiente y potenciador del RCV.

880/89. SEGUIMIENTO CLÍNICO Y ANALÍTICO DURANTE 3 AÑOS EN PACIENTES TRAS DETERMINACIÓN DE LIPOPROTEÍNA A.

Autores:

Padilla Carmona, G.¹, Vera Trashorras, J.², Molina León, M.³

Centro de Trabajo:

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

Resumen:

Introducción

La lipoproteína A (Lp(a)), es un factor de riesgo cardiovascular independiente, determinado genéticamente y poco modificable con hábitos de vida y tratamiento hipolipemiente. A nivel global, el 20% de la población presenta Lp(a) elevada (>50 mg/dl), mientras que, a nivel nacional, la prevalencia es del 8%.

Objetivos

En el presente estudio, se pretende describir el perfil lipídico, lipoproteína A y comorbilidades de una cohorte de pacientes, así como documentar la aparición de eventos cardiovasculares.

Métodos

Se lleva a cabo un estudio observacional unicéntrico descriptivo, de reclutamiento retrospectivo, de una muestra de 503 pacientes del área sanitaria Virgen Macarena, con al menos una determinación de Lp(a) entre 2018 y 2020, y seguimiento durante 3 años tras la misma. Se analizaron variables cualitativas tales como el sexo, obesidad, diabetes, enfermedad renal crónica (ERC), tabaquismo, grupos de Lp(a) y eventos cardiovasculares totales (previos y durante el seguimiento), así como variables cuantitativas: edad, LDL, HDL, triglicéridos y HbA1c%. Los datos de Lp(a) fueron obtenidos a través del laboratorio de bioquímica de Hospital Virgen Macarena, y los datos clínicos y analíticos de las historias clínicas de los pacientes. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS versión 26.

Resultados

Se incluyeron 503 pacientes (46'7% hombre y 53'3% mujeres) con una mediana de edad de 59 años [P25=52; P75=70] y rango intercuartílico 60, de los cuales el 28'2% son obesos, el 54'4% hipertensos, el 22'7% diabéticos, el 26'2% fumadores y el 18'1% presentan ERC con filtrados menores de 60 ml/min.

En cuanto al perfil lipídico, la mediana de LDL era de 189 mg/dl [P25=93; P75=262], la del HDL de 50 mg/dl [P25=41; P75=62], la de triglicéridos 141 mg/dl [P25=101; P75=206], y la de HbA1c 5'8% [P25=5'5; P75=6'2]. En relación a los niveles de lipoproteína A, el 27'6% presentaba valores menores a 30, el 21'7% entre 30-49, el 38% entre 50 y 119, el 10'7% entre 120-179 y el 2% mayores a 180, de forma que un 50'7% de la muestra presenta valores superiores a 50 mg/dl. Del total de pacientes, 151 han presentado, antes o durante el seguimiento, eventos isquémicos, lo que corresponde a un 30% de la muestra.

Conclusiones

La población estudiada presenta una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV), destacando niveles elevados de Lp(a) en más de la mitad de la muestra, cifras muy superiores a la prevalencia nacional y global. Estos datos se acompañan de una importante incidencia de eventos cardiovasculares, lo que sugiere la importancia del cribado y control de los FRCV para la prevención de complicaciones, en especial de la Lp(a). Del mismo modo, este estudio abre la posibilidad de analizar de forma multivariante, la asociación entre niveles de lipoproteína A y los eventos isquémicos.

880/90. TRASTORNOS DIGESTIVOS INFLAMATORIOS Y SU RELACIÓN CON EL RIESGO VASCULAR: UN VÍNCULO POCO EXPLORADO.

Autores:

Martín Rosano, S.¹, Cuello Castaño, A.², GALLEGO LÓPEZ, L.², GÁLVEZ CORDERO, R.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 4º año de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, (2) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 73 años sin alergias ni hábitos tóxicos, con antecedentes familiares de primer grado de enfermedad coronaria y cerebrovascular, y antecedentes personales más relevantes de hipertensión arterial, dislipemia, síndrome de Leriche (tratado recientemente mediante stents en ambas ilíacas así como en arteria mesentérica superior), carcinoma de mama bilateral metacrónico tratado en 2017 y enfermedad celíaca con anemia ferropénica asociada y buena adherencia a dieta sin gluten.

En tratamiento con AAS 100 mg/24h, Clopidogrel 75 mg/24h, Omeprazol 20 mg/24h, Olmesartan 40 mg/24h, Carvedilol 12.5 mg/24h, Rosuvastatina 20 mg/24h.

Ingresó en Medicina Interna por síndrome diarreico, náuseas y dos episodios eméticos sin productos patológicos de una semana de evolución. Negaba fiebre, dolor abdominal o transgresiones dietéticas respecto al gluten.

Durante su evolución en planta, se autolimitó el cuadro diarreico y se resolvió el fallo renal agudo tras hidratación y reposición iónica.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración física destacaba constantes vitales estables, desnutrición calórico-proteica, soplo sistólico pan-focal III/VI, gran soplo carotídeo discordante en intensidad con soplo valvular y timpanismo abdominal sin signos peritoneales.

Se completó el estudio cardiovascular, confirmándose doble valvulopatía (insuficiencia mitral e insuficiencia aórtica moderadas) sin signos de enfermedad coronaria significativa y se documentó ateromatosis carotídea bilateral difusa sin estenosis críticas. A nivel analítico, HDL 31 mg/dL y LDL 81 mg/dL, con niveles normales de lipoproteínas A y Apo B. Anticuerpos antitransglutaminasa negativos. A destacar anemia mixta ferropénica y de trastornos crónicos.

Juicio clínico

Muy alto riesgo cardiovascular asociado a enfermedad celíaca.

Comentario final

El presente caso describe a una paciente no fumadora con elevada carga de enfermedad cardiovascular que ingresó por un cuadro diarreico agudo, autolimitado y sin complicaciones aparentes, pero cuya hospitalización motivó la realización de un estudio exhaustivo que permitió identificar otros factores de riesgo cardiovascular subyacentes.

El análisis de las posibles etiologías infecciosas, autoinmunes y metabólicas no reveló causas claras, identificando la enfermedad celíaca como el principal factor subyacente plausible, a pesar de una adecuada adherencia a la dieta sin gluten y la negatividad de los anticuerpos específicos. Esto resalta un aspecto importante en el manejo de pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas, pues existe creciente evidencia que sugiere que la enfermedad celíaca en sí misma puede actuar como un factor de riesgo cardiovascular independiente, mediado principalmente por la inflamación crónica sistémica y la activación inmune persistente, incluso en ausencia de síntomas digestivos activos o marcadores serológicos elevados.

En este contexto, la persistencia de anemia y elevación de marcadores inflamatorios que presentaba nuestra paciente, podrían reflejar dicho estado proinflamatorio crónico, conocido por su contribución a la aterogénesis y disfunción endotelial. Esto subraya la importancia de un enfoque integral que permita considerar el impacto de la enfermedad celíaca más allá del intestino, con implicaciones directas en el riesgo cardiovascular, resaltando la necesidad de una evaluación sistémica en pacientes complejos para evitar la subestimación de condiciones clínicas con potencial impacto en la supervivencia y calidad de vida.

Bibliografía

1. Wang Y, et al. Celiac Disease and the Risk of Cardiovascular Diseases. *Int J Mol Sci.* 2023 Jun 9;24(12):9974. doi:10.3390/ijms24129974.
2. Rohani P, et al. Impact of gluten-free diet (GFD) on some of cardiovascular risk factors: a systematic review and meta-analysis. *J Nutr Sci.* 2024 Sep 18;13:e37. doi:10.1017/jns.2024.39. (PMCID: PMC11428062).

880/91. HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE: DE NEMEA A CERBERO

Autores:

ALVARADO NARANJO, O.¹, Díaz Abad, J.², Aomar Millán, I.³

Centro de Trabajo:

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

Resumen:

Descripción del caso

Se trata de un paciente de 55 años con antecedentes personales de infección VIH bien controlada en tratamiento con dolutegravir y lamivudina, hipertensión arterial, SAHOS en tratamiento con CPAP, sobrepeso y cardiopatía isquémica crónica (Infarto agudo del miocardio sin elevación del st en 2022 con stent en la descendente anterior). Es remitido a nuestra Unidad de Riesgo Vascular por mal control tensional a pesar de triple terapia con hidroclorotiazida 25 mg, olmesartán 40 mg y amlodipino 10 mg.

Exploración y pruebas complementarias

Con el objetivo de descartar pseudoresistencia (técnica inadecuada o hipertensión de bata blanca), se realizó un MAPA que evidenció un patrón de presión arterial elevada sostenida durante todo el día (media de 147/94 mmHg), con patrón non-dipper.

Como parte del despistaje de causas secundarias, se realizó angiotomografía computarizada (Angio-TC) de arterias renales mostrando ateromatosis calcificada leve aortoiliaca sin estenosis significativa. Asimismo, se realizó analítica con parámetros normales de función renal, cortisol, aldosterona y renina. En orina no se detectaron alteraciones en los niveles de cortisol, catecolaminas ni metanefrinas.

En sucesivas consultas de revisión, se reforzaron medidas higiénico dietéticas y se añadió al tratamiento es-pironolactona y doxazosina, sin observarse una respuesta terapéutica adecuada. Ante la persistencia de cifras tensionales elevadas, y tras la optimización de la terapia antihipertensiva, se indicó la realización de denervación renal, procedimiento que se llevó a cabo con éxito, logrando posteriormente un control tensional sostenido dentro de los valores objetivos.

Juicio clínico

Hipertensión arterial resistente (HTAr) en paciente con infección VIH

Comentario final

Se define HTAr como aquella presión arterial por encima del objetivo a pesar de tratamiento con tres fármacos antihipertensivos a dosis máximas toleradas incluyendo un diurético, un calcio antagonista de acción prolongada y un bloqueador del sistema renina-angiotensina-aldosterona. Esta patología afecta aproximadamente al 10% de los pacientes hipertensos diagnosticados, y se asocia con un mayor riesgo de eventos cardiovasculares mayores. (1-3)

El abordaje diagnóstico incluye descartar causas de pseudoresistencia y la mala adherencia terapéutica. Una vez confirmada la hipertensión verdadera se debe realizar un cribado de causas secundarias como hiperaldosteronismo primario, enfermedad renal crónica, enfermedad renovascular o feocromocitoma. (1,3).

Las medidas higiénico dietéticas constituyen una parte fundamental del abordaje terapéutico. En cuanto al manejo farmacológico, tras optimizar la triple terapia previamente comentada, se recomienda añadir un antagonista del receptor de mineralocorticoides como cuarto agente. Se están desarrollando múltiples terapias con distintos mecanismos de acción como el aprocicentan, baxdrostat, firibastat o zilebesiran que nos permitirán en un futuro el tratamiento de pacientes con HTA resistente/refractaria. (3-5)

La denervación renal constituye una alternativa invasiva de última línea, avalada por una evidencia científica cada vez más robusta y consiste en la interrupción de los nervios simpáticos renales, tanto eferentes (reduciendo la secreción de renina y la reabsorción de sodio) como aferentes (amortiguando la activación simpática central), buscando reducir la PA de manera constante. Es importante señalar que requiere entre otras cosas excluir la presencia de enfermedad renal avanzada (filtrado glomerular estimado [eGFR] < 40 mL/min/1,73 m²). En caso de falta de eficacia tras la denervación renal existen técnicas pioneras como la implantación de barostim (estimulación del barorreceptor carotídeo) indicadas para casos seleccionados. (2-4)

Este caso ejemplifica cómo la aplicación de un enfoque estructurado y progresivo en el manejo de la HTAr, basado en un protocolo diagnóstico completo, la incorporación de terapias avanzadas como la denervación renal y el trabajo coordinado de un equipo multidisciplinar, resulta clave para alcanzar un control óptimo de la presión arterial, con la consiguiente mejoría del pronóstico cardiovascular y renal, así como de la calidad de vida de los pacientes.

Bibliografía

1. Cluett JL, William JH. Evaluation and Management of Resistant Hypertension: Core Curriculum 2024. *Am J Kidney Dis.* 2024;84(3):374-87.
2. Azzam O, Heidari Nejad S, Carnagarin R, Nolde JM, Galindo-Kiuchi M, Schlaich MP. Taming resistant hypertension: The promise of novel pharmacologic approaches and renal denervation. *Br J Pharmacol.* 2024;181:319-339.
3. Lauder L, Mahfoud F, Böhm M. Management of Resistant Hypertension. *Annu Rev Med.* 2024;75:443-57.
4. Schiffrin EL, Fisher ND. Diagnosis and management of resistant hypertension. *BMJ.* 2024;385:e079108.
5. Jones DW, Ferdinand KC, Taler SJ, Johnson HM, Shimbo D, Abdalla M, et al. 2025 AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/SGIM Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation.* 2025;152:e114-e218.

880/92. DENERVACIÓN ADRENÉRGICA CARDÍACA COMO CAUSA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL LÁBIL: UNA ENTIDAD A TENER EN CUENTA.

Autores:

García Palenzuela, J.¹, García Castro, J.², López Rodríguez, S.³

Centro de Trabajo:

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

Resumen:**Descripción del caso**

Paciente de 77 años con antecedentes de:

- Exfumador desde hace 1 año (previamente consumía 5 cigarrillos / día).

- Hipertensión arterial.
- Hipercolesterolemia. Hiperlipoproteinemia (a).
- Obesidad.
- Diabetes tipo 2 diagnosticada en 2024.
- Cardiopatía isquémica (síndrome coronario agudo en 2018 con enfermedad coronaria con lesión del 40 % ostial de coronaria derecha, revascularizada con stent).
- AOS, EPOC.
- Enfermedad cerebrovascular. Infartos lacunares crónicos capsulares, leucoencefalopatía vásculo degenerativa crónica. Epilepsia de lóbulo temporal criptogénica Deterioro cognitivo leve, probable enfermedad de Alzheimer. Parkinsonismo leve asimétrico.

Derivado por Cardiología a Medicina Interna en 2022 por pluripatología y para valoración de hipertensión arterial lábil, con episodios de hipotensión, sobre todo vespertinos, que cursan con sensación de mareo intenso y palidez. En una de las consultas presenta cuadro presincojal con cifras de 95/49 mmHg. No se detectan anomalías en auscultación cardíaca y respiratoria, tampoco edemas ni focalidad neurológica.

Al inicio, se sospecha un origen farmacológico¹, retirando de forma sucesiva los fármacos antihipertensivos, incluyendo el betabloqueante, hasta quedar solo bajo terapia con valsartán 80 mg diarios. Se realiza MAPA2 en el que pese a valor medio de 130/79 mmHg alterna picos de hasta 192 mmHg de presión sistólica con algunas caídas inexplicadas hasta 86 mmHg. Se descarta amiloidosis con analítica completa, gammagrafía cardíaca y biopsia de grasa subcutánea.

En las sucesivas visitas y pese a la retirada de fármacos, persisten episodios de hipotensión y presíncope que obligan a la suspensión completa del tratamiento anti hipertensivo. Ante la falta de hallazgos tanto en pruebas diagnósticas cardiológicas³ como neurológicas⁴, se realiza una gammagrafía cardíaca de inervación con metayodo bencilguanidina I123 que confirma una denervación adrenérgica cardíaca.

Exploración y pruebas complementarias

- Analíticas: HbA1C 5,5 %, función renal, perfil hepático y hemograma normales. Colesterol total 119, LDL 61 mg/dL. Tirotropina y cortisol basal normales. Proteinograma normal. Amiloide sérico negativo.
- Biopsia de grasa subcutánea: negativa para amiloidosis.
- Ecocardiograma transtorácico: ventrículo izquierdo no dilatado, ligeramente hipertrófico, con fracción de eyección normal.
- RMN de cráneo sin contraste: atrofia hipocámpica moderada de predominio hemisférico derecho.
- SPECT cerebro transportadores de dopamina presinápticos: sin evidencia de parkinsonismo degenerativo.
- Gammagrafía con Tc99: se descarta depósito amiloide cardíaco
- MAPA tensión arterial: media día 115/69 mmHg; noche 130/73 mmHg, máxima día 165/101 mmHg, noche 165/90 mmHg. Hipotensiones de 80 - 90 mmHg a las 11 - 13:00 horas. Carga sistólica día 17 %, noche 67 %, diastólica día 11 %, noche 72 %.
- Holter 2024: fibrilación auricular sin pausas, frecuencia media 77 lpm, 120 máxima y 38 mínima, R-R máximo 2,7 segundos.

Juicio clínico

Gammagrafía de corazón de inervación muestra denervación adrenérgica con hipocaptación severa. Se establece diagnóstico de hipertensión arterial patrón non dipper con comportamiento lábil en relación a denervación simpática cardíaca.

Comentario final

La denervación adrenérgica cardíaca es una alteración de las fibras simpáticas que inervan al corazón, dando lugar a alteraciones en la frecuencia cardíaca, la contractilidad, la tensión arterial y la respuesta ante situaciones estresantes, y que se asocia sobre todo a : Diabetes Mellitus, Enfermedad de Parkinson y Amiloidosis y otras miocardiopatías infiltrativas^{5,6,7,8}.

En este paciente, tras descartar causas metabólicas, neurológicas y cardíacas, se llega al hallazgo de denervación adrenérgica cardíaca de causa no aclarada, dejando el diagnóstico abierto a etiologías menos frecuentes, por lo que actualmente sigue en estudio y seguimiento. Se quiere resaltar la importancia de esta entidad como causa de disautonomía, debiendo sospecharla en pacientes hipertensos que presentan labilidad o normalización inexplicada de cifras tensionales o episodios de hipotensión y síncope, en ocasiones obligando a la retirada de fármacos antihipertensivos, siendo la gammagrafía de inervación con MIBG^{9,10,11} una herramienta útil y sencilla para el diagnóstico.

Bibliografía

1. David Benditt, MD Section Editors: Peter Kowey, MD, FACC, FAHA, FHRSKorilyn S Zachrison, MD, MSc Deputy Editor: Susan B Yeon, MD, JD. Syncope in adults: Epidemiology, pathogenesis, and etiologies [Internet]. UpTo-

- Date. 2024. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/syncope-in-adults-epidemiology-pathogenesis-and-etologies>
2. 2.AuthorsRaymond R Townsend, MDJordana Cohen, MD, MSCE. Ambulatory blood pressure monitoring: Indications and procedure [Internet]. UpToDate. 2025 Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/ambulatory-blood-pressure-monitoring-indications-and-procedure>
 3. 3.Benditt A. Syncope in adults: Clinical manifestations and initial diagnostic evaluation [Internet]. UpToDate. 2024. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/syncope-in-adults-clinical-manifestations-and-initial-diagnostic-evaluation>
 4. 4.David Benditt, MDSection Editors:Peter Kowey, MD, FACC, FAHA, FHRSKorilyn S Zachrison, MD, MSc. Syncope in adults: Risk assessment and additional diagnostic evaluation [Internet]. UpToDate. 2024. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/syncope-in-adults-risk-assessment-and-additional-diagnostic-evaluation>
 5. 5.Rocha EA, Mehta N, Távora-Mehta MZP, Roncari CF, Cidrão AAL, Elias Neto J. Dysautonomia: A Forgotten Condition - Part 1. Arq Bras Cardiol. 2021 Apr;116(4):814-835. doi: 10.36660/abc.20200420. PMID: 33886735; PMCID: PMC8121406.
 6. 6.Kaur D, Tiwana H, Stino A, Sandroni P. Autonomic neuropathies. Muscle Nerve. 2021 Jan;63(1):10-21. doi: 10.1002/mus.27048. Epub 2020 Sep 14. PMID: 32926436.
 7. 7.Pfeiffer RF. Autonomic Dysfunction in Parkinson's Disease. Neurotherapeutics. 2020 Oct;17(4):1464-1479. doi: 10.1007/s13311-020-00897-4. PMID: 32789741; PMCID: PMC7851208.
 8. 8.Agashe S, Petak S. Cardiac autonomic neuropathy in diabetes mellitus. Methodist Debaque Cardiovasc J. 2018 Oct-Dec;14(4):251-256. doi: 10.14797/mdcj-14-4-251. PMID: 30788010; PMCID: PMC6369622.
 9. 9.Feo MS, Cambieri C, Galosi E, Frantellizzi V, Chimenti C, Luigetti M, et al. Exploring cardiac sympathetic denervation in transthyretin-mediated hereditary amyloidosis (ATTRv): insights from 123I-MIBG scintigraphy. Diagnostics (Basel). 2025 Feb 19;15(4):508. doi: 10.3390/diagnostics15040508.
 10. 10.Kashihara K, Ohno M, Kawada S, Okumura Y. Reduced cardiac uptake and enhanced washout of 123I-MIBG in pure autonomic failure occurs conjointly with Parkinson's disease and dementia with Lewy bodies. J Nucl Med. 2006 Jul;47(7):1099-101. PMID: 16818943.
 11. 11.Giannoccaro MP, Donadio V, Giannini G, Devigili G, Rizzo G, Incensi A, et al. Comparison of 123I-MIBG scintigraphy and phosphorylated α -synuclein skin deposits in synucleinopathies. Parkinsonism Relat Disord. 2020 Dec;81:48-53. doi: 10.1016/j.parkreldis.2020.10.016. PMID: 33049589.

880/93. HIPERTENSIÓN EVANESCENTE: UN NUEVO RETO EN LA ERA DE LA INMUNOTERAPIA.

Autores:

García Becerra, M.¹, Martos Ruiz, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada, (2) Especialista en Medicina Interna. Hospital Santa Ana. Motril. Granada

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 43 años, intervenido de carcinoma renal de células claras (pT3G3), que recibió tratamiento adyuvante con pembrolizumab entre 2023 y 2024. Entre sus antecedentes personales destacaban hipertensión arterial en tratamiento con betabloqueantes, y una neuralgia postraumática en miembro superior izquierdo por la que recibía tratamiento con amitriptilina y pregabalina.

Previa a la asistencia a urgencias que motiva este caso clínico, el paciente había acudido en al menos tres ocasiones durante el último año a urgencias por debilidad progresiva, náuseas y vómitos ocasionales, que en el mes previo esta última visita se habían intensificado hasta hacerse diarios, con intolerancia parcial a la ingesta y mareos frecuentes. El paciente refería que desde la nefrectomía presentaba cifras tensionales más bajas de lo habitual por lo que incluso había tenido que dejar la medicación, pero que en los últimos días la hipotensión se había hecho incluso más marcada y sintomática, con astenia intensa y sensación presincopeal continua.

Exploración y pruebas complementarias

En urgencias el paciente se mantuvo apirético, con cifras tensionales en torno a 90/60 mmHg y una frecuencia cardíaca estable en torno a los 70-80 latidos por minuto. La tendencia hipotensiva se mantuvo a pesar de fluidoterapia intensiva con 2500 cc de suero salino.

En la primera analítica destacó hiponatremia (Na 122 mEq/L, parcialmente corregida a 127 mEq/L con el empleo de fluidoterapia), hipoglucemia (40 mg/dL) y osmolaridad plasmática de 249 mOsm/kg. Dado su tratamiento con fármacos como pregabalina y amitriptilina, inicialmente se planteó un síndrome de secreción inadecuada de ADH (SIADH) por lo que se solicitó una bioquímica de orina para confirmar esta sospecha.

Sin embargo, a pesar de evidenciarse en esta prueba una natriuria baja, el hallazgo de un potasio urinario bajo (5 mEq/L) puso en duda el diagnóstico. Este valor, sumado a los antecedentes de inmunoterapia con pembrolizumab suscitó la sospecha clínica de una posible insuficiencia suprarrenal como manifestación de una endocrinopatía inmunomediada por lo que se solicitó un perfil hormonal completo con tiotropina y cortisol, siendo este último indetectable a nivel analítico.

Durante el ingreso, se solicitó una analítica hormonal completa en la que se objetivó también una ACTH indetectable, lo que confirmó el origen central de la insuficiencia suprarrenal. Asimismo, la RMN hipofisaria mostró hallazgos compatibles con hipofisitis inmunomediada.

Tras la confirmación diagnóstica en urgencias se inició tratamiento sustitutivo con hidrocortisona, con rápida mejoría clínica, normalización progresiva de electrolitos y estabilización hemodinámica. El paciente fue dado de alta tras el estudio diagnóstico en el ingreso con pauta descendente de corticoides y educación sobre ajuste de dosis en situaciones de estrés.

Juicio clínico

Insuficiencia suprarrenal secundaria por hipofisitis inmunomediada asociada al uso de Pembrolizumab.

Comentario final

La inmunoterapia ha transformado el manejo del cáncer en la última década, mejorando la supervivencia en múltiples tumores sólidos, pero su creciente uso exige un conocimiento profundo de sus efectos adversos inmunomediados. Entre ellos, las alteraciones cardiovasculares y endocrinas pueden pasar inadvertidas y manifestarse con síntomas inespecíficos.

Atendiendo al caso clínico presentado, el viraje inesperado de una hipertensión a una hipotensión sostenida, sin modificación terapéutica, no debe considerarse nunca un hallazgo trivial. Este cambio hemodinámico puede reflejar un trastorno endocrino subyacente como la insuficiencia suprarrenal inmunomediada, y requiere una evaluación diagnóstica completa y minuciosa para identificar la causa y evitar consecuencias potencialmente graves.

Bibliografía

Sznol M, Postow MA, Davies MJ, Pavlick AC, Plimack ER, Shaheen M, Veloski C, Robert C. Endocrine-related adverse events associated with immune checkpoint blockade and expert insights on their management. *Cancer Treat Rev*. 2017 Jul;58:70-76. doi:10.1016/j.ctrv.2017.06.002. PMID:28689073.

Fernandes S, Varlamov EV, McCartney S, Fleseriu M. A Novel Etiology of Hypophysitis: Immune Checkpoint Inhibitors. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2020 Sep;49(3):387-399. doi:10.1016/j.ecl.2020.05.002. PMID:32741478.

880/96. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL PSEUDORRESISTENTE Y COMPLICADA

Autores:

Salazar Váldez, J.¹, SALAS MELIA, A.¹, Domínguez Álvarez, R.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 62 años, ex-fumadora, con antecedentes de hipertensión arterial grado 3 resistente (HTA-R), obesidad grado 4, dislipidemia mixta, síndrome de apnea obstructiva del sueño y anemia ferropénica en rango transfusional asociada a sangrado hemorroidal. Es valorada en consulta por HTA-R manejada con 4 fármacos incluyendo diuréticos a dosis máximas y mal control mediante monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA), con tensiones promedio 180/104 mmHg en vigilia y 144/78 mmHg en sueño, y automedida de la presión arterial (AMPA) de 200-220/140-150 mmHg. Sin evidencia de daño a órgano diana y con buena función renal. Es ingresada en hospital para corroborar adherencia al tratamiento y realización de pruebas diagnósticas para despistaje de hipertensión arterial refractaria y/o secundaria.

Exploración y pruebas complementarias

TA 220/150 mmHg FC 80 lpm SO₂ 95% aire ambiente.

Paciente con obesidad generalizada. Cuello redundante. Auscultación cardiopulmonar sin ruidos añadidos. Sin edema. Extremidades superiores e inferiores con pulsos presentes y simétricos, sin datos de compromiso vascular distal.

Durante la hospitalización se consigue controlar la tensión arterial con 3 fármacos con cifras de tensión arterial sistólica <150 mmHg, pero asociando cuadros presincoales; descartándose así refractariedad. Además se valora la necesidad de soporte ventilatorio con CPAP nocturna por síndrome de apnea obstructiva del sueño grave, con mala tolerancia inicial. En el proceso diagnóstico se descartan causas cardíacas, renovasculares y endocrinológicas, aunque con hallazgos patológicos tales como adenoma suprarrenal izquierdo no funcionante con determinación de

metanefrinas negativa y cociente aldosterona/renina ARM negativo, y más importante, una disección aórtica abdominal/eje iliaco tipo B de Stanford (DATB) no complicada por hallazgos radiológicos.

Juicio clínico

Disección aórtica abdominal/eje iliaco tipo B de Stanford no complicada con alto riesgo de complicación por hipertensión arterial grado 3

Comentario final

La DATB constituye una complicación grave y potencialmente letal, especialmente en pacientes con HTA-R. En este caso el mal control de la presión arterial estaba condicionado por mala adherencia al tratamiento así como a la intolerancia de cifras tensionales óptimas, pudiendo así haber contribuido al desarrollo de la disección aórtica.

El manejo inicial de la DATB se basa en el control estricto de la presión arterial y la variabilidad tensional, siendo los betabloqueantes el pilar terapéutico para reducir el estrés parietal y prevenir la progresión o ruptura. La tolerancia inadecuada a presiones reducidas puede indicar un síndrome de mala perfusión, lo que reclasifica la disección como complicada, pudiendo requerir intervención urgente, habitualmente mediante reparación aórtica endovascular torácica (TEVAR).

En ausencia de signos de complicación, el tratamiento es conservador, priorizando un control tensional dentro de los límites tolerados, una monitorización clínica y radiológica estrecha, y la optimización del tratamiento farmacológico. Este caso cobra importancia el abordaje individualizado y multidisciplinar de la HTA-R, valorando el equilibrio entre control tensional, tolerancia clínica y riesgo de complicación aórtica, con el objetivo final de mejorar el pronóstico y reducir la alta mortalidad asociada.

Bibliografía

1. Carey RM, Calhoun DA, Bakris GL, Brook RD, Daugherty SL, Dennison-Himmelfarb CR, et al. Resistant hypertension: detection, evaluation, and management: A scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension*. 2018;72:e53-e90.
2. Muxfeldt ES, Margallo VS, Guimarães GM, Salles GF. Prevalence and associated factors of obstructive sleep apnea in patients with resistant hypertension. *Am J Hypertens*. 2014;27:1069-1078.
3. San Norberto EM, Vaquero C. La disección aórtica tipo B: tratamiento endovascular. *Angiología*. 2015; [219-225].

Revista Riesgo Cardiovascular

Comunicaciones Enfermería

34º Congreso Médico SAHTA

Sociedad Andaluza de Hipertensión Arterial

880/5. TERAPIA COMPRESIVA EN INSUFICIENCIA CARDIACA. CASO CLINICO

Autores:

Cerván Casanova, I.¹, García Cerván, L.²

Centro de Trabajo:

(1) Enfermera. Centro de Salud La Carihuella. Torremolinos. Málaga, (2) Enfermera. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

Resumen:

Descripción del caso

El edema en miembros inferiores (MMII) por insuficiencia cardiaca (ICC), es causado por la acumulación de líquido en tejidos, sobre todo tobillos, pies y piernas, por la insuficiencia de sangre bombeada por el corazón, pudiendo ir acompañada de disnea, aumento de peso repentino. En la ICC con NYHA I y II, está indicado el uso de la terapia de compresión. Este tipo de edemas es frecuente en las personas mayores, disminuyendo la calidad de vida, apreciándose en la asistencia de atención primaria (AP).

Exploración y pruebas complementarias

Anamnesis:

Varón de 92 años sin hábitos tóxicos, exfumador. Antecedentes de HTA, fibrilación auricular, hipercolesterolemia con tratamiento farmacológico, obesidad, insuficiencia renal, intervenido de colecistectomía laparoscópica.

Estilo de vida: dependiente para ABVD (Barthel 80), reside con su esposa de similar edad y tienen cuidadora domiciliaria. Salían a pasear por los alrededores del domicilio pero desde aparición de edemas no pueden hacerlo, ya que no le entran los zapatos y presenta los pies mojados continuamente. Adherencia terapéutica y control de TA y peso diariamente.

Exploración:

Valoración de Virginia Henderson.

Edema en ambos MMII con Fovea +++, Stemmer +, linfedema, ITB: 1,1 en ambos MMII. Calidad de vida alterada (Wound-Qol 12) Riesgo nutricional (MNA 25, IMC 37) NYHA clase II. Dermatoporosis. Presenta úlceras de estasis precisando curas domiciliarias.

Diagnósticos enfermeros:

- 00232 Obesidad IMC mayor de 30 kg/m²
- 00026 Volumen de líquidos excesivo R/C ICC m/p edema
- 00046 Deterioro de la integridad cutánea R/C edema M/P lesiones cutáneas

Juicio clínico

Se decide, consensuado con paciente, familiares, medicina y enfermería, la administración de terapia compresiva de contención a 20 mmHg con vendas de tracción corta circular al 50%, previa hidratación y almohadillado, incluyendo dedos, junto con dorsiflexión de pies, comenzando por una pierna y al mes por la otra, para evitar sobrecarga cardiaca, monitorización continua, bien tolerado. Primera revisión del vendaje a las 24 horas y, posteriormente semanal. Una vez reducidos los perímetros de ambos MMII, se pasó a media compresiva de velcros, a 20 mmHg para mayor confort del paciente, colocándolo la cuidadora por la mañana y retirando de noche. Se insiste en cada visita en educación terapéutica sobre el tratamiento, actuación ante aumento brusco de peso, uso correcto de diuréticos, cuando consultar con profesional sanitario, y el uso de medias compresivas.

Comentario final

La adherencia al tratamiento pautado, y a terapia compresiva, ha provocado recuperación de la calidad de vida del paciente, pasando de Wound-Qol 12 a 5, recuperando las actividades que realizaba anteriormente, sin presentar úlceras por estasis. Se pasó de 32,5 a 24,5 cm en MID y de 28 a 23,2 cm en MII.

Se deben personalizar los cuidados proporcionados a los pacientes sin tener en cuenta la edad, debido a la importancia de mantener la calidad de vida.

La enfermería de AP es primordial para realizar educación terapéutica en cada visita domiciliaria.

Bibliografía

1. Saucedo D, Evans N, Lim CS. Initiating compression therapy for those living with heart failure. *Br J Community Nurs.* 2021 Sep 1;26(Sup9):S12-S17. doi: 10.12968/bjcn.2021.26.Sup9.S12. PMID: 34473543.

2. *Enfermería Evidente. Curso: Fundamentos de la terapia de vendaje compresivo terapéutico. 2023. Disponible en <https://enfermeriaevidente.com/curso-de-vendaje-compresivo-terapeutico>*
3. Collado Macián C, Pujol Pocull D, Domínguez F, López-Azor JC, García-Pavía P, Nuñez J, Cobo Marcos M. Case report: Alternative approach for management of refractory volume overload in heart failure: usefulness of venous leg compression. *Front Cardiovasc Med.* 2023 Sep 29;10:1230980. doi: 10.3389/fcvm.2023.1230980. PMID: 37840957; PMCID: PMC10570792.
4. Urbanek T, Juško M, Kuczmik WB. Compression therapy for leg oedema in patients with heart failure. *ESC Heart Fail.* 2020 Oct;7(5):2012-2020. doi: 10.1002/ehf2.12848. Epub 2020 Jul 25. PMID: 32710511; PMCID: PMC7524111.
5. Conde-Montero E, Dissemond J, Protz K. [Translated article] Compression Therapy in Dermatology. *Actas Dermosifiliogr.* 2024 Jul-Aug;115(7):T693-T701. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2024.05.012. Epub 2024 May 29. PMID: 38821356.

880/7. VAPEO EN ADOLESCENTES Y RIESGO DE HIPERTENSIÓN: PAPEL DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

Autores:

Romero Palma, C.¹, González López, A.²

Centro de Trabajo:

(1) Enfermero Comunitario. Centro de salud Antequera Centro. Málaga., (2) Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Centro. Málaga.

Resumen:

Introducción

El consumo de cigarrillos electrónicos se ha convertido en una de las adicciones emergentes más prevalentes en adolescentes. A menudo percibido como alternativa "menos dañina" al tabaco, el vapeo introduce nicotina y otras sustancias capaces de producir alteraciones cardiovasculares. Estudios recientes evidencian aumentos agudos de presión arterial (PA) y frecuencia cardíaca (FC), así como un estrés oxidativo y por ello una disfunción endotelial. En la población joven, estas alteraciones pueden predisponer a desarrollar una hipertensión arterial de manera precoz. Desde la atención comunitaria, la enfermería tiene un papel esencial en la prevención, la detección temprana y el acompañamiento educativo.

Objetivos

1. Identificar mecanismos fisiológicos que vinculan el consumo de cigarrillos electrónicos con el riesgo de desarrollo de hipertensión arterial.
2. Revisar la evidencia científica sobre la existencia de datos estadísticos sobre el desarrollo de dicha patología
3. Realizar intervenciones de enfermería comunitaria orientadas a la prevención y vigilancia del riesgo cardiovascular juvenil.

Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura (2018–2025), en PubMed, Scopus y Epistemonikos. Donde se incluyeron ensayos experimentales, estudios observacionales y revisiones sistemáticas que analizan: efectos agudos del vapeo en PA y FC, asociaciones con prevalencia de hipertensión en jóvenes, y mecanismos fisiopatológicos descritos en humanos. Se valoró la aplicabilidad de los hallazgos en el contexto de la enfermería comunitaria.

Resultados

Los estudios experimentales muestran que el uso de dichos dispositivos con nicotina produce incrementos de manera transitoria de la presión arterial total, acompañado de taquicardias, relacionados con una estimulación simpática. Las investigaciones observacionales en adolescentes y jóvenes asocian el vapeo con mayor prevalencia de hipertensión, aunque los datos recogidos son mayormente transversales.

A nivel fisiopatológico, la nicotina provoca vasoconstricción y aumento del tono simpático; se asocia también estrés oxidativo, inflamación endotelial y rigidez a nivel arterial.

A pesar de estas evidencias, todavía no existen estudios longitudinales con alto grado de fiabilidad que confirmen de manera significativa la asociación del vapeo con una hipertensión clínica precoz. Sin embargo, los hallazgos actuales, nos hacen poner el foco en la prevención del consumo para evitar el aumento del riesgo cardiovascular temprano. El papel de la enfermería comunitaria se centra en:

Cribados de manera regular de PA y FC en adolescentes, oportunistas en campañas escolares.

Educación sanitaria dirigida a jóvenes y familias, en talleres en la comunidad, donde se desmontan los mitos del vapeo.

Coordinación con profesorado, asociaciones, programa RELAS y centros juveniles para potenciar la prevención primaria.

Conclusiones

El vapeo en adolescentes, es una epidemia que va en incremento en la actualidad, y donde ya se recogen evidencias de efectos agudos del consumo asociados con el desarrollo de hipertensión. Aunque faltan estudios longitudinales, los efectos fisiopatológicos demostrados justifican una intervención temprana en dicha población. La enfermería comunitaria, por su cercanía y capacidad de acción, debe liderar la prevención, exponiendo el tema dentro y fuera de las aulas educativas, en entornos frecuentados por jóvenes, y desmitificando que el consumo del vapor es inocuo para la salud, realizando por ello una detección precoz y la posibilidad de un seguimiento, contribuyendo así a evitar una posible epidemia de hipertensión precoz en las próximas décadas.

880/8. ES "ESTRÉS DIGITAL" Y LA SALUD CARDIOVASCULAR, DESDE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA.

Autores:

Romero Palma, C.¹, González López, A.²

Centro de Trabajo:

(1) Enfermero Comunitario. Centro de salud Antequera Centro. Málaga., (2) Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Málaga.

Resumen:

Introducción

El uso prolongado de pantallas y la adicción a redes sociales constituyen un paradigma creciente en jóvenes. El tiempo de exposición diaria supera las 6 horas en muchos casos (WHO, 2023). Este nuevo hábito ha sido vinculado con sedentarismo, trastornos del sueño y mayor prevalencia de estrés y ansiedad. Desde la perspectiva fisiopatológica, se describen activación del sistema nervioso simpático, alteración del ritmo circadiano y elevación de marcadores inflamatorios, factores que favorecen hipertensión, arritmias y enfermedad cardiovascular a largo plazo. La enfermería comunitaria se posiciona como agente clave en prevención y educación frente a este nuevo "estrés digital".

Objetivos

- 1.-Analizar la evidencia científica que vincula el uso excesivo de pantallas y redes sociales con alteraciones cardiovasculares, a nivel fisiopatológico.
- 2.-Proponer intervenciones prácticas desde la enfermería comunitaria para la prevención y uso responsable de nuevas tecnologías.

Métodos

Se llevó a cabo una revisión de la literatura en diferentes bases de datos: PubMed, CINAHL y Cuiden (2015–2025). Donde se incluyeron estudios observacionales, ensayos clínicos, y revisiones sistemáticas que abordaban la temática desde diferentes perspectivas: exposición a pantallas, estrés digital, privación de sueño, biomarcadores cardiovasculares e impacto en la presión arterial y frecuencia cardiaca. A partir de ello, se han identificado elementos clave que han permitido diseñar diversas propuestas, englobadas en programas de promoción de la salud, desde la figura de enfermería comunitaria.

Resultados

Desgranado en:

Estrés y activación simpática: cada estímulo digital "notificación" activa circuitos dopaminérgicos y aumenta cortisol, provocando taquicardia y elevación de presión arterial. Varios estudios en jóvenes recogen la disminución de la variabilidad de la FC, indicando un riesgo cardiovascular.

Alteración del sueño: la exposición nocturna a luz azul y el "scroll" en redes sociales, se asocia a menor producción de melatonina, reducción de horas de sueño y aumento de la presión arterial nocturna.

Sedentarismo: el tiempo frente a pantallas se relaciona de forma directa con obesidad y aumento del síndrome metabólico, incrementando la mortalidad a nivel cardiovascular.

Impacto social: el uso intensivo de redes sociales presenta mayor prevalencia de soledad y conductas depresivas, aumento la deprivación y calidad de sueño, en comparación a los que hacen poco uso de ellas.

Desde una perspectiva comunitaria se proponen:

Programas de educación digital saludable, fuera del entorno escolar: equipos deportivos, actividades extra escolares, etc.

Dinámicas prácticas, como la simulación de "100 notificaciones", que permite a los participantes entender el efecto que genera la adicción a las pantallas en cuanto su FC y por consiguiente el denominado "estrés digital".

Conclusiones

La exposición prolongada a pantallas y la adicción a redes sociales, no solo afectan la salud mental, sino que constituyen un nuevo factor de riesgo cardiovascular. El estrés digital, la privación de sueño, el sedentarismo y la inflamación sistémica conforman un eje fisiopatológico que evoca a la hipertensión y enfermedad cardiovascular en población joven, de manera temprana. Desde la enfermería comunitaria, a través de programas, como el RELAS, se trabajará de forma práctica y dinámica, la sensibilización de dicho tema para detectar y disminuir la exposición, contribuyendo así a proteger la salud cardiovascular en adolescentes.

880/9. INTERVENCIONES ENFERMERAS Y DIGITALES EN EL AUTOCUIDADO CARDIOVASCULAR.

Autores:

Mellado Martín, R.¹, Sánchez López, G.¹, Martínez Agüero, C.², Malavé Fernández, C.³, Abad Fernández, I.⁴, Navarro Navarro, M.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Residente de segundo año de Enfermería Familiar y Comunitaria en Distrito Poniente de Almería, (2) Enfermera Familia y Comunitaria UGC Sorbas - Distrito Almería, (3) EIR Enfermería Familiar y Comunitaria R1, Distrito poniente. Almería., (4) Enfermera Familia y Comunitaria, C.S Las Norias - Distrito Poniente de Almería, (5) EIR Enfermería Familiar y Comunitaria R2, Distrito poniente. Almería.

Resumen:

Introducción

Son problemas de salud pública con una alta tasa de morbilidad y mortalidad y una baja adherencia al tratamiento, la insuficiencia cardíaca y la hipertensión. Se ha comprobado la efectividad de tácticas novedosas como la telemonitorización, los programas de autorregulación, el soporte telefónico y la entrevista motivacional para optimizar la adherencia y el autocuidado, disminuyendo así las complicaciones y las hospitalizaciones.

Objetivos

Analizar intervenciones enfermeras y digitales en pacientes con hipertensión e insuficiencia cardíaca. Evaluar su impacto en adherencia, autocuidado y control de parámetros clínicos.

Métodos

- Revisión bibliográfica narrativa: PubMed, CINAHL, Scopus. Utilización de Guía Prisma 2020.
- Estrategia de Búsqueda: Búsqueda combinada con los operadores booleanos AND y OR, utilizando los descriptores basados en el lenguaje libre y palabras MESH, enfocados en intervenciones enfermeras, tecnología digital y autocuidado cardiovascular.
- Métodos de revisión: Lectura de título y resumen, posterior selección en base al objetivo.
- Criterios de inclusión: artículos publicados en los últimos cinco años escritos en inglés y español, estudios que abordaran la efectividad de intervenciones enfermeras y/o digitales en el autocuidado y adherencia cardiovascular, incluyendo ensayos clínicos, estudios observacionales y revisiones.
- Se excluyeron artículos sin acceso completo, aquellos enfocados únicamente en tratamiento farmacológico o con escasa calidad metodológica.
- Palabras clave: Intervenciones enfermeras; Tecnología digital; Autocuidado; Hipertensión; Insuficiencia cardíaca; Adherencia

Resultados

Llamadas de enfermeras y mensajes SMS interactivos: optimizan la adherencia y el control de la tensión.
Entrevista motivacional con cuidadores: aumenta la confianza y el autocuidado en caso de insuficiencia cardíaca.
Telemonitorización: Mejora la observancia de la automedicación y disminuye las admisiones hospitalarias.
Programas de autorregulación: optimizan el autocuidado, la confianza en uno mismo y el manejo de los síntomas.
Modelos comunitarios de enfermería: efectividad en hipertensos con control deficiente.
Telerehabilitación cardíaca: opción eficaz y con un costo efectivo, sobre todo en tiempos de pandemia.

Conclusiones

Las intervenciones digitales y las de enfermería sirven para el control clínico, la adherencia y el autocuidado. Promueven que el paciente esté satisfecho, que las complicaciones disminuyan y que la continuidad de la asistencia se mantenga. Su implementación debe ser prioritaria en el cuidado cardiovascular, incorporando la tecnología y la función de enfermería.

880/10. BEBIDAS ENERGÉTICAS Y RIESGO VASCULAR EN JÓVENES DEL AGS NORTE DE MÁLAGA

Autores:

González López, A.¹, Romero Palma, C.²

Centro de Trabajo:

(1) Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera Estación. Málaga., (2) Enfermero Comunitario. Centro de salud Antequera Centro. Málaga.

Resumen:

Introducción

En los últimos años, el consumo de bebidas energéticas se ha convertido en una práctica frecuente entre adolescentes y jóvenes adultos. Estas bebidas, caracterizadas por su alto contenido en cafeína, azúcares y otros compuestos estimulantes, pueden provocar efectos nocivos a corto plazo, como incremento de la presión arterial, palpitaciones y alteraciones del sueño; y favorecer la aparición de hipertensión arterial y problemas vasculares en edades tempranas.

En el Área Sanitaria Norte de Málaga, donde la población juvenil supone un grupo relevante, no existen programas específicos enfocados en este problema emergente. La enfermera comunitaria, por su cercanía al ámbito educativo y familiar, es una figura clave para liderar intervenciones preventivas y de educación en salud que promuevan hábitos más saludables.

Objetivos

Diseñar un proyecto de investigación-acción que permita conocer la prevalencia del consumo de bebidas energéticas en jóvenes del Área Sanitaria Norte de Málaga y evaluar la eficacia de una intervención enfermera en la reducción del riesgo vascular relacionado.

Métodos

Se plantea un estudio cuasi-experimental con mediciones antes y después de la intervención, desarrollado en institutos de secundaria y centros juveniles.

- Población diana: adolescentes y jóvenes de 14 a 20 años residentes en el área.
- Muestra: 300 participantes seleccionados mediante muestreo estratificado en centros educativos.
- Etapas del proyecto:
- 1º Evaluación inicial: cuestionario sobre frecuencia de consumo, motivos, conocimientos y creencias en torno a las bebidas energéticas.
- 2º Intervención enfermera: talleres participativos impartidos por enfermeras comunitarias, con contenidos sobre hipertensión y riesgo vascular, análisis práctico de etiquetados, reflexión sobre la publicidad y propuesta de alternativas saludables de hidratación y ocio activo.
- 3º Seguimiento: cuestionarios de evaluación a los 3 y 6 meses para valorar cambios en conocimientos, actitudes y conductas.

Variables principales: consumo semanal de bebidas energéticas, nivel de conocimiento sobre riesgos cardiovasculares, disposición a modificar hábitos.

Resultados

- Estimar la frecuencia real de consumo en la población juvenil del área.
- Incrementar en un 40% los conocimientos sobre los riesgos para la salud cardiovascular.
- Disminuir en un 25% el consumo regular de bebidas energéticas a los 6 meses.
- Implicar a la comunidad educativa, asociaciones juveniles y familias en la promoción de alternativas cardiovascularmente saludables.

Conclusiones

El consumo de bebidas energéticas representa un desafío emergente para la salud cardiovascular de la juventud. Este proyecto propone una intervención liderada por enfermería comunitaria que, además de dimensionar la magnitud del problema en el Área Sanitaria Norte de Málaga, permitirá comprobar la eficacia de las acciones educativas y preventivas en la reducción del riesgo vascular. Su puesta en marcha podría convertirse en un modelo replicable en otros contextos de Andalucía.

880/11. SEXUALIDAD E INSUFICIENCIA CARDÍACA

Autores:

Sánchez López, G.¹, Martínez Agüero, C.², Malavé Fernández, C.³, Abad Fernández, I.⁴, Navarro Navarro, M.³, Soto Criado, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de segundo año de Enfermería Familiar y Comunitaria en Distrito Poniente de Almería, (2) EnfermeraFyC UGC Sorbas- Distrito Almería, (3) Enfermera residente, Distrito Poniente, Almería, (4) Enfermera FyC C.S las Norias - Distrito poniente de Almería

Resumen:

Introducción

La insuficiencia cardíaca (IC) afecta la calidad de vida y la sexualidad de los pacientes, generando problemas como disminución del deseo, disfunción eréctil, dificultades orgásmicas y reducción de la actividad sexual. Estos problemas derivan de síntomas físicos (fatiga, disnea, dolor torácico), efectos psicológicos (ansiedad, depresión) y de los tratamientos. Entre el 50–80 % de los pacientes reporta alteraciones sexuales, tanto hombres como mujeres, con o sin pareja, lo que también impacta en sus relaciones. Sin embargo, los profesionales sanitarios rara vez abordan el tema, a pesar de que las guías lo recomiendan. Existe escasa investigación longitudinal, especialmente en mujeres, ancianos y pacientes sin pareja, lo que limita la comprensión del problema. Se concluye que es necesario más estudio y un mayor compromiso clínico para integrar la sexualidad en el cuidado de la IC.

Objetivos

analizar como afecta la Insuficiencia cardíaca en la sexualidad de los pacientes

Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica entre julio y septiembre de 2025 sobre como afecta la hipertensión en la sexualidad de las mujeres utilizando la guía Prisma 2020. Para resolver la pregunta de investigación, se hizo una búsqueda bibliográfica en pubmed. Con la pregunta de investigación planteada, se eligieron los descriptores de búsqueda donde se combinó lenguaje natural y estructurado que fueron: heart failure, heart Failure (mesh), sexuality and sexuality (mesh). Se incluyeron los artículos que estaban en español o inglés, publicados en los últimos 5 años, que fueran sobre pacientes con insuficiencia cardíaca. Se seleccionaron 10 artículos

Resultados

La disfunción sexual es muy frecuente en pacientes con insuficiencia cardíaca (48–60%) y se manifiesta como disminución del interés, satisfacción, frecuencia y dificultades de desempeño. Los hombres, los jóvenes y quienes tienen pareja reportan más problemas que las mujeres, los mayores o los solteros.

Las causas son múltiples: limitaciones físicas (fatiga, disnea, intolerancia al ejercicio), efectos secundarios de medicamentos, factores psicológicos (ansiedad, depresión, miedo a un evento cardíaco), comorbilidades (diabetes, obesidad, anemia) y hábitos poco saludables. Estos problemas suelen persistir en el tiempo y se asocian con peor calidad de vida física y emocional.

Aunque la sexualidad pierde importancia tras la enfermedad, muchos pacientes la consideran relevante para su bienestar. Pocas veces hablan del tema con los profesionales de salud, pese a su interés en recibir orientación.

Conclusiones

La disfunción sexual en la insuficiencia cardíaca afecta tanto a pacientes como a sus parejas. Para mejorar la atención, se recomienda evaluar la función sexual de forma rutinaria, optimizar el tratamiento, abordar los factores psicosociales y ofrecer información mediante cuestionarios y asesoramiento especializado.

880/12. RIESGO CARDIOVASCULAR Y TÓXICOS INVISIBLES: UN RETO PARA LA ENFERMERA FAMILIAR

Autores:

Navarro Navarro, M.¹, Soto Criado, M.², Hernández Urrea, N.², Mellado Martín, R.³, Sánchez López, G.³, Martínez Agüero, C.⁴

Centro de Trabajo:

(1) Enfermera residente, Distrito Poniente, Almería, (2) residente de primer año de Enfermería Familiar y Comunitaria en Distrito Poniente de Almería, (3) Residente de segundo año de Enfermería Familiar y Comunitaria en Distrito Poniente de Almería, (4) Enfermera Familiar y Comunitaria UGC Sorbas. Distrito Poniente

Resumen:

Introducción

El riesgo cardiovascular se ha asociado a factores como hipertensión, tabaquismo o dislipemia. Sin embargo, en los últimos años han emergido evidencia que, además, se relacionan con la exposición a tóxicos invisibles, como la contaminación atmosférica, contaminantes orgánicos persistentes, metales pesados, aditivos alimentarios y microplásticos. La enfermería comunitaria ocupa una posición clave para la prevención y educación sanitaria.

Objetivos

1. Analizar la relación entre tóxicos invisibles y riesgos cardiovascular
2. Identificar el papel de la enfermería comunitaria en la prevención y educación frente a estas exposiciones.
3. Proponer nuevas líneas que integren la salud ambiental en las consultas de enfermería Familiar y Comunitaria en Atención Primaria.

Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica en PubMed de los últimos 10 años. El tipo de estudio que se escogió fueron revisiones sistemáticas, ensayos clínicos aleatorizados y estudios cualitativos. El idioma de acotación fue español e inglés. Los descriptores empleados fueron Cardiovascular Diseases, Hipertensión, Environmental Pollutants, Endocrine Disruptors, Microplastics, Community Health Nursing, realizando combinaciones con los operadores Boleanos. Se encontraron 9 artículos y según con nuestros criterios inclusión fueron 7 artículos los sometidos a estudio.

Resultados

La literatura revisada confirma que diversos tóxicos tienen un impacto significativo en la salud cardiovascular. La contaminación atmosférica especialmente las partículas finas, se asocia con un aumento de la morbilidad, siendo mayor entre las personas de edad avanzada e hipertensas. También se observa que la exposición prolongada a contaminantes orgánicos persistentes incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular. Fenómenos extremos ambientales, como las tormentas de polvo, se relacionan con aumento de ingresos hospitalarios por descompensaciones en enfermedades crónicas y aumento de eventos coronarios. Por otro lado, la exposición a metales pesados y compuestos industriales se vincula con mayor riesgo de ICTUS y otras complicaciones vasculares.

Conclusiones

Los tóxicos invisibles constituyen un factor emergente de riesgo cardiovascular aún infravalorado en la práctica clínica. La evidencia científica muestra que la contaminación ambiental y los contaminantes químicos influyen en la morbilidad cardiovascular, lo que supone un reto añadido a la prevención. La enfermera comunitaria puede liderar estrategias de educación sanitaria, promoción de hábitos saludables y sensibilización ambiental. Integrando la salud ambiental en programas de prevención cardiovascular y diseñar intervenciones innovadoras en Atención Primaria es fundamental para abordar de manera mas completa el riesgo vascular.

880/23. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN HIPERTENSIÓN: LA CONTRIBUCIÓN DE LA ENFERMERÍA

Autores:

Hornos Martos, M. ¹

Centro de Trabajo:

(1) Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Ejido Sur. El Ejido. Almería

Resumen:**Introducción**

La hipertensión arterial constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, siendo un factor de riesgo determinante en la morbilidad cardiovascular. A pesar de la disponibilidad de tratamientos farmacológicos eficaces, la baja adherencia terapéutica continúa siendo una de las principales barreras para el adecuado control de la presión arterial. En este contexto, la relación enfermera-paciente adquiere un papel fundamental. Una comunicación de calidad, la educación en salud y el acompañamiento continuo permiten mejorar la adherencia, optimizar resultados clínicos y fortalecer la autogestión del paciente.

Objetivos

El presente trabajo tiene como propósito analizar la evidencia científica reciente sobre el impacto de la relación enfermera-paciente y de las intervenciones de enfermería en la adherencia al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial. Asimismo, se pretende identificar los elementos clave de la práctica enfermera que favorecen la adherencia, tales como la comunicación efectiva, la toma de decisiones compartida y el seguimiento estructurado.

Métodos

Se revisó la literatura científica disponible que evalúa intervenciones lideradas por enfermeras en el manejo de pacientes hipertensos. La evidencia incluye diferentes diseños:

Meta-análisis de 21 estudios que evaluaron intervenciones digitales de salud lideradas por enfermería (Hwang et al., 2023).

Ensayos clínicos aleatorizados que analizaron la efectividad del monitoreo telefónico (Kes et al., 2021) y de programas de educación impartidos por enfermeras en pacientes con diabetes e hipertensión (Kulsick et al., 2020).

Estudio observacional multicéntrico con 2.571 adultos afroamericanos hipertensos que midió la calidad de la relación clínico-paciente, la comunicación y la toma de decisiones compartida (Chang et al., 2021).

Investigaciones de métodos mixtos que exploraron las percepciones de pacientes sobre la educación, el acompañamiento y el monitoreo realizados por enfermeras (Ruswati et al., 2024).

Resultados

Los hallazgos fueron consistentes y señalaron la relevancia de la intervención enfermera:

El meta-análisis reportó un efecto positivo de las intervenciones digitales lideradas por enfermeras en la adherencia a la medicación.

Los ensayos clínicos demostraron que el monitoreo telefónico por enfermeras incrementó significativamente la adherencia a las 12 semanas en comparación con el cuidado habitual, y que las intervenciones educativas generaron mejoras estadísticamente significativas en pacientes con diabetes e hipertensión.

El estudio observacional encontró que una comunicación de alta calidad se asoció con mayor probabilidad de adherencia al igual que la participación activa del paciente en la toma de decisiones.

La investigación cualitativa y de métodos mixtos reafirmó que la educación continua, el acompañamiento cercano y el seguimiento estructurado son percibidos por los pacientes como factores determinantes para mantener la adherencia.

Conclusiones

La evidencia científica disponible, obtenida de estudios internacionales y diversos enfoques de intervención, demuestra que las intervenciones lideradas por enfermería mejoran de manera significativa la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión. La calidad de la relación enfermera-paciente, la comunicación efectiva y la toma de decisiones compartida son elementos clave que potencian el compromiso terapéutico del paciente. Estos resultados respaldan la necesidad de fortalecer el rol de la enfermería en programas de manejo de hipertensión, no solo como agentes de educación y seguimiento, sino también como facilitadores de relaciones terapéuticas que impacten directamente en la salud cardiovascular de la población.

880/27. EL PAPEL DE LA MICROBIOTA INTESTINAL EN LA REGULACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Autores:

Soto Criado, M.¹, Hernández Urrea, N.¹, Mellado Martín, R.², Sánchez López, G.³, Martínez Agüero, C.⁴, Malavé Fernández, C.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Enfermería Especialista en EFyC. Centro de Salud El Ejido. El Ejido. Almería, (2) Residente de 2º año de Enfermería Especialista en EFyC. Centro de Salud El Ejido Sur. El Ejido. Almería, (3) Residente de 2º año

de Enfermería Especialista en EFyC. Centro de Salud Aguadulce Sur. Roquetas de Mar. Almería, (4) Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sorbas. Sorbas. Almería, (5) Residente de 1er año de Enfermería Especialista en EFyC. Centro de Salud Santa María del Águila. El Ejido. Almería

Resumen:

Introducción

La hipertensión arterial constituye uno de los principales factores de riesgo cardiovascular a nivel mundial y su control sigue siendo insuficiente en gran parte de la población. En los últimos años, la microbiota intestinal ha cobrado relevancia como un modulador clave en la homeostasis cardiovascular. Alteraciones en su composición pueden influir en la presión arterial a través de metabolitos bacterianos como los ácidos grasos de cadena corta (SCFA), la modulación inmunológica, procesos inflamatorios y la regulación de la barrera intestinal. La evidencia actual, tanto estudios en modelos animales como en humanos sugieren que la disbiosis intestinal se asocia con hipertensión y con un peor control tensional a largo plazo, abriendo nuevas perspectivas para el abordaje preventivo y terapéutico.

Objetivos

Analizar como influyen los cambios en la microbiota intestinal para la regulación de la hipertensión arterial.

Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica entre mayo y agosto de 2025 sobre cómo afecta la microbiota intestinal en la regulación de la hipertensión arterial utilizando la guía prisma 2020. Para resolver la pregunta de investigación planteada se realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed, y se eligieron los descriptores de búsqueda donde se combinó el lenguaje natural con y estructurado: high blood pressure, hypertension (Mesh Terms), gut microbiota, gastrointestinal microbiome (Mesh Terms). Se incluyeron artículos en inglés publicados en los últimos 10 años. Se seleccionaron un total de 4 artículos.

Resultados

Los estudios revisados muestran que la disbiosis intestinal se relaciona con hipertensión y mal control tensional. La transferencia de microbiota hipertensa a animales normotensos indujo aumento de presión arterial, con alteración en la relación Firmicutes/Bacteroidetes y menor presencia de bacterias productoras de ácidos grasos de cadena corta (SCFA). En humanos, una menor diversidad microbiana se asoció con cifras más altas de presión arterial; Akkermansia, Ruminococcus, Faecalibacterium prausnitzii y Roseburia hominis se vincularon a normotensión, mientras que Veillonella, Streptococcus, Paraprevotella, Bacteroides coprocola y B. plebeius se relacionaron con hipertensión. Además, se observaron niveles fecales altos y plasmáticos bajos de SCFA en hipertensos, sugiriendo una menor absorción sistémica. Finalmente, la composición microbiana permite discriminar entre pacientes con buen o mal control a largo plazo, con valor predictivo significativo en el cumplimiento terapéutico.

Conclusiones

La microbiota intestinal participa como un factor determinante en la fisiopatología y el control de la hipertensión arterial. La disminución de bacterias productoras de SCFA y el aumento de géneros proinflamatorios se asocian con cifras más altas de presión arterial y peor control tensional. Además, determinados perfiles microbianos podrían emplearse como biomarcadores predictivos de respuesta terapéutica. Estas evidencias refuerzan la necesidad de explorar estrategias preventivas y terapéuticas basadas en la modulación del microbioma (probióticos, prebióticos o trasplante fecal) en el manejo integral de la hipertensión.

880/28. IMPACTO DEL SUEÑO Y LOS RITMOS CIRCADIANOS EN LA SALUD CARDIOVASCULAR: INTERVENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Autores:

Malavé Fernández, C.¹, Abad Fernández, I.², Navarro Navarro, M.³, SOTO CRIADO, M.⁴, Hernández Urrea, N.⁴, Mellado Martín, R.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Enfermería Especialista en EFyC. Centro de Salud Santa María del Águila. El Ejido. Almería, (2) Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Norias. El Ejido. Almería, (3) Residente de 2º año de Enfermería Especialista en EFyC. Centro de Salud Roquetas Sur. Roquetas de Mar. Al-

mería, (4) Residente de 1er año de Enfermería Especialista en EFyC. Centro de Salud El Ejido. El Ejido. Almería, (5) Residente de 2º año de Enfermería Especialista en EFyC. Centro de Salud El Ejido Sur. El Ejido. Almería

Resumen:

Introducción

El sueño y los ritmos circadianos desempeñan un papel fundamental en la regulación cardiovascular. La evidencia científica ha demostrado que la disrupción del sueño en calidad, duración o regularidad, se asocia a un mayor riesgo de hipertensión, enfermedad coronaria e infarto agudo de miocardio. El trabajo por turnos, las condiciones hospitalarias y la exposición a la luz artificial son factores que alteran los ciclos sueño-vigilia y afectan tanto a pacientes como a profesionales sanitarios. En este contexto, la enfermería tiene un papel clave en la detección, prevención y mejora de la salud circadiana.

Objetivos

Revisar la literatura científica reciente para identificar la relación entre trastornos del sueño y alteraciones circadianas con el riesgo cardiovascular, así como explorar intervenciones de enfermería efectivas en este ámbito.

Métodos

Se realizó una revisión narrativa de la literatura entre mayo y agosto de 2025, utilizando la guía Prisma 2020. Para resolver la pregunta de investigación planteada se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando las bases de datos PubMed, BMC Nursing y ScienceDirect. Se incluyeron artículos publicados entre 2018 y 2025 que abordaran:

- La relación entre sueño/ciclos circadianos y salud cardiovascular.
- Poblaciones adultas hospitalarias o profesionales sanitarios.
- Intervenciones o implicaciones para la práctica de enfermería.

Se seleccionaron 6 estudios relevantes, incluyendo revisiones sistemáticas, estudios observacionales y ensayos clínicos aleatorizados.

Resultados

La evidencia actual muestra que el sueño de mala calidad y la desincronización de los ritmos circadianos se asocian con un mayor riesgo cardiovascular, incluyendo hipertensión, enfermedad coronaria e infarto agudo de miocardio. La alteración del ritmo biológico, frecuente en pacientes hospitalizados y en profesionales de enfermería, afecta negativamente a la regulación hormonal, el control del estrés y la función cardiovascular. Las intervenciones de enfermería centradas en el respeto al ciclo sueño-vigilia, como minimizar interrupciones nocturnas, controlar luz y ruido, y adaptar cuidados al cronotipo, han demostrado mejorar el descanso, reducir la ansiedad y prevenir el delirio en unidades críticas. Asimismo, el trabajo por turnos impacta directamente en la salud del personal de enfermería, lo que subraya la necesidad de estrategias preventivas. Integrar la cronobiología en la práctica clínica enfermera representa una oportunidad para mejorar resultados tanto en pacientes como en cuidadores.

Conclusiones

La evidencia actual confirma que el sueño y los ritmos circadianos son determinantes clave en la salud cardiovascular. La enfermería puede y debe intervenir en dos niveles fundamentales:

1. Como cuidadora, implementando intervenciones que respeten los ritmos biológicos de los pacientes, favoreciendo así su recuperación y bienestar.
2. Como colectivo profesional, promoviendo el autocuidado y fomentando prácticas que regulen el descanso en contextos de turnos rotatorios, reduciendo el impacto del desajuste circadiano en la salud del personal.

Incorporar la cronobiología en la práctica clínica y en la planificación de turnos representa un paso necesario hacia una atención más segura, humana y eficaz.

880/30. RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL PACIENTE VIH+

Autores:

Hernández Urrea, N.¹, Mellado Martín, R.², Sánchez López, G.³, Martín Agüera, C.⁴, Malavé Fernández, C.⁵, Abad Fernández, I.⁶

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1er año de Enfermería Especialista en EFyC. Centro de Salud El Ejido. El Ejido. Almería, (2) Residente de 2º año de Enfermería Especialista en EFyC. Centro de Salud El Ejido Sur. El Ejido. Almería, (3) Residente de 2º año de Enfermería Especialista en EFyC. Centro de Salud Aguadulce Sur. Roquetas de Mar. Almería, (4) Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sorbas. Sorbas. Almería, (5) Residente de 1er

año de Enfermería Especialista en EFyC. Centro de Salud Las Norias. El Ejido. Almería, (6) Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Norias. El Ejido. Almería

Resumen:

Introducción

El virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un virus que debilita progresivamente el sistema inmunológico al atacar las células CD4, lo que reduce la capacidad del organismo para combatir infecciones y enfermedades. Además, provoca inflamación crónica, dañando los vasos sanguíneos y elevando el riesgo cardiovascular.

Objetivos

Analizar la relación entre la infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el riesgo cardiovascular.

Métodos

Se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando la guía Prisma 2020. Se utilizaron los descriptores de búsqueda: VIH (mesh), arterial hypertension (mesh) y cardiovascular risk (mesh). Se seleccionaron 10 artículos que estaban en español y en inglés entre 2020-2025.

Resultados

Los estudios revelan que la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) está asociada a un aumento en el riesgo cardiovascular y en la prevalencia de la hipertensión arterial.

La probabilidad de desarrollar arteriosclerosis, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular (ictus) o vasculopatía periférica es hasta dos veces mayor en este grupo comparado con la población general.

La terapia antirretroviral, ha aumentado significativamente la supervivencia de las personas con infección crónica por VIH, previniendo la progresión al SIDA, así como las infecciones oportunistas. Sin embargo, el uso de estos fármacos puede aumentar el riesgo cardiovascular debido a sus efectos sobre el metabolismo, algunos de estos pueden contribuir al desarrollo de hipertensión arterial por sus efectos secundarios tales como: aumento de peso, alteraciones en la función renal o retención de líquidos.

El manejo clínico de la HTA en estos pacientes es similar al de la población general, pero debe considerarse cuidadosamente el riesgo de interacciones farmacológicas entre antihipertensivos y antirretrovirales.

Estos resultados destacan la necesidad de una evaluación cardiovascular completa en personas con VIH, además de la importancia de que adopten estilos de vida saludables, lo que contribuye a disminuir los factores de riesgo, mejorar su salud general y prevenir complicaciones asociadas a la hipertensión.

Conclusiones

Las personas con VIH presentan un mayor riesgo de desarrollar hipertensión y enfermedades cardiovasculares, debido tanto a la propia infección como a los efectos secundarios de la terapia antirretroviral. Aunque este tratamiento ha mejorado la supervivencia, también puede afectar el metabolismo y aumentar factores de riesgo. Por ello, es fundamental un enfoque clínico integral que incluya el control riguroso de la presión arterial, la prevención de interacciones medicamentosas y la adopción de estilos de vida saludables para reducir complicaciones y mejorar la salud a largo plazo.

880/41. CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

Autores:

Rebollo Rubio, A.¹, Rebollo Rubio, A.¹, Ortega García, L.¹, Villalón Vegas, A.¹, Jiménez Salcedo, T.², Padial Barranco, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Enfermera. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga, (2) Médico Especialista en Familia y Comunidad. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga, (3) Dietista. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga

Resumen:

Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) supone un importante problema de salud pública para la sociedad actual debido a su alta prevalencia, morbi-mortalidad, impacto sobre la calidad de vida y coste socioeconómico asociado (1).

La nutrición y estilo de vida saludable juega un papel fundamental en la prevención, el manejo y la progresión de la ERC (2). Modificar hábitos dietéticos y estilos de vida, no solo puede retrasar la evolución de la enfermedad, sino también prevenir complicaciones asociadas y mejorar resultados clínicos (3).

En la actualidad, la mayoría de pacientes con ERC carecen de información suficiente sobre alimentación saludable y factores de riesgo modificables.

Objetivos

Evaluar el impacto de la consulta de educación para la salud impartida por enfermeras y nutricionistas especialistas en nefrología en el control de la tensión arterial y resultados clínicos en personas adultas con enfermedad renal crónica avanzada

Métodos

Estudio descriptivo longitudinal sobre una muestra de personas que son derivadas a la consulta de enfermería de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) impartida por enfermeras y nutricionistas especialistas en nefrología. Las variables analizadas fueron la disminución o suspensión de fármacos antihipertensivos y la evolución de la tasa de filtrado glomerular tras recibir educación para la salud.

Las variables se midieron en el momento de llegada a la consulta de enfermería ERCA y la siguiente visita con facultativo.

Resultados

La muestra estuvo formada por 53 pacientes (52% mujeres), con una edad media de 71 años. Los pacientes procedían en su mayoría de la consulta de nefrología clínica (97%), y todos tenían una tasa de filtrado glomerular < 30 ml/min/1,72m² (media 20,7 ml/min/1,72m²)

Tras recibir la educación sanitaria, impartida por enfermeras y nutricionistas especialistas, un 32% de los pacientes suspendieron o disminuyeron dosis de fármacos antihipertensivos, y la tasa de filtrado glomerular mejoró de forma significativa ($p = 0,033$) tras recibir dicha información

Conclusiones

La intervención educativa sobre alimentación y estilos de vida saludables impartida por enfermeras y nutricionistas especialistas en nefrología aumenta el grado de conocimientos sobre la ERCA y sus cuidados y contribuye a una mejora significativa de la función renal y un mejor control de la tensión arterial.

La participación activa del paciente en su tratamiento, así como el seguimiento de recomendaciones dietéticas y medidas higiénicas, pueden prevenir o disminuir las complicaciones derivadas de la ERCA, siendo la educación en salud un componente fundamental en este proceso.

880/42. CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

Autores:

Ruiz Sanchez, A.¹, Rebollo Rubio, A.¹, Ortega García, L.¹, Villalón Vegas, A.¹, Jiménez Salcedo, T.², Padial Barranco, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Enfermera. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga, (2) Médico Especialista en Familia y Comunidad. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga, (3) Dietista. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga

Resumen:

Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) supone un importante problema de salud pública para la sociedad actual debido a su alta prevalencia, morbi-mortalidad, impacto sobre la calidad de vida y coste socioeconómico asociado (1).

La nutrición y estilo de vida saludable juega un papel fundamental en la prevención, el manejo y la progresión de la ERC (2). Modificar hábitos dietéticos y estilos de vida, no solo puede retrasar la evolución de la enfermedad, sino también prevenir complicaciones asociadas y mejorar resultados clínicos (3).

En la actualidad, la mayoría de pacientes con ERC carecen de información suficiente sobre alimentación saludable y factores de riesgo modificables.

Objetivos

Evaluar el impacto de la consulta de educación para la salud impartida por enfermeras y nutricionistas especialistas en nefrología en el control de la tensión arterial y resultados clínicos en personas adultas con enfermedad renal crónica avanzada

Métodos

Estudio descriptivo longitudinal sobre una muestra de personas que son derivadas a la consulta de enfermería de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) impartida por enfermeras y nutricionistas especialistas en nefrología.

Las variables analizadas fueron la disminución o suspensión de fármacos antihipertensivos y la evolución de la tasa de filtrado glomerular tras recibir educación para la salud.

Las variables se midieron en el momento de llegada a la consulta de enfermería ERCA y la siguiente visita con facultativo.

Resultados

La muestra estuvo formada por 53 pacientes (52% mujeres), con una edad media de 71 años. Los pacientes procedían en su mayoría de la consulta de nefrología clínica (97%), y todos tenían una tasa de filtrado glomerular < 30 ml/min/1,72m² (media 20,7 ml/min/1,72m²)

Tras recibir la educación sanitaria, impartida por enfermeras y nutricionistas especialistas, un 32% de los pacientes suspendieron o disminuyeron dosis de fármacos antihipertensivos, y la tasa de filtrado glomerular mejoró de forma significativa ($p = 0,033$) tras recibir dicha información

Conclusiones

La intervención educativa sobre alimentación y estilos de vida saludables impartida por enfermeras y nutricionistas especialistas en nefrología aumenta el grado de conocimientos sobre la ERCA y sus cuidados y contribuye a una mejora significativa de la función renal y un mejor control de la tensión arterial.

La participación activa del paciente en su tratamiento, así como el seguimiento de recomendaciones dietéticas y medidas higiénicas, pueden prevenir o disminuir las complicaciones derivadas de la ERCA, siendo la educación en salud un componente fundamental en este proceso.

Bibliografía

1. Jha, V., Garcia-Garcia, G., Iseki, K., Li, Z., Naicker, S., Plattner, B., ... & Yang, C. W. (2013). Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *The Lancet*, 382(9888), 260–272. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60687-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60687-X)
2. Ikizler, T. A., Burrowes, J. D., Byham-Gray, L. D., Campbell, K. L., Carrero, J. J., Chan, W., ... & KDOQI Nutrition Work Group. (2020). KDOQI Clinical Practice Guideline for Nutrition in CKD: 2020 Update. *American Journal of Kidney Diseases*, 76(3 Suppl 1), S1–S107. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2020.05.006>
3. Cupisti, A., Kovesdy, C. P., D'Alessandro, C., Kalantar-Zadeh, K. (2018). Dietary approach to recurrent or chronic hyperkalaemia in patients with decreased kidney function. *Nutrients*, 10(3), 261. <https://doi.org/10.3390/nu10030261>

880/43. IMPACTO DE LA EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA EN EL ÁMBITO RURAL

Autores:

Martínez Agüero, C.¹, Malavé Fernández, C.², Fernández Abad, I.³, Navarro Navarro, M.⁴, SOTO CRIADO, M.⁵, Hernández Urrea, N.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sorbas. Sorbas. Almería, (2) Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Ejido. El Ejido. Almería, (3) Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Norias. El Ejido. Almería, (4) Enfermera Residente. Centro de Salud Roquetas Sur. Roquetas de Mar. Almería, (5) Enfermera Residente. Centro de Salud El Ejido. El Ejido. Almería

Resumen:**Introducción**

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una de las principales enfermedades crónicas en la población adulta. En zonas rurales, su control supone un reto por el envejecimiento, la dispersión geográfica y la limitada accesibilidad a recursos sanitarios.

La enfermera comunitaria desempeña un papel clave en la prevención, detección precoz y seguimiento de la DM2, a través de la educación sanitaria, promoción de hábitos saludables y el acompañamiento personalizado, se fomenta la autonomía el autocuidado.

Objetivos

Evaluar actuación de la figura de enfermera comunitaria en grupo de pacientes con Diabetes Mellitus tipo II.

Exponer resultados en conocimientos y satisfacción de los pacientes.

Métodos

Diseño del estudio: descriptivo y transversal

Población diana: personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 adscritas al centro de salud de Uleila del Campo, Almería

Muestra: pacientes derivados al grupo de educación diabetológica (n=25)

Instrumento de recogida de datos: cuestionario Diabetes Knowledge Questionnaire (DQK-24), para evaluar el nivel de conocimiento sobre la enfermedad

Variables complementarias: edad, sexo, años de evolución con DM2 y control glucémico

Análisis: descriptivo

Resultados

Al inicio del estudio, la mayoría de los participantes presentaban un nivel bajo de conocimiento sobre la diabetes mellitus tipo 2 según el cuestionario DQK-24.

Tras la intervención educativa, se observó una mejora significativa en las puntuaciones del cuestionario, alcanzando niveles de conocimiento medio y alto en la mayoría de los participantes.

Las cuatro sesiones educativas abordaron aspectos clave sobre alimentación, tratamiento farmacológico, autocontrol glucémico y prevención de complicaciones.

Los participantes manifestaron un alto grado de satisfacción, destacando la utilidad práctica de las sesiones y la importancia del acompañamiento de la enfermera comunitaria.

La intervención contribuyó a fortalecer el autocuidado, mejorar la comprensión de la enfermedad y fomentar hábitos de vida saludables.

Conclusiones

La intervención de la enfermera comunitaria en población rural con diabetes tipo 2 mejora significativamente el conocimiento sobre la enfermedad.

La educación estructurada en sesiones favorece la adhesión al tratamiento, el autocuidado y la prevención de complicaciones.

La satisfacción de los participantes refleja la importancia de la atención cercana y personalizada en entornos rurales.

Este modelo de intervención puede ser replicable y sostenible, aportando beneficios tanto a los pacientes como al sistema de salud local.

880/52. HIPERTENSIÓN INTRADIALÍTICA: PREVENCIÓN Y CONTROL DESDE LA ACTUACIÓN ENFERMERA.

Autores:

López Esteve, E.¹, López Esteve, E.¹, Villalón Vegas, A.¹, Granados Camacho, S.², Camarero Comino, A.², Martínez Esteban, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Enfermera. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga, (2) Enfermero. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga, (3) Médico Especialista en Familia y Comunidad. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga

Resumen:

Introducción

La hipertensión intradialítica (IDH) se define como el incremento paradójico de la presión arterial durante o inmediatamente después de la sesión de hemodiálisis. Tradicionalmente la hipotensión ha sido la complicación hemodinámica más referenciada pero en los últimos años la relevancia de la IDH ha aumentado, ya que se asocia con una mayor morbilidad cardiovascular y peor pronóstico clínico. Su prevalencia se estima entre el 10 y el

15% de los pacientes en hemodiálisis, aunque puede alcanzar cifras superiores en determinados grupos de riesgo. La etiología y fisiopatología es compleja y multifactorial, siendo predisponentes y causantes la sobrecarga de volumen, la activación neurohormonal, la disfunción endotelial y rigidez arterial así como, las alteraciones en el balance electrolítico o en la composición del líquido de diálisis.

El fenómeno refleja, de forma general, un desequilibrio entre la ultrafiltración y la respuesta vascular lo que lleva a un incremento de la resistencia periférica. Este hecho si se mantiene en el tiempo, favorece al desarrollo de hipertrofia ventricular izquierda, insuficiencia cardíaca y mayor riesgo cardiovascular.

Objetivos

Analizar el papel de enfermería en la hipertensión intradialítica (IDH), poniendo el foco en aquellas intervenciones clínicas, educativas y de seguimiento que contribuyen a mejorar el control, detección y prevención de este hecho.

Métodos

Se realizó una revisión de la literatura en bases científicas (PubMed, Scielo, Dialnet y CINAHL), abarcando los últimos diez años. Se incluyeron artículos de revisión, estudios observacionales, ensayos clínicos y guías de práctica clínica sobre hipertensión intradialítica. Se seleccionaron un total de 28 publicaciones. Se destacó aquellos artículos que referían sobre el rol enfermero en la prevención y control de esta complicación.

Resultados

La evidencia muestra que la monitorización de la presión arterial —antes, durante y después de la diálisis— permite la identificación temprana de la IDH, para su control de forma más satisfactoria. Asimismo, la evaluación precisa del peso seco, el control de la ganancia intradialítica con herramientas como la bioimpedancia o la valoración clínica son esenciales para ajustar la ultrafiltración de forma más precisa y evitar eventos de IDH.

En cuanto a la educación sanitaria son importantes intervenciones enfermeras centradas en la enseñanza sobre la restricción de sodio, el control hídrico, la adherencia al tratamiento farmacológico además del autoconocimiento en cuanto a los síntomas de sobrecarga, lo que mejoran la autogestión del paciente y por tanto una reducción de la IDH.

Además, la coordinación con el equipo médico en la adaptación de parámetros de diálisis, como la concentración de sodio o la temperatura del líquido de dializado, se ha asociado a una disminución significativa de los episodios hipertensivos intradialíticos.

Conclusiones

La hipertensión intradialítica representa un desafío clínico que impacta en la morbilidad cardiovascular y en la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis. La prevención y el control de la IDH dependen de la colaboración entre enfermería, el equipo médico y el manejo farmacológico individualizado, asegurando así la reducción de complicaciones y la mejora del pronóstico cardiovascular del paciente.

880/53. HIPERTENSIÓN INTRADIALÍTICA: PREVENCIÓN Y CONTROL DESDE LA ACTUACIÓN ENFERMERA.

Autores:

López Esteve, E.¹, Villalón Vegas, A.¹, Piquero Calleja, L.², Granados Camacho, S.³, Camarero Comino, A.³, Martínez Esteban, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Enfermera. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga, (2) Médico Especialista en Familia y Comunidad. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga, (3) Enfermero. Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga

Resumen:

Introducción

La hipertensión intradialítica (IDH) se define como el incremento paradójico de la presión arterial durante o inmediatamente después de la sesión de hemodiálisis. Tradicionalmente la hipotensión ha sido la complicación hemodinámica más referenciada pero en los últimos años la relevancia de la IDH ha aumentado, ya que se asocia con una mayor morbilidad cardiovascular y peor pronóstico clínico. Su prevalencia se estima entre el 10 y el 15% de los pacientes en hemodiálisis, aunque puede alcanzar cifras superiores en determinados grupos de riesgo. La etiología y fisiopatología es compleja y multifactorial, siendo predisponentes y causantes la sobrecarga de volumen, la activación neurohormonal, la disfunción endotelial y rigidez arterial así como, las alteraciones en el balance electrolítico o en la composición del líquido de diálisis.

El fenómeno refleja, de forma general, un desequilibrio entre la ultrafiltración y la respuesta vascular lo que lleva a un incremento de la resistencia periférica. Este hecho si se mantiene en el tiempo, favorece al desarrollo de hipertrofia ventricular izquierda, insuficiencia cardíaca y mayor riesgo cardiovascular.

Objetivos

Analizar el papel de enfermería en la hipertensión intradialítica (IDH), poniendo el foco en aquellas intervenciones clínicas, educativas y de seguimiento que contribuyen a mejorar el control, detección y prevención de este hecho.

Métodos

Se realizó una revisión de la literatura en bases científicas (PubMed, Scielo, Dialnet y CINAHL), abarcando los últimos diez años. Se incluyeron artículos de revisión, estudios observacionales, ensayos clínicos y guías de práctica clínica sobre hipertensión intradialítica. Se seleccionaron un total de 28 publicaciones. Se destacó aquellos artículos que referían sobre el rol enfermero en la prevención y control de esta complicación.

Resultados

La evidencia muestra que la monitorización de la presión arterial —antes, durante y después de la diálisis— permite la identificación temprana de la IDH, para su control de forma más satisfactoria. Asimismo, la evaluación precisa del peso seco, el control de la ganancia intradialítica con herramientas como la bioimpedancia o la valoración clínica son esenciales para ajustar la ultrafiltración de forma más precisa y evitar eventos de IDH.

En cuanto a la educación sanitaria son importantes intervenciones enfermeras centradas en la enseñanza sobre la restricción de sodio, el control hídrico, la adherencia al tratamiento farmacológico además del autoconocimiento en cuanto a los síntomas de sobrecarga, lo que mejoran la autogestión del paciente y por tanto una reducción de la IDH.

Además, la coordinación con el equipo médico en la adaptación de parámetros de diálisis, como la concentración de sodio o la temperatura del líquido de dializado, se ha asociado a una disminución significativa de los episodios hipertensivos intradialíticos.

Conclusiones

La hipertensión intradialítica representa un desafío clínico que impacta en la morbilidad cardiovascular y en la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis. La prevención y el control de la IDH dependen de la colaboración entre enfermería, el equipo médico y el manejo farmacológico individualizado, asegurando así la reducción de complicaciones y la mejora del pronóstico cardiovascular del paciente.

880/94. MICRO Y NANOPLÁSTICOS: ¿FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR EMERGENTE?

Autores:

Abad Fernández, I.¹, Navarro Navarro, M.², Soto Criado, M.³, Hernández Urrea, N.⁴, Mellado Martín, R.⁵, Sánchez López, G.⁶

Centro de Trabajo:

(1) Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Norias. El Ejido. Almería, (2) Residente de 2º año de Enfermería Especialista en EFyC. Centro de Salud Roquetas Sur. Roquetas de Mar. Almería, (3) Residente de 1er año de Enfermería Especialista en EFyC. Centro de Salud El Ejido Sur. El Ejido. Almería, (4) Residente de 1er año de Enfermería Especialista en EFyC. Centro de Salud Santa María del Águila. El Ejido. Almería, (5) Residente de 2º año de Enfermería Especialista en EFyC. Centro de Salud El Ejido. El Ejido. Almería, (6) Residente de 2º año de Enfermería Especialista en EFyC. Centro de Salud El Ejido Sur. El Ejido. Almería

Resumen:

Introducción

Los microplásticos (≤ 5 mm) y nanoplasticos (≤ 1000 nm), denominados MNPs, son fragmentos derivados de la degradación ambiental de residuos plásticos. Su presencia es ubicua y pueden ingresar al organismo por ingestión, inhalación o vía cutánea. En los últimos años se ha incrementado la evidencia que sugiere su posible papel como nuevo factor de riesgo cardiovascular, lo que motiva revisar la literatura reciente sobre sus efectos y mecanismos de acción en el sistema cardiovascular.

Objetivos

Describir los efectos perjudiciales y los posibles mecanismos por los cuales los MNPs afectan de forma nociva al sistema cardiovascular.

Métodos

Se realizó una revisión narrativa en PubMed siguiendo la Guía PRISMA 2020. Se emplearon descriptores nanoplastic, microplastic y cardiovascular risk, combinados con operadores booleanos. Se incluyeron estudios originales y revisiones en inglés o español de los últimos cinco años. De 26 resultados, se seleccionaron 22 artículos que cumplían los criterios de inclusión.

Resultados

- **Acumulación en tejidos:** Se han identificado MNPs en sangre, tejido cardíaco y placas de ateroma. Estudios recientes evidencian que su presencia en arterias se asocia a un mayor riesgo de infarto, ictus o muerte cardiovascular. Pacientes con síndrome coronario agudo muestran concentraciones más altas de MNPs, proporcionales a la gravedad del evento.
- **Respuesta inmunoinflamatoria:** Las partículas inducen estrés oxidativo y activación inmunitaria, con elevación de IL-6, linfocitos B y células NK, contribuyendo a la inflamación vascular crónica.
- **Daño miocárdico:** En modelos animales se ha observado remodelado y fibrosis del miocardio, lo que podría predisponer a disfunción cardíaca.
- **Estado protrombótico y daño endotelial:** Los MNPs favorecen la hemólisis y agregación plaquetaria, aumentando el riesgo de trombosis, infarto y accidente cerebrovascular. También alteran la función endotelial, generando vasodilatación y permeabilidad aumentada, factores que preceden la enfermedad vascular.
- **Alteraciones metabólicas y lipídicas:** Las partículas interactúan con lípidos y lipoproteínas, contribuyendo a dislipemias y alteraciones en la distribución lipídica.
- **Desregulación de la tensión arterial:** El daño endotelial y el estado inflamatorio alteran los mecanismos compensatorios de la presión arterial.

Las principales limitaciones de los estudios son el tamaño muestral reducido, la falta de causalidad demostrada y la heterogeneidad en la composición y detección de las partículas.

Conclusiones

- Los micro y nanoplásticos emergen como un potencial factor de riesgo cardiovascular por su capacidad de inducir inflamación, disfunción endotelial, trombosis y daño miocárdico.
- Aunque los resultados son consistentes, la evidencia aún es preliminar y se requieren estudios longitudinales y poblacionales más amplios para confirmar su papel causal.
- Ante su ubicuidad y persistencia ambiental, es imprescindible la adopción de políticas globales orientadas a reducir la exposición humana y mitigar esta nueva amenaza para la salud cardiovascular.

Revista Riesgo Cardiovascular

Comunicaciones Farmacia

34º Congreso Médico SAHTA

Sociedad Andaluza de Hipertensión Arterial

880/16. MEJORANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: ERRORES DE DOSIFICACIÓN DE ANTICOAGULANTES

Autores:

Sáez Carballo, M.¹, Acuña Rodríguez, J.², Martí Garnica, M.¹, López Álvarez, C.¹, Vela Márquez, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Farmacéutico de Atención primaria. Distrito Málaga-Guadalhorce, (2) Farmacéutico de Atención primaria. Distrito Málaga-Guadalhorce

Resumen:

Introducción

Los anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) son fármacos de alto riesgo, por lo que un error en la posología puede dar lugar a importantes consecuencias en la seguridad del paciente.

Objetivos

Detectar y clasificar los errores en la dosificación de ACOD.

Realizar una intervención en los errores detectados para su corrección.

Métodos

A través de la aplicación MicroStrategy que explota las recetas facturadas, se obtuvieron listados de dispensaciones de ACOD (Apixabán, Dabigatrán, Edoxabán, Rivaroxabán) correspondiente al periodo de abril-mayo de 2025 en un Distrito de Atención Primaria.

Los datos fueron analizados, seleccionando aquellas prescripciones cuya posología no coincidía con ficha técnica. Se clasificaron según la naturaleza del error, utilizando la siguiente categorización y puntuación.

1-ERROR DE POSOLOGÍA

- No Error: Puntuación 0
- Tipo 1 (Leve): Puntuación 1. No causa daño o es fácilmente corregible.
- Tipo 2 (Moderado-Grave): Puntuación 2. Puede causar daño significativo o requerir intervención médica.

2- PAUTA SEGÚN EDAD:

- Correcta: Puntuación 0
- No acorde a ficha técnica: Puntuación 1

Se sumó la puntuación obtenida en cada categoría, y se analizaron las prescripciones con puntuación total > 0.

En estos pacientes se realizó una intervención a 3 niveles:

1. Comunicación por correo electrónico: dirigida a los directores de los centros de salud y a los Servicios de Farmacia hospitalaria, para informar a los profesionales sobre los errores.
2. Llamadas telefónicas: cuando el correo electrónico no fue efectivo, se realizaron llamadas telefónicas a los prescriptores.
3. Anulaciones de recetas: en los casos más graves, se realizaron Anulaciones Cautelares por el Farmacéutico de Atención Primaria, lo que obligaba a una nueva acción por parte del prescriptor.

Resultados

De un total de 11.746 prescripciones, se detectaron errores en 270 pacientes (puntuación 1 en 80 pacientes, puntuación 2 en 175 pacientes, puntuación 3 en 15 pacientes). Tras excluir 10 casos de pacientes fallecidos y 43 ya corregidos, quedaron 217 casos en los que se realizó la intervención descrita, con los siguientes resultados:

Atención Primaria (AP): de 184 prescripciones con error identificadas, se corrigieron 168 (88%). La mayoría habían sido comunicadas por correo electrónico (n=84), seguidas de llamadas telefónicas (n=39) y Anulaciones Cautelares (n=42).

Ámbito Hospitalario: se encontraron 30 prescripciones con error. 22 de ellas fueron corregidas (73.3%) tras la comunicación por correo electrónico a los Servicios de Farmacia Hospitalarios

Conclusiones

Los errores de prescripción de ACOD detectados fueron mayoritariamente moderados-graves

La intervención realizada a varios niveles ha demostrado ser muy eficaz para corregir errores de posología.

Este tipo de actuación contribuye a la mejora de la seguridad de paciente.

Posibles áreas de mejoras detectadas son: reforzar la formación del personal sanitario e implementar alertas en el sistema de Receta XXI.

880/31. DETECCIÓN PRECOZ DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTE HIPERTENSO MEDIANTE SEGUIMIENTO EN FARMACIA COMUNITARIA

Autores:

Pérez Puebla, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Farmacéutica adjunta

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 72 años, hipertenso desde hace más de 10 años, con antecedentes de cardiopatía isquémica (infarto de miocardio hace 5 años) y dislipemia tratada. Usuario habitual de la farmacia comunitaria, donde acude de forma mensual para la revisión de tensión arterial y cada tres meses para control de perfil lipídico mediante dispositivo de determinación rápida (Cobas b).

El paciente presentaba buen cumplimiento terapéutico con enalapril 20 mg/12h, atorvastatina 40 mg/24h y ácido acetilsalicílico 100 mg/24h. En visitas sucesivas, la presión arterial se mantenía dentro de rango (<135/85 mmHg), y el colesterol LDL había disminuido de 160 mg/dL a 92 mg/dL en el último control, con adecuada adherencia.

En una visita rutinaria, se detectó que el paciente presentaba palpitaciones de inicio súbito, cierta disnea de esfuerzo y sensación de fatiga no habitual. Durante la medición de la presión arterial se pudo observar una frecuencia irregular, con oscilaciones marcadas entre lecturas consecutivas. Se le repitió unas tres veces. Ante la sospecha de arritmia, se decidió derivar al servicio de urgencias.⁽¹⁾

Exploración y pruebas complementarias

En urgencias, el paciente presentaba frecuencia cardíaca irregular (130 lpm), presión arterial de 142/86 mmHg, y saturación de oxígeno del 95 %. El electrocardiograma confirmó fibrilación auricular de reciente comienzo. Los análisis mostraron troponina negativa y función renal preservada.

El paciente fue ingresado para control de la arritmia, iniciándose anticoagulación oral y ajuste del tratamiento cardiovascular. Tras estabilización, se le programó seguimiento en cardiología y anticoagulación en atención primaria. Esto nos lo confirmó a los días, cuando nos contó lo ocurrido. Se le pidió a posteriori si podía mostrar su informe clínico, para poder realizar este caso clínico.

Juicio clínico

El diagnóstico fue fibrilación auricular paroxística en paciente hipertenso y con cardiopatía isquémica previa, detectada en el contexto de una visita rutinaria de seguimiento en la farmacia comunitaria.

Comentario final

Este caso evidencia la importancia del papel de la farmacia comunitaria en el seguimiento de pacientes con riesgo cardiovascular. En el ámbito de la farmacia comunitaria, el seguimiento del tratamiento puede entenderse como la observación sistemática y continuada de la farmacoterapia del paciente, con el fin de identificar posibles errores y optimizar los resultados en salud. Para reducir estas incidencias, en los últimos años se han implementado diversas estrategias centradas en favorecer la adherencia, realizar seguimiento farmacoterapéutico y reforzar la farmacovigilancia.

En este contexto, la farmacia comunitaria se ha consolidado como un punto de referencia en la detección y prevención de errores relacionados con la medicación, especialmente a través de servicios orientados a mejorar la adherencia al tratamiento.⁽²⁾

Este caso refuerza la necesidad de fomentar programas de seguimiento cardiovascular en farmacias comunitarias, donde la cercanía al paciente y la accesibilidad permiten identificar cambios clínicos de forma precoz y actuar en coordinación con el resto de los profesionales sanitarios.

Bibliografía

1. Jobst S, Leppla L, Köberich S. A self-management support intervention for patients with atrial fibrillation: a randomized controlled pilot trial. *Pilot Feasibility Stud.* 18 de junio de 2020;6(1):87.
2. Oñatibia-Astibia A, Aizpuru-Arruti X, Malet-Larrea A, Gastelurrutia MÁ, Goyenechea E, Oñatibia-Astibia A, et al. El papel del farmacéutico comunitario en la detección y disminución de los errores de medicación: revisión sistemática exploratoria. *Ars Pharm Internet.* marzo de 2021;62(1):15-39.

880/44. USO INADECUADO DE TIAZIDAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA GRAVE

Autores:

Acuñas Rodríguez, J.¹, Sáez Carballo, M.², Martí Garnica, M.², Burgos Sierra, F.², Vela Márquez, M.², Paéz Valle, R.¹

Centro de Trabajo:

(1) Farmacéutico de Atención Primaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga.

(2) Farmacéutica de Atención Primaria. Centro de Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga.

Resumen:

Introducción

En la enfermedad renal crónica (ERC) el mecanismo de acción de los diuréticos tiazídicos se encuentra alterado, pudiendo ocasionar un riesgo para la seguridad del paciente, por la pérdida de eficacia de estos fármacos en esta situación clínica. Debido a ello, el uso de estos fármacos en la ERC grave (filtrado glomerular <30 ml/min/1.73m²) está contraindicado en Ficha Técnica

Objetivos

- Evaluar la adecuación del tratamiento con diuréticos tiazídicos en pacientes con ERC
- Realizar una intervención para mejorar la adecuación del tratamiento en estos pacientes

Métodos

Mediante la aplicación MicroStrategy, se identificaron 4.262 pacientes, a quienes se les había dispensado diuréticos tiazídicos (ATC C03A) en el período de enero a abril de 2025 en el ámbito de un Distrito Sanitario.

Esta muestra se cruzó con las dispensaciones de fármacos para el tratamiento de la hiperpotasemia e hiperfosfatemia (ATC V03AE) con el objeto de identificar aquellos pacientes concomitante con diurético tiazídico.

Se obtuvo una muestra de 11 pacientes en tratamiento concomitante con tiazidas y un fármaco del grupo V03AE, en los que se realizó una auditoría para determinar su tasa de filtración glomerular (TFG)

Los pacientes con fármacos de ambos grupos y ERC grave se clasificaron como "Tratamiento inadecuado", y se realizó una intervención a 2 niveles:

1. Valoración farmacoterapéutica individualizada (VFT) de cada paciente, enviada al prescriptor a través de su buzón profesional en Diraya.
2. Contacto telefónico: cuando no hubo respuesta de la VFT realizada, se localizó telefónicamente al prescriptor indicándole el motivo de la VFT.

Resultados

De los 11 pacientes evaluados, se encontraron los siguientes resultados:

- 7 pacientes con TFG > 30 ml/min/1.73m (tratamiento adecuado)
- 4 pacientes con TFG < 30 ml/min/1.73m² (ERC grave). (tratamiento no adecuado)

De las 4 VFT realizadas, solo en el 50% de los casos (2 de 4 pacientes) se realizó una modificación del tratamiento. En los 2 casos restantes se informó del problema de seguridad a través de llamada telefónica, sin que resultara en una modificación de tratamiento por el médico, aunque sí quedó constancia de la necesidad de una monitorización más estrecha.

Conclusiones

La utilización de diuréticos tiazídicos en pacientes con ERC es baja. Sin embargo, en los casos en que coexisten pueden traducirse en un problema de seguridad del paciente. Los resultados encontrados evidencian una oportunidad de mejora en la adherencia a las recomendaciones para el manejo de diuréticos en pacientes con ERC avanzada.

Como limitaciones encontramos que no todos los pacientes con ERC reciben tratamiento con V03AE o no ha existido dispensación de estos en el periodo seleccionado, además del pequeño tamaño de la muestra encontrada.

Las VFT no han sido del todo efectivas como herramienta de intervención, ya que se han necesitado realizar otras acciones para informar al prescriptor.

La detección por parte del Farmacéutico de Atención Primaria del uso inadecuado de este tratamiento en ERC grave contribuye a mejorar la seguridad del paciente que padece esta enfermedad.

880/60. FIBRILACIÓN AURICULAR SILENTE DETECTADA EN FARMACIA COMUNITARIA: UN CASO CLÍNICO

Autores:

Fernández-Palacios Serrano, P.¹, Nieto Masa, A.²

Centro de Trabajo:

(1) Farmacéutico Comunitario. Consultorio Local Espartinas. Espartinas. Sevilla, (2) Farmacéutica Comunitaria. Consultorio Local Espartinas. Espartinas. Sevilla

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 77 años, sin antecedentes patológicos conocidos ni medicación habitual. Vive con su esposa, a quien cuida, diagnosticada de enfermedad cardíaca. El 11/09/2025 acude a la farmacia comunitaria tras automedirse la presión arterial en domicilio y observar una PAS en torno a 190 mmHg. Por iniciativa propia toma 20 mg de olmesartán, medicación pautada a su esposa, y acude para confirmar la tensión. En la farmacia presenta cifras de 127/70 mmHg, con frecuencia cardíaca de 42 lpm. Se detecta ritmo inusual con monitor portátil (Kardia®), sin trazado concluyente, aunque con valores de bradicardia. Se le asesora sobre automedición en domicilio (AMPA) y se programa seguimiento.

Exploración y pruebas complementarias

El 15/09/2025 aporta registro AMPA. En la farmacia se realiza triple medición: 150/69 mmHg, FC 48 lpm. Se vuelve a detectar ritmo inusual, con pausas y variabilidad de la frecuencia. Llama la atención la presión de pulso elevada (>80 mmHg) asociada a bradicardia persistente. Se deriva a atención primaria sugiriendo estudio clínico y realización de monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA 24 h). El primer intento de MAPA falla, lo que se achaca a problemas técnicos (batería). El segundo estudio se realiza el 23/09/2025 con demasiadas medidas erróneas. Resultados: 144/61 mmHg (diurna 146/61; nocturna 146/65), FC media 53 lpm. Descenso nocturno -7 %, con patrón riser. Carga de presión arterial elevada (día 61 %, noche 83 %, global 62 %). Se registran errores técnicos en las mediciones, probablemente por: bradicardia marcada (FC <40 lpm), presión de pulso amplia y ritmo irregular. Estas alteraciones comprometen la fiabilidad del algoritmo oscilométrico y aumentan el porcentaje de lecturas no válidas, lo que nos lleva inicialmente a cuestionar el resultado y a sospechar la presencia de una patología encubierta.

Juicio clínico

La presión de pulso anormalmente alta y la frecuencia cardíaca extremadamente baja (hasta 37 lpm en fase nocturna) sugerían un trastorno del ritmo cardíaco no diagnosticado. La persistencia de un ritmo irregular con pausas, asociada a ascenso nocturno de presión arterial y hallazgos anómalos en los dispositivos, refuerzan la sospecha clínica de una patología subyacente.

Comentario final

Ante la ausencia de hallazgos concluyentes, pero con una sospecha clínica mantenida, se insiste en la derivación médica. Se propone la realización de ECG y considerar tratamiento farmacológico hipotensor. El paciente es derivado por su médico de atención primaria, con carácter preferente, a cardiología, donde el 06/10/2025 se confirma el diagnóstico de fibrilación auricular. Este caso muestra cómo una farmacia comunitaria, a través de la observación, uso de tecnología accesible (AMPA, MAPA, monitor portátil) y colaboración interprofesional, puede contribuir significativamente a la detección precoz de patologías relevantes, mejorando la seguridad del paciente. Pese a las limitaciones técnicas de los dispositivos, los signos indirectos (bradicardia extrema, presión de pulso amplia, patrón riser) permitieron sospechar y confirmar el diagnóstico. La intervención temprana evitó potenciales complicaciones mayores en un paciente vulnerable.

Bibliografía

1. Kirchhof P, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation. *Eur Heart J*. 2020;42(5):373-498.
2. Mancia G, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018;39(33):3021-3104.
3. O'Brien E, Parati G. Ambulatory blood pressure monitoring: technical issues and clinical use. *J Hypertens*. 2021;39(3):423-425.

880/61. FARMACIA COMUNITARIA Y ATENCIÓN PRIMARIA ANTE HIPOTENSIÓN POR SOBRETREATAMIENTO EN HIPERTENSO DE ALTO RIESGO. CASO CLÍNICO

Autores:

Nieto Masa, A.¹, Fernández-Palacios Serrano, P.²

Centro de Trabajo:

(1) Farmacéutica Comunitaria. Consultorio Local Espartinas. Espartinas. Sevilla, (2) Farmacéutico Comunitario. Consultorio Local Espartinas. Espartinas. Sevilla

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 69 años con alto riesgo cardiovascular (diabetes mellitus tipo 2 y cardiopatía isquémica), polimedica-do. Tratamiento crónico: Nitroplast (nitroglicerina transdérmica) 15 mg/24 h; Edoxabán 60 mg/24 h; Ranolazina 375 mg/12 h; Metformina 850 mg/12 h; Dapagliflozina 10 mg/24 h; Omeprazol 20 mg/24 h; Bisoprolol 5 mg/12 h; Irbesartán/Hidroclorotiazida 150/12,5 mg/24 h; Simvastatina/Ezetimiba 40/10 mg/24 h. Es derivado por su médico de atención primaria tras una caída con sospecha de hipotensión. En la farmacia comunitaria se realizan tomas seriadas de presión arterial (PA) durante varias semanas, objetivándose cifras bajas repetidas. Ante la persistencia de valores reducidos y el antecedente de caída, se propone y organiza una monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) de 24 horas, manteniéndose la comunicación bidireccional con el médico.

Exploración y pruebas complementarias

MAPA de 24 h con 87 lecturas (97 % válidas). Promedio de 24 h: 92/61 mmHg (valores de referencia del informe 130/80 mmHg). Promedio diurno: 94/63 mmHg (referencia 135/85 mmHg). Promedio nocturno: 86/56 mmHg (referencia 120/70 mmHg). Carga de PA diurna >135/85 mmHg: 0 % (referencia <40 %); carga nocturna >120/70 mmHg: 14 % (referencia <40 %). Variación circadiana: patrón no-dipper (descenso sistólico 8 %; diastólico 12 %, <10-14 %). Ritmo circadiano conservado, sin episodios hipertensivos clínicamente relevantes y sin registros de hipotensión sintomática añadidos durante el estudio. Las mediciones en farmacia previas y posteriores al MAPA confirman cifras tensionales bajas de forma sostenida. Tras revisar los resultados, el médico decide retirar hidroclorotiazida y mantener Irbesartán 150 mg/24 h, con recomendación postural de permanecer en decúbito 10 minutos tras la aplicación del parche de nitroglicerina. Continúa Bisoprolol 5 mg/12 h y el resto del tratamiento. En el mes siguiente la farmacia mantiene el seguimiento estructurado; las PA persisten bajas, acordes con el patrón del MAPA, sin nuevos traumatismos.

Juicio clínico

El conjunto de datos sugiere hipotensión por sobretreatmento en un paciente mayor con RCV elevado y fármacos con potencial hipotensor (diurético tiazídico, betabloqueante y nitratos). La decisión de desintensificar retirando hidroclorotiazida e introducir una pauta postural con nitratos fue prudente como primer paso, pero conservadora, pues no corrigió la tendencia a PA baja observada en el seguimiento. El circuito colaborativo permitió identificar el problema (caída + registros de farmacia + MAPA con medias de 24 h muy por debajo de los rangos de referencia y patrón no-dipper) y re-escalar la evaluación clínica de manera ágil y segura. A la vista de la persistencia de PA bajas, se plantea nueva revisión terapéutica por el médico responsable.

Comentario final

Este caso evidencia el valor añadido del MAPA frente a la medición aislada y el papel de la farmacia comunitaria como nodo de detección y seguimiento en hipertensión, especialmente en mayores con polimedicación. La literatura respalda la vigilancia de hipotensión ortostática y de efectos hipotensores farmacológicos en esta población, así como los modelos colaborativos médico-farmacéuticos que mejoran la seguridad y el control tensional. La integración de mediciones seriadas en farmacia, MAPA y ajustes escalonados, con comunicación bidireccional con atención primaria, permitió identificar y manejar una hipotensión clínicamente relevante tras una caída, reforzando que la coordinación interprofesional es clave para decisiones centradas en el paciente.

Bibliografía

1. Nagai Y, Fedorowski A, Poda M, et al. Orthostatic hypotension in adults diagnosed with hypertension: a scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension*. 2023;82(6):1231-1242.
2. Dixon DL, Carter BL, Ardery G, et al. Effect of a Physician/Pharmacist Collaborative Care Model on Blood Pressure Control. *Hypertension*. 2021;78(4):900-907.

3. Podstawa-Wrześniewska M, Małek ŁA. Drug-related orthostatic hypotension: beyond antihypertensive medications. *Drugs Aging*. 2020;37:365-375.
4. Moreira PM, de Gouveia FR, Hussain MM, et al. Optimizing hypertension treatment in older patients: combining home blood-pressure monitoring with collaborative care. *Clin Ther*. 2023;45(7):1011-1023.

880/63. MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL: ANÁLISIS DE UN CASO CLÍNICO DE HIPERTENSIÓN.

Autores:

González Castro, C.¹

Centro de Trabajo:

(1) Farmacéutica Comunitaria. Comunidad Terapéutica San Antonio. Málaga

Resumen:

Descripción del caso

Se presenta el caso de un varón de 70 años con diagnóstico previo de hipertensión arterial esencial, tratado con olmesartán de 20 mg/día. El paciente acude a la farmacia y refiere experimentar episodios de hipotensión, con síntomas como somnolencia y debilidad generalizada, dice que en momentos puntuales presenta valores de tensión inferior a 110/ 65 mmHg. Sin supervisión médica decide modificar su régimen terapéutico, tomando el fármaco de manera irregular

Exploración y pruebas complementarias

VALORES RECOGIDOS:

- P arterial media 24h: Sistólica 104 / Diastólica 68 (mmHg)
- P arterial media diurna: Sistólica 107 / Diastólica 71 (mmHg)
- P arterial media nocturna: Sistólica 96 / Diastólica 63 (mmHg)
- Pulso medio 24h: 86 / Periodo actividad: 89 / Periodo descanso: 81
- Lecturas totales: 41, 100% exitosa
- Carga P arterial: Diurna 3,2% / Nocturna 30%
- Ritmo circadiano: Sistólica 11% / Diastólica 12%
- Clasificación circadiana: Dipper

Juicio clínico

JUICIO CLÍNICO:

El estudio MAPA realizado al paciente demuestra una presión arterial media dentro del rango normal-bajo y un patrón circadiano normal ("dipper"), con ligera tendencia a la hipotensión nocturna.

No se observan picos hipertensivos relevantes ni pérdida del descenso de P arterial nocturno fisiológico.

Los resultados confirman un efecto antihipertensivo excesivo para las necesidades actuales del paciente, especialmente si se toma el tratamiento de forma irregular. La frecuencia cardiaca media es elevada pudiendo corresponder a una compensación autonómica por presión baja.

Comentario final

La monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) ha permitido obtener un perfil tensional detallado y determinar una tendencia a hipotensión nocturna leve, lo que ha orientado a tomar decisiones clínicas por parte del médico responsable.

Como resultado del estudio, se ha procedido a un reajuste de la dosis antihipertensiva, reduciendo la dosis de olmesartán a 10 mg/día, con el objetivo de mantener un control tensional adecuado evitando episodios de hipotensión.

Asimismo, se ha explicado la importancia al paciente de mejorar la adherencia terapéutica y de evitar la automedicación.

Se ha programado una nueva monitorización ambulatoria (MAPA) una vez que el paciente haya completado al menos seis semanas de tratamiento continuado con la nueva dosis, a fin de evaluar la eficacia y estabilidad tensional tras el ajuste.

880/65. SOSPECHA DE BATA BLANCA: CONFIRMACIÓN EN MAPA DESDE FARMACIA COMUNITARIA

Autores:

Torres Ortega, D.¹, Panadero Rodríguez, T.², Montero Villarejo, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Farmacéutica Comunitaria. Vocal ICOFMA, (2) Farmacéutica Comunitaria. Secretaria ICOFMA, (3) Farmacéutico Comunitario. Vocal ICOFMA

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 47 años, deportista, no fumador ni bebedor. Antecedente de hipercolesterolemia familiar en tratamiento estable con rosuvastatina/ezetimiba 10/10 mg. Sin antihipertensivos. En varias visitas presentó cifras elevadas en consulta de Atención Primaria (AP). Enfermería sugirió posible hipertensión de bata blanca sin derivación formal. Se realizó una monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) desde la Farmacia Comunitaria (FC), en el marco del Servicio Profesional MAPAfarma, con el objetivo de confirmar o descartar dicho fenotipo, orientar el manejo y derivar en caso necesario.

Exploración y pruebas complementarias

MAPA válido con 40/40 lecturas. Promedios: 24 h 125/79 mmHg; vigilia 129/82 mmHg; sueño 110/69 mmHg. Descenso nocturno "dipper" del 15 %. Proporción de mediciones elevadas según umbral de MAPA: diurnas $\geq 135/85$ en 58,8 % y nocturnas $\geq 120/70$ en 50,0 %. Ventana inicial con pico máximo de 152/97 mmHg compatible con efecto "bata blanca". El dispositivo registró alertas de posible fibrilación auricular (FA) en 9 de 40 lecturas (22,5 %), predominantemente en vigilia; frecuencia cardíaca media 24 h: 64 lpm.

Juicio clínico

Perfil compatible con normotensión en 24 h, vigilia y sueño (por debajo de los umbrales diagnósticos de MAPA: 24 h 130/80, vigilia 135/85, noche 120/70), con fenotipo de hipertensión de bata blanca. Las alertas de posible FA deben interpretarse como cribado y requieren derivación para confirmación con registro electrocardiográfico desde AP.

Comentario final

El caso ilustra el valor de la MAPA realizada desde la FC para confirmar normotensión fuera de consulta de AP en sospecha de bata blanca, evitando sobretratamiento y alineando el abordaje con el control global del riesgo (lípidos, estilo de vida) y la coordinación con AP. Dada la proporción de mediciones diurnas y nocturnas por encima de los umbrales pese a medias normales, es razonable mantener seguimiento con MAPA si reapareciesen dudas clínicas.

Bibliografía

1. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens*. 2023;41(12):1874-2071. doi:10.1097/HJH.0000000000003480.
2. McEvoy JW, Touyz RM, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan MD, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *Eur Heart J*. 2024;45(38):3912-4018. doi:10.1093/eurheartj/ehae178.
3. Van Gelder IC, Hindricks G, Camm AJ, Goette A, Heidbuchel H, Kirchhof P, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. *Eur Heart J*. 2024;45(36):3314-3414. doi:10.1093/eurheartj/ehae176.
4. Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CACOF). MAPAfarma®: Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial. Disponible en: <https://www.cacof.es/servicios-profesionales-farmaceuticos/mapafarma-monitorizacion-ambulatoria-de-la-presion-arterial/> [consultado 16-10-2025].

880/66. CONTROL AMBULATORIO EN PACIENTE HIPERTENSO CON EPISODIOS DE HIPOTENSIÓN: APORTACIÓN DEL MAPA EN FARMACIA COMUNITARIA

Autores:

Torres Ortega, D.¹, Mantilla de los Ríos Alonso, B.¹, Panadero Rodríguez, T.²

Centro de Trabajo:

(1) Farmacéutica Comunitaria. Vocal ICOFMA, (2) Farmacéutica Comunitaria. Secretaria ICOFMA

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 65 años, exfumador desde hace 20 años, bebedor ocasional. Hipertenso conocido. En el momento del estudio tomaba enalapril 5 mg/día; previamente 10 mg, con episodios de hipotensión sintomática que dificultaron el ajuste. El paciente acude a la Farmacia Comunitaria (FC) por inestabilidad con la dosis y se realiza una monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) desde FC para objetivar el control fuera de consulta y remitir la información a Atención Primaria (AP) para su valoración.

Exploración y pruebas complementarias

MAPA válido (38/38 lecturas; 100 %). Promedios: 24 h 107/69 mmHg; vigilia 109/70 mmHg; sueño 103/67 mmHg. Patrón NO dipper (descenso nocturno $\approx$ 6 % sistólica y 4 % diastólica). Proporción de mediciones elevadas según umbrales de MAPA: diurnas $\geq$ 135/85 mmHg en 3,3 %; nocturnas $\geq$ 120/70 mmHg en 37,5 %. Se registran valores bajos vespertinos/nocturnos (p. ej., 96/53 y 94/54 mmHg). El dispositivo emitió alertas de posible fibrilación auricular (FA) en 3/38 lecturas (7,9 %), calificadas como poco probables; frecuencia cardíaca media 24 h: 64 lpm.

Juicio clínico

La interpretación orientativa del registro muestra promedios por debajo de los umbrales diagnósticos de MAPA (24 h 130/80, vigilia 135/85, sueño 120/70), compatibles con buen control tensional fuera de consulta, con patrón NO dipper no acompañado de hipertensión nocturna media. Dada la presencia de mediciones bajas aisladas y los antecedentes de hipotensión con dosis mayores, se aconseja derivación a AP para confirmar estos hallazgos, valorar causas y decidir el manejo.

Comentario final

La MAPA realizada desde FC aporta información objetiva que puede evitar sobretratamiento en un paciente con antecedentes de hipotensión a dosis más altas. Se remite informe a AP para confirmar el control tensional y decidir, si procede, el ajuste farmacológico. Se recomienda educación para prevenir hipotensión (hidratación, incorporación gradual, evitar cambios posturales bruscos) y optimizar hábitos de sueño ante el patrón NO dipper, además del seguimiento periódico tensional.

Bibliografía

1. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens.* 2023;41(12):1874-2071. doi:10.1097/HJH.0000000000003480.
2. McEvoy JW, Touyz RM, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan MD, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *Eur Heart J.* 2024;45(38):3912-4018. doi:10.1093/eurheartj/ehae178.
3. Gorostidi M, de la Sierra A, Armario P, Campo C, Banegas JR, de la Cruz JJ, et al.; SEH-LELHA. Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España. *Hipertens Riesgo Vasc.* 2022;39(4):185-206. doi:10.1016/j.hipert.2022.07.001.
4. Kollias A, Destounis A, Kalogeropoulos P, Kyriakoulis KG, Ntineri A, Stergiou GS. Atrial fibrillation detection during 24-hour ambulatory blood pressure monitoring: comparison with 24-hour electrocardiography. *Hypertension.* 2018;72:110-115. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.117.10797.

880/67. IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO FARMACÉUTICO: DEL CRIBADO AL DIAGNÓSTICO MEDIANTE MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Autores:

Pallarés López, A.¹, Morell Gutiérrez, P.²

Centro de Trabajo:

(1) Farmacéutica Comunitaria. Centro de Salud La Rinconada. La Rinconada. Sevilla, (2) Farmacéutico Comunitario. Centro de Salud La Rinconada. La Rinconada. Sevilla

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 62 años, sin antecedentes cardiovasculares relevantes conocidos, que participó en una campaña de cribado de diabetes y riesgo cardiovascular en la oficina de farmacia. Durante la actividad, se detectaron valores de presión arterial (PA) fuera de objetivo, por lo que se propuso seguimiento periódico en la farmacia. La paciente mantuvo cifras elevadas en todas las tomas. Posteriormente, se propone la realización de una prueba MAPA (monitorización ambulatoria de la presión arterial) para confirmar el diagnóstico con los siguientes resultados: presión arterial sistólica 24 horas (PAS) 147 mmHg, presión arterial diastólica 24 horas (PAD) 84 mmHg, PAS diurna 152 mmHg PAD nocturna 89 mmHg, PAS nocturna 138 mmHg, PAD nocturna 75 mmHg, 85% y 94% cargas de PA diurnas y nocturnas, principalmente.

Antes de tener cita con su MAP, tuvo que ser derivada a urgencias en dos ocasiones por valores descontrolados de PA. Finalmente, inicia un tratamiento antihipertensivo que continúa actualmente.

Exploración y pruebas complementarias

- Campaña de cribado por el Día Mundial de la Diabetes.
- Seguimiento periódico en la oficina de farmacia durante una semana con posterior elaboración de informe para MAP con las medidas de PA (todas fuera de objetivo).
- Prueba MAPA con resultados que confirmaban un diagnóstico de HTA.
- Carta de derivación al MAP.
- Derivación a urgencias siguiendo los criterios de derivación tales como valores de TA $\geq 180/110$ mmHg o presencia de síntomas de alarma.
- Seguimiento farmacoterapéutico tras instauración de tratamiento.

Juicio clínico

Debut en HTA detectada mediante cribado farmacéutico y confirmada con prueba MAPA.

Comentario final

El desarrollo de la campaña sanitaria, el posterior seguimiento y el servicio MAPA permitió detectar de manera precoz HTA en una paciente de bajo riesgo cardiovascular, acompañarle durante el proceso de diagnóstico y favorecer la comunicación con atención primaria, contribuyendo a la instauración de un tratamiento efectivo.

La accesibilidad del farmacéutico, que facilita un seguimiento activo, pone de manifiesto su importante papel en la detección y control de patologías como la HTA.

Bibliografía

1. Penín O, Villasuso B, Domenech M, Moyá A, Torras J, Peña MJ, et al. Guía para el abordaje de la hipertensión por el farmacéutico comunitario en el ámbito de la atención primaria: documento de consenso multidisciplinar. Madrid: SEFAC; 2022.
2. "MAPAfarma®: Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial". Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CACOF); Andalucía. 2024.
3. Gijón-Conde T, Doménech M, Bellver O, Luque R. Métodos de medida de la presión arterial: medida aislada en farmacia comunitaria, automedida domiciliaria de la presión arterial y monitorización ambulatoria de la presión arterial. En: Penín O, Villasuso B, Domenech M, Moyá A, Torras J, Peña MJ, et al. Guía para el abordaje ... Madrid: SEFAC; 2022.
4. Amador N. Servicio MAPA: medida ambulatoria de la presión arterial. Atención Farmacéutica. 2019;43(423):545-548.

880/78. MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN LA FARMACIA COMUNITARIA: HERRAMIENTA CLAVE PARA EL ABORDAJE DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Autores:

Pallarés López, A.¹, Nieto Masa, A.², Ramírez Mota, R.³, Peña Carrasco, M.⁴, Moya Azogue, J.⁵, Morell Gutiérrez, P.⁶

Centro de Trabajo:

(1) Farmacéutica comunitaria. Farmacia Juan Luis Morell CB. La Rinconada, Sevilla. Grupo de Trabajo de Acción Riesgo Cardiovascular del Colegio de Farmacéuticos de Sevilla, (2) Farmacéutica comunitaria. Farmacia El Espartal. Espartinas, Sevilla. Grupo de Trabajo de Acción Riesgo Cardiovascular del Colegio de Farmacéuticos de Sevilla, (3) Farmacéutica comunitaria. Farmacia Santa Ángela. Sevilla. Grupo de Trabajo de Acción Riesgo Cardiovascular del Colegio de Farmacéuticos de Sevilla, (4) Farmacéutica comunitaria. Farmacia Concepción Aguilar García. Sevilla. Grupo de Trabajo de Acción Riesgo Cardiovascular del Colegio de Farmacéuticos de Sevilla, (5) Farmacéutico comunitario. Farmacia José María Martín Gordillo. Gelves, Sevilla. Grupo de Trabajo de Acción Riesgo Cardiovascular del Colegio de Farmacéuticos de Sevilla, (6) Farmacéutico comunitario. Farmacia Juan Luis Morell CB. La Rinconada, Sevilla. Grupo de Trabajo de Acción Riesgo Cardiovascular del Colegio de Farmacéuticos de Sevilla

Resumen:

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo cardiovascular modificable y una de las principales causas de morbilidad mundial. Su control sigue siendo un reto clínico en parte por las limitaciones de las mediciones puntuales realizadas en consulta, que no siempre reflejan fielmente la presión arterial (PA) del paciente. La monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) consiste en el registro de la PA durante un periodo de 24 horas en el entorno habitual del paciente, permitiendo detectar patrones no identificables en consulta y evaluar el patrón circadiano. En este contexto, el farmacéutico comunitario emerge como agente de salud clave en la implementación de MAPA.

Objetivos

Evaluar la variabilidad de las mediciones de MAPA realizadas en diferentes farmacias comunitarias de la provincia de Sevilla, así como los patrones observados.

Métodos

Estudio observacional multicéntrico de 116 pruebas MAPA entre 2019 y 2025. Se utilizó un dispositivo automático con registro cada 20 minutos en periodo diurno y cada 30 en el nocturno mediante método oscilométrico. Se consideraron válidas las pruebas con $\geq 70\%$ de lecturas correctas. Se analizaron: medidas de PA sistólica (PAS) y diastólica (PAD) en 24 horas, diurnas y nocturnas, cargas de PA, patrón circadiano y frecuencia cardíaca (FC) media, además del número de derivaciones al médico de atención primaria (MAP) realizadas.

Resultados

El 77,2% de las PAS y el 93,1% de las PAD en 24 horas estuvieron dentro del objetivo ($\leq 135/85$ mmHg). La PAS diurna fue normal en el 75,2% y la nocturna en el 77,2%. La PAD diurna en el 86,1% estuvo dentro de objetivo y la nocturna en el 95%. Las cargas de PA fueron $<40\%$ en el 51,5% (diurnas) y en el 58,4% (nocturnas). El patrón circadiano predominante fue dipper. La FC media fue de 70,3 lpm. El 68,1% de los pacientes estaban en tratamiento antihipertensivo y se realizaron derivaciones médicas en el 70,7% de los casos.

Conclusiones

La mayoría de los pacientes presentan valores de PA dentro del objetivo, reflejando un control adecuado. Sin embargo, las cargas de PA elevadas en un número considerable de pacientes, incluso tratados, indican necesidad de ajuste terapéutico.

Las derivaciones al médico no sólo respondieron a valores fuera de objetivo, sino que evidencian un seguimiento activo y la necesidad de una comunicación interprofesional efectiva. Estos resultados refuerzan la importancia del servicio y de la farmacia comunitaria en el manejo de esta patología.

880/95. APORTACIÓN ASISTENCIAL DEL FARMACÉUTICO COMUNITARIO EN EL CRIBADO OPORTUNISTA DE TENSIÓN ARTERIAL Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR: FORTALECIENDO LA SALUD PÚBLICA DESDE LA FARMACIA

Autores:

Romero Murillo, M.¹, Peña Carrasco, M.², Pallarés López, A.³, León Ortega, M.⁴, Moya Azogue, J.⁵, Nieto Masa, A.⁶

Centro de Trabajo:

(1) Farmacéutica en Farmacia Murillo (Sevilla, Sevilla, España), (2) Farmacéutico comunitario. Farmacia Concepción Aguilar García. Sevilla., (3) Farmacéutico comunitario. Farmacia Morell. La Rinconada., (4) Farmacéutico comunitario. Farmacia Manuel León Ortega. Sevilla., (5) Farmacéutico comunitario. Farmacia José María Martín Gordillo. Gelves., (6) Farmacéutico comunitario. Farmacia El Espartal. Espartinas.

Resumen:

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) constituye uno de los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV) modificables, responsable de una elevada carga de morbilidad a nivel poblacional. Su detección precoz ofrece la oportunidad de intervenir sobre otros factores coexistentes que incrementan el riesgo de morbilidad. En este contexto, la farmacia comunitaria representa un entorno estratégico para el cribado oportunista de la tensión arterial (TA) y la identificación simultánea de otros FRCV, reforzando el papel del farmacéutico en la prevención y el abordaje integral del riesgo cardiovascular.

Objetivos

Describir los valores obtenidos en el cribado de TA realizado en farmacias y analizar la presencia de otros FRCV relevantes, como tabaquismo y antecedentes de eventos cardiovasculares, en los pacientes evaluados.

Métodos

Estudio observacional, transversal, realizado del 1 al 31 de mayo de 2025 en 10 farmacias de la provincia de Sevilla. Se incluyeron 317 participantes ≥ 18 años mediante muestreo oportunista y se recogieron variables sociodemográficas y clínicas mediante un cuestionario estructurado. La medición de la TA se realizó con tensiómetros validados, considerando como HTA una presión arterial sistólica (PAS) y/o diastólica (PAD) $\geq 135/85$ mmHg, según la Guía para el abordaje de la HTA por el farmacéutico comunitario (SEFAC, 2022).

Resultados

De los 317 participantes, el 62,5% eran mujeres y 37,2% hombres. La mayoría se encontraba en el rango de 70-79 años (24,5%). Un 35,3% de los participantes presentó cifras tensionales elevadas (PAS y/o PAD $\geq 135/85$ mmHg), con una mayor prevalencia en varones (50,8%) frente a mujeres (26,3%), y especialmente a partir de los 50 años.

Entre los pacientes con cifras de HTA:

- 31,6% no estaban diagnosticados previamente de hipertensión
- 68,4% sí contaban con diagnóstico y prácticamente todos contaban ya con tratamiento antihipertensivo, lo que indica posible mal control en este grupo.
- Tabaquismo activo: 17,0%
- Diabéticos: 22,3%
- Con tratamiento hipolipemiente: 39,3%
- Con ácido acetilsalicílico (AAS) prescrito: 20,5%
- Antecedente de evento cardiovascular: 12,5%
- Consumo habitual de alcohol: 14,3%

Conclusiones

El cribado oportunista realizado en la farmacia comunitaria permitió detectar un porcentaje significativo de pacientes con cifras tensionales elevadas, incluyendo un 31,6% de casos no diagnosticados previamente. Además, muchos presentaban múltiples factores de riesgo cardiovascular coexistentes, incluyendo tabaquismo, diabetes y antecedentes de eventos cardiovasculares. Estos hallazgos subrayan la importancia de la implicación del farmacéutico en la prevención y control de enfermedades cardiovasculares, al facilitar tanto la detección temprana como la derivación y el seguimiento personalizado, contribuyendo de manera directa a la mejora de la salud poblacional.

880/97. GESTION INTEGRAL DE LA FARMACOTERAPIA EN PACIENTE CON HIPERTENSION

Autores:

Uribe Sánchez, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Farmacéutica Comunitaria. Centro de Salud Maracena. Maracena. Granada

Resumen:

Descripción del caso

La gestión integral de la farmacoterapia, definida por Cipolle et. al como un modelo de asistencia que busca satisfacer todas las necesidades del paciente relacionadas con el uso del medicamento, garantizando que cada medicamento utilizado se evalúe de forma individual, para garantizar su propósito concreto, uso de forma adecuada, la efectividad y que sea lo más seguro posible, así como el resto de su medicación.

Paciente femenino de 55 años; ama de casa, con valores antropométricos de 61 kg y mide 1.59 metros. Se encuentra diagnosticada con hipertensión arterial diagnosticada desde hace 8 años, y presenta una hipercolesterolemia diagnosticada desde el 07/2021, además de ansiedad desde hace 6 años, debido a estos problemas de salud se le prescribió Losartan 50 mg vía oral (VO) cada 12 horas; hidroclorotiazida VO 25 mg cada 24 horas, Atorvastatina VO 20 mg cada 24 horas, carvedilol 12.5 mg VO cada 12 horas y Alprazolam

0.5 mg VO C/24 horas respectivamente. Debido a que sus patologías no se encontraban controladas se le decide ofrecer el servicio de GIF.

Exploración y pruebas complementarias

Evaluación de la farmacoterapia:

La evaluación global de la farmacoterapia fue organizada en un mapa sistémico para realizar correlación entre las condiciones clínicas, los problemas de salud y la experiencia farmacoterapéutica.

hipertensión arterial y riesgo cardiovascular

La paciente presenta unos niveles de presión arterial que se caracterizan por tener picos durante la noche de hasta 176/101 mmHg y es muy fluctuante durante el día, todo esto debido a su incapacidad para tomarse sus medicamentos, por el temor que mantiene como consecuencia de las reacciones adversas presentadas en su salud en el pasado.

Por otra parte, cuando se calculó el riesgo cardiovascular con la escala Framingham, esta arrojó un valor de 20 %, lo cual según las guías ESC sobre la prevención de enfermedades cardiovasculares en la práctica clínica, se deben modificar los estilos de vida y adicionar terapia antiagregante plaquetaria tipo ácido acetilsalicílico.

hipercolesterolemia

La paciente tiene el colesterol total en 248.4 mg/dL, el cual se encuentra elevado con base en el límite de referencia (200 mg/dL), ante esta misma situación la misma guía ESC recomienda el uso de estatinas ante los pacientes con riesgo cardiovascular elevado, acompañado de una modificación en el estilo de vida,

iniciando con la alimentación y el ejercicio.

Gastroprotección

La paciente manifiesta una acidez estomacal que se le presenta durante el día y lo asocia al uso de sus medicamentos, y aunque no los emplea todos los días el problema de salud persiste; por su propia cuenta la paciente decidió auto medicarse con hidróxido de aluminio/magnesio una sola vez en el día, pero esta

dosificación es incorrecta con base en la ficha técnica, la cual especifica que debe de emplearse previo a la alimentación

Ansiedad

La paciente debe continuar empleando su tratamiento para la ansiedad y no suspenderlo abruptamente, debido al riesgo de aparición de un efecto rebote, además de esta forma puede mantenerse tranquila y prevenir el aumento de cifras tensionales elevadas.

Juicio clínico

Se le estableció un plan de cuidados personalizado para resolver todos sus problemas farmacoterapéuticos, con lo cual se evidenció control sobre la presión arterial, su estado de acidez, ansiedad y organización de la estrategia terapéutica

Comentario final

El caso clínico fue analizado mediante la herramienta de mapa sistémico global para relacionar la experiencia farmacoterapéutica y la medicación con las condiciones de salud.

Bibliografía

1. Pérez Rodríguez, R. O., González Valdivieso, M., & Silva-Castro, M. M. (2020). *Elaboración de mapas sistémicos como herramienta básica en la detección y resolución de necesidades farmacoterapéuticas*. *Pharmaceutical Care España*, 22(5), 367-376.
2. Machuca M. *Experiencia Farmacoterapéutica: un concepto clave en la práctica asistencial*. *Pharm Care Esp.* 2018; [citado Noviembre 2021]. Disponible en: https://www.pharmaceuticalcare.org/controler.php?secc=opinion_detail&id=832#.XvdcP-d7kaG.

880/98. MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN COLABORACIÓN CON EL CENTRO DE SALUD

Autores:

Barris Blundell, D.¹, Mercado Cano, M.², Benítez Pacheco, G.¹, Hidalgo Hidalgo, M.¹, Ismaiel Bani Almarjeh, A.¹, Mousavi, H.²

Centro de Trabajo:

(1) Farmacéutico Comunitario. Farmacia Barris, Coín, (2) Farmacéutico Comunitario. Farmacia Zarzuelo, Benalmádena

Resumen:**Descripción del caso**

Se describen 6 informes, seleccionados al azar, del servicio de Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA) de una farmacia comunitaria de Coín (Málaga), realizados por derivación desde el Centro de Salud de la población. Desde enero de 2025 hasta el 30 de septiembre de 2025 se han llevado a cabo 34 MAPA por derivación desde el Centro de Salud.

Exploración y pruebas complementarias

El aparato empleado para las MAPA ha sido WatchBP 03, siendo la frecuencia de lecturas de 30 minutos en el periodo de actividad y de 30 minutos en el periodo de sueño. La edad y sexo de los pacientes fue el siguiente: caso 1 (88 años, mujer), caso 2 (36 años, hombre), caso 3 (82 años, mujer), caso 4 (69 años, mujer), caso 5 (30 años, mujer), caso 6 (45 años, hombre).

Cinco casos utilizaban tratamiento antihipertensivo, mientras que en un caso el objetivo de la MAPA fue la confirmación de diagnóstico de Hipertensión Arterial (HTA).

Los tratamientos farmacológicos fueron: caso 1 (Olmesartan 20 mg, hidroclorotiazida 25 mg), caso 3 (Candesartan 32 mg, hidroclorotiazida 25 mg), caso 4 (Enalapril 10 mg), caso 5 (Valsartan 320 mg, hidroclorotiazida 25 mg), caso 6 (Ramipril 5 mg, hidroclorotiazida 25 mg).

Juicio clínico

Los resultados de las MAPA fueron:

- Caso 1: Hipertensión Sistólica aislada 24-h, Hipertensión sistólica diurna aislada. Hipertensión sistólica nocturna aislada, Dipper, Presión de pulso elevada.
- Caso 2: Hipertensión 24-h, Hipertensión nocturna, Hipertensión Diastólica aislada diurna, No-Dipper.
- Caso 3: Hipertensión Sistólica aislada 24-h, Hipertensión sistólica diurna aislada. Hipertensión sistólica nocturna aislada, No-Dipper, Presión de pulso elevada.
- Caso 4: Normotenso 24-h, Normotenso diurno, Normotenso nocturno, Dipper inverso, Presión de pulso elevada.
- Caso 5: Normotenso 24-h, Normotenso diurno, Normotenso nocturno, Dipper extemo, Presión de pulso elevada. Presión arterial Diastólica baja aislada.
- Caso 6: Normotenso 24-h, Normotenso diurno, Normotenso nocturno, Dipper extemo, Presión de pulso elevada. Presión arterial Diastólica baja aislada.

Comentario final

El seguimiento compartido de estos pacientes con el centro de atención primaria representa una mayor comodidad para numerosos pacientes de nuestro entorno. Con la puesta en marcha del servicio MAPA nuestra farmacia puede suministrar al médico información de apreciable calidad e interés clínico, que optimice el diagnóstico de la

HTA, la evaluación del riesgo cardiovascular de los pacientes, la valoración de la efectividad de los tratamientos y, en definitiva, la toma de decisiones terapéuticas.

Para mejorar nuestra colaboración, sería necesario compartir con el equipo médico del Centro de Salud la evolución de los pacientes tras la realización de la MAPA.

Bibliografía

1. Vila MA, Dalfó A, Gibert E, Sabartés T. *Papel de las oficinas de farmacia en el diagnóstico y seguimiento de la hipertensión arterial. Resultados de una intervención mínima. Hipertensión. 1997; 14 (3): 32-38.*
2. Álvarez de Toledo F, Aldasoro MP, Rozas E, Fernández S. *La toma de la tensión arterial en la farmacia comunitaria: un servicio orientado a la Atención Farmacéutica. Pharm Care Esp. 2004; 6 (2): 66-70.*
3. Penín O, Villasuso B, Domenech M, Moyá A, Torras J, Peña MJ, et al. *Guía para el abordaje de la hipertensión por el farmacéutico comunitario en el ámbito de la atención primaria: documento de consenso multidisciplinar. Madrid: SEFAC; 2022.*