

Hipertensión

Volumen 21, Número 7, Octubre 2004

Editorial

Alteraciones metabólicas y enfermedad cardiovascular **331**
P. Cía Gómez

Originales

Automedicación de presión arterial: comparación de protocolos
y selección de horas de medición **334**

*N. R. Robles Pérez-Monteoliva, J. Blanco Aparicio, A. Arias Senso,
F. Parralejo Cano, M. Díez García, F. Galindo Tobal,
N. Sánchez Santos, M. L. Martínez Llarena, J. A. de la Peña Ruiz,
J. F. Pérez Gastán, M. Amaro Lijarcio, J. Félix Redondo y E. Angulo Yuste*

Síndrome metabólico y enfermedad cardiovascular
en población diabética asistida en Atención Primaria **339**

*F. Martín Luján, B. Costa Pinel, J. J. Cabré Vila, J. Basora Gallisà,
J. L. Piñol Moreso y R. Solà Alberich. Grupo de investigación SM/ITG
(Reus-Tarragona)*

Revisión

Inflamación, disfunción endotelial e hipertensión arterial **347**
*V. Cachofeiro Ramos, D. Sanz-Rosa, N. de las Heras Jiménez,
E. Cediel Gil, M. Miana Ortega y V. Lahera Juliá*

Hiperaldosteronismo primario subclínico **355**
S. Casado Pérez

Caso clínico

Hipertensión arterial de reciente diagnóstico secundaria a síndrome
de Cushing ectópico agudo: presentación de un caso **360**
*S. Suárez Ortega, M. Arkuch Saade, M. A. Limeres González,
A. Lemes Castellano, G. Bautista Suárez y J. Díaz Formoso*

Abstract de Sociedades Científicas

XIII Reunión de la Sociedad Andaluza de Hipertensión Arterial
(SAHTA) y Riesgo Vascular **364**
2-4 de octubre de 2003. Antequera. Málaga

Resúmenes **379**

Normas editoriales



XIII REUNIÓN DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL (SAHTA) Y RIESGO VASCULAR

2-4 octubre 2003. Antequera. Málaga

Consumo de cannabis y presión arterial

Introducción. El consumo de cannabis es un hábito bastante frecuente en nuestra sociedad a pesar de estar considerada como droga ilegal.

Objetivo. Estudio observacional y descriptivo para valorar el comportamiento de presión arterial (PA), presión de pulso y frecuencia cardíaca en fumadores habituales de cannabis.

Material y métodos. Individuos de ambos sexos, edad igual o superior a 18 años, consumidores habituales de cannabis (hachís y/o marihuana). Toma de PA previo entrenamiento con Omron HEM-705. Las lecturas se programan a los 15, 30, 45, 75 y 90 minutos tras la consumición; estas lecturas se repiten con la misma secuencia y a las mismas horas tras 24 horas sin consumir. El trabajo de campo se realiza durante los meses de septiembre a diciembre de 2002. El estudio estadístico se realiza con Programa de Bioestadística Médica R-SIGMA.

Resultados. Se incluyen un total de 32 personas; 71,88% hombres. La edad media es de 28,71 años ($r=19-47$). La media de años de consumición es de 7,59 y la edad de inicio de consumición es a los 20,56 años. Veintitrés personas consumen hachís y 9 marihuana, siendo la edad media de los consumido-

res de marihuana más elevada (34,55 años). Antecedentes personales: sólo 3 personas se declaran no fumadores habituales de tabaco, 4 reconocen ser hipertensos, todos ellos en tratamiento. El índice de masa corporal global se sitúa en 23,6.

Los valores de PA sistólica (PAS) y diastólica (PAD), de forma global y estratificado por sexo, son más bajos cuando se consume cannabis que los obtenidos el día que no se consume, con significación estadística.

Los valores de frecuencia cardíaca son más elevados el día que se consume, de forma global y por sexo, que el día que no se consume.

No existen diferencias estadísticamente significativas en los valores de presión del pulso.

Conclusiones. El cannabis es la droga ilegal más consumida en nuestro medio. La PAS y PAD es más baja cuando se consume. La frecuencia cardíaca es más elevada cuando se consume cannabis. A pesar del aumento de la frecuencia cardíaca, probablemente estén implicados mecanismos vasodilatadores aún sin esclarecer que justifiquen la disminución de PAS y PAD.

J. Latorre Hernández

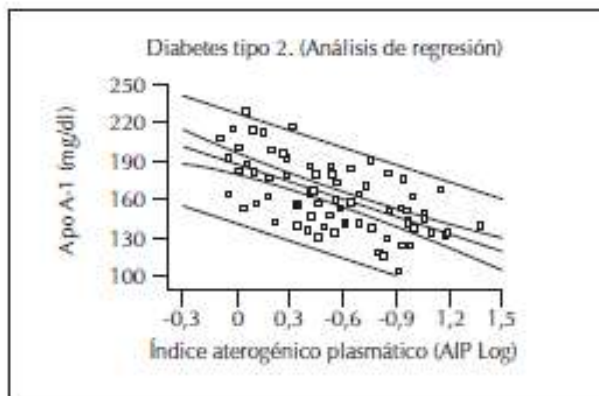
Unidad de HTA y Riesgo Vascular. ISM. Almería. España.

Apolipoproteína A-1 e índice aterogénico plasmático como predictores de riesgo en el diagnóstico, control y tratamiento de la dislipidemia en pacientes diabéticos tipo 2

Introducción-objetivos. Actualmente para calcular el riesgo cardiovascular se utilizan los parámetros clásicos como colesterol, triglicéridos, LDL y HDL e índices como la relación colesterol/HDL. Aunque es indudable la evidencia que existe sobre estos indicadores clásicos, "no es menos cierto que estos indicadores en determinadas patologías y pacientes han demostrado resultar insuficientes para identificar a una parte de la población". Recientemente se han publicado estudios como el Apolipoprotein Related

Mortality Risk (AMORIS) evidencia (S,II), que plantea la incorporación de las apolipoproteínas como predictores de enfermedad cardiovascular (ECV). Hemos estudiado la Apo A-1 y el índice aterogénico plasmático (Log-triglicéridos/HDL) (Log AIP) como nuevos indicadores para valorar el riesgo cardiovascular en pacientes de alto riesgo vascular.

Sujetos y métodos. Setenta y dos pacientes diabéticos tipo 2, ADA. Enero 2003. Coef correlación: $-0,62350$; p valor de 0,0000.



Conclusiones. Se aprecia una correlación elevada entre la A-1 y el Log AIP. Apreciamos que si aumentamos

el número de partículas de la Apo 1, este efecto se traduciría en un efecto antiaterogénico, disminuiría el Log del AIP; igualmente si disminuye la Apo 1 se perdería el efecto protector o antiaterogénico que tiene y apreciaríamos una elevación del índice aterogénico. A tenor de los resultados creemos muy importante incorporar estos indicadores a nuestra práctica diaria y valorar conjuntamente con los factores indicadores clásicos.

J. S. Luque Martín, E. Santos Moyano, L. García Carrascal, J. M. Reina Fernández, M. Morell Ocaña, A. Luque Ferreras y M. J. Ferreras Duarte

Centro de Salud Trinidad-Jesús Cautivo. Málaga. España.
 Centro de Salud Los Boliches. Fuengirola. Málaga. España.
 IES Manuel Alcántara. Málaga. España. Departamento de Bioquímica y Biología Molecular. Facultad de Medicina. UMA. Málaga. España.

Indicadores de posible esteatohepatitis no alcohólica en pacientes prediabéticos. ¿Deberíamos empezar a pensar en ella?

Introducción-objetivos. Se han relacionado los componentes principales del síndrome metabólico crónico (SMC), con la esteatohepatitis no alcohólica (EHNA), estando al parecer implicada la insulinoresistencia e hiperinsulinemia que presentan estos pacientes y relacionándose también con el incremento en la liberación de ácidos grasos, aumento de síntesis hepática, alteraciones de las apo y de las lipoproteínas, etc. La importancia de pensar en la existencia de EHNA puede ser doble: primero nos indicaría insulinoresistencia precoz y segundo sabemos que evolucionará hacia la cirrosis biliar de manera silente si no se diagnostica.

Sujetos y métodos. Veinticinco pacientes prediabéticos según clasificación ADA 2003. Glucemia basal media: 103,16 mg/dl; se detectan niveles de glucemia mayor de 109 mg/dl superiores al 44,44 % de la población. HbA1c media: 5,89 %; se detectan niveles de HbA1c mayor del 5,9 % superiores al 25 % de la población.

La obesidad está presente en el 44,44 % de la población; la dislipidemia está presente en el 72 % de la población y la hipertensión en el 47 %.

Triglicéridos: 144,70 mg/dl; bilirrubina: 0,5708 mg/dl; ALT: 41,08 UI/l; AST: 21,54 UI/l; cociente AST/ALT: 0,5973; GGT: 44,125 UI/l; fosfatasa alcalina: 84,16 UI/l; VCM: 89,48 %. Se ha encontrado relación estadísticamente significativa entre el sexo y triglicéridos $p < 0,0858$; bilirrubina $p < 0,0417$; ALT $p < 0,0017$; cociente AST/ALT $p < 0,0002$.

Se han desarrollado dos modelos de regresión logística, utilizando como variable dependiente dicotómica el sexo y dislipidemia, que nos definiría a la población

en valores normales o patológicos según nuestro laboratorio de referencia.

Como variables independientes del modelo se han tomado para el primero: bilirrubina, cociente AST/ALT, hemoglobina glicada y triglicéridos con una fiabilidad del modelo mayor de 90 % y $p < 0,0000$, y para el segundo: bilirrubina, GGT, fosfatasa alcalina y VCM con una fiabilidad del modelo mayor de 60 % y $p < 0,01$.

Conclusiones. Si aplicamos criterios de cribaje ADA (2003) a la población de riesgo, la aparición de pacientes en situación de prediabetes es muy alta.

Los factores de riesgo cardiovascular clásicos están presentes en estos pacientes en una altísima proporción cercanos al 50 %.

Analizando los parámetros que definen el perfil hepático de estos pacientes, aparecen diferencias significativas que nos orientarían a prestar más atención a una posible existencia de una EHNA. Construyendo modelos de riesgo como los presentados podemos detectar a estos pacientes con antelación. Así la bilirrubina, cociente AST/ALT, GGT, fosfatasa alcalina, VCM, hemoglobina glicada y triglicéridos se muestran como posibles indicadores de EHNA.

J. M. Reina Fernández, M. Morell Ocaña, A. Luque Ferreras, E. Santos Moyano, L. García Carrascal, M. J. Ferreras Duarte y J. S. Luque Martín

Centro de Salud Trinidad-Jesús Cautivo. Málaga. España. Departamento de Bioquímica y Biología Molecular. Facultad de Medicina. UMA. Málaga. España. Centro de Salud Los Boliches. Fuengirola. Málaga. España. IES Manuel Alcántara. Málaga. España.

Análisis de la respuesta presora y el descenso nocturno de la presión arterial con y sin tratamiento farmacológico

Introducción. Denominamos efecto de bata blanca (EBB) a la diferencia entre la presión arterial sistólica (PAS)/PA diastólica (PAD) de consulta y la ambulatoria obtenida con MAPA. En la práctica el EBB es res-

ponsable de catalogar como hipertensos a normotensos (hipertensión de bata blanca [HBB]) o bien sobrevalorar el grado real de PA (fenómeno de bata blanca [FBB]).