

IX Reunión de la sociedad vasca de hipertensión arterial*

9th Meeting of Basque Country Society of Hypertension

Alejandro Merino-Angulo

Servicio de Medicina Interna. Osakidetza Hospital Txagorritxu Ospitalea. Vitoria-Gasteiz. Araba. España UE.

**Celebrada en Vitoria-Gasteiz, 2 de febrero de 2007. Palacio de Villaluso.*

Se inicia la reunión nombrando al Prof. Alfredo García-Alfageme, ex-presidente de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, socio de honor (**Fig. 1**). Se abre la

tendremos que darle la categoría de síndrome. Los defensores de esta posibilidad proponen la siguiente cadena de eventos: Obesidad abdominal-elevación del nivel de áci-



Fig. 1. Entrega del nombramiento de socio de honor al Prof. Dr. Alfredo García-Alfageme por el Dr. Kepa Urigoitia, Presidente del Consejo Vasco de Médicos. Foto. Sr. Susaeta.

Reunión con la consideración del síndrome metabólico y su trascendencia en la Asistencia Primaria. El tema se ha elegido teniendo en cuenta la gran cantidad de publicaciones en revistas de alto impacto que han aparecido en los últimos años, existiendo, así mismo, opiniones autorizadas que ponen en duda su existencia. Podríamos plantear el problema en los siguientes términos: Se trata de una simple asociación de síntomas y signos (obesidad abdominal, resistencia a la insulina, hiperglucemia, hiperinsulinemia, hipertensión arterial, hipertrigliceridemia, disminución de las HDL) con alta incidencia en la segunda mitad de la vida, y cuya morbilidad es la suma aritmética de las morbilidades parciales, o por el contrario toda esta semiología tiene una fisiopatología común en cuyo caso

dos grasos no esterificados-semibloqueo de los receptores de la insulina-resistencia a la insulina-hiperglucemia-hiperinsulinemia-aumento de la retención de sodio-aumento del tono adrenérgico-hipertrofia/hiperplasia de la capa muscular de las arteriolas-aumento del calcio en las fibras musculares arteriolas con aumento del tono. Si estas conexiones se confirmaran definitivamente, podríamos decir con seguridad que esta asociación semiológica es un síndrome, que podría ser efectivamente atacado en su origen y desde la Asistencia Primaria con la prescripción de dieta, ejercicio físico y quizá en un futuro no lejano con los bloqueadores de los receptores cannabinoides que están llegando.



Fig. 2. Momento de las conclusiones. Foto. Sr. Susaeta.

La prevención del daño vascular y renal en los diabéticos ocupó la segunda ponencia de la Jornada. Ciertamente no hay mucho nuevo que decir de la macroangiopatía diabética (la ateromatosis), sin embargo en la microangiopatía diabética hay algunos datos de interés. La mitad de los pacientes con diabetes mellitus tipo II tienen en el momento del diagnóstico clínico signos evidentes de microangiopatía que debe ser detectada con precisión por un oftalmólogo, y por la detección de microalbuminuria. En la diabetes mellitus tipo I suele retrasarse varios años después del diagnóstico. Dado que la existencia de microangiopatía condiciona el tratamiento a seguir, debe hacerse el diagnóstico precozmente. A partir de este momento el límite, no rebasable, de la presión arterial sistémica debe establecerse en 130/85 mmHg, debe instaurarse el tratamiento con inhibidores de enzima convertidora de angiotensina I en angiotensina II, o antagonistas de los receptores de angiotensina II, debe hacerse un esfuerzo para elevar las HDL con ejercicio físico y finalmente debe hacerse un control optimizado de la diabetes, evitando las hiperglucemias a la vez que las hipoglucemias, si es necesario con múltiples inyecciones de insulina.

Con respecto a la farmacocinética de los hipotensores quedó claro que el ejercicio de la Medicina es tan complejo que difícilmente puede aproximarse a la perfección. En todo caso debe tenerse en cuenta el sexo, la edad, el peso, la raza, la variabilidad individual, la variabilidad interindividual, la liposolubilidad, la acción simpaticomimética intrínseca, el estado fármaco/profármaco, la velocidad de absorción, la distribución, las vías de eliminación, la liberación inmediata o retardada, las interferencias con el

citocromo CYP 450, las interferencias medicamentosas, etc.. Por todo lo cual, es aconsejable que el terapeuta utilice pocos fármacos, bien conocidos, y disponga de los medios informáticos que le ayuden en la prescripción segura de los mismos.

La cuarta conferencia eligió el tema de la Insuficiencia Cardíaca en la Asistencia Primaria. La importancia del problema quedó de manifiesto en las cifras de incidencia, prevalencia y gasto que este proceso ocasiona. Quedó clara la necesidad de utilizar la ecografía por su rentabilidad para diagnosticar la insuficiencia cardíaca, así como para distinguir la forma sistólica de la diastólica, y las anomalías anatómicas acompañantes. Se expuso la necesidad de investigar siempre la etiología y los factores desencadenantes. Con respecto al tratamiento se insistió en el escaso seguimiento que aún tienen las diferentes Guías publicadas por las Sociedades Nacionales e Internacionales de la especialidad: Se utilizan los digitálicos con más frecuencia de la recomendada, se utilizan menos de lo previsto los IECA, ARA, betabloqueantes y antialdosterónicos. Y, finalmente, no suele tenerse en cuenta que el 40% de las insuficiencias cardíacas son por fracaso diastólico, lo que tiene un tratamiento diferenciado.

Al final se realizaron las conclusiones (Fig. 2)

Alejandro Merino-Angulo
 Servicio de Medicina Interna. Osakidetza
 Hospital Txagorritxu Ospitalea
 Calle de José Anchótegui, s/n
 01009 Vitoria-Gasteiz. Araba. España UE.
 Correo electrónico: sovashta@terra.es