

Editores en Jefe

Manuel Velasco (Venezuela)
Rafael Hernández Hernández (Venezuela)

Editor Ejecutivo

María José Armas (Venezuela)

Editores Asociados

Alcocer Luis (México)
Brandao Ayrton (Brasil)
Feldstein Carlos (Argentina)
Israel Anita (Venezuela)
Israili Zafar (Estados Unidos)
Levenson Jaime (Francia)
Parra José (México)
Ram Venkata (Estados Unidos)

Comité Editorial

Amodeo Celso (Brasil)
Baglivo Hugo (Argentina)
Bermúdez Valmore (Venezuela)
Briceño Soledad (Venezuela)
Contreras Freddy (Venezuela)
Contreras Jesús (Venezuela)
Crippa Giuseppe (Italia)
Cristina Armas María (Venezuela)
Escobar Edgardo (Chile)
Gamboa Raúl (Perú)
Kaplan Norman (Estados Unidos)
Lenfant Claude (Estados Unidos)
López Jaramillo Patricio (Colombia)
López Nora (Venezuela)
López Rivera Jesús (Venezuela)
Marahnao Mario (Brasil)
Monsalve Pedro (Venezuela)
Morr Igor (Venezuela)
Ponte Carlos (Venezuela)
Rodríguez de Roa Elsy (Venezuela)
Sánchez Ramiro (Argentina)
Soltero Iván (Venezuela)
Tellez Ramón (Venezuela)
Valdez Gloria (Chile)
Vidt Donald (Estados Unidos)
Zanchetti Alberto (Italia)

INDIZADA EN:

1) LIVECS (Literatura Venezolana
para la Ciencias de la Salud)

Conferencistas	S2
Programa a un vistazo	S3
Programación Detallada	S6
Resúmenes de Trabajos Libres	S13
Índices de carteles	S30
Índice de Autores	S32

COPYRIGHT

Derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de todo el material contenido en la revista sin el consentimiento por escrito de los editores.

Volumen 2, Suplemento N° 1, 2007

Depósito Legal: PP200602DC2167

ISSN: 1856-4550

Sociedad Latinoamericana de Hipertensión

Dirección: Escuela de Medicina José María Vargas,

Cátedra de Farmacología, piso 3. Esq. Pirineos.

San José. Caracas-Venezuela. Telfs. 0212-5619871

E-mail: latinoamericanadehipertension@gmail.com

Comercialización y Producción:

Felipe Alberto Espino

Telefono: 881.1907- 0416-811.6195 / 0414-2189431

e-mail: felipeespino7@gmail.com

Diseño de portada y diagramación:

Mayra Gabriela Espino

Telefono: 0412-922.25.68

e-mail: mayraespino@gmail.com

Alcance y Política Editorial

La Revista Latinoamericana de Hipertensión es una publicación biomédica periódica, arbitrada, de aparición trimestral, destinada a promover la productividad científica de la comunidad nacional e internacional en toda el área del Sistema Cardiovascular; la divulgación de artículos científicos y tecnológicos originales y artículos de revisión por invitación del Comité Editorial.

Está basada en la existencia de un Comité de Redacción, consistente en Editores en Jefe, Editores asociados y Comité Editorial. Los manuscritos que publica pueden ser de autores nacionales o extranjeros, residentes o no en Venezuela, en castellano o en inglés (los resúmenes deben ser en inglés y castellano). Los manuscritos deben ser trabajos inéditos.

La Junta Directiva de la Revista no se hace responsable por los conceptos emitidos en los manuscritos. Los autores deben aceptar que sus manuscritos no se hayan sometidos o hayan publicados en otra revista. El manuscrito debe ir acompañado de una carta solicitud firmada por el autor principal y el resto de los autores responsables del mismo.

Forma de Preparación de los Manuscritos

Para la publicación de trabajos científicos en la Revista Latinoamericana de Hipertensión, los mismos estarán de acuerdo con los requisitos originales para su publicación en Revistas Biomédicas, según el Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas (Arch. Intern. Med. 2006;126(36):1-47), www.icmje.com. Además, los editores asumen que los autores de los artículos conocen y han aplicado en sus estudios la ética de experimentación (Declaración de Helsinki). A tales efectos, los manuscritos deben seguir las instrucciones siguientes:

1. Mecanografiar original a doble espacio en idioma español, papel bond blanco, 216 x 279 mm (tamaño carta) con márgenes por lo menos de 25 mm, en una sola cara del papel. Usar doble espacio en todo el original. Su longitud no debe exceder las 10 páginas, excluyendo el espacio destinado a figuras y leyendas (4-5) y tablas (4-5).

2. Cada uno de los componentes del original deberán comenzar en página aparte, en la secuencia siguiente:

- Página del título.
- Resumen y palabras claves.
- Texto.
- Agradecimientos.
- Referencias.
- Tablas: cada una de las tablas en páginas apartes, completas, con título y llamadas al pie de la tabla.
- Para la leyenda de las ilustraciones: use una hoja de papel distinta para comenzar cada sección. Enumere las páginas correlativamente empezando por el título. El número de la página deberá colocarse en el ángulo superior izquierdo de la misma.

3. La página del título deberá contener:

3.1. Título del artículo, conciso pero informativo.

a. Corto encabezamiento de página, no mayor de cuarenta caracteres (contando letras y espacios) como pie de página, en la página del título con su respectiva identificación.

b. Primer nombre de pila, segundo nombre de pila y apellido (con una llamada para identificar al pie de página el más alto grado académico que ostenta y lugar actual donde desempeña sus tareas el(los) autores.

c. El nombre del departamento (s) o instituciones a quienes se les atribuye el trabajo.

d. Nombre y dirección electrónica del autor a quien se le puede solicitar separatas o aclaratorias en relación con el manuscrito.

e. La fuente que ha permitido auspiciar con ayuda económica: equipos, medicamentos o todo el conjunto.

f. Debe colocarse la fecha en la cual fue consignado el manuscrito para la publicación.

4. La segunda página contiene un resumen en español y su versión en inglés, cada uno de los cuales tendrá un máximo de 150 palabras. En ambos textos se condensan: propósitos de la investigación, estudio, método empleado, resultados (datos específicos, significados estadísticos si fuese posible) y conclusiones. Favor hacer énfasis en los aspectos nuevos e importantes del estudio o de las observaciones. Inmediatamente después del resumen, proporcionar o identificar como tales: 3-10 palabras claves o frases cortas que ayuden a los indexadores en la construcción de índices cruzados de su artículo y que puedan publicarse con el resumen, utilice los términos del encabezamiento temático (Medical Subject Heading) del Index Medicus, cuando sea posible.

5. En cuanto al texto, generalmente debe dividirse en: introducción, materiales y métodos, resultados y discusión.

6. Agradecimientos, sólo a las personas que han hecho contribuciones reales al estudio.

7. Las referencias bibliográficas serán individualizadas por números arábigos, ordenados según su aparición en el texto. La lista de referencias bibliográficas llevarán por título "Referencias Bibliográficas" y su ordenamiento será según su orden de aparición en el texto.

Las citas de los trabajos consultados seguirán los requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas Biomédicas, versión publicada en: Ann Intern Med. 2006; 126(36): 1-47, www.icmje.com. No se aceptarán trabajos que no se ajusten a las normas.

8. Tablas: En hoja aparte cada tabla, mecanografiada a doble espacio; no presentar tablas fotográficas; enumere las tablas correlativamente y proporcione un título breve para cada una; dé a cada columna un encabezamiento corto o abreviado; coloque material explicativo en notas al pie de la tabla y no en el encabezamiento; explique en notas al pie de la tabla las abreviaturas no estandarizadas usadas en cada tabla; identifique claramente las medidas estadísticas de las variables tales como desviación estándar y error estándar de la medida; no use líneas horizontales ni verticales: citar cada tabla en orden correlativo dentro del texto; citar la fuente de información al pie de la tabla si ésta no es original.

9. Ilustraciones: Deben ser de buena calidad; entregarlas separadas; las fotos, en papel brillante con fondo blanco, generalmente 9 x 12 cm. Las fotografías de especímenes anatómicos, o las de lesiones o de personas, deberán tener suficiente nitidez como para identificar claramente todos los detalles importantes. En caso de tratarse de fotos en colores, los gastos de su impresión correrán a cargo del autor(s) del trabajo. Lo mismo sucederá con las figuras que superen el número de cuatro.

Todas las figuras deberán llevar un rótulo engomado en el reverso y en la parte superior de la ilustración indicando número de la figura, apellidos y nombres de los autores. No escribir en la parte posterior de la figura. Si usa fotografía de personas, trate de que ésta no sea identificable o acompañarla de autorización escrita de la misma. Las leyendas de las ilustraciones deben ser mecanografiadas a doble espacio en página aparte y usar el número que corresponde a cada ilustración. Cuando se usen símbolos y fechas, números o letras para identificar partes en las ilustraciones, identifíquelas y explíquelas claramente cada una en la leyenda. Si se trata de microfotografía, explique la escala e identifique el método de coloración.

10. Envíe un original y dos copias impresas en un sobre de papel grueso, incluyendo copias fotográficas y figuras entre cartones para evitar que se doblen, simultáneamente envíe una versión electrónica en disquete, indicando el programa de archivo. Las fotografías deben venir en sobre aparte. Los originales deben acompañarse de una carta de presentación del autor en la que se responsabiliza de la correspondencia en relación a los originales. En ella debe declarar que conoce los originales y han sido aprobados por todos los autores; el tipo de artículo presentado, información sobre la no publicación anterior en otra revista, congresos donde ha sido presentado y si se ha usado como trabajo de ascenso.

Acuerdo de asumir los costos de su impresión en caso de fotos a color, autorización para reproducir el material ya publicado o ilustraciones que identifiquen a personas.

11. Los artículos a publicarse, pueden ser: originales, revisiones, casos clínicos, y cartas al editor.

12. Cuando se refiere a originales, queda entendido que no se enviará artículo sobre un trabajo que haya sido publicado o que haya sido aceptado para su publicación en alguna parte.

13. Todos los trabajos serán consultados por lo menos por dos árbitros en la especialidad respectiva.

14. La Revista Latinoamericana de Hipertensión, no se hace solidaria con las opiniones personales expresadas por los autores en sus trabajos, ni se responsabiliza por el estado en el que está redactado cada texto.

15. Todos los aspectos no previstos por el presente reglamento serán resueltos por el Comité Editorial de la Revista.

16. La revista apoya las políticas para registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo la importancia de esas iniciativas para el registro y divulgación internacional de Información sobre estudios clínicos, en acceso abierto. En consecuencia, solamente se aceptarán para publicación, a partir de 2007, los artículos de investigaciones clínicas que hayan recibido un número de identificación en uno de los Registros de Ensayo Clínicos validados por los criterios establecidos por OMS e ICMJE, cuyas direcciones están disponibles en el sitio del ICMJE. El número de Identificación se deberá registrar al final del resumen.

Sociedad Venezolana de Hipertensión

Autoridades

Presidente: Dr. Rafael Hernández Hernández
Vice Presidente: Dr. Jesús López Rivera
Secretario General: Dra. María Cristina Armas Padilla
Tesorero: Dr. Manuel Velasco
Secretario de Actas: Dr. Jesús Contreras
Secretario de Educación: Dr. Igor Morr García
Secretario de Relaciones Interinstitucionales:
Dr. José Andrés Octavio S.

Vocales:

Dra. Nora López
Dra. Rosalba Cammarata
Dra. Adriana Bettiol
Dr. Leonardo Madrid
Dr. Elias Chuki

Comité de Credenciales

Dra. Soledad Briceño (Coordinadora)
Dra. Elsy de Roa
Dra. Norka Antepara

Comité de Postulaciones

Dr. Manuel Velasco
Dr. Simón Oswaldo Muñoz Armas
Dr. José Antonio Colina Chourio
Dr. Jesús López Rivera
Dr. Rafael Hernández-Hernández

Comité Organizador

VI Congreso Venezolano de Hipertensión

Presidente:

Dra. María José Armas

Vice-Presidente:

Dr. Jesús López Rivera

Secretario General:

Dr. Manuel Velasco

Miembros:

Dr. Igor Morr
Dr. Jesús Contreras
Dr. Leonardo Madrid
Dra. María Cristina Armas Padilla

S1

Bienvenida

VI Congreso Venezolano de Hipertensión

En nombre del Comité Organizador del VI Congreso Venezolano de Hipertensión, les damos la más cordial bienvenida al evento cumbre de la Hipertensión en Venezuela y a la ciudad de Puerto La Cruz.

Los cinco últimos Congresos Venezolanos de Hipertensión han sido muy exitosos, ellos han reunido a cientos de participantes de Venezuela, Latinoamérica y del Mundo y han permitido la publicación de importantes libros y suplementos en prestigiosas revistas científicas dedicadas al avance del conocimiento de la hipertensión; entre ellos el Journal of Human Hypertension, Excerpta Medica, Monduzzi Editore y la Revista Latinoamericana de Hipertensión.

En esta oportunidad contaremos nuevamente con un excelente programa científico, que incluye simposios, presentación y manejo de casos clínicos, conferencias magistrales y la presentación de trabajos libres en forma de carteles. Tenemos invitados extranjeros provenientes de Europa, Canadá, Estados Unidos y Latinoamérica, además de destacados especialistas Venezolanos en el área, lo que permitirá el intercambio científico y estrechar los vínculos entre nuestro país y el mundo.

Nuestro país ofrece toda una variedad de exóticos y bellos escenarios naturales en Puerto La Cruz, en el Oriente del país presenta los mejores escenarios de la costa Venezolana a un paso de parques nacionales y a pocos minutos en avión de bellos parajes exóticos. Es una excelente oportunidad para participar en las actividades científicas del Congreso y conocer o visitar de nuevo esta parte de nuestra geografía.

Estamos seguros que su presencia en la actividad científica cumbre de la hipertensión en Venezuela será provechosa desde todo punto de vista y placentera e inolvidable por la cálida hospitalidad de la gente oriental.

A aquellos que nos visiten de otros países les ofrecemos la hospitalidad venezolana y los bellos paisajes de playa, islas, montañas y selva que ofrece Venezuela.

Esperamos verlos en las actividades científicas y sociales organizadas en los siguientes 3 días.

Dra. María José Armas Padilla
Presidente del Comité Organizador

Dr. Rafael Hernández Hernández
Presidente de la Sociedad Venezolana de Hipertensión

C Conferencistas

S2

A

Amarista Félix (Porlamar)
Antepara Norka (Caracas)
Aray José Gregorio (Caracas)
Armas María Cristina (Barquisimeto)
Armas María José (Barquisimeto)
Ávila Sergio (Anzoátegui)
Avilé Rafael Rosas (Cumaná)

B

Bacelliare Jorge (Caracas)
Bastidas Isaac (San Cristóbal)
Bettli Adriana (San Cristóbal)
Bulli Peter (Canadá)
Briceño Soledad (Maracaibo)

C

Cammarata Rosalba (Barquisimeto)
Carrillo Euclides (Valencia)
Castillo Eglee (Valencia)
Castillo Gustavo (Valencia)
Colán Juan (Caracas)
Contreras Miguel (Porlamar)
Crippa Giuseppe (Italia)
Chuki R. Elías (Caracas)

D

De la Sierra Alejandro (España)
De Roa Elsy (Caracas)
Díaz Alfredo (Cumaná)
Díaz Luis (Cumaná)

F

Faceta Arturo (Carúpano)
Figuera Edmundo (Caracas)
Figuera Sixto (Cumaná)
Fogari Roberto (Italia)

G

García Flores Pedro (Caracas)
Gómez Mancebo José Ramón (Caracas)
Gómez Rusvel (Caracas)

H

Hamilton Esteban (Caracas)
Hernández Edson (Barquisimeto)
Hernández Hernández Rafael (Barquisimeto)

I

Israili Zafar (USA)

L

Lombardi Maria A. (Caracas)
López Gómez Luis (Caracas)
López Jaramillo Patricio (Colombia)
López Nora (Maracay)
López Nouel Roberto (Caracas)
López Rivera Jesús (San Cristóbal)

M

Madrid Leonardo (Puerto Ordaz)
Marulanda María Inés (Valencia)
Meredith Peter (Reino Unido)
Morr García Igor (Maracay)

O

Octavio José Andrés (Caracas)
Olmos Leopoldo (Acarigua)

P

Pérez Monagas Danilo (Barquisimeto)
Pichardo Miriam (Caracas)
Ponte Carlos (Caracas)

R

Ramírez Jesús (San Cristóbal)
Rodríguez Benito (Puerto La Cruz)
Rodríguez Fernando (Puerto La Cruz)

S

Sosa Canache Beatriz (Barquisimeto)
Soto Leonardo (Maracaibo)

V

Velasco Manuel (Caracas)
Vera Enrique (Caracas)

Z

Zanchetti Alberto (Italia)

P rograma a un vistazo

Día Miércoles 19 de Septiembre 2007

Hora	Salón A	Salón B
07:00 - 08:00	Registro de participantes	
08:00 - 08:30	Palabras de Bienvenida	
08:30 - 11:00	Simposio: ABC de la hipertensión en la Atención Primaria de Salud	Taller para la Comunidad Educación para la población en HTA y Factores de Riesgo
11:00 - 11:30	Receso	
11:30 - 12:30	Taller: Discusión de Casos Clínicos en la Atención Primaria	Mini-simposio: Contundencia del ONTARGET y la nueva era en protección cardiovascular
12:30 - 14:00	Tiempo Libre para Almuerzo Visita a Exhibición	
14:00 - 16:00	Simposio Plenario: Avances en la Prevención Cardiovascular con el uso de ARA II	
16:00 - 16:30	Receso	
16:30 - 17:00	Conferencia Merck	Conferencia Merck
17:00 - 18:00	Minisimposio: Servier	DEBATE: ¿Son los β Bloqueadores drogas de primera línea para el tratamiento de la hipertensión?
18:00 - 20:00	Tiempo Libre Visita a Trabajos Libres y Exhibición	
20:00 - 22:00	Cena Conferencia Manejo del riesgo multifactorial: Combinación efectiva del control de la hipertensión y la dislipidemia Profesor: Peter Meredith (Reino Unido)	

Día Jueves 20 de Septiembre 2007

Hora	Salón A	Salón B
07:30 – 09:30	Simposio Presidencial: Estado del Arte en el Diagnóstico y Control de la Hipertensións	
09:30 – 10:00	Receso	
10:00 – 11:30	Simposio Especial: Logros actuales en la efectividad de la terapia antihipertensiva	Simposio Especial: Terapia antihipertensiva para mayores logros en protección vascular - cerebral
11:30 – 12:00	Receso	
12:00 – 14:00	Simposio Almuerzo (Plenario): Protección cardiovascular en el paciente hipertenso	
14:00 – 14:30	Receso	
14:30 – 16:00	Simposio Especial: Ampliando Alternativas en Control y Protección CV con BRAs	
16:00 – 16:30	Receso	
16:30 – 17:00	Conferencia: ¿Son las Glitazonas drogas efectivas y seguras?	Conferencia Especial: Modulación terapéutica del receptor AT1 en el continuum cardiovascular
17:00 – 18:00	DEBATE: Son los Diuréticos "Talla única" para el tratamiento de la hipertensión	Conferencia Especial: Hipertensión Arterial y Pacientes de Alto Riesgo: ¿Cómo alcanzar el control óptimo de la PA?
18:00 – 19:00	Tiempo Libre Visita a Trabajos Libres	
19:00 – 23:00	NOCHE EXFORGE Cortesía de Novartis	

Día Viernes 21 de Septiembre 2007

Hora	Salón A	Salón B
07:30 – 09:30	Simposio Plenario Conjunto LASH/SVH Hipertensión y Otros Factores de Riesgo en Latino América, Nuevas Perspectivas	
09:30 – 10:00	Receso	
10:00 – 11:30	Simposio Especial: IECA y el Continium Cardiovascular: Visión Actualizada del Tratamiento	Tópicos Especiales en Hipertensión Arterial
11:30 – 12:00	Receso	
12:00 – 14:00	Simposio Almuerzo: Factores Relevantes en la Selección de la Terapia Antihipertensiva	
14:00 – 14:30	Receso	
14:30 – 16:30	Simposio Conjunto Sociedad Venezolana de Cardiología / Sociedad Venezolana de Hipertensión: Hipertensión y Corazón	
16:30 – 17:00	Receso	
17:00 - 18:00	CONFERENCIA MAGISTRAL IN MEMORIAM Dr. ARIEL J. REYES Futuro del tratamiento y control de la Hipertensión Profesor: Alberto Zanchetti	
18:00 – 19:00	Ceremonia de Clausura: Entrega de Premios Presentación de Miembros Honorarios	
19:00 – 22:00	Brindis, Cortesía de SERVIER	

VI Congreso Venezolano de Hipertensión

Palabras de Bienvenida

Miércoles 19/09/2007 08:00 -08:30 Salón A

S6

Simposio Sociedad Venezolana de Hipertensión

Título: ABC de la hipertensión en la Atención Primaria de Salud

Miércoles 19/09/2007 08:30 – 11:00 Salón: A

*Coordinadores: **Sixto Figuera (Cumaná)**
María Cristina Armas (Barquisimeto)*

Toma de Presión Arterial, en la Clínica, el Hogar o durante el ritmo circadiano <i>Conferencista: Rafael Rosas Avilé (Cumaná)</i>	<i>Tiempo: 20 minutos</i>
Evaluación clínica del paciente con hipertensión secundaria <i>Conferencista: Alfredo Díaz (Cumaná)</i>	<i>Tiempo: 20 minutos</i>
Hipertensión Secundaria: feocromocitoma e hiperaldosteronismo <i>Conferencista: Jesús Ramírez (San Cristóbal)</i>	<i>Tiempo: 20 minutos</i>
Estilo de vida y ejercicio en la hipertensión <i>Conferencista: Sergio Ávila (Anzoátegui)</i>	<i>Tiempo: 20 minutos</i>
¿Son los diuréticos la primera escogencia para la mayoría de los pacientes? <i>Conferencista: Arturo Faceta (Carúpano)</i>	<i>Tiempo: 20 minutos</i>
Sistema Renina - Angiotensina Aldosterona, su bloqueo y estimulación <i>Conferencista: Danilo Pérez Monagas (Barquisimeto)</i>	<i>Tiempo: 20 minutos</i>
Terapia Individualizada: ¿Como y Cuando? <i>Conferencista: Sixto Figuera (Cumaná)</i>	<i>Tiempo: 20 minutos</i>
Discusión	<i>Tiempo: 10 minutos</i>

Actividad: Sociedad Venezolana de Hipertensión

Taller: Discusión de Casos Clínicos en la Atención Primaria

Miércoles 19/09/2007 11:30-12:30 Salón: A

*Coordinadores: **Nora López (Maracay)**
Elsy de Roa (Caracas)*

Panel: Leonardo Madrid (Puerto Ordaz), Giuseppe Crippa (Italia), Jesús López Rivera (San Cristóbal), Rosalba Cammarata (Barquisimeto)

Simposio Sociedad Venezolana de Hipertensión

Título: Educación para la población en HTA y Factores de Riesgo

Miércoles 19/09/2007 08:30 – 11:00 Salón: B

*Coordinador: **Elias Chuki (Caracas)***

¿Cómo y el por que aparece hipertensión arterial?

Conferencista: Elías Chuki R. (Caracas)

Tiempo: 20 minutos

¿Cómo la alimentación nos convierte en hipertensos?

Conferencista: Pedro García Flores (Caracas)

Tiempo: 20 minutos

Efectos del alcohol sobre la presión arterial

Conferencista: Miriam Pichardo (Caracas)

Tiempo: 20 minutos

¿Los niños también pueden ser hipertensos?

Conferencista: Esteban Hamilton (Caracas)

Tiempo: 20 minutos

La emoción y el estrés en la presión arterial

Conferencista: Maria A. Lombardi (Caracas)

Tiempo: 20 minutos

Discusión

Tiempo: 20 minutos

Minisimposio: Patrocinio de Boehringer Ingelheim

Título: "Contundencia del ONTARGET y la nueva era en protección cardiovascular"

Miércoles 19/09/2007 11:30 – 12:30 Salón: B

*Coordinador: **Miguel Ángel Contreras (Porlamar)***

Focalizando en la protección cardiovascular: El concepto del bloqueo dual del sistema renina - angiotensina - aldosterona

Conferencista: Igor Morr García (Maracay)

Tiempo: 20 Minutos

ONTARGET: El comienzo de una nueva era en protección cardíaca y vascular

Conferencista: Enrique Vera (Caracas)

Tiempo: 20 minutos

Discusión

Tiempo: 20 minutos

Simposio Plenario: Patrocinio de ASTRAZENECA

Título: Avances en la Prevención Cardiovascular con el uso de ARA II
Miércoles 19/09/2007 14:00 - 16:00 Salón A+B (Plenario)

Coordinador: **María Inés Marulanda (Valencia)**

Efectos Pleiotrópicos de los ARA II: Consecuencias Clínicas

Conferencista: Rafael Hernández H. (Barquisimeto)

Tiempo: 25 minutos

Prevención de la Hipertensión: de los cambios en el estilo de vida a la Farmacoterapia

Conferencista: María Inés Marulanda (Valencia)

Tiempo: 25 minutos

Prevención de la Insuficiencia Cardíaca: Rol del Control de la Presión Arterial y de los Bloqueadores de los Receptores a la Angiotensina

Conferencista: Peter Meredith (Reino Unido)

Tiempo: 40 minutos

Discusión

Tiempo: 30 minutos

Conferencia Especial: Patrocinio de MERCK

Título: Bisoprolol en la Terapia Cardiovascular

Miércoles 19/09/07 16:30 - 17:00 Salón: A + B

Coordinador

Bisoprolol en el control óptimo de la presión arterial

Dr. Leonardo Madrid (Puerto Ordaz)

Tiempo: 20 minutos

Discusión

Tiempo: 10 minutos

Mini-Simposio SERVIER

Título: Estudio ADVANCE: El desafío terapéutico del paciente hipertenso

Miércoles 19/09/07 17:00 - 18:00 Salón: A

Coordinador: **Gustavo Castillo (Valencia)**

Diseño y background del estudio ADVANCE

Conferencista: Gustavo Castillo (Valencia)

Tiempo: 10 minutos

Impacto clínico en el tratamiento del paciente hipertenso

Conferencista: Euclides Carrillo (Valencia)

Tiempo: 40 minutos

Discusión

Tiempo: 10 minutos

Actividad: Sociedad Venezolana de Hipertensión

Debate: ¿Son los Beta Bloqueadores drogas de primera línea para el tratamiento de la hipertensión arterial?

Miércoles 19/09/2007 17:00 - 18:00 Salón: B

Coordinador: **Carlos Ponte (Caracas)**

A Favor

Debatientes: **Luis Díaz (Cumaná)**

En Contra

Debatientes: **Edson Hernández (Barquisimeto)**

Cena Conferencia: Patrocinio de ASTRAZENECA

Título: Manejo del riesgo multifactorial: Combinación efectiva del control de la hipertensión y la dislipidemia

Miércoles 19/09/2007 20:00 - 22:30 Plenario: A + B

Coordinador: **Carlos Ponte (Caracas)**

Introducción

Conferencista: Carlos Ponte (Caracas)

Tiempo: 10 minutos

Manejo del riesgo multifactorial: Combinación efectiva del control de la hipertensión y la dislipidemia

Conferencista: Peter Meredith (Reino Unido)

Tiempo: 40 minutos

Discusión**Cena**

Actividad Sociedad Venezolana de Hipertensión	
Título: Simposio Presidencial: Estado del Arte en el Diagnóstico y Control de la Hipertensión	
Jueves 20/09/2007 07:30 - 09:30 Salón: A + B (Plenario)	
<i>Coordinadores: Rafael Hernández H. (Barquisimeto) Manuel Velasco (Caracas)</i>	
Hipertensión Enmascarada: ¿Necesitamos Preocuparnos?	<i>Tiempo: 20 minutos</i>
<i>Conferencista: Peter Bolli (Canadá)</i>	
Nuevos Criterios en la Evaluación del Daño Renal	<i>Tiempo: 20 minutos</i>
<i>Conferencista: Giuseppe Crippa (Italia)</i>	
Interacciones de AINES con Antihipertensivos: ¿Qué hay de nuevo?	<i>Tiempo: 20 minutos</i>
<i>Conferencista: Zafar Israili (USA)</i>	
Las Nuevas Guías de la ESH/ESC para el Manejo de la Hipertensión Arterial	<i>Tiempo: 30 minutos</i>
<i>Conferencista: Alberto Zanchetti (Italia)</i>	
Discusión	<i>Tiempo: 20 minutos</i>

Simposio Paralelo: Patrocinio de DAIICHI SANKYO	Simposio Paralelo: Patrocinio de ZUOZ PHARMA
Logros actuales en la efectividad de la terapia antihipertensiva	Título: Terapia antihipertensiva para mayores logros en protección vascular-cerebral
Jueves 20/09/2007 10:00 – 11:30 Salón: A	Jueves 20/09/2007 10:00 – 11:30 Salón: B
<i>Coordinadores: Eglee Castillo (Valencia)</i>	<i>Coordinador: Jorge Baccelliere (Caracas)</i>
Problemática del control de la presión arterial: Realidad Venezolana	Introducción
<i>Conferencista: Rafael Hernández H. (Barquisimeto)</i>	<i>Conferencista: Jorge Baccelliere (Caracas)</i>
<i>Tiempo: 25 minutos</i>	<i>Tiempo: 5 minutos</i>
Nuevas estrategias en control efectivo de la presión arterial	Epidemiología del Accidente Cerebro-vascular
<i>Conferencista: Rusvel Gómez (Caracas)</i>	<i>Conferencista: Jesús López Rivera (Táchira)</i>
<i>Tiempo: 40 minutos</i>	<i>Tiempo: 20 minutos</i>
Discusión	Prevención cerebrovascular y cardiovascular con Eprosartán. Razones que apoyan un mayor beneficio clínico
<i>Tiempo: 25 minutos</i>	<i>Conferencista: Alejandro de la Sierra (España)</i>
	<i>Tiempo: 50 minutos</i>
	Discusión
	<i>Tiempo: 25 minutos</i>

Simposio almuerzo: Patrocinio de Bayer HealthCare/Bayer Schering Pharma	
Título: Protección cardiovascular en el paciente hipertenso	
Jueves 20/09/2007 12:00 - 14:00 Salón: A + B (Plenario)	
<i>Coordinador: Manuel Velasco (Caracas)</i>	
Importancia del Control de la presión arterial: ¿Cual es el papel de los calcioantagonistas?	<i>Tiempo: 30 minutos</i>
<i>Conferencista: Juan Colán (Caracas)</i>	
Crisis hipertensiva: Rol de la Nifedipina. Oros	<i>Tiempo: 30 minutos</i>
<i>Conferencista: Jesús López Rivera (San Cristóbal)</i>	
Prevención primaria y secundaria: Uso de la Aspirina en el paciente hipertenso	<i>Tiempo: 30 minutos</i>
<i>Conferencista: Luis López Gómez (Caracas)</i>	
Discusión	<i>Tiempo: 30 minutos</i>

Simposio: Patrocinio de NOVARTIS de Venezuela S.A.

Título: Ampliando Alternativas en Control y Protección CV con BRAs
Jueves 20/09/2007 14:30 - 16:00 Salón: A + B (Plenario)

Coordinador: Fernando Rodríguez (Puerto la Cruz)

Protección cardiovascular con BRAs: Sumando vida y calidad

Conferencista: Roberto Fogari (Italia)

Tiempo: 25 minutos

Estrategias terapéuticas basadas en bloqueo del SRAA: Racional para combinaciones

Conferencista: Roberto López Nouel (Caracas)

Tiempo: 25 minutos

Eficacia y Seguridad de la terapia con mecanismo dual

Conferencista: Roberto Fogari (Italia)

Tiempo: 25 minutos

Discusión

Tiempo: 15 minutos

S10

Actividad Sociedad Venezolana de Hipertensión

Conferencia: ¿Son las Glitazonas drogas efectivas y seguras?

Jueves 20/09/2007 16:30 – 17:00 Salón: A

Coordinador: Soledad Briceño (Maracaibo)

¿Son las Glitazonas drogas efectivas y seguras?

Conferencista: Miguel Contreras (Porlamar)

Tiempo: 20 minutos

Discusión

Tiempo: 10 minutos

Conferencia: Patrocinio de Abbott

Modulación Terapéutica del AT1 en el Continium Cardiovascular

Jueves 20/09/2007 16:30 – 17:00 Salón: B

Coordinador: Leonardo Soto (Maracaibo)

Modulación Terapéutica del AT1 en el Continium Cardiovascular

Juan Colán (Caracas)

Tiempo: 20 minutos

Discusión

Tiempo: 10 minutos

Actividad Sociedad Venezolana de Hipertensión DEBATE

Título: Son los Diuréticos "Talla única" para el tratamiento de la hipertensión

Jueves 20/09/2007 17:00 - 18:00 Salón: A

Coordinadora: Nora López (Maracay)

A Favor

Participantes: Soledad Briceño (Maracaibo)

En Contra

Participantes: Félix Amarista (Porlamar)

Conclusiones**Conferencia patrocinada por Sanofi-Aventis**

Jueves 20/09/2007 17:00 – 18:00 Salón: B

Coordinador: Sixto Figuera (Cumaná)

Introducción

Sixto Figuera

Tiempo: 5 minutos

Hipertensión Arterial y Pacientes de Alto Riesgo: ¿Cómo alcanzar el control óptimo de la PA?

José R. Gómez Mancebo (Caracas)

Tiempo: 40 minutos

Discusión

Tiempo: 15 minutos

Actividad Social Cortesía de Novartis

NOCHE EXFORGE

Jueves 20/09/2007 19:00 – 23:00 Salón: A + B

Actividad conjunta Sociedad Latinoamericana de Hipertensión y Sociedad Venezolana de Hipertensión

Título: Hipertensión y Otros Factores de Riesgo en Latino América, Nuevas Perspectivas

Viernes 21/09/2007 07:30 - 09:30 Salón: A + B (Plenario)

*Coordinadores: Jesús López Rivera (San Cristóbal)
María José Armas (Barquisimeto)*

¿Es la grasa visceral similar en su comportamiento de acuerdo a su localización: intrabdominal, pericárdica, perimuscular?

Conferencista: José R. Gómez Mancebo (Caracas)

Tiempo: 20 minutos

Epigenética de la hipertensión y el síndrome metabólico

Conferencista: Patricio López Jaramillo (Colombia)

Tiempo: 20 minutos

Hipertensión y sus asociaciones en Latinoamérica

Conferencista: Rafael Hernández H. (Barquisimeto)

Tiempo: 20 minutos

Pre-hipertensión versus Presión Normal Alta: El Debate Continúa

Conferencista: Peter Bolli (Canadá)

Tiempo: 20 minutos

Avances en el Bloqueo del SRAA: Inhibidores de Renina

Conferencista: Alberto Zanchetti (Italia)

Tiempo: 20 minutos

Discusión

Tiempo: 20 minutos

S11

Simposio Paralelo Patrocinio de Laboratorios LETI

Título: IECA y el Continium Cardiovascular:

Visión Actualizada del Tratamiento

Viernes 21/09/2007 10:00 – 11:30 Salón A

Coordinador: José Ramón Gómez Mancebo (Caracas)

IECAs: papel en el continium cardiovascular

Conferencista: Edmundo Figuera (Caracas)

Tiempo: 30 minutos

Efectos de un IECA Sulfidrílico en el manejo del HTA y la prevención de órgano blanco

Conferencista: Igor Morr (Maracay)

Tiempo: 30 minutos

Discusión

Tiempo: 30 minutos

Simposio Sociedad Venezolana de Hipertensión

Título: Tópicos Especiales en Hipertensión Arterial

Viernes 21/09/2007 10:00 – 11:30 Salón: B

*Coordinadoras: Beatriz Sosa Canache (Barquisimeto)
Norka Antepará (Caracas)*

Avances Apnea del Sueño en Hipertensión

*Conferencista: Benito Ramón Rodríguez Hernández
(Puerto La Cruz)*

Tiempo: 20 minutos

Novedades en Hipertensión y Embarazo

Conferencista: Patricio López Jaramillo (Colombia)

Tiempo: 20 minutos

Presión Arterial en el Hogar versus MAPA

Conferencista: Giuseppe Crippa (Italia)

Tiempo: 20 minutos

Avances en ARA II: ¿Son todos iguales?

Conferencista: Zafar Israili (USA)

Tiempo: 20 minutos

Discusión

Tiempo: 10 minutos

Simposio Almuerzo. Patrocinio de FARMA S.A.

Título: Factores Relevantes en la Selección de la Terapia Antihipertensiva

Viernes 21/09/2007 12:00 – 14:00 Salón A + B (Plenario)

Coordinador: José Gregorio Aray (Caracas)

Importancia de la Bioequivalencia en la Terapia Antihipertensiva

Conferencista: Rafael Hernández H. (Barquisimeto)

Tiempo: 40 minutos

Terapia Combinada: ¿Por qué?, ¿Cómo? Y ¿Cuándo?

Conferencista: Carlos Ponte (Caracas)

Tiempo: 30 minutos

Discusión

Tiempo: 20 minutos

Simposio Conjunto Sociedad Venezolana de Cardiología/SVH

Título: Hipertensión y Corazón

Viernes 21/09/2007 14:30 – 16:30 Salón: A + B (Plenario)

Coordinadores: **José Andrés Octavio (Caracas)**
Igor Morr (Maracay)

Evolución de la Hipertensión a la Insuficiencia Cardíaca: Bases Fisiopatológicas

Rusvel Gómez (Caracas)

Tiempo: 20 minutos

Evaluación Ecocardiográfica del paciente Hipertenso: Disfunción Diastólica y Sistólica

Conferencista: Leopoldo Olmos (Acarigua)

Tiempo: 20 minutos

Variabilidad de la Presión Arterial e Hipertrofia Ventricular Izquierda

Conferencista: José Andrés Octavio (Caracas)

Tiempo: 20 minutos

Tratamiento de la Hipertrofia Ventricular Izquierda

Conferencista: Jesús López Rivera (San Cristóbal)

Tiempo: 20 minutos

Rehabilitación del paciente hipertenso con HVI

Conferencista: Isaac Bastidas (San Cristóbal)

Tiempo: 20 minutos

Calidad de Vida en el Paciente Hipertenso

Conferencista: Adriana Bettioli (San Cristóbal)

Tiempo: 20 minutos

Discusión

Tiempo: 10 minutos

S12

Conferencia magistral in memoriam Dr. Ariel J. Reyes

Título: Futuro del tratamiento y control de la Hipertensión

Viernes 21/09/2007 17:00 – 18:00 Salón: A + B (Plenario)

Coordinador: **Manuel Velasco (Caracas)**

Introducción: Semblanza del Dr. Ariel J. Reyes

Conferencista: Giuseppe Crippa (Italia)

Tiempo: 10 minutos

Conferencia: Necesidades no cumplidas de los antihipertensivos: Hacia donde va la investigación en Hipertensión

Conferencista: Alberto Zanchetti (Italia)

Tiempo: 50 minutos

Ceremonia de Clausura

Viernes 21/09/2007 Hora 18:00 Salón A

Actividades:

- Entrega de Premios a los Mejores Trabajos Libres
- Entrega de Premio al Mejor Residente en Hipertensión Cortesía de Abbott
- Entrega de Placas como Miembros Honorarios de la SVH a los Profesores Alberto Zanchetti y Peter Bolli

Brindis, Cortesía de SERVIER

Viernes 21/09/2007 19:00 – 22:00 Salón: A + B

R

esumenes de Trabajos Libres

Epidemiología

01

ESTRES LABORAL EN LOS MÉDICOS DEL HOSPITAL "LUIS ALBERTO ROJAS". CANTAURO. EDO. ANZOÁTEGUI ENERO - 2007 -MAYO 2007

Pérez Hernández, Gloria Esther¹; Linares, Alfonso²; Ríos, Rosalbis³; Arias, Oneida⁴

¹Hospital de Cantaura "Luis Alberto Rojas", Jossabino@hotmail.com; ²Hospital "Luis Alberto Rojas", Jossabino@hotmail.com; ³Hospital "Luis Alberto Rojas", Jossabino@hotmail.com; ⁴Hospital Luis Alberto Rojas, Jossabino@hotmail.com

Estrés es la respuesta de nuestro organismo a todas las presiones a la que está sometido: todo lo que nos estimula o todo lo que nos agrede provoca estrés. Algunas ocupaciones pueden someter al trabajador a múltiples factores de tensión ejerciendo efectos nocivos tanto en lo físico como mental, los médicos residentes no escapan a este hecho, quienes pueden, desarrollarlo entonces se habla de estrés laboral. El objetivo de esta investigación fue determinar Estrés Laboral en médicos residentes de los diferentes servicios del hospital 'Luis Alberto Rojas, Cantaura Estado Anzoátegui. Se realizó un estudio descriptivo transversal con una muestra de 20 individuos, 5 de cada servicio del hospital (Cirugía, Obstetricia, Medicina y Pediatría). Se utilizó una adaptación de la Escala de "Ajeteo Diario" de Kanner, Coiné, Schaefer y Lazarus (1981) reducida a 20 ítems en el área laboral. Obteniendo los siguientes resultados: todos los médicos residentes presentan Estrés Laboral afectando en un 80% a los de cirugía, seguido de un 60% a los de Medicina y un 40% a los de Obstetricia y finalmente 30% los de pediatría. Las fuentes individuales producen estrés con una frecuencia de siempre y casi siempre en un 55% de los residentes mientras que las fuentes grupales e institucionales lo hacen con una frecuencia de casi siempre en un 58%. Por lo que se recomienda desarrollar programas de investigación con el fin de prevenir y combatir el estrés entre esta población a fin de aumentar la productividad, calidad de trabajo y preservar su salud de estos trabajadores.

02

ENFERMEDADES DEL ADULTO E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JOSÉ MARÍA VARGAS CAGUA EDO. ARAGUA ENERO A JUNIO 2007

CONTRERAS VASQUEZ, MANUEL EDDIXON¹; RODRIGUEZ LUCENA, NAKARI NAZARETH²; QUEVEDO BOSCHETTI, ANDRÉS RAMÓN³; GAVIDIA, CARLOS³; ROJAS, LUZ ANARIGUA²; RODRIGUEZ CORTÉZ, ALEXIS²

¹HOSPITAL JOSÉ.M. VARGAS, MANUELCONTRERAS938@HOTMAIL.COM; ²HOSPITAL JOSÉ.M. VARGAS

OBJETIVO: El Objetivo conocer las principales causas de Morbimortalidad, así como, la incidencia de hipertensión como diagnóstico presente en la población estudiada. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, que comprendió la revisión de las historias médicas de todos los pacientes que acudieron a las consultas y áreas de Hospitalización del Servicio de Medicina Interna del Hospital Dr. José María Vargas de Cagua, Edo. Aragua en el periodo enero-junio de 2007. Los datos obtenidos fueron

registrados en un formato elaborado previamente que incluía las variables: sexo, edad, diagnóstico clínico presentado y causas de muerte. **RESULTADOS:** Durante el periodo enero- junio de 2007, se evaluaron un total de 2148 pacientes en el Servicio de Medicina Interna del Hospital; de los cuales 1900 (88.45%) fueron atendidos por las consultas de Medicina Interna y 248 (11.54%) ingresaron por el área de Hospitalización de dicho servicio. La distribución por sexo correspondió a 1361 mujeres evaluadas por consulta y 169 por la hospitalización para un total de 1530 féminas (71.22%); en cuanto al sexo masculino se atendieron un total de 539 por consulta externa de medicina (25.09%) y 79 por hospitalización (3.67%). La distribución por grupos etarios contemplados por el Programa de Atención Integral reporto un 59.89% entre 19 y 59 años y un 40.10% para mayores de 60 años; con una proporción de aproximadamente 3:1 de mujeres atendidas por cada hombre. En los 1900 pacientes que acudieron a la consulta del Servicio de Medicina Interna en el periodo enero-junio de 2007, se encontraron 2423 condiciones mórbidas, con un promedio de 1.27 patologías por paciente. Como principales diagnósticos agrupados por aparatos y sistemas las enfermedades cardiovasculares con un 43.33% ocuparon el primer lugar. Seguida de las patologías endocrino metabólicas con un 29.86%. Respiratorias con 10.01%; genitourinarias con 5.35%; Osteomusculares 4%; Neurológicas 2.93%; Digestivos 2.84% y piel con un 1.63%. Estadísticamente, la presencia de patologías cardio-metabólicas constituye un factor de riesgo preponderante para complicaciones cardíacas, como lo demuestra Lee Goldman en su índice Multifactorial de Riesgo. **CONCLUSIONES:** En la población adulta joven y mayor estudiada se encontró una incidencia de patología cardiovascular en un 43.33% de los casos. Las enfermedades subyacentes más frecuentemente encontradas para ambos grupos (consulta y hospitalización) fueron las cardiovasculares, metabólicas y respiratorias. La Hipertensión Arterial (28.42%), Urgencia Hipertensiva (3.85%), Cardiopatía Isquémica crónica (2.20%), arritmias (1.34%), e Insuficiencia Cardíaca (1.16%). presentes en 538 pacientes fue la condición médica más frecuente; seguida por las endocrino-metabólicas con un 29.86% y respiratorias con un 10.01%. Las principales causas de muerte fueron oncológicas, infecciosas y cardiovasculares.

03

LA EVALUACIÓN MÉDICA PRE OPERATORIA COMO ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

Quevedo Boschetti, Andrés Ramón¹; Rodríguez Lucena, Nakari Nazareth²; Rojas, Luz Anarigua³; Gavidia, Carlos³; Contreras, Manuel¹; Rodríguez Cortéz, Alexis²

¹Hospital José M. Vargas, andrescream@hotmail.com; ²Hospital José M. Vargas, nakrodriguez@hotmail.com; ³Hospital José M. Vargas

Introducción: La evaluación preoperatorio es una consulta médica en la que se evalúa un paciente con criterios quirúrgicos. Se planteo la presente investigación, con el objetivo de conocer las características de selección, preparación y condiciones asociadas de los pacientes que ingresan a las consultas de evaluación Cardiovascular del

Hospital Dr. José María Vargas de la Ciudad de Cagua, Edo. Aragua, durante el primer semestre del año 2007. **Materiales y Métodos:** Se realizó una investigación de tipo descriptivo, retrospectivo mediante la revisión de un total de 277 Historias Clínicas. Preoperatorio solicitada. Se incluyeron 02 consultas de Medicina Interna. La patología quirúrgica en los 277 pacientes se distribuyeron de la siguiente manera: Ginecológicas 85; hígado y vías biliares 64; hernias 51; piel y anexos 28; Oftalmológicas 25; traumatológicas 10; genital masculino 06; Ano-rectal 06; mamas 04. En cuanto a la condición de la cirugía el 100% fueron electivas. Reintervenciones un total de 02 pacientes lo que representó el 0.77% del total evaluado. En cuanto a la distribución por sexo fue de 196 mujeres (70.75%) y 81 hombres (29.25%). La edad promedio se ubico en 40.92 años. La distribución por grupos de edad fue la siguiente: 16.24% en el rango de 46 a 49 años; 14.44% entre 24 a 28 años; 12.27% entre los 50 a 55 años; un 11.55% para el rango de 29 a 33 años; un 9.38% para 56 a 60 años; así como, un 8.30% para 34 a 39 años y un 4.69% para los mayores de 61 años. La muerte ocurrida en las primeras 48 horas posteriores a la cirugía se atribuye a la inducción anestésica o factor intraoperatorio, en su mayoría relacionado con ventilación inadecuada, aspiración de contenido gástrico, depresión miocárdica por fármacos, hipotensión por hemorragias severa y muerte. En la serie evaluada se reporta 01 muerte asociada a evento hemorrágico post operatorio lo que representa un 0.3% (8). La enfermedades endocrino metabólicas 161 en total: dislipidemia (52), obesidad (40), Diabetes (34), esteatosis hepática (28), hipotiroidismo (6) e hipertiroidismo (1). Seguidas de patologías cardiovasculares con 89 en total, representadas por: HTA (34), Arritmias (29), Cardiopatía Isquémica Crónica (11), bradicardia (6) conforman el 32.13% del total; y las respiratorias (42) en tercer lugar. **Conclusiones:** La implementación de un método sistematizado, pero no inmodificable, la creación de guías de valoración preoperatorio permitirá al clínico, al cirujano y al anesthesiologo, tomar decisiones que le sugieran, en forma objetiva, solicitar exámenes con el fin de detectar o reafirmar los hallazgos de la anamnesis, para abandonar la tradicional "rutina preoperatorio". La evaluación Cardiovascular representa una estrategia de atención integral al diagnosticar comorbilidades asociadas a condición quirúrgica, permitiendo establecer un plan de abordaje médico, preventivo y de promoción para la salud.

04

INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO EN PACIENTES HIPERTENSOS. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ALFREDO VAN GRIEKEN

Arias López, Johannes Augusto¹; Telleria, Ana²; Garcia, Eiranabell³; Pernia, Karim³; Torrealba, Ingrid³; Jiménez, Belkys³; Márquez, Erika⁴; Morantes, Hoichin⁵
¹Hospital Universitario de Coro, joharias666@hotmail.com; ²Hospital Universitario de Coro, analuciatelleria@yahoo.com.es; ³Hospital Universitario de Coro; ⁴hospital Universitario de Coro, erikamarquezf@hotmail.com; ⁵Hospital Universitario de Coro, hoymosaf@hotmail.com

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte a nivel mundial y la mayor parte de sus causas son conocidas y modificables. La hipertensión arterial (HTA) es el factor de riesgo cardiovascular modificable más frecuente y se estima que causa un 6% de muertes en el ámbito mundial. **OBJETIVO:** Determinar la prevalencia del infarto agudo del miocardio (IAM) en pacientes hipertensos hospitalizados en el departamento de Medicina Interna del Hospital Universitario Dr. Alfredo Van Grieken del estado Falcón. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo de corte transversal. Se revisaron las historias clínicas de pacientes ingresados al departamento de Medicina Interna durante el período 2002-2005 y se seleccionaron a los pacientes con diagnóstico de IAM según la American College of Cardiology/American Heart Association Task Force (ACC/AHA). **RESUL-**

TADOS: El IAM se presentó en 195 pacientes, de los cuales 121 eran hipertensos: 80 (66%) de sexo masculino y 41 (34%) de sexo femenino. El grupo etario con mayor frecuencia en los hombres fue el de 50-59 años (37,5%) y en las mujeres de 60-69 años (14%). Se detectó crisis hipertensiva en el 56,2% de los pacientes hipertensos estudiados al ingreso hospitalario. El 36,36% de los pacientes refirió recibir tratamiento antihipertensivo regular. La localización topográfica más frecuente del IAM fue la cara inferior (45,4%) seguida de la anterior extensa con 26,4%. La terapia trombolítica con estreptoquinasa fue empleada en 8 pacientes. Las complicaciones presentadas fueron mínimas, siendo los trastornos del ritmo (fibrilación auricular) y el derrame pericárdico las mas observadas. **CONCLUSIONES:** La HTA constituye un factor de riesgo importante para el desarrollo de cardiopatía isquémica en nuestro medio, siendo la población masculina la más afectada y presentándose un incremento progresivo con la edad. La modificación del estilo de vida y el uso de antihipertensivos en estos pacientes nos permite disminuir el desarrollo de complicaciones cardiovasculares. Además es de notar que la emergencia hipertensiva fue responsable de más de la mitad de los casos y esto puede traducir tratamiento irregular por poca adherencia entre otras causas por lo que debemos prestar mas atención a esta particularidad que al ser corregida evita que nuestros pacientes lleguen a la emergencia de nuestro hospital con esta manifestación clínica que al final se puede traducir en un IAM con la alta morbimortalidad que ello conlleva

05

HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO PRINCIPAL PROBLEMA DE SALUD DEL ÁREA DE INFLUENCIA DEL HOSPITAL DR. FRANCISCO SALAZAR MENESES (CLÍNICA POPULAR PARAÍSO) DURANTE EL AÑO 2006

González Castillo, Marizabel Carolina¹; Gerardino Salomón, Danielle Eduardo²; Herrera Muriana, María Patricia³; González Varela, Oriana Carolina⁴
¹Universidad Central de Venezuela, marizagc@hotmail.com; ²Universidad Central de Venezuela, dangriflp@hotmail.com; ³Universidad Central de Venezuela; ⁴Universidad Central de Venezuela, dolphin_carol04@hotmail.com

El presente estudio fue avocado a la realización del Diagnóstico de Salud del Área de Influencia del hospital Dr. Francisco Salazar Meneses (Clínica Popular Paraíso), correspondiente a la Parroquia caraqueña "El Paraíso"; con el fin de detectar (en caso de que existan) las principales deficiencias en atención y resolución de programación en salud tanto preventiva como en el área de tratamiento de las principales patologías, haciendo énfasis en precisar la ubicación de "Hipertensión arterial" entre las 10 primeras causas de Morbilidad en la Consulta Externa de dicha entidad sanitaria. Para lograr este propósito se analizaron 2 variables; la variable morbilidad en la consulta externa, a partir de registros proporcionados por el Departamento de Estadística del Hospital Dr. Francisco Salazar Meneses (Clínica Popular Paraíso), a cargo de la Lic. Petra María Maneiro Rojas; cifras organizadas en formularios pertenecientes al IVSS; y el personal medico-asistencial designado a satisfacer las necesidades de la Consulta Externa según la especialidad, a partir de los registros directivos de la entidad hospitalaria. El resultado de este análisis arrojó que la Hipertensión Arterial se encuentra ubicada en el 1º Lugar entre los motivos de consulta del área de influencia del hospital, con un total de 7.762 de las 33.340 consultadas registradas para las 10 primeros motivos de consulta en el año 2006, incluso por encima de patologías de conocida elevada incidencia, como la Diabetes (2.912 consultas) y el Asma bronquial (1.601 consultas). Así mismo, de los 93 galenos responsabilizados de atender las Consulta Externa adscritos al IVSS ó al MPPS, sólo uno

se encuentra encargado del área de Cardiología, apoyado por 12 especialistas del área de Medicina Interna. El sustancioso número de consultas maneja por la Consulta Externa del Hospital Dr. Francisco Salazar Meneses (Clínica Popular Paraíso) hace énfasis en la eficiencia de este ente sanitario para responder al llamado de atención en salud de su zona de influencia. Aún así, la Hipertensión Arterial mantenida como principal motivo de consulta en los 12 meses del año 2006 llama la atención para la implementación de programas de prevención en salud sobre este tópico. La deficiencia en programas de prevención y promoción de la salud dirigidos hacia la patología hipertensiva y el reducido número de especialistas en el área de cardiología sugieren un abandono en la prevención y la atención de las consecuencias de esta patología.

06

DETERMINACIÓN DE LA MORBILIDAD DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE DIABETES MELLITUS DEL AMBULATORIO URBANO TIPO I DE CIUDAD ALIANZA ABRIL 2004- MARZO 2007. GUACARA, ESTADO CARABOBO

Alcántara López, Flor Vanessa¹; Zambrano Olavarrieta, Rosalía Victoria²; López Chirinos, Eli Sauß; Pérez, Ariani⁴

¹Ambulatorio de Ciudad Alianza, chinejujar3@hotmail.com; ²Ambulatorio Las Trincheras, rosalia_zambranolavarrieta@hotmail.com; ³Ambulatorio Las Trincheras, chattyc@hotmail.com; ⁴Unidad de Diabetes - Guacara- Estado Carabobo

Introducción: La Diabetes Mellitus es un estado de hiperglucemia crónica producido por factores, genéticos como ambientales, causado por la deficiencia absoluta o relativa de insulina. **Objetivos:** Determinar la morbilidad de los pacientes diabéticos que acudieron a la consulta de Diabetes Mellitus. **Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, no experimental. Se revisaron 100 historias clínicas obteniéndose la muestra de 62 pacientes diabéticos mayores de 18 años, las variables estudiadas fueron edad, sexo, tipo de diabetes, factores de riesgo, y complicaciones agudas y crónicas propias de la enfermedad. **Resultados:** con un rango aritmético de 25-87 años, el rango de edad más afectado estuvo comprendido entre 51 y 60 años con 33,87%. El 56,45% fue del sexo femenino, el 96,7% estuvo representado por la DMNID, entre los factores de riesgos estudiados la herencia arrojó un 62,9%; la asociación entre 4 o más factores de riesgo representó un 43,5%. El 77,4% no reportó complicaciones agudas, entre estas, el 17,74% presentó Hipoglucemia, de las complicaciones crónicas el 58,06% con Neuropatía diabética. **Conclusión:** El sexo femenino es el más afectado por la enfermedad, y la herencia cumple rol protagónico en este estudio, la Hipoglucemia y Neuropatía fueron las complicaciones agudas y crónicas respectivamente más comunes. Hoy día se conoce a la Diabetes como problema de salud pública, asociado a la industrialización, urbanización, aumento de la esperanza de vida, obesidad, vida sedentaria entre otros.

07

PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA EN RECIÉN NACIDOS HASTA 6 AÑOS DE EDAD EN EL ÁREA SUR-OESTE DE CARACAS AÑO 2007

Hamilton Berti, Esteban Enrique¹; Pichardo, Miriam²; Thomas, Janette²; Benzaquen, Salomón²; Elías, Chuk²; Fragachán, Francisco²

¹Hospital Universitario de Caracas, estebanhamilton@hotmail.com; ²Hospital Universitario de Caracas

Últimamente no se le ha dado importancia a la presión arterial elevada en niños sino a partir de 6 años en adelante. **Objetivo:** El objetivo de este estudio es obtener datos actualizados de prevalencia en Presión Arterial Elevada en recién nacidos hasta 6 años de edad. **Materiales y Métodos:** Se le tomó

la presión arterial a 298 niños desde recién nacidos hasta 6 años. Se utilizaron presurómetros de mercurio y/o presurómetros digitales con brazaletes acorde para la edad. Se usaron como parámetros de presión arterial elevada, las tablas del IV comité de la Task Force 2004 junto con las tablas de peso y talla de Fundacredesa año 2002. A todos los niños se les realizó Hematología Completa, Glicemia, Colesterol LDL, HDL, Triglicéridos, Creatinina y Proteína C Reactiva. **Resultados:** Niños con presión normal 83,56%, Presión Normal Alta 7,05%, Presión Arterial Elevada Grado I 5,70%, Presión Arterial Elevada Grado II 3,69%. El 56,38% de los niños eran del sexo masculino. Todos los exámenes de laboratorio realizados estuvieron dentro de los límites normales. El 71,42% de los niños con presiones elevadas, tenían antecedentes familiares de presión arterial elevada. Se observó 59,18% de sobrepeso y obesidad en los mayores de 2 años y bajo peso 18,37% en los menores de 2 años con presión arterial elevada. Porcentaje de varones y hembras con presión arterial elevada 65,31% vs. 34,69%. **Conclusiones:** Hay un 16,44% de niños con Presión Normal Alta, Presión Arterial Elevada Grado I y Grado II. Como factores de riesgo se observaron antecedentes familiares 71,42% y trastornos en el peso 77,55%.

08

PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO ENTRE ADULTOS DEL MUNICIPIO RANGEL (ZONA PÁRAMO) DEL ESTADO MÉRIDA, VENEZUELA

González Rivas, Juan Pablo¹; Salazar, Loreley²; Osuna, Damaris³; García, Raul⁴

¹IVSS "Juan Montezuma Ginardi" Valera, Estado Trujillo, juanpgonzalezr@hotmail.com;

²IVSS "Juan Montezuma Ginardi" Valera, Estado Trujillo; ³Hospital I Mucuchies Estado Mérida; ⁴Hospital Militar de San Cristóbal, raulj.garcias@gmail.com

Introducción: El SM es un conjunto de anomalías metabólicas que incrementan el riesgo para enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus tipo 2. La prevalencia de este síndrome varía considerablemente entre países. En Venezuela Hermes Flores, estima la prevalencia de SM en el Estado Zulia, Venezuela, reportando una prevalencia de 31.2%. No existen estudios epidemiológicos que permitan conocer la prevalencia de SM en el estado Mérida, por lo que el objetivo de este estudio es conocer la Prevalencia de SM en el Municipio Rangel del Estado Mérida, Venezuela. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio de tipo transversal, bajo un sistema de muestreo aleatorio simple, se incluyeron 140 participantes. Se tomaron las medidas para el diagnóstico de SM según el IDF. **Análisis de Datos:** De 140 participantes estudiados, 51 hombres y 89 mujeres, la prevalencia encontrada de SM fue de 37.86%. La dupla de factores que se asociaron más al perímetro abdominal en la mujer fue; colesterol HDLc bajo 55.06%, e hipertrigliceridemia 40.45%. Mientras que en el hombre hipertrigliceridemia 52.94% y elevación de la tensión arterial 41.18%. Se evidenció un aumento de la prevalencia con la edad. **Conclusión:** Utilizando la definición del IDF encontramos que más de un tercio de la población del páramo merideño cursa con SM. La triada más comúnmente observada fue aumento del perímetro abdominal, con reducción del HDLc y elevación de triglicéridos. Hallazgos similares a los encontrados por Hermes Flores en el Estado Zulia, pudiéndose concluir que más de un tercio de la población del occidente del país cursa con SM.

PRESIÓN DE PULSO Y PATRONES GEOMÉTRICOS ECOCARDIOGRÁFICOS DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Ramones Páez, Igor José¹; Cammarata Segura, Rosalba Iraida²; Hernández-Hernández, Rafael³

¹UCLA. Decanato de Medicina, pleinitenciario@hotmail.com; ²UCLA, rcammarata@cantv.net; ³UCLA, rhernan@cantv.net

Con el objetivo de conocer la relación de la presión de pulso (PP) sobre la génesis de los diferentes patrones geométricos ventriculares izquierdos en pacientes hipertensos crónicos, se reclutaron a 100 pacientes (51 mujeres y 49 hombres) referidos de centros de atención primaria, hospitales, clínicas privadas y consultas particulares a quienes se les determinó la presión arterial tanto sistólica (PAS) como diastólica (PAD) para el cálculo de la presión de pulso (PP) y se les se le practicó estudio ecocardiográfico para determinar la masa ventricular izquierda (MVI) y calcular el Índice de Masa Ventricular Izquierda (IMV) indexado por Superficie Corporal, además se determinó el Grosor relativo de Pared del Ventrículo Izquierdo para la clasificación de los diversos patrones geométricos. EL promedio de edad de la población estudiada fue de $57 \pm 1,19$ años ($58,88 \pm 1,70$ para las mujeres y $57,06 \pm 1,66$ para los hombres) con una PAS de $147,21 \pm 2,465$ mmHg ($145,41 \pm 3,30$ para las mujeres y $149,08 \pm 3,68$ para los hombres) y una PAD de $88,14 \pm 0,952$ mmHg ($87,41 \pm 1,05$ para las mujeres y $88,89 \pm 1,60$ para los hombres). El promedio de PP fue de $59,07 \pm 2,19$ mmHg ($58 \pm 3,081$ en las mujeres y $60,18 \pm 3,137$ para los hombres). Se encontró un 57% de anomalías geométricas (63% en las mujeres y 69% en los hombres), predominando el remodelado ventricular (37% en la población total; 43% en las mujeres y 43% en los hombres) seguido de la Hipertrofia Ventricular Izquierda (HVI) concéntrica (11% en la población total; 16% en las mujeres y 10% en los hombres) y por último la HVI excéntrica (9% en la población total; 4% en las mujeres y 16% en los hombres). Hubo una diferencia significativa en la distribución de porcentajes de anomalías geométricas entre los pacientes con PP menor de 50 mmHg y los pacientes con PP mayor o igual a 50 mmHg, en este último grupo fue mayor el porcentaje de anomalías geométricas con predominio del remodelado ventricular sobre la HVI, la HVI concéntrica fue mayor que la HVI excéntrica y este último patrón ocurrió más frecuentemente en hombres. Se encontró una correlación positiva significativa entre la PP y el IMVI mediante el Test de Pearson ($p=0,0068$; $r=0,2691$) Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes hipertensos presenta algún tipo de anomalía geométrica siendo el remodelado ventricular el patrón geométrico más frecuente. La mayor frecuencia de anomalías geométricas ocurre en los pacientes con PP mayor de 50 mmHg. La HVI excéntrica predominó en hombres con PP mayor de 50 mmHg. Se hace necesario un control efectivo de la PA y de la PP a fin de disminuir la prevalencia de los patrones geométricos ventriculares izquierdos que aumentan el riesgo de morbilidad cardiovascular.

10

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ESTUDIANTES DE BIOANÁLISIS. NÚCLEO DE SUCRE. JUNIO 2005- JULIO 2006

Salazar, Jisbelys¹; Romero, Alexis²; Marín, Claudia¹

¹Hospital Antonio Patricio Alcalá, jisbelys08@hotmail.com; ²Hospital Pérez Carreño, jisbelys08@hotmail.com

Las enfermedades cardiovascular constituyen un problema de salud pública, por tal motivo es importante considerar los factores de riesgo predisponentes (hábitos tabáquicos, tensión arterial, niveles séricos de glicemia, triglicéridos y colesterol, sexo, edad, obesidad, sedentarismo, antecedentes familiares,

tipo de personalidad, entre otros) para establecer el riesgo de desarrollar un patología cardiovascular. El riesgo se puede estimar a través del estudio de Framingham u otros métodos computarizados elaborados en base a las ecuaciones de dicho estudio. De acuerdo la OMS las enfermedades cardiovasculares constituyen una de las primeras causas de muerte a nivel mundial, por lo que se destaca la importancia de este problema de salud. Determinar los factores de riesgo en los estudiantes de la escuela de Bioanálisis, del Núcleo de Sucre durante el período comprendido Junio 2005- Julio 2006. A 280 estudiantes, se aplicó una encuesta donde se considero distintos riesgo cardiovasculares(obesidad, sexo, tabaquismo, antecedentes familiares de Hipertensión y Diabetes), del examen físico se tomaron cifras tensionales, peso (Kg), talla(m2), diámetro de la cintura y caderas, de laboratorio se realizó exámenes glicemia, perfil lipídico en ayunas con el objeto de calcular el riesgo cardiovascular. El 63.57%(178) de los estudiantes fueron del sexo femenino y 36.42(102) el sexo masculino. Con respecto a la cifra tensional el 46,1% fueron normotensos, 51,9% prehipertensos y 2% hipertensión arterial estadio I. En cuanto al peso el 48,2 % presentaron peso normal 8% obesidad, 36% sobrepeso, 7,8% bajo peso. La edad comprendidas 18- 23 años. El riesgo cardiovascular fue mayor en el sexo masculino, aunque el número de estudiantes de sexo femenino fue mayor que el masculino fueron estos los que presentaron el mayor número de factores de riesgo cardiovascular.

11

PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA SIERRA FALCONIANA

Arias López, Johannes Augusto¹; Tellería, Ana²; García, Eiranabel³; Alcalá, Rosa⁴; Arias, Marianne⁴; Morantes, Hoichin⁴; Márquez, Erika⁵; Lugo, Reina⁴

¹Hospital Universitario Alfredo Van Grieken, joharias666@hotmail.com; ²Hospital Universitario Alfredo Vangrieken, analuciatelleria@yahoo.com.es; ³Hospital Universitario Alfredo Vangrieken; ⁴Hospital Universitario Alfredo Van Grieken; ⁵Hospital Universitario Alfredo Van Grieken, erikamarquezf@hotmail.com

El síndrome metabólico (SM) es una condición de alta y creciente prevalencia, asociado con mayor riesgo para diabetes mellitus 2 y enfermedad cardiovascular. **OBJETIVO:** Determinar la prevalencia del SM y sus componentes según la definición de la American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute (AHA/NHLBI), en pacientes hipertensos provenientes de la sierra falconiana. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio prospectivo de corte transversal. Se estimó la prevalencia de SM según los criterios de la AHA/NHLBI en la población hipertensa de Curimagua y Cabure del estado Falcón. **RESULTADOS:** El SM se presentó en 81 (62%) de los sujetos estudiados, 32 (40%) hombres y 49 (60%) mujeres. Los pacientes con edades comprendidas entre 40 y 59 años fueron los más afectados, hombres 22 (69%) y mujeres 19 (39%). La obesidad central fue más frecuente en las mujeres 54,3% con respecto a los hombres 18,5%. La hipertrigliceridemia fue la anomalía metabólica más común (93,82%) y la hiperglicemia la menos frecuente (46,9%). **CONCLUSION:** Existe una alta prevalencia del SM en los pacientes hipertensos de la sierra falconiana, con predominio del sexo femenino; siendo necesario implementar estrategias que promuevan el cambio en el estilo de vida de estos pacientes. **PALABRAS CLAVES:** Síndrome metabólico, hipertensión arterial.

12

NIVELES SÉRICOS DE LIPOPROTEÍNA (a) Y PERFIL LÍPIDICO EN UNA MUESTRA DE LA ETNIA AÑÚ DEL MUNICIPIO PÁEZ DEL ESTADO ZULIA DE VENEZUELA

Acosta N., Luis A.; Finol G., Freddy J.; Faria B., Judith F.; Aparicio C., Daniel J.; Canelón M., Roger L.; Bermúdez P., Valmore J.; Mengual M., Edgardo J.; Siciliano T., Adriana
Centro de Investigaciones Endocrino – Metabólicas “Dr. Félix Gómez”

Objetivos: Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en el mundo occidental. La Lipoproteína(a) [Lp(a)] se considera un factor de riesgo independiente, cuyas concentraciones varían de acuerdo al origen étnico, por lo que el objetivo del presente estudio fue determinar los niveles séricos de Lp(a) y perfil lipídico en una muestra de la etnia Añú, de la localidad La Laguna de Sinamaica del Municipio Páez del Estado Zulia. **Materiales y Métodos:** Se estudiaron 120 individuos adultos sanos de ambos sexos, seleccionados al azar, pertenecientes a la etnia Añú, a los cuales les fue realizada una historia clínica, midiendo variables clínicas, antropométricas, y se determinó el perfil lipídico y la Lp(a). Resultados: Se encontró sobrepeso, cifras de presión arterial y glicemia normales, y circunferencia abdominal (media: 89,6 cms). Al estudiar los lípidos plasmáticos en general presentaron niveles de HDL-c bajos (media: 39,2 mg/dl) aisladas con perfil lipídico normal. Los niveles séricos de Lp(a) mostraron una media de 22,4 mg/dl, sin diferencias significativas al comparar según edad y sexo, ni al diferenciar según el antecedente familiar de enfermedad cardiovascular. **Conclusiones:** Los individuos de la etnia Añú presentan HDL-c bajo aislado, y la Lp(a) se ubicó en el valor considerado como normal. Se necesitan otros estudios tanto longitudinales como de cohorte en individuos de la etnia Añú y otras etnias del estado Zulia, con el objeto de corroborar estos hallazgos y comparar si existen diferencias en individuos de distintos orígenes étnicos en el estado en relación al nivel sérico de Lp(a). **Palabras Claves:** Lipoproteína (a), riesgo cardiovascular, factores de riesgo.

13

NIVELES DE LIPOPROTEÍNA (a) EN TRES POBLACIONES AFRO-AMERICANAS DEL MUNICIPIO SUCRE DEL ESTADO ZULIA DE VENEZUELA

Gotera R., Daniela P¹; Guerra T., Xavier E²; Rojas P., Edward R.²; Aparicio C., Daniel J.²; Faria B., Judith F.²; Bermúdez P., Valmore J.²; Mengual M., Edgardo J.²; Mengual M., Edgardo J.²; Cabrera de Bravo, Mayela²

¹Centro de Investigaciones Endocrino-Metabólicas “Dr. Félix Gómez”, gdaniela_15@hotmail.com; ²Centro de Investigaciones Endocrino-Metabólicas “Dr. Félix Gómez”

Objetivos: La Lipoproteína(a) [Lp(a)] es un factor de riesgo para enfermedad cardiovascular. En Venezuela se desconoce su comportamiento entre los diferentes grupos étnicos, por lo que el objetivo de este estudio fue determinar su concentración en una muestra de individuos Afro-Americanos del Estado Zulia. **Materiales y Métodos:** Se les cuantificó glicemia, perfil lipídico y la Lp(a) por el método ELISA a 311 individuos Afro-Americanos clínicamente sanos y escogidos al azar de las poblaciones de Bobures (n=55), San José (n=109), Santa María (n=147) del Municipio Sucre y 112 blancos hispanicos de Maracaibo. Las comparaciones se realizaron con la prueba U de Mann-Whitney o ANOVA (previa conversión logarítmica) y prueba post hoc de Tukey, considerándose significativo un valor de $p < 0,05$. **Resultados:** La Glicemia y la concentración de Colesterol total, triacilglicéridos, VLDL-c y LDL-c se encontraron dentro de los parámetros normales, sin embargo, el nivel de HDL-c fue menor en la población de Bobures en comparación con las demás poblaciones. Utilizando la prueba Z de Kolmogorov-Smirnov se encontró que la Lp(a) tiene una distribución no normal. La concentración de Lp(a) se encontró significativamente elevada en los grupos Afro-Americanos en comparación con el grupo blanco hispanico de Maracaibo (Bobures: 59,00 mg/dl; Santa María 47,00 mg/dl; San José 41,00 mg/dl; Maracaibo 28,50mg/dl, $p=0,0003$). **Conclusiones:** La Lp(a) en nuestros grupos Afro-Americanos se encuentra elevada con respecto a otras poblaciones de raza negra de EUA y África, lo que

podría explicar la elevada prevalencia de enfermedad cardiovascular y cerebrovascular en este grupo poblacional. **Palabras Claves:** Lipoproteína (a), enfermedad cardiovascular, afro-americano.

14

PERFIL LÍPIDICO DEL PACIENTE HIPERTENSO CON TRASTORNO DE LA GLUCORREGULACION. HOSPITAL GENERAL GUARENAS GUATIRE. (HGGG) 2005-2006

Fernández Báez, Betina Isabel¹; Fragachán, Francisco²

¹Hospital General Guarenas Guatire, betinaisabel@yahoo.com; ²Unidad de Hipertensión Arterial. Hospital Universitario de Caracas

Desde hace dos décadas el Dr. Reaven en EEUU señala que uno de cada cuatro individuos tiene una resistencia funcional a la insulina en sus membranas celulares y el Dr. Fragachán en Venezuela lo demostró con el “Clamp euglicémico”. La disglucemia subclínica es un riesgo para inflamación crónica, aterosclerosis, dislipidemia e hipertensión. En 1998 la (OMS) lo confirma definiendo el Síndrome metabólico. Hoy el interés crece por el aumento de la morbi-mortalidad cardiovascular a que este trastorno conlleva. El perfil lipídico en ellos, tiene la particularidad de ser altamente aterogénico caracterizado por hipertrigliceridemia y HDL colesterol bajo, sin cambios importantes en LDL colesterol. Se ha descrito un 50% de dislipidemia en Hipertensos y un 60% en Diabéticos tipo 2. **Objetivo General:** Evaluar las características del perfil lipídico en pacientes hipertensos con trastorno de la glucorregulación. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, comparativo. Historias de primera, pacientes Hipertensos de Cardiología (HGGG), consulta externa años 2005 y 2006. Medidas de resumen: frecuencias, porcentajes, media y DE. Análisis SPSS versión 12.0. Estadísticos ANOVA y Chi cuadrado de pearson. Se define como disglucemia o trastorno de la glucorregulación (TGR) a diabéticos, Glicemia alterada en ayunas (GAA) $> 100\text{mg}\%$ y/o Tolerancia glucosada alterada (TGA) postprandial $> 140 < 200 \text{mg}\%$. Resultados: 308 hipertensos, 78 (25,3%) ♂; 230 (74,7%) ♀. Con disglucemia 132 (42,9%). 37(28,1%)♂, 95(71,9%)♀. Prediabetes 62(20,2%). Diabéticos 70(22,7%). Dislipidémicos 254 (82,5%), 189(82,2%)♀, 65 (83,3%) ♂. SIN (TGR)MEDIAS: CT $208 \pm 44,4$; TG $144,1 \pm 88,3$; LDL $132,1 \pm 39,2$; HDL $47,4 \pm 12,2$; PRE DIABETICOS MEDIAS: CT $208,1 \pm 55,5$; TG $151,5 \pm 90,8$; LDL $134,2 \pm 49,3$; HDL $41,9 \pm 11,1$. DIABETICOS MEDIAS: CT $221,1 \pm 52,2$; TG $162,7 \pm 100,4$; LDL $138,5 \pm 47,9$ HDL $44,1 \pm 9,8$. Significación de las diferencias entre medias TG $p = 0,022$; HDL $p = 0,004$.; CT $p = 0,102$; LDL $p = 0,539$. Relación estadísticamente significativa entre trastorno de la glucorregulación y la edad $p = 0,0001$. Por ANOVA se muestra diferencias significativas entre grupos con (TGR) y HDL bajo 0,001 con dos grados de libertad. Correlación inversa entre triglicéridos ($r = -0,152$), glicemia ($r = -0,130$), cintura abdominal ($-0,133$) y HDL. **Conclusiones:** Alta frecuencia de dislipidemia en pacientes hipertensos. Colesterol HDL bajo, triglicéridos elevados y la edad resultaron significativamente relacionados con el (TGR) en hipertensos, mas visible esto en las mujeres.

15

RELACIÓN ENTRE COLESTEROLEMIA Y FACTORES DE RIESGO CORONARIO EN MUJERES DE TRES ZONA RURALES DEL ESTADO MIRANDA

García Berrueta, Kelly Chiquinquirá¹; Quintero Gabriela, Gómez Keiby, Fernández Andry²
¹Ambulatorio Cupo, kellych11@hotmail.com; ²Distrito # 3

Las enfermedades cardiovasculares están entre las primeras causas de muerte de nuestro país. Dentro de ellas las más importantes son la isquemia cardiaca y la enfermedad cerebrovascular. El control de la hipercolesterolemia, junto con el control de la hipertensión arterial, y otros factores de riesgo (F.R.C.);

es una de las principales estrategias para prevenir las enfermedades cardiovasculares. Materiales y métodos: Se efectuó un estudio de corte transversal en una población comprendida por 162 mujeres aparentemente sanas con edades entre 25 a 82 años, de diferentes niveles socioeconómicos naturales y/o residentes en las comunidades de Salmerón, Santa Rosalía y Cupo del Edo. Miranda; que acudieron a los centros de salud entre Enero y Junio del 2007; para realizarse un chequeo general. Fueron evaluadas mediante un examen clínico completo, se les aplicó una ficha epidemiológica, test de autovaloración de stress y exámenes de sangre para valorar los siguientes F.R.C.: hábito de fumar, hipertensión arterial, diabetes, sedentarismo, obesidad, dieta rica en grasas, hiperuricemia e hipertrigliceridemia; determinándose en todas ellas el nivel de colesterolemia. Resultados: La edad fue un factor relacionado en forma directamente proporcional con la colesterolemia; las mujeres postmenopáusicas tuvieron niveles de colesterol más altos que las premenopáusicas; La colesterolemia presentó una correlación directamente proporcional y significativa con los valores triglicéridos, ácido úrico y peso; la presencia de hipertensión arterial, obesidad, vida sedentaria y dieta rica en grasas se acompañó de niveles altos de colesterol de manera significativa. Conclusiones: Este estudio observacional ha confirmado una vez más el papel predictor y la existencia de una relación causal entre la colesterolemia y la cardiopatía coronaria. La reducción de la colesterolemia produce una disminución de la incidencia y mortalidad por cardiopatía isquémica y enfermedad cardiovascular en general.

16

INCIDENCIA DE HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ESENCIAL

García Berrueta, Kelly Chiquinquirá¹; Quintero Gabriela, Fernández, Andry, Gámez Kelby²
¹Ambulatorio Cupo, kellych11@hotmail.com; ²Ambulatorio Cupo, gtqp82@hotmail.com

La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo para los accidentes cerebro vasculares. Siendo la hipertrofia ventricular izquierda (HVI) una de sus principales repercusiones. Materiales y métodos: A fin de determinar su incidencia, se evaluaron al azar y de forma descriptiva 200 pacientes hipertensos (103 mujeres, 97varones), atendidos en forma ambulatoria en los ambulatorios rurales de Salmerón y Santa Rosalía del Edo. Miranda, en el periodo de Enero a Junio de 2007. A todos los pacientes se les practicó una radiografía de tórax, donde se midió el índice cardiotorácico y un electrocardiograma. Se registraron factores de riesgo como edad, Diabetes Mellitus, severidad de la hipertensión, obesidad, y antecedentes familiares de hipertensión arterial. Se consideró además, el tiempo de enfermedad. Resultados: La incidencia de HVI en hipertensión esencial fue de 61 %, siendo mayor en varones (71 %). La presencia de HVI en los pacientes diabéticos fue significativa se encontró en el 75% de ellos. El 67% de los pacientes obesos presentaron HVI. El 69% de los pacientes tenía antecedentes familiares de hipertensión. Del total de pacientes con HVI, el 52% tenía un tiempo de enfermedad de 0 a 9 años. Conclusiones: La incidencia de HVI en el grupo estudiado fue de 61%, siendo mayor en varones, guarda relación con los factores de riesgo estudiados; tanto la radiografía de tórax como el ECG, juntos o en forma aislada se mostraron suficientes para realizar un diagnóstico adecuado de la HVI.

17

HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ESCOLARES. UNIDAD EDUCATIVA ESTADAL PROFESOR PEDRO ARNAL DE BARCELONA - EDO. ANZOÁTEGUI. ENERO - MARZO 2007

Pérez López, Elizabeth Del Valle; Díaz Canache, Kathleen Cecibel; Quezada Rodríguez, Erika Catalina

Universidad de Oriente, elizpelp@hotmail.com

Los criterios para definir hipertensión arterial en niños y adolescentes más usados son los establecidos por Task Force: Hipertensión arterial: cuando el promedio de tensión arterial sistólica y/o diastolita es mayor o igual al percentil 95 para edad, sexo y talla en tres ocasiones o más. El objetivo fue identificar la hipertensión arterial como factor de riesgo en enfermedades cardiovasculares en escolares que cursan estudios en la Unidad Educativa Estatal Profesor Pedro Arnal de Barcelona - Edo. Anzoátegui, durante el periodo Enero – Marzo del 2007. Materiales y métodos: investigación de tipo transversal de carácter descriptiva y comparativa. La población abarcó 200 escolares. La muestra estuvo representada por 190 alumnos de ambos sexos de la Unidad Educativa Estatal Prof. Pedro Arnal de Barcelona, localizada en la Avenida Argimiro Gabaldon, Edo. Anzoátegui, cuyos criterios de inclusión fue una muestra clínicamente sana según examen físico y se excluyeron aquellos que estuvieran recibiendo medicamentos, con antecedentes personales de hipertensión, alteraciones congénitas y/o adquiridas en brazo derecho. A los escolares seleccionados se les realizaron medidas de talla, peso y presión arterial, cuyos datos fueron llevados a tablas. Resultados: de la muestra en estudio se encontraron 7 escolares prehipertensos con predominio del sexo femenino, el antecedente familiar más frecuente en los escolares prehipertensos fue hipertensión arterial en un 100% y la mayoría cursa con sobrepeso. Conclusiones: de la población estudiada se encontró que un 3,7% de los escolares eran prehipertensos, lo cual pudiera considerarse como un factor de riesgo para desarrollar hipertensión arterial en la adultez, por lo que es necesario el control de la tensión arterial en los escolares para la identificación de estos grupos en riesgos y de esta manera evitar la evolución y desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Palabras Claves: hipertensión arterial, riesgos cardiovasculares.

18

ASOCIACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y PRESIÓN ARTERIAL EN PREESCOLARES DEL SECTOR "VISTA HERMOSA" DE CIUDAD BOLÍVAR

Xintavelonis Marcou, Dimitria¹; Ventosinos, Ricardo²; Xintavelonis Marcou, Elena³; Perez, Rita⁴

¹Ambulatorio 23 de Enero. Iso-Bolivar, dimitriax@gmail.com; ²Hospital Universitario Ruiz y Páez, snoxius@hotmail.com; ³Hospital Gervasio Vera Custodio, elenaxintavelonis@hotmail.com; ⁴Hospital Universitario Ruiz Y Páez, rita98_perez@yahoo.com

En el presente estudio se determinó la relación entre el Índice de Masa Corporal (IMC) y Presión Arterial en preescolares del sector Vista Hermosa de Ciudad Bolívar durante el período escolar 2005-2006. Se estudiaron 400 niños escogidos al azar de 2 a 5 años 11 meses y 29 días, divididos en dos grupos de 200 niños de ambos sexos, representando el 3.33% de la población. Se recolectaron las medidas antropométricas de peso y talla, y de presión arterial según estándares nacionales e internacionales. Para el cálculo de variables se utilizaron el índice de correlación de Pearson, el índice de determinación y de regresión, percentiles y medidas

de dispersión. Se encontraron niños con cifras elevadas de presión arterial tanto sistólica (PAS) 6,75%, diastólica (PAD) 8,75%, como cifras elevadas de presión arterial media (PAM) 9,75%. La presión arterial presentó una correlación directamente proporcional con el IMC, siendo más marcada esta relación con la PAM $r = 0,70$ que con las PAS $r = 0,34$ y la PAD $r = 0,40$. Se demostró una correlación mucho más importante entre el IMC y la PAM que con la PAS y PAD. Las nuevas investigaciones deberán estar orientadas a realizar curvas percentiles correspondientes a los índices de patrón de frecuencia tanto de PAM como del IMC en la población pediátrica.

19

PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRES COMUNIDADES RURALES DEL EDO. MIRANDA

García Berrueta, Kelly Chiquinquirá¹; Quintero Gabriela, Gómez Keiby, Fernández Andry²
¹Ambulatorio Santa Rosalía, kellych11@hotmail.com; ²Ambulatorio Santa Rosalía, gtp82@hotmail.com

La hipertensión Arterial (HTA) constituye principales causas de demanda de los servicios en nuestro País e inclusive dentro de la población adulta asegurada ocupa uno de los primeros lugares entre las causas de mortalidad hospitalaria. Materiales y métodos: Se realizó un estudio de corte transversal en poblaciones de tres comunidades rurales: Salmerón, Santa Rosalía y Cupo; la población estudiada fue mayor de 25 años; el tamaño de la muestra fue de 250 personas entre las tres comunidades, el estudio se realizó en los ambulatorios de las comunidades considerándose alternativamente tanto el sexo de los encuestados como la edad en menores de 45 años. Para el registro de la Presión Arterial (PA) se siguieron las recomendaciones internacionales al respecto, considerándose (PA) elevada cuando se encontró valores promedios de PA mayores o iguales a 140 mm de Hg para la PA sistólica de 90 mm de Hg para la PA diastólica. Resultados: Se estudiaron un total de 250 personas de las cuales 102 se realizaron en salmerón, 56 en Santa Rosalía y 42 en Cupo. De la población estudiada el 35,3% tenía el diagnóstico de HTA, de estos sólo el 31,4% seguía tratamiento antihipertensivo. La prevalencia de TA elevada en la población estudiada fue el siguiente: salmerón 22,38%, Santa Rosalía 41,88%, Cupo 34,17%, no se observó una relación directa entre TA elevada e índice de masa (IMC). Conclusiones: Se observó una alta prevalencia de TA en la población estudiada encontrándose que estas eran mayores cuanto más cerca de la urbanidad estaban la comunidad.

20

CONOCIMIENTO DEL JNC 7 Y LA GUÍA EUROPEA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL POR LOS MÉDICOS DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL CENTRAL SAN CRISTÓBAL

Rafael Dorante Hurtado, Stella Pereira, Jesús López Rivera, José Ramón Zapata.
 Unidad de Hipertensión Arterial Hospital Central San Cristóbal

Objetivo: Conocer el JNC VII y la Guía Europea de HTA 2003 para manejo del paciente hipertenso a cualquier nivel de atención médica es importante para prevenir y disminuir el riesgo de complicaciones.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal para 45 médicos adscritos al Departamento de Medicina Interna del Hospital José María Vargas de San Cristóbal, la fuente primaria de datos fue la aplicación de una encuesta voluntaria de 13 preguntas de selección única sobre el JNC VII y La Guía Europea de Hipertensión Arterial, aplica conocimiento responder 8 preguntas asertivamente y desconoce al que se negó a responder o no fue asertivo.

Resultados: Respondieron la encuesta 78% y se negó al momento de la solicitud 22%; del grupo que si respondió la encuesta el 47% si conoce la línea pautada del JNC VII y La Guía Europea de Hipertensión Arterial.

Desconoce corresponde a un 53%; del 100% que desconoce se encuentra: 29% internos de emergencia, 25% Residentes de Medicina General Integral, 13% R1 Medicina Interna, 17% R2 Medicina Interna, 4% R3 Medicina Interna, 8% Cardiólogos, 4% internistas.

Discusión: El 100% de los Médicos Generales Integrales y el 25% de los Médicos generales desconocen las Guías

Conclusión: El Grupo de Médicos que están en formación tienen menor conocimiento de las guías.

Número de Médicos por Departamentos que conocen el VII reporte de Hipertensión Arterial y las Guías de la Sociedad Europea de Hipertensión. Hospital Central San Cristóbal. Junio 2007

	Cardiólogo	Internista	R1 Med.Int	R2 Med. Int.	R3 Med.Int	Med. General Integral	Interno de EMG	Total
Si Conoce	8	5	3	1	1	0	3	21
No Conoce	0	0	1	2	1	4	6	14
No Contesto	2	1	2	2	0	2	1	10
Total	10	6	6	5	2	6	10	45

Porcentaje de Médicos por Departamentos encuestados sobre el VII Reporte de Hipertensión Arterial y las Guías de la Sociedad Europea de Hipertensión. Hospital Central San Cristóbal. Junio 2007

	Cardiólogo	Internista	R3 Med.Int	R2 Med. Int.	R1 Med.Int	R2Med. General Integral	Interno de EMG
Si Conoce	80,00	83,33	50,00	20,00	50,00	0,00	30,00
No Conoce	0,00	0,00	16,67	33,33	50,00	66,67	60,00
No Contesto	20,00	16,67	33,33	33,33	0,00	33,33	10,00

Porcentaje Global de Médicos que conocen el VII reporte de Hipertensión Arterial y las Guías de la Sociedad Europea de Hipertensión. Hospital Central San Cristóbal. Junio 2007

	Cardiólogo	Internista	R3 Med.Int	R2 Med. Int.	R1 Med.Int	R2Med. General Integral	Interno de EMG
Si Conoce	17,78	11,11	6,67	2,22	2,22	0,00	6,67
No Conoce	0,00	0,00	2,22	4,44	2,22	8,89	13,33
No Contesto	4,44	2,22	4,44	4,44	0,00	4,44	2,22

Porcentaje de Médicos encuestados por Departamentos que conocen el VII reporte de Hipertensión Arterial y las Guías de la Sociedad Europea de Hipertensión. Hospital Central San Cristóbal. Junio 2007

	Cardiólogo	Internista	R3 Med.Int	R2 Med. Int.	R1 Med.Int	R2Med. General Integral	Interno de EMG
Si Conoce	100,00	100,00	75,00	33,33	50,00	0,00	33,33
No Conoce	0,00	0,00	25,00	66,67	50,00	100,00	66,67

	Cardiólogo	Internista	R3 Med.Int	R2 Med. Int.	R1 Med.Int	R2Med. General Integral	Interno de EMG	Total
Encuestado que No Conoce y no encuestado	2	1	3	4	1	6	7	24
No Conoce	0	0	1	2	1	4	6	14
No Contesto	2	1	2	2	0	2	1	10
Total	10	6	6	5	2	6	10	45

PROTEINA C REACTIVA ULTRASENSIBLE COMO FACTOR DE RIESGO INDEPENDIENTE EN PACIENTE CON INFARTO DE MIOCARDIO. HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. LUIS RAZETTI" BARCELONA, ESTADO ANZOÁTEGUI. MAYO – OCTUBRE 2006

Rodríguez Díaz, Mariela Josefina¹; Pacheco Y, Tibisay²; Rodríguez G, Marylena³; González, Luis³

¹Hospital Dr. Luis Razetti Anzoátegui, mjrodriguezdiaz@hotmail.com; ²Hospital Dr. Luis Razetti Anzoátegui; ³Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti"

Este trabajo tipo descriptivo – prospectivo - transversal, permitió evaluar a la Proteína C Reactiva Ultrasensible (PCRus) en pacientes con Infarto de Miocardio (IM), ingresados en el Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti", Barcelona – Edo. Anzoátegui, entre los meses de Mayo – Octubre, de 2006. El propósito del estudio, fue establecer si el valor de PCRus en estos pacientes al ingreso, se modificaba y así, poder establecer a esta proteína como un marcador de riesgo cardiovascular independiente. Estas pruebas fueron procesadas mediante Quimioluminiscencia, en el laboratorio Coagulab. Además de establecer si ciertas condiciones como edad, sexo, factores de riesgo, tiempo de toma de muestra, si presentaban o no elevación del ST y la extensión del área isquémica, condicionaban o alteraban los valores de esta proteína. La muestra incluyó un total de cuarenta (40) pacientes, de los cuales 37 (92,5%) presentaron valores de PCRus mayor de 3 mg/dl, sugestivo de alto riesgo cardiovascular. Predomino el sexo masculinos (31 pacientes). La distribución por edad, evidenció que 55% por ciento de los pacientes tenían edades entre 46 y 67 años, la edad promedio fue de 64 años. Los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes estudiados mostraron que 32 pacientes (80%) eran fumadores, 20 pacientes (50%) hipertensos, 16 pacientes (40%) diabéticos y 2 (5%) con cardiopatía isquémica. 72,5% presentaron IM con elevación del ST y el de mayor predominio, fue el de cara inferior. Los valores de PCRus, no se correlacionaron de manera significativamente estadística con la edad del paciente ($p=0,625$), con el sexo ($p=0,271$) y con el tiempo transcurrido hasta la toma de la muestra. La extensión del área infartada y la presencia o no de elevación del segmento ST, no condicionaron variabilidad en los niveles de esta proteína. El tabaquismo ($p=0,496$), la Hipertensión Arterial ($p=0,198$) y la Diabetes Mellitus ($p=0,339$), al relacionarlos con la PCRus, se evidencio en este estudio que estos factores de riesgo, no condicionaron el valor de esta proteína. Estableciendo con este trabajo, que valores de Proteína C Reactiva Ultrasensible elevados al ingreso en pacientes con Infarto de Miocardio, condiciona un marcador de riesgo independiente.

22

HOMOCISTEINA COMO FACTOR DE RIESGO INDEPENDIENTE EN PACIENTES CON INFARTO DE MIOCARDIO. HOSPITAL UNIVERSITARIO LUÍS RAZETTI. ESTADO ANZOÁTEGUI. MAYO A OCTUBRE. 2006

Rodríguez Guanique, Marylena¹; Rodríguez Díaz, Mariela Josefina²; Pacheco Yáñez, Tibisay²; González, Luis³

¹Hospital Universitario Luis Razetti, indriago1@yahoo.com; ²Hospital Universitario Luis Razetti; ³IVSS Dr Domingo Guzmán Lander

Siendo considerada actualmente la homocisteína como factor de riesgo independiente para cardiopatía isquémica, se determino los niveles séricos de la misma en pacientes con infarto de miocardio ingresados al Hospital Universitario Luis Razetti de Barcelona desde Mayo a Octubre del 2006 realizándose un estudio descriptivo prospectivo longitudinal. Se reclutaron pacientes según los criterios de inclusión con diagnóstico de infarto de miocardio tomándose la muestra de homocisteína sérica en las primeras 48 horas. Los resultados fueron los siguientes: la población estudiada fue

de 40 pacientes representado en su mayoría por el sexo masculino 77,5%. Los hombres presentaron más infartos entre los 40 y 59 años en 54,84% y las mujeres entre los 60-69 años 66%. El factor de riesgo predominante para cardiopatía isquémica tanto en hombre como mujeres fue el sedentarismo en 93,55% y 100% respectivamente. La cara inferior fue la más afectada en 40% y en su mayoría elevaron ST en 72,5%. La homocisteína sérica en riesgo moderado a intermedio se presentó en 37,5% de los pacientes y en su mayoría eran del sexo masculino 41,94%. Los infartos con elevación del ST frecuentemente elevaron homocisteína sérica comparado con los sin elevación del ST. Los factores de riesgos tradicionales para cardiopatía isquémica no modificaron significativamente los niveles de homocisteína sérica. Concluyendo con el presente estudio que la homocisteína sérica tiene relación positiva con el Infarto de miocardio.

23

RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 QUE INGRESARON AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DR. LUIS ALBERTO ROJAS DE CANTARURA. ENERO 2006-ENERO 2007

Rojas Gimón, Elirub De Lourdes

Hospital Dr. Luis Alberto Rojas. Cantaura, edlcprojas@hotmail.com

Introducción: En países desarrollados aproximadamente 16 millones de personas sufren diabetes Mellitus (dm) y de estas 90-95% padecen dm tipo 2. Esta entidad aumenta el riesgo para enfermedad cardiovascular con la subsecuente lesión endotelial y afectación de múltiples órganos objetivo: determinar los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en pacientes diabéticos tipo 2 que ingresaron al hospital Dr. Luis Alberto Rojas de Cantaura desde enero del 2006 a enero del 2007.

Materiales y métodos: el presente estudio consistió en investigación prospectiva, descriptiva, observacional, transversal. El universo y la muestra estuvo constituida por 80 pacientes con diagnóstico de diabetes Mellitus tipo 2. Se aplicó una encuesta contentiva de datos como: edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, hipercolesterolemia, tabaquismo, obesidad, alcohol, antecedentes de infarto del miocardio).

Resultados: de los 80 casos de pacientes diabéticos tipo2, 63,75% correspondió al sexo femenino(51 casos) y 36,25% al sexo masculino (29 casos), siendo más frecuentemente afectado el grupo etareo entre 45-55 años de edad con 79%. Entre las causas de ingreso al servicio de medicina interna se encontraron: hiperglicemia (80%), crisis hipertensiva(76)%, neuropatía descompensada (60%), pie diabético (58%), infección urinaria (53%), infección respiratoria baja (49%). Los factores de riesgos fueron: hipertensión arterial (76,47%), obesidad (70%), dislipidemia (68%), sedentarismo (67%), tabaquismo(65%), consumo de alcohol (37%),antecedentes de infarto del miocardio (35%).

Conclusión: los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular son fundamentales para implementar tratamiento médico tomando en cuenta modificaciones en estilo de vida, alimentación, ejercicios y uso de fármacos. La diabetes Mellitus aumenta el riesgo de enfermedad arterial coronaria y mortalidad cardiovascular.

24

INFLUENCIA DE LA MÚSICA EN LA TENSIÓN ARTERIAL DE LOS NIÑOS

Pacheco P, Arenas C, Moreno-Vera M y Soltero I.

Escuela Medicina J.M. Vargas. UCV
solteroivan@yahoo.com

Introducción: Numerosas investigaciones han asociado los sonidos, el ruido y las emociones con la tensión arterial (TA) y también, con la llamada contaminación sónica. También la música puede afectar

al ser humano de muchas maneras. En este sentido la edad podría ser condicionante.

Objetivos: Investigar si la música de varios tipos puede influir en la TA de un grupo de niños.

Materiales y Métodos: Se estudiaron 60 niños, grupo etéreo de 4 a 8 años. A todos se les tomó el pulso radial (PR) y la TA usando esfigmomanómetros de mercurio calibrados, en posición sentada y de pie. Se usó el cuarto ruido de Korokof como TA diastólica (TAD) luego del registro de la TA basal., los niños, en un ambiente idóneo, escucharon música rock, clásica ligera e infantil, en diferentes sesiones, a no más de 50 decibeles. Luego de cada sesión se les registró la TA y el pulso. Se usó el ANOVA para las diferencias estadísticas.

Resultados: La música rock y la infantil aumentaron el PR, la TA sistólica (TAS) y la TAD respecto a la no música y música clásica ligera, de manera significativa. La música clásica ligera hizo descender la TAS significativamente.

Conclusiones: 1) La música puede alterar las pulsaciones y la TAS y TAD significativamente en niños. 2) El rock y la música infantil incrementan la TA, por el contrario la música clásica ligera disminuye la TAS.

El endotelio puede ser el primer blanco de estas modificaciones. Pudiera haber implicaciones a futuro en la adolescencia y adultez, de acuerdo a la frecuencia y el tiempo en que se escuchan los diversos tipos de música.

Variaciones de la media del pulso radial, las medias y el error estándar (EE) de laTAS y la TAD sentados con diferentes tipos de música (60 niños)

Tipo música	Pulso*	Pulso*	TAS**	EE	TAD***	EE
(1) Ninguna	76.4	76.4	84.5	1.2	66.9	
(2) Rock	90.2	90.2	87.9	1.2	70.7	0.9
(3) Clásica	77.6	77.6	79.5	1.0	67.0	0.8
(4) Infantil	81.2	81.2	84.0	0.9	70.3	0.8

EE: Error estándar *1 vs 2, 1 vs 4 y 2 vs 3; ** 1 vs 2, 1 vs 3 y *** 1 vs 2, 1 vs 4 y 2 vs 3 Intervalo de Confianza: 95% p < 0.05

Sistema de Medición de Presión Arterial

25

¿SÁBEMOS TOMAR LA TENSIÓN ARTERIAL EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO? CONOCIMIENTO DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA Y PERSONAL DE SALUD SOBRE LA TOMA DE TENSIÓN ARTERIAL EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO. HOSPITAL GENERAL JOAQUINA DE ROTONDARO. TINAQUILLO, EDO. COJEDOS

Lattuf Valderrama, Emerita Gabriela¹; Vera, Jennifer²

¹Hospital General Joquina De Rotondaro, lvgabriela@hotmail.com; ²Hospital General Joaquina de Rotondaro

Introducción: La Hipertensión arterial en pediatría, no es una patología frecuente, sin embargo en los últimos años ha tenido un avance importante no solo en su definición y manejo, si no también en su prevalencia; calculada ésta según varios estudios en el 2% de la población infantojuvenil. No existe una definición clara en cuanto a cifras de esta patología en niños, pero los consensos la han definido como cifras tensionales superiores al P95 (percentil 95) según edad, sexo y talla. Si se sabe que el diagnóstico de esta patología es relativamente simple, sólo con la toma de tensión arterial, es valido preguntarse si el personal que se encarga o se encargará de hacerlo conoce la técnica adecuada y los requisitos que deben tomarse al realizar tal procedimiento en el paciente pediátrico. **Objetivo:** Determinar los conocimientos anatómicos, teóricos y prácticos de los estudiantes de enfermería y personal de salud del Hospital General Joaquina de Rontondaro, Tinaquillo edo. Cojedos, sobre la toma de tensión arterial en el paciente pediátrico. **Materiales y Métodos:** se realizó un estudio no experimental, tipo descriptivo, en estudiantes de medicina, enfermería y personal de salud (médicos y enfermeras) del Hospital general Joa-

quina de Rontondaro, Tinaquillo, edo Cojedos. Junio 2007. La muestra estuvo conformada por 50 personas a quienes se le aplicó una encuesta predeterminada. Resultados: Los estudiantes de medicina, los médicos generales y los estudiantes de enfermería representaron cada uno el 20% de la muestra; el resto fue conformado por médicos especialistas y técnicos en enfermería. Acerca de la frecuencia de la toma de tensión arterial en niños: 46% rara vez la toma, 30% a diario pero no a todos los pacientes, 8% a todos los pacientes y 15% nunca la toma. De los conocimientos sobre la técnica de toma de tensión arterial en paciente pediátrico 56% aseguró tener un conocimiento bueno, 28% regular y el resto entre deficiente y desconocimiento total. Mas del 56% no supo los conocimientos anatómicos necesarios para realizar el procedimiento, el tamaño del mango y la colocación del estetoscopio fueron los errores mas frecuentes con más del 45 % del total de la población. El reposo y la importancia de la posición fue acertada en el 68% del total. **Conclusión:** La mayoría de la población a pesar de asegurar que sus conocimientos del tema eran buenos y la toma de tensión se hacerla rutinariamente, desconocen las bases anatómicas y la técnica adecuada para hacerlo. Los errores mas frecuentes fueron los de mayor importancia a la hora de la variación de las cifras tensionales. Los estudiantes de medicina y enfermería así como el personal de enfermería fueron los que presentaron mayor desconocimiento del tema.

26

REPEATED OFFICE BLOOD PRESSURE (R.O.B.P.) MEASUREMENT IS A RELIABLE TOOL FOR THE DIAGNOSIS AND THE CONTROL OF HYPERTENSION

Crippa, Giuseppe¹; Venturi, Claudio²; Cavallotti, Pietro²

¹Guglielmo da Saliceto Hospital, G.Crippa@ausl.pc.it; ²Guglielmo da Saliceto Hospital

It is increasingly being recognized that office blood pressure (BP) taken by the nurse or the physician is often inaccurate as a result of variable alert reaction of the subjects and systematic errors in the observer technique. At home self measurement of BP could be a valid alternative but is limited by patient s ability and his possible bias in measuring and correctly reporting the results. It has been shown that a series of BP measurements performed by using automated device in the medical environment may be helpful for the evaluation of BP status. Repeated office blood pressure (ROBP) measurement consists of 10 consecutive BP measurements obtained with an automated oscillometric device set to take readings at 2.5 minute intervals, leaving the examined subject alone in the doctor s office. To avoid alert reaction, the average of the last 6 measurements is considered as final value. In order to validate this method, we have compared ROBP-derived values with those obtained in the same subjects by using ambulatory blood pressure monitoring (ABPM) daytime mean values. We compared the two techniques in 131 normotensive subjects, in 41 white-coat, in 81 untreated and in 53 treated hypertensive patients (in total 306 subjects, mean age 57.4, range 21-92 years, 141 female). All subjects underwent ROBP a few minute before starting ABPM; the procedure was well tolerated and accepted. The results of the comparison are reported in the table

Variaciones de la media del pulso radial, las medias y el error estándar (EE) de laTAS y la TAD sentados con diferentes tipos de música (60 niños)

	Systolic ROB	Diastolic ROB	Systolic ABP	Diastolic ABP
Normotensive subjects	117.6±6.6	71.4±6.7	116.3±9.7	70.3±8.3
White-coat hypertensives	121.6±7.3	75.8±8.3	120.8±7.4	74.6±7.8
Untreated hypertensives	154.3±15.4	88.8±10.4	153.0±15.9	88.4±9.6
Treated hypertensives	144.8±13.6	83.9±9.8	143.2±13.0	82.9±9.4

These data indicate that in normotensive subjects, in individuals presenting with white coat hypertension, in patients with treated and untreated hypertension, mean daytime ABP and mean ROBP values are practically overlapping and highly and significantly correlate (Pearson's correlation test: $p < 0.001$). Thus, ROBP may be regarded as reliable and precise tool to evaluate BP when, for reasons of costs and practicality, ABPM is not feasible.

27

ARE BLOOD PRESSURE MEASUREMENTS PERFORMED DURING CAMPAIGNS AGAINST HYPERTENSION RELIABLE?

Crippa, Giuseppe¹; Cassi, Antonino²; Venturi, Claudio²; Cavallotti, Pietro²

¹Guglielmo da Saliceto Hospital, G.Crippa@ausl.pc.it; ²Guglielmo da Saliceto Hospital

Campaign against hypertension may be helpful to detect unknown, untreated and uncontrolled hypertension in the general population. The information on these conditions are based on few casual blood pressure (BP) readings performed in atypical medical environments (pharmacies, mobile units, tents). Little is known about the reliability of BP values obtained during these campaigns. We considered 120 subjects (mean age 55.16 years, 57 females), referred to our Hypertension Unit because unexpected high BP values had been found during a campaign against hypertension. Forty-one subjects had never found high BP before; 26 were aware but untreated hypertensive subjects; 53 were treated hypertensive patients. All subjects underwent a series of repeated office BP measurements (ROBP: 10 consecutive BP readings by automated oscillometric device, set to take measurements at 2.5 minute intervals). An ambulatory BP monitoring (ABPM) was scheduled within the next week. Hypertension was defined as daytime ABP > 132/85 mmHg. A comparison among BP values obtained by means of casual readings during the campaign, the average of the last 6 measurements provided with ROBP and mean daytime ABP values was carried out. The results of the analysis are summarized in the table.

	CAMPAIGN	ROBP	ABPM
Systolic BP SD, mmHg	171.4±13.0	150.0±14.5	148.8±13.8
Diastolic BP SD, mmHg	95.4±8.7	85.9±9.2	85.2±9.3

BP readings obtained during the campaign, compared with those derived from ROBP and ABPM, significantly ($p < 0.025$) overestimate BP status. Such measurements indicated high BP levels in 18 subjects (15%) who presented normal daytime ABP values (< 132/85 mmHg.); in 9 out of 41 unaware individuals lead to the diagnosis of hypertension in normotensives (22 %); in 7 out of 53 treated hypertensives (13 %) failed to disclose well-controlled BP values. In conclusion, casual BP taken during a campaign against hypertension overestimate BP levels and in some patients may convey undue alarm. However, benefits seem to overcome drawbacks since this type of BP measurements may disclose hypertension and treatment inefficacy in a relevant number of unaware subjects. ROBP measurements confirm their reliability to surrogate ABPM in the great majority of subjects and could be a useful tool during campaign against hypertension.

Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial

28

EFFECTO DEL PERFIL CIRCADIANO DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN EL ÍNDICE AMBULATORIO DE RIGIDEZ ARTERIAL

Octavio, José Andrés¹; Amair, Pablo²; Contreras, Jesús²; Kertzus, Yulí²; Urbina, Douglas²; Octavio, Bernardo³; Bilo, Grzegorz²; Parati, Gianfranco⁴

¹Universidad Central de Venezuela, joseandres.octavio@gmail.com; ²Hospital de Clínicas Caracas; ³Universidad Central de Venezuela; ⁴Universidad de Milano-Bicocca & Istituto Auxologico Italiano. Milán, Italia

Introducción. El índice ambulatorio de rigidez arterial (AASI) es un nuevo indicador propuesto recientemente, simple de obtener, y derivado del monitoreo ambulatorio de la presión arterial (PA) (MAPA). Sin embargo, se ha sugerido que el AASI pudiera estar influido por otras variables, ie: edad, sexo y sobre todo, parámetros derivados del mismo MAPA, particularmente la caída nocturna (DIP) de la presión arterial. El presente estudio pretende analizar la influencia que estos parámetros pudieran tener en el AASI en una población joven y sana. **Métodos.** Se analizaron los registros de MAPA de 50 estudiantes voluntarios sanos de 19 a 30 años, de ambos sexos. Se calculó en ellos el AASI y los parámetros habituales derivados del MAPA. **Resultados.** El AASI se correlacionó claramente con la edad ($r=0.39$, $p < 0.01$), también con los valores de PA nocturna, tanto sistólica ($r=0.34$, $p < 0.05$) como diastólica ($r=0.29$, $p < 0.05$), y negativamente con los valores de DIP de la PA sistólica ($r=0.34$, $p < 0.02$) y especialmente diastólica (0.50, $p < 0.001$). **Conclusión.** Algunos parámetros obtenidos de los registros de 24 horas, particularmente la caída nocturna de la PA, pueden influir sobre el AASI, lo cual debe tenerse en cuenta a la hora de utilizar este índice para evaluar la rigidez arterial con esta sencilla metodología derivada del monitoreo ambulatorio de la presión arterial.

29

¿HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA: EVALUADO POR MONITOREO DE PRESIÓN ARTERIAL EN 24 HORAS?

Pereira García, Stella¹; Dorante, Rafael²; López Rivera, Jesús²; Bastidas, Isaac²; Zapata, José²

¹Hospital Central San Cristóbal, gadicavz@gmail.com; ²Hospital Central San Cristóbal

Introducción: El monitoreo ambulatorio de presión arterial en 24 horas MAPA tienen mayor valor pronóstico que las mediciones en consultorio, para hipertrofia ventricular izquierda y para evaluar el grado de control del hipertenso. El ecocardiograma evalúa la geometría ventricular. **Objetivo:** Establecer la relación entre los hallazgos del monitoreo de presión arterial ambulatorio de 24 horas en pacientes hipertensos referidos y su correlación con la geometría del ventrículo izquierdo (GVI) en los años 2005 – 2007 en FUNDAMED. **Métodos:** Se realizó un estudio longitudinal transversal en pacientes con el diagnóstico de hipertensión arterial en el período de enero 2005 marzo 2007. Se analizaron 150, evaluados con MAPA, monitor 2430 y Ecocardiograma, Vivid 3 E de GE. Se clasificaron por MAPA en normotensos, hipertensos dipper y non dipper, con carga de presión mayor al 30% diurna, o nocturna y variabilidad de presión mayor a 15 mm de Hg. Se realizó análisis bivariado del MAPA y GVI por ecocardiograma. **Resultados:** El 48% de los pacientes estaban controlados, en el género femenino el 100% de las hipertensas non dipper con carga elevada presentaron alteraciones en la GVI, el 87,5% en el masculino, en los hipertensos con variabilidad elevada, el 66,6% de las féminas y el 25% de los masculinos presentaron alteraciones en la GVI. **Conclusiones:** El MAPA permite discriminar el control de los Hipertensos, en el género femenino el valor predictivo positivo y negativo es mayor que en los hombres, el Hipertenso non dipper con carga elevada tiene un valor predictivo positivo del 100% en mujeres y 87,5% en hombres de alteraciones en GVI. **Palabras claves:** Carga de presión, non Dipper, índice de excentricidad, índice de masa, geometría cardíaca.

PRESIÓN DE PULSO Y RETINOPATÍA. UNIDAD DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. CENTRO CARDIOVASCULAR REGIONAL DEL ESTADO FALCÓN

Arias López, Johannes Augusto¹; Telleria, Ana²; García, Eiranabell²; Morantes, Hoichin³; Alcalá, Rosa³; Arias, Marianne³; González, Graciela³; Lugo, Reina³

¹Hospital Universitario Alfredo Van Grieken, joharias666@hotmail.com; ²Hospital Universitario Alfredo Van Grieken, analuciatelleria@yahoo.es; ³Hospital Universitario Alfredo Van Grieken

La presión de pulso (PP) ha sido considerada en los últimos años un factor de riesgo cardiovascular independiente y un marcador de mortalidad cardiovascular y total. **OBJETIVO:** Determinar la relación que existe entre la presión de pulso y la severidad de la retinopatía hipertensiva en los pacientes hipertensos de la UHA del CECREFAL. **MÉTODOS:** Estudio descriptivo y transversal. En 96 pacientes hipertensos que asisten a la consulta de hipertensión arterial en el CECREFAL, se realizaron monitorización ambulatoria de la presión arterial (PA) durante 24 horas (MAPA) y fondo de ojo, determinando el grado de retinopatía según la clasificación de Keith Wagener. **RESULTADOS:** Se incluyó 96 hipertensos, con una edad media de 56 ± 14 años; el 61,4% eran del sexo femenino y 38,5% eran masculinos. El tercil 1 (12-51 mmHg) se presentó en el 38,5%, el tercil 2 (52-65 mmHg) en 25% y el tercil 3 (≥ 66 mmHg) en el 36,5% de los pacientes estudiados. En el 83,33% de los pacientes se observó retinopatía, grado I en el 41,7% y grado II en el 37,5%. El incremento de los niveles de presión de pulso se asocia al aumento de la incidencia de retinopatía. **CONCLUSIÓN:** El control de la PA con MAPA predice mejor los eventos cardiovasculares futuros y la repercusión sobre los órganos blanco, que las determinaciones casuales de la PA. Existe relación entre la presión de pulso y grado de retinopatía en nuestro medio, sin embargo, son necesarios estudios que confirmen a nivel mundial, hallazgos previos que relacionan el incremento de la PP con repercusión temprana de órganos diana, específicamente con retinopatía.

Farmacología Clínica y Ensayos Clínicos

HOMEOSTASIS MODEL ASSESSMENT (HOMA) AS SURROGATE INSULINIZATION CRITERIA IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES

Finol G., Freddy J.¹; Aparicio C., Daniel J.²; Acosta N., Luis A.²; Canelón M., Roger L.²; Bermúdez P., Valmore J.²; Mengual M., Edgardo J.²; Acosta, Karen²; Cano P., Raquel A.²; Cabrera De Bravo, Mayela²

¹Centro de Investigaciones Endocrino-Metabólicas "Dr. Félix Gómez", drfreddyfinol@hotmail.com; ²Centro de Investigaciones Endocrino-Metabólicas "Dr. Félix Gómez"

Objectives: Type 2 diabetes mellitus is a metabolic disorder that results from defects in both insulin secretion and insulin action. Questions remain about when insulin therapy must be indicated, thus the aim of this study was to evaluate HOMA_{βcell} as surrogate criteria for insulin therapy indication in patients with type 2 diabetes. **Subjects and methods.** A prospective study was performed in 189 type 2 diabetic patients with deficient metabolic control assessed by clinical and laboratory parameters. All patients received nutritional intervention and combination therapy with Metformin and Glimpiride. Patients that did not respond were admitted to the next phase, which consisted in Glimpiride+Metformin+Rosiglitazone oral therapy and then, reevaluated after 3 months. Comparisons between responders and non-responders in this phase were made in order to achieve differences in metabolic parameters and βcell function. **Results:** Out of 189 patients studied, 150 (79,36%) were considered as fully responders in the first phase of this study. The remaining 39 patients were admitted in the second trial phase in which 20 patients (51,28%) responded to triple oral therapy, while the other 19 (49,72%) required insulin therapy. Significant differ-

ences were found in fasting and post-pandrial glycemia ($p < 0,001$; $p < 0,004$) between the non-insulin requiring group ($200 \pm 12,0$ mg/dl; $266,05 \pm 17,67$ mg/dl) and the insulin-requiring group ($291,5 \pm 17,6$ mg/dl; $361,6 \pm 26,1$ mg/dl). Likewise, significant differences were observed in HOMA_{IR} and HOMA_{βcell} ($p < 0,002$; $p < 0,04$) between non-insulin requiring patients ($7,7 \pm 0,8$; $24,5 \pm 1,3$ %) vs. insulin-requiring patients ($12,6 \pm 1,2$; $19,4 \pm 2,4$ %). Finally, significant differences were observed when comparing body mass index (non-insulin requiring group $29,2 \pm 0,4$ Kg/mt² vs. insulin-requiring group $27,1 \pm 0,9$ Kg/mt²; $p < 0,05$). **Conclusions:** HOMA_{βcell} determination in the clinical practice is a useful tool to assess when insulin therapy should be started type 2 diabetic patients.

Metabolismo

INDICADORES DEL METABOLISMO TIROIDEO E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON HIPOTIROIDISMO

Briceño, Soledad G.¹; Hernández, Joalice²

¹Universidad del Zulia. Facultad de Medicina, solbrial@gmail.com; ²Universidad del Zulia. Facultad de Medicina

Objetivo: Determinar si existe relación entre indicadores del metabolismo tiroideo e hipertensión arterial en pacientes con hipotiroidismo. **Diseño y método:** El estudio incluyó 66 pacientes ambulatorios mayores de 18 años, de ambos sexos, con diagnóstico de hipotiroidismo quienes acudieron a la consulta de Medicina Interna del Hospital General del Sur "Dr. Pedro Iturbe", de Maracaibo, entre los meses de Enero 2003 a Diciembre de 2005. La hipertensión arterial (HTA) fue definida por un valor sistólico supino > 139 mmHg o diastólico > 89 mmHg, El diagnóstico hipotiroidismo se considero a través del perfil hormonal tiroideo mínimo (TSH y T4 libre) analizados a través de técnicas estándar. Se elaboró instrumento para recolección de datos de las variables: edad, presión arterial, valores de TSH y T4 libre, tiempo de evolución y control del hipotiroidismo, hipertensión arterial y tratamiento si lo hubiesen. Se presenta los resultados como media \pm DE. Las diferencias entre variables se analizaron mediante prueba t de Student y exacta de Fisher. El valor alfa se estableció en 0.05. **Resultados:** De un total de 66 pacientes hipotiroideos, la presencia de HTA fue de 39% ($n=26$), todos del sexo femenino, con una edad media de $61,07 \pm 12,16$ años, tiempo de evolución del hipotiroidismo de $15,8 \pm 12,2$ años. En los no hipertensos la edad media fue de $59,32 \pm 12,22$ años y el tiempo de evolución su enfermedad tiroidea fue de $8,9 \pm 7,8$ años. Todos los hipotiroideos-hipertensos presentaron niveles de TSH elevados a diferencia de los no hipertensos, donde los niveles de TSH eran normales ($P = 0,001$). El 73 % ($n=19$) de los pacientes hipertensos recibieron monoterapia antihipertensiva diversa y el 26 % ($n=7$) recibieron terapia combinada. No hubo control de la HTA en los pacientes que recibieron monoterapia a diferencia de que recibían terapia combinada ($P = 0,0002$). **Conclusiones:** La hipertensión arterial está altamente relacionada con el control hormonal tiroideo, con una alta frecuencia de HTA en pacientes hipotiroideos del sexo femenino con mejor control al recibir terapia combinada.

LIPOPROTEÍNA(a) EN UNA POBLACIÓN URBANA DE VENEZUELA: EVIDENCIA DE QUE SU INCREMENTO POR DEPRIVACIÓN ESTROGÉNICA ES TRANSITORIO

Guerra T., Xavier E.¹; Gotera R., Daniela P.²; Rojas P., Edward R.²; Aparicio C., Daniel J.²; Faria B., Judith F.²; Bermúdez P., Valmore J.²; Mengual M., Edgardo J.²; Cabrera De Bravo, Mayela²

¹Centro de Investigaciones Endocrino-Metabólicas "Dr. Félix Gómez", xguerrat@gmail.com; ²Centro de Investigaciones Endocrino-Metabólicas "Dr. Félix Gómez"

Objetivos: La Lipoproteína(a) se considera un factor de riesgo para enfermedad cardiovascular. En Venezuela se desconoce su comportamiento debido a que se han realizado muy pocos estudios para determinar las concentraciones de lipoproteína(a), por lo que el objetivo de este estudio fue determinar su concentración en 500 individuos clínicamente sanos de la ciudad de Maracaibo que acudieron al Centro de Investigaciones Endocrino-Metabólicas. **Materiales y Métodos:** Se cuantificó la lipoproteína(a) por ELISA. Las comparaciones se realizaron con la prueba U de Mann-Whitney o ANOVA de un factor (previa conversión logarítmica) y prueba post hoc de Tukey según el caso, considerándose significativo un valor de $p < 0,05$. Resultados: La lipoproteína(a) no mostró diferencias significativas ni por edad ni sexo. En el grupo de mujeres de 40-44 años se observó una tendencia a niveles mayores, por lo que el género femenino se dividió en dos grupos: 1) <40 años (mediana: 13 mg/dl) y 2) 40 años y más (mediana: 16 mg/dl); ($p < 0,02$). Al descomponer el grupo de 40 y más años según recibir Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) o no, aquellas que recibieron TRH siempre exhibieron una concentración de lipoproteína(a) menor; ($p < 0,01$), salvo en el grupo de los 60-64 años, donde no hubo diferencia. **Conclusiones:** La lipoproteína(a) en esta muestra se encuentra dentro de los límites considerados normales. La TRH disminuye la lipoproteína(a) en mujeres menopáusicas, sin embargo, en las mujeres sin TRH, la lipoproteína(a) experimenta una disminución progresiva para alcanzar niveles idénticos a aquellas con TRH en el grupo de 60-64 años. **Palabras Claves:** Lipoproteína (a), enfermedad cardiovascular, terapia de reemplazo hormonal.

NIVELES DE ÓXIDO NÍTRICO EN INDIVIDUOS NORMOTENSOS, DIABÉTICOS TIPO 2 E HIPERTENSOS: EFECTOS DE LA DOPAMINA

Contreras, Freddy¹; Lares, Mary²; Fouilloux, Christian³; Velasco, Manuel⁴

¹Escuela de Enfermería, UCV, sicontreras@cantv.net; ²Laboratorio de Investigaciones Endocrinológicas del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo, marylares@hotmail.com; ³Hospital Victorino Santaella, christiandoc@gmail.com; ⁴Unidad de Farmacología Clínica, Escuela de Medicina JM Vargas, UCV, veloscom@cantv.net

Los agonistas de la dopamina ejercen un papel importante en la regulación de los sistemas nervioso central, cardiovascular, renal y endocrino, por la estimulación de los receptores α y β adrenérgicos y dopaminérgicos específicos DA1 y DA2. Existen evidencias de que la síntesis y liberación de la dopamina está vinculada a la liberación de óxido nítrico (ON), la principal sustancia vasodilatadora liberada por el endotelio, y ha sido planteado que la dopamina además de su efecto antihipertensivo producido a través del músculo liso vascular y su efecto sobre la excreción renal de sodio, también actúa como un elemento modulador de las reacciones vinculadas a las sustancias vasoactivas endoteliales. Este es uno de los múltiples aspectos de las acciones de drogas dopaminérgicas en el sistema cardiovascular que debe ser investigado. El presente estudio tiene como objetivo establecer la relación entre la activación de receptores dopaminérgicos y la secreción de óxido nítrico mediante

el uso de Metoclopramida (MTC) y dopamina (DA) y determinar mediante variables hemodinámicas la respuesta a la activación de receptores dopaminérgicos cardiovasculares en sujetos sanos, diabéticos tipo 2 e hipertensos. Se seleccionaron 43; 15 sujetos sanos (controles), 15 diabéticos tipo 2 y 13 hipertensos. Se diseñó un estudio experimental comparativo de 90 minutos es decir, se administraron infusiones intravenosas de dopamina a 0.5-3 $\mu\text{g}/\text{Kg}$ y de MTC (DA2), a 7.5 $\mu\text{g}/\text{Kg}/\text{min}$. Se empleó como placebo solución fisiológica. Medimos los niveles de óxido nítrico plasmático durante el período del placebo encontrando valores de $18,93 \pm 5,32 \mu\text{M}$ en normotensos, $21,47 \pm 6,47 \mu\text{M}$ en diabéticos tipo II y $29,32 \pm 17,39 \mu\text{M}$ en hipertensos. DA y MTC no evidenciaron modificaciones significativas en los niveles de óxido nítrico plasmático entre los normotensos, diabéticos tipo 2 y en los hipertensos (Este estudio fue subvencionado por el Proyecto Fonacit S12001000300).

EFECTOS DE LA DOPAMINA EN LOS NIVELES DE LEPTINA EN INDIVIDUOS NORMOTENSOS, DIABÉTICOS TIPO 2 E HIPERTENSOS

Andrade, Xiomira¹; Hernández, María Emilia²; Contreras, Freddy³; Lares, Mary⁴; Velasco, Manuel⁵

¹Laboratorio de Investigaciones Endocrinológicas del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo, sicontreras@cantv.net; ²Laboratorio de Investigaciones Endocrinológicas del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo; ³Escuela de Enfermería, UCV, sicontreras@cantv.net; ⁴Laboratorio de Investigaciones Endocrinológicas del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo, marylares@hotmail.com; ⁵Unidad de Farmacología Clínica, Escuela de Medicina JM Vargas, UCV, Cátedra de Fisiopatología, Caracas, veloscom@cantv.net

Los agonistas de la dopamina ejercen un papel importante en la regulación de los sistemas nervioso central, cardiovascular, renal y endocrino, por la estimulación de los receptores α y β adrenérgicos y dopaminérgicos específicos DA1 y DA2. Diversos estudios demuestran que los agonistas dopaminérgicos mejoran la hiperglicemia y la hiperlipidemia en ratones obesos y diabéticos. La leptina logra la mayoría de sus efectos metabólicos interactuando con receptores específicos localizados en el sistema nervioso central y en tejidos periféricos. Estos se expresan además en otros tejidos, como el riñón, el sistema cardiovascular, hepatocitos, células hematopoyéticas e islotes pancreáticos, y es en este aspecto en particular, en el que la leptina ha pasado a desempeñar un rol principal dados sus vínculos entre la obesidad e HTA, y como regulador e integrador metabólico. Este estudio tiene como objetivo establecer la relación entre la activación de receptores dopaminérgicos y la secreción de leptina mediante el uso de Metoclopramida (MTC) y dopamina (DA) y determinar mediante variables hemodinámicas la respuesta a la activación de receptores dopaminérgicos cardiovasculares en sujetos sanos, diabéticos tipo 2 e hipertensos. Se seleccionaron 24; 8 sujetos sanos, 8 diabéticos tipo 2 y 8 hipertensos. Se diseñó un estudio experimental comparativo de 90 minutos es decir, se administraron infusiones intravenosas de dopamina a 0.5-3 $\mu\text{g}/\text{Kg}$ y de MTC (DA2), a 7.5 $\mu\text{g}/\text{Kg}/\text{min}$. Se empleó como placebo solución fisiológica. Medimos los niveles de leptina plasmática durante el período del placebo encontrando valores de $6,46 \pm 3,15 \text{ ng/ml}$ en normotensos, $11,44 \pm 5,95 \text{ ng/ml}$ en diabéticos tipo II y $12,78 \pm 10,74 \text{ ng/ml}$ en hipertensos. Los niveles de leptina en los sujetos normotensos, en diabéticos tipo 2 y en hipertensos, disminuyeron por efecto de la DA, también se observó un aumento significativo del leptina en individuos diabéticos tipo 2 e hipertensos, el cual es un marcador bioquímico de alteración endotelial (Este estudio fue subvencionado por el Proyecto Fonacit S12001000300).

36

TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS QUE ACUDIERON A LA CONSULTA DEL AMBULATORIO URBANO TIPO I DE CIUDAD ALIANZA DESDE ABRIL 2004 HASTA MARZO 2007, GUACARA ESTADO CARABOBO

Zambrano Olavarrieta, Rosalia Victoria¹; Alcántara López, Flor Vanessa²; López Chirinos, Eli Saúl³; Pérez, Arianit⁴

¹Ambulatorio Las Trincheras, rosalia_zambranolavarrieta@hotmail.com; ²Ambulatorio de Ciudad Alianza, chinejujar3@hotmail.com; ³Ambulatorio Las Trincheras, chattyco@hotmail.com; ⁴Unidad de Diabetes. Guacara

La Diabetes Mellitus requiere cuidados médicos y educación constante del paciente y su familia para evitar complicaciones agudas y mejorar la calidad de vida a largo plazo. **Objetivos:** Conocer el tratamiento y determinar las complicaciones de los pacientes diabéticos que acudieron a la consulta de Diabetes Mellitus. **Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, no experimental. Se revisaron 100 historias clínicas obteniéndose la muestra de 62 pacientes diabéticos mayores de 18 años. Las variables estudiadas fueron Edad, Sexo, Edad de diagnóstico de la enfermedad, Complicaciones Agudas y Crónicas, tratamiento que reciben los pacientes. **Resultados:** La edad más frecuente estuvo comprendida entre los 51 y 60 años de edad con 33,87%; donde el 96,7% estuvo representada por la DMNID; 56,45% del sexo femenino; la edad de aparición con 41,9% entre 51-60 años de edad; el 77,4% no reporto complicaciones agudas, entre estas, 17,74% presentó Hipoglicemia; de las complicaciones crónicas el 58,06% estuvo representada por la Neuropatía; en cuanto al tratamiento de estos pacientes, el 83,8% consiste en Dieta mas hipoglicemiantes orales; donde la combinación de 2 hipoglicemiantes orales represento el 41,93%; y el Hipoglicemiante mas utilizado fue la Metformina con un 53,76%. **Conclusiones:** En este estudio se observo un pobre control metabólico a pesar que la mayoría tiene tratamiento regular y control periódico; seria útil promover la detección precoz de las complicaciones más comunes y así reducir la morbimortalidad.

37

FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

Niño Castro, Lorena Antonieta¹; Martínez Castellano, Jasmin María²; Macías Arismendi, Aura Carolina³; Monsalve Trejo, Pedro Guillermo⁴; Molinet Iglesias, Ann Marie⁵; Chuki, Elias⁶; Fragachan, Francisco⁶

¹Escuela Luis Razetti, Universidad Central de Venezuela, Hospital Universitario de Caracas, lorylanc@hotmail.com; ²Escuela Luis Razetti, Universidad Central de Venezuela, Hospital Universitario de Caracas, jasmintmartinez29@hotmail.com; ³Escuela Luis Razetti, Universidad Central de Venezuela, Hospital Universitario de Caracas, monacaro@hotmail.com; ⁴Escuela Luis Razetti, Universidad Central de Venezuela, Hospital Universitario de Caracas, titotoxic@hotmail.com; ⁵Escuela Luis Razetti, Universidad Central de Venezuela, Hospital Universitario de Caracas, molimoli11@hotmail.com; ⁶Unidad de Hipertensión Arterial/Hospital Universitario de Caracas

OBJETIVOS: Analizar los factores individuales y vinculados con los servicios de salud, que influyen en el abandono del tratamiento farmacológico antihipertensivo. **MATERIALES Y METODOS:** Se encuestaron 81 individuos con presión arterial elevada escogidos al azar, los cuales que acuden a la Unidad de Hipertensión Arterial (UHA) del Hospital Universitario de Caracas (HUC). **RESULTADOS:** El 37,04% de los individuos encuestados, incumplió el tratamiento farmacológico. El 41% de ellos refiere como causa principal del abandono el precio de los medicamentos. Los principales efectos adversos referidos por los pacientes fueron: tos, mareos y fatiga. Solo el 54,32% ha tenido una asistencia estricta a las consultas control. La incidencia de incumplimiento es mayor en aquellos que tienen menos de dos años recibiendo medicación antihipertensiva. **CONCLUSIÓN:** El paciente que no se siente cómodo con el trata-

miento indicado, ya sea porque le impide el correcto desempeño de su actividades cotidianas y vida social, tiene mayor propensión a interrumpir y a abandonar el tratamiento, con las consecuencias que esto acarrea. La mayoría de los pacientes opina que el tratamiento antihipertensivo ha mejorado su calidad de vida. **DISCUSIÓN:** Las razones para discontinuar el tratamiento farmacológico antihipertensivo son multifactoriales y complejas; comprenden características individuales, factores económicos y sociales. Estrategias para la prevención del abandono del tratamiento deben considerar la participación del paciente, medico y familiares en la identificación del problema y toma de decisiones.

38

CORRELATION BETWEEN BIOCHEMICAL AND HEMODYNAMIC PARAMETERS OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN HYPERTENSIVE AND DIABETIC TYPE II SUBJECTS

Velasco, Manuel¹; Contreras, Freddy²; Fouilloux, Christian²; Lares, Mary²

¹ucv, Veloscom@cantv.net; ²ucv

Leptin is polypeptide hormone secreted by adipose tissue. It works mainly in the hypothalamus acting on thirst but it has been also described that it may exert a regulatory control on the blood pressure, given its closed connections with the inflammatory and endothelial systems. **Objective:** In this study serum leptin, serum reactive C protein and serum nitric oxide were measured in healthy, hypertensive and diabetic type II subjects under cold pressure test (CP). **Design and Method:** We examined forty three (43) subjects (males and females with ages ranging between 25 and 60 years) divided in three groups: 15 healthy, 13 hypertensive and 15 type II diabetic subjects. A complete history and physical exam with electrocardiogram was carried out in all subjects. Antihypertensive therapy was discontinued two weeks prior to the experimental study and antidiabetic therapy was continued in all diabetic subjects and it was only omitted the day of the study. During 30 min, 0.9% saline solution was infused intravenously. The cardiovascular parameters (systolic and diastolic BP, heart rate) were measured at the minute 0, 16 and 30. CPT was performed to assess the cardiovascular reactivity at the minute 15. In addition, serum parameters were measured at the beginning and at the end of the study and statistical analysis was performed. **Results:** CPT caused in all subjects a significant increase in BP and heart rate. There were no significant differences to RCP and leptin in all groups, although we observed significant differences for nitric oxide (P 0.05). RCP levels are directly associated with nitric oxide levels, and this association is strongest in subjects with CPT hyper reactivity. **Conclusion:** Leptin could be considered as a complement achieving endothelial dysfunction diagnosis, given its inverse correlation with CPT hyper reactivity in all subjects. (Este estudio fue subvencionado por el Proyecto Fonacit S12001000300).

39

LA DOPAMINA MEJORA LA DISFUNCIÓN ENDOTELIAL EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 E HIPERTENSOS?

Castro, Jorge¹; Contreras, Freddy²; Mary Lares^{1,2}; Fouilloux, Christian²; Velasco, Manuel¹

¹Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo; ²UCV

La dopamina (DA) es una amina biogénica con un uso probado en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca y renal. Las acciones terapéuticas de DA son debido al estímulo de receptores dopaminérgicos DA1 y DA2. Recientemente hemos demostrado que la DA es útil en el tratamiento del asma bronquial. Sin embargo el rol de esta amina en el tratamiento de la disfunción endotelial aun no se ha determinado. En el presente estudio hemos utilizado drogas dopaminérgicas tales como DA y Metoclopramida (MTC) un bloqueador dopaminérgico DA2. Cuarenta y tres (43) in-

dividuos; normotensos (15), diabéticos tipo 2 (15) e hipertensos (13) fueron estudiados bajo un diseño comparativo de droga placebo. Administramos inicialmente por un periodo de 30 minutos 0.9% solución salina seguido por un período de 30 minutos de MTC a una dosis de 7.5 mcg/Kg.min; al final se administro por un período de 30 minutos de MTC más DA en dosis de 1-3 mcg/Kg.min. Medimos los niveles de endotelina plasmática (PEL) y niveles de angiotensina II plasmática (APL) por método de RIA durante el período de placebo y después de los 60 y 90 minutos de los periodos de infusión intravenosa de MTC y de MTC + DA. Tanto el PEL como el APL fueron aumentados significativamente ($p < 0,005$) durante período del placebo. La infusión intravenosa de DA induce una disminución significativa del PEL. Concluimos: 1) Hay un aumento significativo ($p < 0,005$) del PEL y del PAL en individuos diabéticos tipo 2 e hipertensos los cuales son marcadores bioquímicos de la disfunción endotelial, y 2) DA pudieron mejorar la disfunción endotelial en estos individuos estimulando los receptores dopaminérgicos. (Este estudio fue financiado por el Fonacit proyecto S1-2001000300)

40

NIVELES DE ANGIOTENSINA II EN INDIVIDUOS NORMOTENSOS, DIABÉTICOS TIPO 2 E HIPERTENSOS: EFECTOS DE LA DOPAMINA

Lares, Mary¹; Contreras, Freddy²; Castro, Jorge²; Fouilloux, Christian²; Velasco, Manuel²
¹Escuela de Nutrición y Dietética UCV, marylares@hotmail.com; ²UCV; ³Hospital Militar Dr Carlos Arvelo

La dopamina (DA) ha demostrado causar vasodilatación arteriolar debido a la activación de los receptores dopaminérgicos DA1 y DA2; DA también estimula la secreción de insulina, secreción y liberación de renina. En nuestro laboratorio hemos demostrado que DA también induce bronco dilatación en pacientes con asma bronquial. Los efectos de DA en la disfunción endotelial son desconocido. El objetivo del presente estudio fue explorar los efectos de drogas dopaminérgicas tales como DA y Metoclopramida (MTC) un bloqueador dopaminérgico de DA2. Cuarenta y tres (43) individuos; normotensos (15), diabéticos tipo 2 (15) e hipertensos (13) fueron estudiados bajo diseño comparativo droga placebo. Administramos inicialmente un periodo de 30 minutos soluciones salinas 0,9%, seguido por un período de 30 minutos de MTC en dosis de 7,5 mcg/Kg.min; al final administramos por un período de 30 minutos MTC + DA en dosis de 1-3 mcg/Kg.min. Durante período del placebo la angiotensina II libre plasmática (PAL) $4,97 \pm 0,99$ pg/ml en normotensos, $14,53 \pm 2,78$ en diabéticos tipo II y $15,73 \pm 2,16$ pg/ml en hipertensos. DA disminuyó el PAL significativas ($p < 0,005$) en normotensos, en diabéticos tipo 2 y en hipertensos. MTC no alteró el PAL en los grupos de estudio. Concluimos: 1) Hay un aumento significativo ($p < 0,005$) del PAL en individuos diabéticos tipo 2 e hipertensos, el cual es un marcador bioquímico de la disfunción endotelial, y 2) DA puede mejorar la disfunción endotelial en estos individuos mediante la estimulación de receptores dopaminérgicos. (Este estudio fue financiado por el Fonacit Proyecto S1-2001000300)

Farmacología Experimental

41

DOPAMINE INHIBITS BRONCHIAL CONSTRICTION INDUCED BY METHACHOLINE CHALLENGE

Cabezas, Gloria Alicia¹; Velasco, Manuel²

¹Escuela de Medicina Vargas -UCV, gcabezas@cantv.net; ²Escuela de Medicina Vargas -UCV, veloscom@cantv.net

Dopamine (DA) at lower doses (0.5-2 mcg/Kg. min) stimulates dopaminergic receptors but at greater doses DA stimulates beta1 adrenergic and alpha1 adrenergic receptors. We have previously demonstrated that the administration of DA by inhalatory route at lower doses produces bronchodilation in subjects with severe asthma attacks but, it does not alter basal bronchial tone in healthy neither in subjects with history of asthma without crisis of bronchial spasm, suggesting that DA exerts an inhibitory modulating effect on bronchial diameter when bronchial tone is increased. Methods: we examined this hypothesis in subjects with controlled moderate and reproducible bronchial tone, by submitting them to methacholine challenge test. We studied ten (10) asymptomatic subjects with history of asthma, five (5) were male and five (5) were female, with ages ranging between 20 and 30 years. We measured forced expiratory volume in the first second (FEV1) and flow resistance (Raw) in a body plethysmograph (Med Graphic). Subjects with FEV1 less than 75% of predicted value were excluded. Bronchial challenge test was undertaken with methacholine following the method of peaceful breathing during two minutes with a Wright nebulizer and O2 flow of 10 l/min. After a 20% FEV1 reduction was reached we administered DA (Fleming Drug Company) dissolved in 0.9% saline solution by inhalatory way (2 mcg/Kg. min) during 10 minutes and FEV1 was measured again. We repeated the procedure 48 hours later, using placebo (0.9% saline solution). Results: DA inhibited bronchoconstriction induced with methacholine and the differences were significantly compared with placebo ($P < 0.05$). Conclusion: DA exerts a modulating role on bronchial tone when basal tone is increased with methacholine.

Riñón

42

MICROALBUMINURIA COMO MARCADOR PRECOZ DE DAÑO RENAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL. CONSULTA DE CARDIOLOGÍA. HOSPITAL CENTRAL MARACAY. SEPTIEMBRE 2005 – ABRIL 2006

Goncalves Garofalo, Aura Antonietta¹; Herrera Abad, Adriana Yelliche²; Chacón Romero, Carla Sorena³

¹Hospital Los Samanes, auryan22@hotmail.com; ²Ambulatorio "Los Grillitos" Caña de Azúcar, yelliaba33@hotmail.com; ³Hospital Los Samanes

Diversos estudios han demostrado una elevada prevalencia de Hipertensión Arterial (HTA) en la población general. Además, es bien conocido que la HTA causa lesión renal, especialmente en aquellos hipertensos no controlados. La asociación entre la Hipertensión Arterial y el desarrollo de lesión renal se conoce desde el siglo XIX, datos mundiales constatan que la HTA es la segunda causa de insuficiencia renal crónica. Actualmente se ha observado una relación directa y gradual entre la progresión de la microalbuminuria y la gravedad de la lesión renal; la albuminuria parece representar un marcador bioquímico predictivo en diversas patologías con afectación renal, entre ellas la HTA; de aquí que conocer el resultado de esta prueba sea fundamental para controlar el desarrollo de nefro-

patía hipertensiva. **Objetivos.** Determinar la incidencia de microalbuminuria como marcador precoz de daño renal en pacientes con Hipertensión Arterial Esencial. **Materiales y Métodos.** Entre Septiembre de 2005 y Abril de 2006 fueron estudiados 52 pacientes que acudieron a la consulta de Cardiología del Hospital Central de Maracay, Venezuela. Se realizó un estudio de campo, de tipo descriptivo, prospectivo, de corte transversal. Las variables empleadas fueron: edad, género, grupo étnico, tiempo de evolución de la HTA y el control de la misma. La técnica de recolección de datos se realizó mediante la aplicación de una encuesta a los pacientes que reunían los criterios de inclusión y posteriormente se ejecutó el uroanálisis y detección de microalbuminuria a cada uno de ellos mediante la técnica de Micral – Test. Los datos fueron tabulados y graficados en cuadros, barras de frecuencia y porcentajes, también se utilizó la R de Pearson para la agrupación de algunas variables. **Resultados.** Después de realizado el análisis se pudo establecer la incidencia de microalbuminuria en los pacientes hipertensos incluidos en el estudio y su relación con las diferentes variables resultando que un 46,2% presentaron microalbuminuria positiva, un 78% en Estadio I de Hipertensión presentaron la misma, a diferencia de los pacientes con cifras tensionales normales que presentaron un 100% de microalbuminuria negativa, y un 42,4% estuvo relacionada con los años de evolución de la enfermedad. **Conclusión.** La microalbuminuria es un marcador precoz de daño vascular renal asociado a los pacientes con Hipertensión Arterial Esencial, igualmente a los años de evolución de la misma y al Estadio en que se encuentre el paciente, la determinación temprana de los niveles de microalbuminuria permite evitar el daño renal del paciente hipertenso de allí la importancia de la realización de dicho examen como rutina durante la evaluación y seguimiento del dichos pacientes.

Vasos Sanguíneos

43

EVALUACIÓN DEL ÍNDICE DE IMPEDANCIA EN PACIENTES DIABÉTICOS SIN ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR MANIFESTA VERSUS SUJETOS SANOS. TARATARA. MUNICIPIO COLINA. ESTADO FALCON. VENEZUELA. ENERO-MAYO 2006

Sosa Loaiza, Jenny Guadalupe¹; Payares, Agustín²

¹Hospital General de Coro, jennysosa04@cantv.net; ²Hospital General de Coro

El índice de impedancia es un parámetro de caracterización de la forma de onda arterial de la Ultrasonografía Doppler, definida como $(S-D) - \sqrt{S}$; donde S es la altura pico sistólica y D es la altura del canal al final de la diástole. Los objetivos fueron clasificar a los pacientes diabéticos en base a los hallazgos cardiovasculares de la hipertensión arterial y signos de isquemia miocárdica, determinar las medidas, por medio del Eco Scan Duplex Carotídeo, del espesor íntima-media en la arteria carótida común izquierda, determinar el índice de impedancia en el grupo control sano y los pacientes diabéticos, establecer diferencias entre el índice de impedancia en el grupo control sano y los pacientes diabéticos. Este estudio descriptivo, prospectivo, exploratorio, de campo, transversal incluyó a una población de 20 pacientes en el grupo control y 20 pacientes diabéticos. Se les llenó una historia clínica donde se recopilan datos de identificación y antecedentes médicos de importancia. A todos se les realizó un Eco Scan Duplex Carotídeo, midiendo en tres puntos específicos, A: 1cm por debajo del bulbo carotídeo, B: en el bulbo carotídeo, C: 1cm por encima del bulbo carotídeo. Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS 12 con el que se realizaron las pruebas Chi cuadrado y T de Students. Los resultados muestran: el promedio de edad es mayor en los pacientes diabéticos comparados con el grupo control. Los niveles de tensión

arterial estuvieron dentro de los límites normales en el grupo control y los pacientes diabéticos ($X=114/73$ mmHg, $X=119/75$ mmHg, respectivamente). Se encontró una diferencia en las mediciones del EIMC, las cuales difirieron significativamente las del grupo control con los pacientes diabéticos ($p: 2,497$). La velocidad de flujo tuvo una diferencia estadísticamente significativa en control y los pacientes diabéticos ($p: 2,480$). **PALABRAS CLAVES:** Índice de Impedancia, Espesor Íntima Media Carotídeo (EIMC), Diabéticos.

44

CORRELACIÓN DEL GROSOR MEDIO INTIMAL CAROTÍDEO Y LOS NIVELES DE GLICEMIA EN AYUNAS EN PACIENTES DIABÉTICOS SIN EVIDENCIA DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Sosa Loaiza, Jenny Guadalupe

Hospital Universitario Alfredo Van Grieken, jennysosa04@cantv.net

El aumento del grosor medio intimal carotídeo (EIMC) es uno de los cambios morfológicos característicos de la aterosclerosis, por lo que su incremento desde el punto de vista epidemiológico se ha relacionado ampliamente con la enfermedad cardiovascular y la diabetes. El objetivo de este estudio fue correlacionar EIMC con los niveles de glicemia en ayunas, en pacientes diabéticos no isquémicos, no hipertensos Este estudio descriptivo, prospectivo, exploratorio, de campo, transversal incluyó a una población de 20 sujetos agrupados en el grupo control y 20 pacientes diabéticos. Se les llenó una historia clínica donde se recopilan datos de identificación y antecedentes médicos de importancia. A todos se les realizó un Eco Scan Duplex Carotídeo, midiendo en tres puntos específicos, A: 1cm por debajo del bulbo carotídeo, B: en el bulbo carotídeo, C: 1cm por encima del bulbo carotídeo. Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS 12. Los resultados muestran que en los pacientes diabéticos se observó una correlación positiva ($0,861$, $p<0,01$), entre los niveles de glicemia en ayunas y el EIMC, no así en el grupo control **PALABRAS CLAVES:** Grosor medio intimal carotídeo (EIMC), Diabéticos, Enfermedad Cardiovascular.

Presentación de Casos Clínicos

45

EMERGENCIA HIPERTENSIVA EXPRESADA EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA HUNT Y HESS II Y FISHER II

Villavicencio Flores, María Antonieta¹; Méndez Sabino, Raymar Carolina²; Tarache Maita, Yoly Carolina²

¹Hospital tipo I Valle de Guanape, Meryantvi@hotmail.com; ²Hospital Universitario Dr. Luis Razetti

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 49 años con cefalea, vómitos, pérdida de conciencia de instauración súbita e hipertensión arterial. Este cuadro fue debido a una Hemorragia Subaracnoidea Fisher II, Hunt y Hess II, secundaria a la ruptura espontánea de un aneurisma de la Arteria Comunicante Anterior. Ingresó al Hospital Universitario Dr. Luis Razetti de Barcelona, Edo. Anzoátegui, donde permanece hemodinámicamente estable y clínicamente asintomático durante 10 días cuando presenta fases de agitación, desorientación y cefalea intensa, así como episodios autolimitados de disartria, clínica que empeora hasta llegar al estupor con cifras tensionales mayores a 160/90 mmHg e infección respiratoria baja, por lo que se ingresa en la UCI durante 7 días, para luego ser trasladado a USAC donde permanece con cefalea e ideas delirantes hasta el 14 de mayo, cuando se traslada a la ciudad de Caracas para intervención quirúrgica. **Palabras clave:** Hipertensión Arterial, Hemorragia Subaracnoidea, escala de Fisher, escala de Hunt y Hess, aneurisma Arteria Comunicante Anterior.

SINDROME AORTICO AGUDO: DISECCION AORTICA TIPO B RETROGRADA EN PACIENTE CON EMERGENCIA HIPERTENSIVA. A PROPOSITO DE UN CASO

Rojas Gimón, Elirub de Lourdes

Hospital Dr. Luis Alberto Rojas. Cantaura. Estado Anzoátegui, edlprojas@hotmail.com

INTRODUCCION: La disección Aortica consiste en el desgarro de la íntima y capa media de la arteria por flujo de sangre que la disecciona longitudinalmente en 2 compartimientos (Luz verdadera y falsa luz). La prevalencia es de 5-10 casos por 1000 habitantes con incidencia de 2000 casos/año. Esta entidad está muy estrechamente ligada a la hipertensión arterial, que constituye un marcador de riesgo importante. **OBJETIVO:** Presentar un caso de síndrome aortico agudo: disección aortica tipo B retrograda en paciente con crisis hipertensiva. **PRESENTACION DE CASO:** Paciente masculino de 33 años de edad natural de Ocumare del Tuy (Estado Miranda), hipertenso diagnosticado hace 6 años sin tratamiento, quien inicia enfermedad actual en marzo de 2007 cuando posterior a esfuerzo físico presenta de forma súbita dolor opresivo-urente en región retroesternal con irradiación a región interescapular, y región anterior de cuello, fuerte intensidad sin acalmia, así como parestesia en miembro inferior izquierdo. Acude a la emergencia del Hospital Dr. Luis Alberto Rojas con cifras TA: 240/120MMHG(160), FC 96lpm Fresp 17rpm Talla 1,80cm Peso 110kg Índice de masa corporal (IMC) 30,56, se realiza RX PA de tórax evidenciando ensanchamiento de mediastino. Electrocardiograma reporta ritmo sinusal/97/0,12/0,08/-45°/0,36 Hipertrofia ventrículo izquierdo. Se mantiene en observación con control de cifras tensionales, refiriéndose a Centro Hospitalario tipo IV donde realizan AngioTAC evidenciándose disección aortica por debajo de la emergencia de la arteria subclavia hacia aorta ascendente, descendente hasta la emergencia de las iliacas, con hematoma en cayado aortico. Se realiza ecocardiograma transesofagico observándose flap de disección, eco-Doppler de arterias renales evidenciándose doble flujo, paciente permanece en Unidad de Cuidados Coronarios, sin progresión de Disección, siendo evaluado por Cirugía Cardiovascular, considerando tratamiento de disecciones tipo B. Actualmente paciente asintomático con tratamiento antihipertensivo y control Tomográfico. **DISCUSION:** Dos tercios de la disección de aorta afectan a la aorta ascendente (Stanford tipo A), y generalmente el sitio de disección inicial se encuentra en aorta ascendente. El otro tercio afecta sólo a aorta descendente (Stanford tipo B). **PALABRAS CLAVES:** Disección aortica, flap, Angiotomografía

47

HIPOTIROIDISMO COMO FACTOR DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR A PROPOSITO DE UN CASO IVSS JOSE CARABAÑO TOSTA

LLandaeta Arcina, Omar José¹; Landaeta, Arcina, Angelica²; Álvarez, Juliana³; Jessica, Becerra⁴; Martínez, Leidy⁴

¹Universidad de Carabobo Sede Aragua, ojolan@hotmail.com; ²IVSS Carabaño Tosta, cachilapa411@hotmail.com; ³IVSS Carabaño Tosta, julialva13@hotmail.com; ⁴IVSS Carabaño Tosta

Paciente femenina de 48 años de edad natural y procedente de la localidad quien consulta por dolor en el pecho, con antecedente de HTAS desde hace 5 años e hipotiroidismo hace 15 años y en tratamiento regular, quien refiere inicio de enfermedad actual el día 29/6/2007 cuando presenta dolor precordial de fuerte intensidad de carácter urente, concomitantemente cefalea intensa y sensación de ahogo motivo por el cual acude al IVSS Carabaño Tosta donde se evidencian cifras tensionales elevadas, cambios electrocardiográficos y enzimas cardiacas por lo cual se decide su

ingreso, al examen físico de ingreso se valora paciente en RsCsGs, TA: 180/110 mmhg FC:82lpm FR:18rpm. Cardiopulmonar: Torax simétrico hipoexpansible MV presente en ambos hemitorax sin agregados patológicos, RsCsRs nosmofoneticos sin soplo sin galope, en cuanto a los paraclínicos de ingreso tiene unos glóbulos blancos en 13.800/mm³ a expensas de segmentados Hb 13,50 g/dl Hto 41,50% Plaquetas 279.000/mm³, en cuanto a las troponinas del 29/6/2007 en 0,11ng/ml las del 30/6/2007 en 22,78 ng/ml y las del 2/7/2007 en 13,44 ng/ml en cuanto al perfil tiroideo del 2/7/2007 T3 total: 0,26ng/ml T3 libre: 0 T4 Total: 3,48 ng/ml T4 Libre en 0,29 ng/dl en cuanto a los electrolitos sericos en Na en 124,3mmol/l K: 3,06 mmol/l Cl: 118mmol/l. Se pide interconsulta con Unidad de cuidados críticos donde permanece hospitalizada hasta el 6/7/2007 donde es trasladada a salas de hospitalización donde se le indica un ecocardiograma que revela una fracción de eyección de 45% e hipocinecia apical, la paciente refiere haber tomado su tratamiento para hipotiroidismo Euthirox se le indica nuevo perfil tiroideo que mantiene valores similares por lo cual se le aumenta un poco las dosis de el mencionado medicamento, en cuanto a la CKMB del 2/07/2007 tiene un valor de 14 y para el día 9/7/2007 presenta valores de 1, se solicita interconsulta con cardiología y el miso indica omitir el atenolol que esta recibiendo e cambiarlo por Carvedilol, y se indica un Eco tiroideo de los cuales aun no se tiene resultado, teniendo como diagnósticos los siguientes: 1) Emergencia Hipertensiva con manifestaciones cardiovasculares: Síndrome coronario agudo tipo Infarto al miocardio de cara anterior 2) Hipertensión arterial sistémica estadio 2 no controlada 3) Hipotiroidismo.

48

MIOCARDIOPATIA PERIPARTO. UNA PATOLOGIA DE PRONÓSTICO INCIERTO. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Rodríguez Ramírez, Daniela¹; Tirado, Nilda²

¹INSALUD, Ambulatorio El Socorro, daniela_star7@hotmail.com; ²INSALUD

RESUMEN: Se presentan dos casos de MCPP, el primero una paciente de 19 años de edad, primigesta en puerperio tardío de 22 días de evolución, quien ingresa con cuadro de ICG en EAP. El segundo una paciente de 36 años de edad, con diagnóstico de miocardiopatía periparto hace 3 años, quien ingresa en ICG descompensada. En ambos casos se planteo el diagnostico clínico y paraclínico y se confirmo a través del ecocardiograma. El manejo consistió en el uso de diuréticos, digitalicos, terapia anticoagulante y medidas generales. La primera paciente tuvo una resolución completa de la enfermedad a los 3 meses de enfermedad a diferencia de la segunda quien tuvo una progresión de la ICG a la cronicidad y muerte temprana. Se revisa el tema debido a su escasa frecuencia, difícil diagnostico y en especial por su pronostico ominoso y variable. MCPP. Miocardiopatía periparto ICG. Insuficiencia cardiaca global. EAP. Edema agudo de pulmón.

Comunidad, otros Tópicos

49

HEPATITIS B Y CIRROSIS HEPÁTICA A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO. IVSS CARABAÑO TOSTA. 2007

Martínez Borges, Leidy Yamilet¹; Becerra, Jessica²; Galindez, Isel²; Landaeta, Omar³; Landaeta, Angelica⁴

¹IVSS Carabaño Tosta, leidy_martinezb@hotmail.com; ²IVSS Carabaño Tosta; ³Universidad de Carabobo; ⁴Ambulatorio La Candelaria

El hígado es la glándula más voluminosa del cuerpo y una de las más importantes en cuanto a la actividad metabólica del organismo. Desempeña funciones únicas y vitales como la síntesis de proteínas (asimilación), elaboración de la bilis (necesaria para la digestión y absorción de las grasas), función desintoxicante, almacén de vitaminas, glucógeno, etc. La hepatitis B es una enfer-

medad del hígado causada por el virus de la hepatitis B (VHB). La hepatitis hace que el hígado se inflame y deje de funcionar correctamente. Puede causar una infección aguda y persistir en la sangre toda la vida, causando cirrosis (pérdida de "arquitectura" hepática por cicatrización y surgimiento de nódulos de regeneración) del hígado, cáncer del hígado, insuficiencia hepática y la muerte. El objetivo de este trabajo es dar a conocer un caso de hepatitis B que evoluciona a Cirrosis Hepática en un corto periodo de tiempo (1 año).

Conclusión: La cirrosis hepática se presenta con mayor frecuencia en pacientes con antecedentes de enfermedades que producen necrosis hepática como es el caso de la infección crónica por el virus de la hepatitis B (HBV). Otras causas frecuentemente asociadas a la cirrosis hepática son el alcoholismo crónico, las enfermedades autoinmunes y la desnutrición crónica. La hepatitis tipo B aguda lleva a una infección crónica en el 5% de los pacientes, según estudios internacionales. Sin embargo este trabajo se presenta un caso de cirrosis hepática de rápida evolución. **Palabras Claves:** Hígado, Hepatitis B, Cirrosis Hepática

50

MANIFESTACIONES CLÍNICAS MÁS FRECUENTES EN AGRICULTORES CON EXPOSICIÓN PROLONGADA A PLAGUICIDAS INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA. COLONIA TOVAR, JUNIO 2007

Chacón Romero, Carla Sorena¹; Gonçalves Garofalo, Aura Antonietta²; Herrera Abad, Adriana Yelliche³

¹Hospital Estadal Los Samanes, Sorena59@gmail.Com; ²hospital Estadal Los Samanes;

³"Ambulatorio Los Grillitos" Caña de Azúcar

Los plaguicidas inhibidores de la colinesterasa son sustancias ampliamente utilizados a nivel mundial, siendo los de tipo Organofosforados los más empleados. La preocupación de ello radica en los efectos a la salud, algunos irreversibles, que son capaces de ocasionar la exposición a dichas sustancias en su forma aguda o crónica. Indiscutiblemente los trabajadores de la agroindustria son los más afectados, de hecho, la Organización Internacional de las Uniones de Consumidores calcula que cada 4 horas muere uno de ellos. Es por ello que a través de este estudio se identifican los síntomas más frecuentes que presentan los agricultores de la Colonia Tovar con exposición prolongada a los plaguicidas mencionados. Se realizó el reconocimiento a través de una encuesta dirigida, de las manifestaciones crónicas compatibles con exposición prolongada a las mencionadas sustancias, en 30 agricultores que consultaron a los ambulatorios Colonia Tovar y Las Peonías. De esta manera evidenciamos que las manifestaciones clínicas más frecuentes son neurológicas donde predomina la cefalea con 82.1%, seguidas de las digestivas por hiporexia 75% y las psicológicas con trastornos del sueño 39.3%, entre otras. Se plantea entonces el problema de la sobre exposición a los plaguicidas Inhibidores de la colinesterasa, sus efectos y la necesidad de hacer un oportuno reconocimiento, clínico de las manifestaciones asociadas, de manera que permita realizar un diagnóstico oportuno y la adopción de una terapéutica adecuada al caso.

51

FRECUENCIA DE LAS ALTERACIONES CITOLOGICAS DECUELLO UTERINO Y LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN LAS PACIENTES QUE ACUDEN AL AMBULATORIO URBANO TIPO I "23 DE ENERO"/CANTAURO EDO ANZUATEGUI /NOVIEMBRE 2006-ABRIL 2007

Pérez Hernández, Gloria Esther; Linares, Alfonso; Rios, Rosalbis; Arias, Oneida
Ambulatorio 23 de Enero, Jossabino@hotmail.Com

Con el objetivo de determinar la frecuencia de las alteraciones citológicas de cuello uterino los factores de riesgo asociados en las pacientes que acudieron al Ambulatorio Urbano tipo I "23 de Enero" en el lapso Noviembre 2006-Abril 2007, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. La muestra escogida a través de un muestreo no probabilística de tipo accidental fue de 145 pacientes, todas cumpliendo ciertos criterios de exclusión preconcebidos aplico una encuesta de tipo cuestionario estructurado para determinar los factores de riesgo Se tomaron hisopado y raspado de cerviz para la citología, que fueron procesados por medico anatomopatologo. Los resultados obtenidos fueron reportados según la clasificación del sistema Bethesda .el total de la muestra estudiada, el 57,93% presento alteraciones citologicas de tipo inflamatorio, 29,65% alteraciones de tipo infecciosa y 8,96% de alteraciones por LIE de bajo grado. Los factores de riesgo asociados con mayor frecuencia para alteraciones citológicas, fueron el nivel socioeconómico IV y V con un 72,85 %,frecuencia de control citológico con un 60%, uso de métodos anticonceptivos un 50,71%, multiparidad con un 49,28%.Estos datos pueden extrapolarse a la población regional para lograr la implementación de un plan efectivo que prevenga y controle la aparición de patología cervical y conocer los factores de riesgo asociados a estas, que en su mayoría son modificables. Así concluimos que para lograr bajar la tasa de incidencia de las patologías de cuello uterino es necesaria la coparticipación de los entes gubernamentales promoviendo las consultas especializadas de ginecología, con equipamiento adecuado para la realización de estudios citológicos en los niveles primarios de atención. A demás son necesarias las campanas educativas y de pesquisa citológica para garantizar la captación y educación DE LA COMUNIDAD.

Índices de carteles

S30

Tópico

Epidemiología

01 ESTRES LABORAL EN LOS MEDICOS DEL HOSPITAL " LUIS ALBERTO ROJAS " / CANTAURA/EDO ANZOÁTEGUI ENERO - 2007 - MAYO 2007.

Pérez Hernández, Gloria Esther; Linares, Alfonso; Rios, Rosalbis; Arias, Oneida

02 ENFERMEDADES DEL ADULTO E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JOSÉ MARÍA VARGAS CAGUA EDO. ARAGUA ENERO A JUNIO 2007.

Contreras Vásquez, Manuel Eddixon; Rodríguez Lucena, Nakari Nazareth; Quevedo Boschetti, Andrés Ramon; Gavidia, Carlos; Rojas, Luz Anarigua; Rodríguez Cortéz, Alexis

03 LA EVALUACIÓN MÉDICA PRE OPERATORIA COMO ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD.

Quevedo Boschetti, Andrés Ramon; Rodríguez Lucena, Nakari Nazareth; Rojas, Luz Anarigua; Gavidia, Carlos; Contreras, Manuel; Rodríguez Cortéz, Alexis

04 INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO EN PACIENTES HIPERTENSOS. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ALFREDO VAN GRIEKEN.

Arias López, Johannes Augusto; Telleria, Ana; García, Eiranabell; Pernia, Karim; Torrealba, Ingrid; Jiménez, Belkys; Márquez, Erika; Morantes, Hoichin

05 HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO PRINCIPAL PROBLEMA DE SALUD DEL ÁREA DE INFLUENCIA DEL HOSPITAL DR. FRANCISCO SALAZAR MENESES (CLÍNICA POPULAR PARAÍSO) DURANTE EL AÑO 2006.

González Castillo, Marizabel Carolina; Gerardino Salomón, Danielle Eduardo; Herrera Muriana, María Patricia; González Varela, Oriana Carolina

06 DETERMINACIÓN DE LA MORBILIDAD DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE DIABETES MELLITUS DEL AMBULATORIO URBANO TIPO I DE CIUDAD ALIANZA ABRIL 2004- MARZO2007. GUACARA, ESTADO CARABOBO.

Alcántara López, Flor Vanessa; Zambrano Olavarrieta, Rosalía Victoria; López Chirinos, Eli Saúl; Pérez, Arianit

07 PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA EN RECIÉN NACIDOS HASTA 6 AÑOS DE EDAD EN EL ÁREA SUR-OESTE DE CARACAS AÑO 2007

Hamilton Bertí, Esteban Enrique; Pichardo, Miriam; Thomas, Janette; Benzaquen, Salomón; Elías, Chuki; Fragachán, Francisco

08 PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO ENTRE ADULTOS DEL MUNICIPIO RANGEL (ZONA PÁRAMO) DEL ESTADO MÉRIDA, VENEZUELA

González Rivas, Juan Pablo; Salazar, Loreley; Osuna, Damaris; García, Raúl

09 PRESIÓN DE PULSO Y PATRONES GEOMÉTRICOS ECOCARDIOGRAFICOS DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Ramones Páez, Igor José; Cammarata Segura, Rosalba Iraida; Hernández-Hernández, Rafael

10 FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ESTUDIANTES DE BIOANÁLISIS. NÚCLEO DE SUCRE. JUNIO 2005- JULIO2006.

Salazar, Jisbelys; Romero, Alexis; Marín, Claudia

11 PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA SIERRA FALCONIANA.

Arias López, Johannes Augusto; Telleria, Ana; García, Eiranabell; Alcalá, Rosa; Arias, Marianne; Morantes, Hoichin; Márquez, Erika; Lugo, Reina

12 NIVELES SÉRICOS DE LIPOPROTEÍNA (a) Y PERFIL LIPÍDICO EN UNA MUESTRA DE LA ETNIA ANÚ DEL MUNICIPIO PÁEZ DEL ESTADO ZULIA DE VENEZUELA.

Acosta N., Luis A.; Finol G., Freddy J.; Faria B., Judith F.; Aparicio C., Daniel J.; Canelón M., Roger L.; Bermúdez P., Valmore J.; Mengual M., Edgardo J.; Siciliano T., Adriana

13 NIVELES DE LIPOPROTEÍNA (a) EN TRES POBLACIONES AFRO-AMERICANAS DEL MUNICIPIO SUCRE DEL ESTADO ZULIA DE VENEZUELA.

Gotera R., Daniela P.; Guerra T., Xavier E; Rojas P., Edward R.; Aparicio C., Daniel

14 PERFIL LÍPIDICO DEL PACIENTE HIPERTENSO CON TRASTORNO DE LA GLUCORREGULACION. HOSPITAL GENERAL GUARENAS GUATIRE. (HGGG) 2005-2006.

Fernández Báez, Betina Isabel; Fragachan, Francisco

15 RELACIÓN ENTRE COLESTEROLEMIA Y FACTORES DE RIESGO CORONARIO EN MUJERES DE TRES ZONA RURALES DEL ESTADO MIRANDA.

García Berrueta, Kelly Chiquinquirá; Quintero Gabriela, Gómez Keiby, Fernández Andry

16 INCIDENCIA DE HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ESENCIAL.

García Berrueta, Kelly Chiquinquirá; Quintero Gabriela, Fernández, Andry, Gómez Keiby

17 HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ESCOLARES. UNIDAD EDUCATIVA ESTADAL PROFESOR PEDRO ARNAL DE BARCELONA - EDO. ANZOÁTEGUI. ENERO - MARZO 2007.

Pérez López, Elizabeth Del Valle; Díaz Canache, Kathleen Cecibel; Quezada Rodríguez, Erika Catalina

18 ASOCIACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y PRESIÓN ARTERIAL EN PREESCOLARES DEL SECTOR "VISTA HERMOSA" DE CIUDAD BOLÍVAR.

Xintavelonis Marcou, Dimitria; Ventosinos, Ricardo; Xintavelonis Marcou, Elena; Pérez, Rita

19 PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRES COMUNIDADES RURALES DEL EDO. MIRANDA.

García Berrueta, Kelly Chiquinquirá; Quintero Gabriela, Gomez Keiby, Fernández Andry

20 CONOCIMIENTO DEL JNC 7 Y LA GUÍA EUROPEA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL POR LOS MÉDICOS DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL CENTRAL SAN CRISTÓBAL.

Dorante Hurtado Rafael, Pereira Stella, López Rivera Jesús, Zapata José Ramón.

Tópico

Factores de Riesgo Cardiovascular

21 PROTEÍNA C REACTIVA ULTRASENSIBLE COMO FACTOR DE RIESGO INDEPENDIENTE EN PACIENTE CON INFARTO DE MIOCARDIO. HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. LUIS RAZETTI" BARCELONA, ESTADO ANZOÁTEGUI. MAYO - OCTUBRE 2006.

Rodríguez Díaz, Mariela Josefina; Pacheco Y, Tibisay; Rodríguez G, Marylena; González, Luis

22 HOMOCISTEINA COMO FACTOR DE RIESGO INDEPENDIENTE EN PACIENTES CON INFARTO DE MIOCARDIO. HOSPITAL UNIVERSITARIO LUÍS RAZETTI. ESTADO ANZOÁTEGUI. MAYO A OCTUBRE. 2006.

Rodríguez Guanique, Marylena; Rodríguez Díaz, Mariela Josefina; Pacheco Yáñez, Tibisay; González, Luis

23 RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 QUE INGRESARON AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DR. LUIS ALBERTO ROJAS DE CANTARURA. ENERO 2006-ENERO 2007.

Rojas Gimón, Elirub De Lourdes

24 INFLUENCIA DE LA MÚSICA EN LA TENSIÓN ARTERIAL DE LOS NIÑOS.

Pacheco P, Arenas C, Moreno-Vera M y Soltero I.

Tópico Sistema de medición de Presión Arterial

25 ¿SÁBEMOS TOMAR LA TENSIÓN ARTERIAL EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO? CONOCIMIENTO DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA Y PERSONAL DE SALUD SOBRE LA TOMA DE TENSIÓN ARTERIAL EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO. HOSPITAL GENERAL JOAQUINA DE ROTONDARO. TINAQUILLO, EDO. COJEDES.
Lattuf Valderrama, Emerita Gabriela; Vera, Jennifer

26 REPEATED OFFICE BLOOD PRESSURE (R.O.B.P.) MEASUREMENT IS A RELIABLE TOOL FOR THE DIAGNOSIS AND THE CONTROL OF HYPERTENSION.
Crippa, Giuseppe; Venturi, Claudio; Cavallotti, Pietro

27 ARE BLOOD PRESSURE MEASUREMENTS PERFORMED DURING CAMPAIGNS AGAINST HYPERTENSION RELIABLE?
Crippa, Giuseppe; Cassi, Antonino; Venturi, Claudio; Cavallotti, Pietro

Tópico Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial

28 EFECTO DEL PERFIL CIRCADIANO DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN EL ÍNDICE AMBULATORIO DE RIGIDEZ ARTERIAL.
Octavio, José Andrés; Amair, Pablo; Contreras, Jesús; Kertzus, Yuli; Urbina, Douglas; Octavio, Bernardo; Bilo, Grzegorz; Parati, Gianfranco

29 ¿HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA: EVALUADO POR MONITOREO DE PRESIÓN ARTERIAL EN 24 HORAS?
Pereira García, Stella; Dorante, Rafael; López Rivera, Jesús; Bastidas, Isaac; Zapata, José

30 PRESIÓN DE PULSO Y RETINOPATÍA. UNIDAD DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. CENTRO CARDIOVASCULAR REGIONAL DEL ESTADO FALCÓN.
Arias López, Johannes Augusto; Telleria, Ana; García, Eiranabell; Morantes, Hoichin; Alcalá, Rosa; Arias, Marianne; Gonzáles, Graciela; Lugo, Reina

Tópico Farmacología Clínica y Ensayos Clínicos

31 HOMEOSTASIS MODEL ASSESSMENT (HOMA) AS SURROGATE INSULINIZATION CRITERIA IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES.
Finol G., Freddy J.; Aparicio C., Daniel J.; Acosta N., Luis A.; Canelón M., Roger L.; Bermúdez P., Valmore J.; Mengual M., Edgardo J.; Acosta, Karen; Cano P., Raquel A.; Cabrera De Bravo, Mayela

Tópico Metabolismo

32 INDICADORES DEL METABOLISMO TIROIDEO E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON HIPOTIROIDISMO.
Briceño, Soledad G.; Hernández, Joalice

Tópico Terapéutica

33 LIPOPROTEÍNA(a) EN UNA POBLACIÓN URBANA DE VENEZUELA: EVIDENCIA DE QUE SU INCREMENTO POR DEPRIVACIÓN ESTROGÉNICA ES TRANSITORIO.
Guerra T., Xavier E.; Gotera R., Daniela P.; Rojas P., Edward R.; Aparicio C., Daniel J.; Faria B., Judith F.; Bermúdez P., Valmore J.; Mengual M., Edgardo J.; Cabrera de Bravo, Mayela

34 NIVELES DE ÓXIDO NÍTRICO EN INDIVIDUOS NORMOTENSOS, DIABÉTICOS TIPO 2 E HIPERTENSOS: EFECTOS DE LA DOPAMINA.
Contreras, Freddy; Lares, Mary; Fouilloux, Christian; Velasco, Manuel

35 EFECTOS DE LA DOPAMINA EN LOS NIVELES DE LEPTINA EN INDIVIDUOS NORMOTENSOS, DIABÉTICOS TIPO 2 E HIPERTENSOS.
Andrade, Xiomira; Hernández, María Emilia; Contreras, Freddy; Lares, Mary; Velasco, Manuel

36 TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS QUE ACUDIERON A LA CONSULTA DEL AMBULATORIO URBANO TIPO I DE CIUDAD ALIANZA DESDE ABRIL 2004 HASTA MARZO 2007, GUACARA ESTADO CARABOBO.
Zambrano Olavarrieta, Rosalía Victoria; Alcántara López, Flor Vanessa; López Chirinos, Eli Saúl; Pérez, Arianit

37 FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS.
Niño Castro, Lorena Antonieta; Martínez Castellano, Jasmin María; Macías Arismendi, Aura Carolina; Monsalve Trejo, Pedro Guillermo; Molinet Iglesias, Ann Marie; Chuki, Elias; Fragachan, Francisco

38 CORRELATION BETWEEN BIOCHEMICAL AND HEMODYNAMIC PARAMETERS OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN HYPERTENSIVE AND DIABETIC TYPE 2 SUBJECTS.
Velasco, Manuel; Contreras, Freddy; Fouilloux, Christian; Lares, Mary

39 LA DOPAMINA MEJORA LA DISFUNCIÓN ENDOTELIAL EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 E HIPERTENSOS?
Castro, Jorge; Contreras, Freddy; Mary Lares; Fouilloux, Christian; Velasco, Manuel

40 NIVELES DE ANGIOTENSINA II EN INDIVIDUOS NORMOTENSOS, DIABÉTICOS TIPO 2 E HIPERTENSOS: EFECTOS DE LA DOPAMINA.
Lares, Mary; Contreras, Freddy; Castro, Jorge; Fouilloux, Christian; Velasco, Manuel

Tópico Farmacología Experimental

41 DOPAMINE INHIBITS BRONCHIAL CONSTRICTION INDUCED BY METHACHOLINE CHALLENGE.
Cabezas, Gloria Alicia; Velasco, Manuel

Tópico Riñón

42 MICROALBUMINURIA COMO MARCADOR PRECOZ DE DAÑO RENAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL. CONSULTA DE CARDIOLOGÍA. HOSPITAL CENTRAL MARACAY. SEPTIEMBRE 2005-ABRIL 2006.
Goncalves Garofalo, Aura Antonietta; Herrera Abad, Adriana Yelliche; Chacón Romero, Carla Sorena

Tópico Vasos Sanguíneos

43 EVALUACIÓN DEL ÍNDICE DE IMPEDANCIA EN PACIENTES DIABÉTICOS SIN ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR MANIFIESTA VERSUS SUJETOS SANOS. TARATARA. MUNICIPIO COLINA. ESTADO FALCON. VENEZUELA. ENERO-MAYO 2006.
Sosa Loaiza, Jenny Guadalupe; Payares, Agustín

44 CORRELACIÓN DEL GROSOR MEDIO INTIMAL CAROTÍDEO Y LOS NIVELES DE GLICEMIA EN AYUNAS EN PACIENTES DIABÉTICOS SIN EVIDENCIA DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.
Sosa Loaiza, Jenny Guadalupe

Tópico Presentación de Casos Clínicos

45 EMERGENCIA HIPERTENSIVA EXPRESADA EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA HUNT Y HESS II Y FISHER II.
Villavicencio Flores, María Antonieta; Méndez Sabino, Raymar Carolina; Tarache Maita, Yoly Carolina

46 SÍNDROME AÓRTICO AGUDO: DISECCIÓN AÓRTICA TIPO B RETROGRADA EN PACIENTE CON EMERGENCIA HIPERTENSIVA. A PROPOSITO DE UN CASO.
Rojas Gimón, Elirub De Lourdes

47 HIPOTIROIDISMO COMO FACTOR DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR A PROPOSITO DE UN CASO IVSS JOSE CARABAÑO TOSTA.
Landaeta Arcina, Omar José; Landaeta, Arcina, Angélica; Álvarez, Juliana; Jessica, Becerra; Martínez, Leidy

48 MIOCARDIOPATIA PERIPARTO. UNA PATOLOGÍA DE PRONÓSTICO INCIERTO. A PROPOSITO DE DOS CASOS.
Rodríguez Ramírez, Daniela; Tirado, Nilda

Comunidad, otros Tópicos

49 HEPATITIS B Y CIRROSIS HEPÁTICA A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO. IVSS CARABAÑO TOSTA. 2007.
Martínez Borges, Leidy Yamilet; Becerra, Jessica; Galíndez, Iseli; Landaeta, Omar; Landaeta, Angélica

50 MANIFESTACIONES CLÍNICAS MÁS FRECUENTES EN AGRICULTORES CON EXPOSICIÓN PROLONGADA A PLAGUICIDAS INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA. COLONIA TOVAR, JUNIO 2007.
Chacón Romero, Carla Sorena; Goncalves Garofalo, Aura Antonietta; Herrera Abad, Adriana Yelliche

51 FRECUENCIA DE LAS ALTERACIONES CITOLOGICAS DECUELLO UTERINO Y LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN LAS PACIENTES QUE ACUDEN AL AMBULATORIO URBANO TIPO I "23 DE ENERO"/CANTAURA EDO ANZUATEGUI /NOVIEMBRE 2006-ABRIL 2007.
Pérez Hernández, Gloria Esther; Linares, Alfonso; Rios, Rosalbis; Arias, Oneida

Índice de Autores

S32

Acosta N., Luis A	P12; P31	Gómez Keiby	P15; P16; P19	Pérez L, Elizabeth Del Valle	P17
Acosta, Karen	P31	Goncalves G, Aura A.	P42; P50	Pérez, Arianit	P6; P36
Alcalá, Rosa	P11; P30	González, Graciela	P30	Pérez, Rita	P18
Alcántara López, Flor V.	P6; P36	González C, Marizabel C.	P5	Pernia, Karim	P4
Álvarez, Juliana	P47	González Rivas, Juan Pablo	P8	Pichardo, Miriam	P7
Amair, Pablo	P28	González Varela, Oriana C.	P5	Quevedo B, Andrés R.	P2; P3
Andrade, Xiomira	P35	González, Luis	P21; P22	Quezada R, Erika C.	P17
Aparicio C., Daniel J	P12; P13; P31;	Gotera R., Daniela P.	P13; P33	Quintero Gabriela	P15; P16; P19
	P33	Guerra T., Xavier E	P13; P33	Ramones Páez, Igor José	P9
Arias López, Johannes A.	P4; P11; P30	Hamilton Berti, Esteban E.	P7	Rios, Rosalbis	P1; P51
Arias, Marianne	P11; P30	Hernández, Joalice	P32	Rodríguez Cortéz, Alexis	P2; P3
Arias, Oneida	P1; P51	Hernández, Maria Emilia	P35	Rodríguez Díaz, Mariela J.	P21; P22
Bastidas, Isaac	P29	Hernández-H, Rafael	P9	Rodríguez G, Marylena	P21; P22
Becerra, Jessica	P47; P49	Herrera Abad, Adriana Y.	P42; P50	Rodríguez Lucena	P2; P3
Benzaquen, Salomón	P7	Herrera Muriana, María P.	P5	Rodríguez R, Daniela	P48
Bermúdez P., Valmore J	P12; P31; P33	Jiménez, Belkys	P4	Rojas G, Elirub de Lourdes	P23; P46
Bilo, Grzegorz	P28	Kertznus, Yuli	P28	Rojas P., Edward R.	P13; P33
Briceño, Soledad G	P32	Landaeta, Omar José	P47; P49	Rojas, Luz Anarigua	P2; P3
Cabezas, Gloria	P41	Landaeta, Angélica	P47; P49	Romero, Alexis	P10
Cabrera de Bravo, Mayela	P31; P33	Lares, Mary	P34; P35; P38;	Salazar, Jisbelys	P10
Cammarata S, Rosalba I.	P9		P39; P40	Salazar, Loreley	P8
Canelón M., Roger L.	P12; P31	Lattuf V, Emerita G.	P25	Siciliano T., Adriana	P12
Cano P., Raquel A	P31	Linares, Alfonso	P1; P51	Soltero Iván	P24
Cassí, Antonino	P27	López Chirinos, Eli Saúl	P6; P36	Sosa Loaiza, Jenny G.	P43; P44
Castro, Jorge	P39; P40	López Rivera Jesús	P20; P29	Tarache Maita, Yoly C.	P45
Cavallotti, Pietro	P26; P27	Lugo, Reina	P11; P30	Telleria, Ana	P4; P11; P30
Chacón Romero, Carla S.	P42; P50	Macías Arismendi, Aura C.	P37	Thomas, Janette	P7
Chuki, Elías	P37	Manuel Eddixon	P2	Tirado, Nilda	P48
Contreras Vásquez	P2	Marín, Claudia	P10	Torrealba, Ingrid	P4
Contreras, Freddy	P34; P35; P38;	Márquez, Erika	P4; P11	Urbina, Douglas	P28
	P39; P40	Martínez C., Jasmín María	P37	Velasco, Manuel	P34; P35; P38;
Contreras, Jesús	P28	Martínez, Leidy	P47; P49		P39; P40; P41
Contreras, Manuel	P3	Méndez Sabino, Raymar C.	P45	Ventososinos, Ricardo	P18
Crippa, Giuseppe	P26; P27	Mengual M., Edgardo J	P12; P31; P33	Venturi, Claudio	P26; P27
Díaz Canache, Katlheen C.	P17	Molinet Iglesias, Ann Marie	P37	Vera, Jennifer	P25
Dorante Hurtado Rafael	P20; P29	Monsalve Trejo, Pedro G.	P37	Villavicencio F, María A.	P45
Elías, Chuki	P7	Morantes, Hoichin	P4; P11; P30	Xintavelonis M, Dimitria	P18
Elirub De Lourdes	P 23	Moreno-Vera M	P24	Xintavelonis M, Elena	P18
Faria B., Judith F.	P12; P33	Nakari Nazareth	P2; P3	Zambrano O, Rosalía V.	P6; P36
Fernández Andry	P15; P16; P19	Niño Castro, Lorena A.	P37	Zapata José Ramón	P20
Fernández Báez, Betina I.	P14	Octavio, Bernardo	P28	Zapata, José	P29
Finol G., Freddy J.	P12; P31	Octavio, José Andrés	P28		
Fouilloux, Christian	P34; P38; P39;	Osuna, Damaris	P8		
	P40	Pacheco P, Arenas C	P24,		
Fragachan, Francisco	P7; P14; P37	Pacheco Y, Tibusay	P21; P22		
Galíndez, Iseli	P49	Parati, Gianfranco	P28		
García Berrueta, Kelly Ch.	P15; P16; P19	Payares, Agustín	P43		
García, Eiranabell	P4; P11; P30	Pereira, Stella	P20; P29		
García, Raúl	P8	Pérez Hernández, Gloria E.	P1; P51		
Gavidia Carlos	P2; P3				
Gerardino S, Danielle E.	P5				