

Lesión de órgano diana

177. RELACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CON LA FIBRILACIÓN AURICULAR Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES PREDIABÉTICOS

J. Alameda¹, J.F. Cueva¹, F.A. Roncalés¹, J.A. Rivas², M. Leal² y J. Abellán-Alemán²

¹Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ²Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica de Murcia, Murcia.

Objetivo: Determinar la relación de la hipertensión arterial con el síndrome coronario agudo (SCA) y la fibrilación auricular (ACxFA) en los pacientes prediabéticos.

Métodos: La muestra fue seleccionada del total de pacientes ingresados en la planta de hospitalización del Servicio de Cardiología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Esta se compone de los sujetos a los que se les solicitó el valor de hemoglobina glicosilada (HbA1c) durante su estancia. Adicionalmente se registraron las variables demográficas, factores de riesgo cardiovascular y la presencia o ausencia de las variables objeto del estudio actual (ACxFA, SCA). El análisis estadístico se llevó a cabo con el paquete SPSS versión 15.0. Se analizó la distribución de las variables estudiadas y posteriormente la relación del estado prediabético (determinado por una HbA1c entre 5,7 y 6,5%) con la presencia de ACxFA y con la presencia de SCA mediante el test Chi-Cuadrado y/o test exacto de Fisher. Posteriormente se repitió el análisis estratificándolo por la existencia o ausencia de hipertensión arterial.

Resultados: Se analizaron 284 pacientes. La media de edad de la muestra fue de $70 \pm 12,7$ años; 72,5% fueron varones. La prevalencia de prediabetes fue del 24,2%, de hipertensión arterial 67,3% y de SCA el 43%. No se encontró relación estadísticamente significativa.

tiva entre la prediabetes y ACxFA ($p = 0,47$), de igual manera no se halló significación estadística con el SCA ($p = 0,35$). En el análisis estratificado por hipertensión arterial se observó relación estadísticamente significativa con la ACxFA ($p = 0,01$), no así para el SCA ($p = 0,89$).

Conclusiones: La hipertensión arterial se asocia de manera significativa con la presencia de fibrilación auricular en los pacientes prediabéticos, no así con el síndrome coronario agudo. La prediabetes no se relaciona de forma independiente con la presencia de síndrome coronario agudo ni con la fibrilación auricular.

178. CONCORDANCIA ENTRE EL MDRD Y EL CKD-EPI PARA LA CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

I. Gómez Cabañas¹, J. Rosado Martín², M. Morey Montalvo³, J. Reguillo⁴, E. Polentinos Castro⁵, I. Egocheaga Cabello⁶, T. Mantilla Moratón⁷, R. Rodríguez Barrientos⁸ y R. Julián Viñals⁹

¹CS Algete, Madrid. ²CS Universitario Reina Victoria, Madrid.

³Medicina Preventiva, Hospital de Leganés, Madrid.

⁴CS Valdemoro, DA Sur, Madrid. ⁵Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria Norte-Unidad de Apoyo a la Investigación de Atención Primaria, Madrid. ⁶CS Isla de Oza, Madrid.

⁷CS Prosperidad, Madrid. ⁸Unidad de Apoyo Técnico, Unidad de Apoyo a la Investigación, Gerencia Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Madrid. ⁹CS Dr. Castroviejo, Madrid.

Objetivo: Comparar el grado de concordancia diagnóstica en la valoración de la prevalencia de la insuficiencia renal crónica (IRC) mediante el uso de las dos principales ecuaciones para la estimación del filtrado glomerular (eFG), fórmulas MDRD4 (Modification of Diet in Renal Disease) y CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration), así como su clasificación en los distintos estadios establecidos por la KDIGO, en individuos mayores de 40 años atendidos en el ámbito de Atención Primaria.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de concordancia diagnóstica en condiciones de práctica clínica habitual. Período de estudio: abril 2012-abril 2013. Se incluyeron pacientes mayores de 40 años atendidos en 268 Centros de Salud de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud, que tuviesen en la historia clínica informatizada diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) y/o diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) así como al menos un valor de creatinina sérica recogida en su historia clínica. Variables: sociodemográficas, estadio de clasificación por FG medido mediante las fórmulas MDRD4 y CKD-EPI, cociente albumina/creatinina y factores de riesgo cardiovascular recogidos en historia clínica informatizada. Análisis: la concordancia entre ambas fórmulas se analizó mediante el índice kappa ponderado.

Resultados: Se incluyeron 86.553 pacientes. De los cuales 75,3% (65.176) eran mayores de 70 años. El 62,2% fueron mujeres. En nuestro estudio de los 16.767 pacientes clasificados en estadio 3 con la ecuación MDRD, 779 pasaban a estadio 2 con CKD-EPI y 921 eran re-clasificados a estadio 4 con ésta. Y de los 3.630 pacientes en estadio 4 con MDRD 66 eran re-clasificados a un estadio 2 con CKD-EPI y 88 pasaban a estadio 5. De los 1.053 pacientes en estadio 5 con MDRD 7 pasaban a un estadio 4 con CKD-EPI. La mayor reclasificación hacia estadios de eFG superior se da en estadios 1,2 y 3 y en hombres de edades superiores a 70 años. El índice Kappa de concordancia entre ambas ecuaciones fue de 0,8879 (DE 0,0034). Por grupos de edad: había mayor concordancia en los mayores de 70 años con un kappa fue de 0,85 (DE 0,003) comparado con los menores de 70 años que fue de 0,53 (DE 0,04). Por sexo: el kappa fue de 0,75 (DE 0,003 en mujeres), y de 0,79 (DE 0,04) en hombres.

Conclusiones: En la actualidad la ecuación MDRD es la de mayor aceptación, pero ésta presenta limitaciones dado que fue desarrollada en pacientes con cierto grado de IRC, es por esto que se han buscado nuevas ecuaciones para solventar estas limitaciones. Nuestro estudio indica que con la nueva ecuación CKD-EPI muchos de los pacientes que con MDRD serían subsidiarios de estudios y derivaciones dejarían de serlo, además destaca que la capacidad predictiva de estas ecuaciones puede ser un factor pronóstico de enfermedad cardiovascular. En nuestra población, al igual que se ha visto en otros estudios revisados, la ecuación CKD-EPI produce valores más elevados de FG lo que conlleva la reclasificación de pacientes a estadios superiores de IRC y por tanto de menor riesgo cardiovascular. La concordancia obtenida entre ambas ecuaciones es alta, siendo superior a la encontrada en otros estudios.

179. EVALUACIÓN DE LA PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD RENAL OCULTA EN UN CUPO DE ATENCIÓN PRIMARIA TRAS 3 AÑOS DE SEGUIMIENTO

A. González Albert, A. Rivas Viloria, A. Hernández Cervantes, A. Zaragoza Ripoll, D. Crespo Álvarez, M. Sacristán Román, R. Suero Sierra, V. Valerio Ureña, J.E. Pereñíguez Barranco y M.T. Martín Jiménez

Centro de Salud de Espinardo, Murcia.

Objetivo: La valoración del filtrado glomerular (FG) (MDRD-4), su relación con la creatinina (Cr) en sangre y su fácil abordaje en atención primaria (AP), hacen que el diagnóstico de enfermedad renal oculta (ERO: creatinina normal y FG < 60) se incorpore al protocolo habitual del médico de familia (MF) como instrumento de prevención de la enfermedad renal, y como factor de riesgo cardiovascular (FRCV). Nuestro propósito de este estudio es evaluar cual es la evolución de la prevalencia de los pacientes con enfermedad renal oculta en un cupo de AP tras 3 años de seguimiento (de 2010 a 2013), y las características de éstos, valorando a los pacientes mayores de 60 años con uno o más factores de riesgo cardiovascular.

Métodos: Se evalúa un cupo de MF en un Centro de Salud docente a pacientes con al menos un factor de riesgo CV, mayores de 60 años y que no hubieran desarrollado evento CV. Se trata de un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y longitudinal, en el que recogemos datos de edad, sexo, creatinina sérica, albuminuria, FG (calculado con el método MDRD-4), ácido úrico, tensión arterial, glucemia en plasma y colesterol total.

Resultados: En 2010 la muestra estaba compuesta por 155 pacientes, de los cuales 24 de ellos no disponemos de datos en la actualidad (bien por fallecimiento o por desplazamiento de centro), componiendo un total de 131 pacientes en 2013 (55% hombres y 45% mujeres). De éstos, 13 presentan ERO (todas mujeres), lo que supone una prevalencia del 9,92% (en 2010, eran 8, prevalencia del 5,16%). Respecto a la edad de los pacientes con ERO, en 2010 fue de 82,5 años, y en 2013 ligeramente inferior (81,61 años). Analizando los pacientes con ERO, 4 de ellos no llevan pautados fármacos antagonistas del eje renina-angiotensina (IECA o ARA-II). De los 8 pacientes con ERO diagnosticados en 2010, 4 de ellos mejoran tras agregar o intensificar su tratamiento con IECA o ARA-II. En cuanto a los FRCV, 7 son diabéticos tipo 2, 11 son hipertensos, 9 dislipémicos y 3 de ellos presentan hiperuricemia. De ellos, 3 ya presentaban ERO en 2010, y 9 tenían un filtrado glomerular superior a 60. En cuanto a los estadios de enfermedad renal, la distribución fue la siguiente: estadio 1 el 1,53%, 2 el 8,4%, 3-a (16,79%), 3-b (6,87%) y nadie en estadio 4. En 2010, los porcentajes fueron del 1,94%, 5,81%, 10,97%, 6,45% y 0,65% respectivamente; siendo por tanto superiores en 2013 los estadios 2, 3-a y 3-b.

Conclusiones: Analizando los datos de nuestro estudio, vemos que para una misma muestra, la prevalencia de enfermedad renal oculta aumenta con el aumento de los años de los pacientes, pero que si se diagnostica a tiempo y actuamos instaurando o intensificando el tratamiento podemos revertirla. Por lo tanto, es primordial dentro de nuestra consulta de Atención Primaria, diagnosticar a este tipo de pacientes para evitar la evolución a disfunción renal.

180. MAL CONTROL DE LA TENSIÓN ARTERIAL - LESIÓN IRREVERSIBLE DE ÓRGANO DIANA

M.D. Graure, A.C. Coman y J. Flores Torrecillas

Centro de Salud Cartagena Casco Antiguo, Cartagena.

Objetivo: Presentamos un caso de enfermedad renal crónica (ERC) de etiología hipertensiva que precisa trasplante renal debido a múltiples factores de riesgo mal controlados.

Métodos: Anamnesis: varón de 57 años, que consulta a su médico de familia por astenia progresiva, debilidad generalizada, frecuentes olvidos, lenguaje incoherente de meses de evolución. Antecedentes personales: fumador, HTA de larga evolución con mal control farmacológico, hipertrigliceridemia, hiperuricemia con episodios de artritis, accidente cerebro-vascular, claudicación intermitente, ERC de etiología no filiada. Tratamiento crónico: AINES diarios, amlodipino, bisoprolol, valsartan, alopurinol, colchicina. Exploración física: TA 200/100 mmHg, sobrepeso, bradipsíquico, bradilátrico, sin focalidad neurológica, con edemas hasta rodillas, el resto de la exploración siendo anodina. Tras estabilizarla TA se realiza análisis de sangre que destaca empeoramiento de la función renal (creatinina 2 mg/dl, urea 54 mg/dl, proteinuria con cociente albúmina/creatinina 5,583 g/g).

Resultados: Se decide ingreso urgente en Nefrología por proteinuria de rango nefrótico y por empeoramiento progresivo de la función renal. Serología y anticuerpos: negativos. ECG y radiografía de tórax: normales. Ecocardiografía: miocardiopatía hipertensiva, FEVI 57%. Fondo de ojo: retinopatía hipertensiva grado I-II. EEG: encefalopatía metabólica. RMN: encefalopatía vascular. Ecografía abdominal: normal. TAC abdominal: litiasis renal izquierda. Una vez conseguida la estabilidad hemodinámica y metabólica se decide el alta con el diagnóstico de ERC de etiología vascular (nefroangioesclerosis y hialinosis segmentaria y focal injertada) reagudizada en el contexto de administración de AINES y el mal control tensional. Se pauta amlodipino 5 mg, bisoprolol 5 mg, doxazosina 4 mg, furosemida 40 mg, omeprazol 20 mg, bicarbonato sódico, alopurinol 150 mg, deflazacort 6 mg, clopidogrel 75 mg, con mal cumplimiento. La proteinuria persiste por lo que se añade valsartán 160 mg pero sin mejoría (filtrado glomerular MDRD 28,25 ml/min). Tras casi dos años de empeoramiento de la función renal con disminución progresiva del filtrado glomerular debido al mal control tensional, se plantea la posibilidad de trasplante de donante vivo realizándose de inicio diálisis peritoneal.

Conclusiones: El término de nefroangioesclerosis describe el daño renal estructural asociado a la HTA, El diagnóstico suele ser clínico sin la necesidad de confirmación anatomopatológica, Es una importante causa de nefropatía terminal que precisa tratamiento sustitutivo renal, En los casos de HTA de larga duración una vez establecido el daño renal, es imprescindible un control estricto de la presión arterial y otros factores de riesgo vascular para frenar la progresión, En nuestro caso la evolución ha sido muy rápida hacia la necesidad de tratamiento sustitutivo por el mal control tensional pero también por el sobrepeso, la dislipidemia y un estilo de vida inadecuado

181. RIESGO VASCULAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

M.A. Iglesias Salgado¹, G. Lucía Ramos¹, P. Vicente Prieto¹, C.M. Becerro Muñoz¹, J. Palomo del Arco² y M.B. Andrés Galache¹

¹Centro de Salud Miguel Armijo Moreno, Salamanca. ²Centro de Salud de Guijuelo, Guijuelo, Salamanca.

Objetivo: Determinar el riesgo vascular de los pacientes con insuficiencia renal de un cupo de Atención Primaria. Revisar la presencia de otros factores de riesgo vascular asociados a la afectación renal, como son la DM y la HTA.

Métodos: De un total de 1.559 pacientes de un cupo de Atención Primaria, el 3,46% está diagnosticado de insuficiencia renal crónica. El 79,63% de éstos ha sufrido algún evento isquémico y han sido excluidos del estudio por tener como uno de los objetivos valorar el riesgo vascular para prevención primaria. Llama la atención que la totalidad de estos pacientes han sufrido ictus isquémico. Se han excluido también del estudio los pacientes con insuficiencia renal aguda o en fase de recuperación. La edad media de la población estudiada fue de 79,25 años. Se ha calculado el filtrado glomerular de estos pacientes según la fórmula MDRD-4 y el Riesgo Vascular mediante tablas SCORE.

Resultados: El 53,48% de nuestros pacientes con insuficiencia renal son hombres, mientras que el 46,52% son mujeres. El filtrado glomerular medio según la fórmula MDRD-4 es de 42,52 ml/min/1,73 m², lo que correspondería a descenso moderado del FG. El riesgo vascular medio según tablas SCORE es del 4,81%, que equivale a riesgo intermedio. En cuanto a los factores de riesgo asociado que presentan nuestros pacientes: Más de la mitad (60,46%) de nuestros pacientes con insuficiencia renal crónica presentan también HTA como factor de riesgo asociado, El 34,88% presenta los dos factores de riesgo a asociados (diabetes mellitus e hipertensión arterial), Tan sólo el 2,32% de los pacientes no presenta otro factor de riesgo vascular asociado, y el mismo porcentaje está representado por los que sólo sufren DM como factor concomitante.

Conclusiones: En pacientes de edad avanzada se produce un deterioro de la función renal, en la mayoría de los casos secundario a nefropatía vascular. Este grupo poblacional tiene bajo riesgo de progresión a enfermedad renal terminal, pero un elevado riesgo cardiovascular asociado. Es primordial el adecuado seguimiento y control de estos factores desde Atención Primaria para minimizar las complicaciones cardiovasculares que, en la actualidad, constituyen la principal causa de muerte en pacientes con enfermedad renal crónica.

182. ANÁLISIS DE LA ALTERACIÓN DEL METABOLISMO ÓSEO MINERAL Y LA CALCIFICACIÓN VASCULAR EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

F. El Sayed, D. Giráldez, R. Moya, G. Ruiz, M. Lozano, P. Gómez, J. Alameda, E. Ortín, M. Leal y J. Abellán-Alemán

Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica de Murcia, Murcia.

Objetivo: Analizar si existe o no asociación entre el desarrollo arteriosclerótico y la alteración del metabolismo óseo en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a un programa de hemodiálisis.

Métodos: Se trata de un estudio observacional prospectivo y descriptivo. Se seleccionan aleatoriamente a 44 de los 130 pacientes sometidos a hemodiálisis en la clínica de hemodiálisis del Palmar (Murcia). A todos los pacientes se les determina el índice tobillo-brazo, índice de Adragao (mide el grado de calcificación vascular), índice de Charlson (relaciona la mortalidad a largo plazo con la comorbilidad del paciente), datos clínicos, demográficos y analíticos. También se les realiza una ecocardiografía, densitometría ósea

y determinaciones bioquímicas (calcio, fósforo, PTH intacta y tiempo de hemodiálisis).

Resultados: La media de edad de los pacientes estudiados es de $71,8 \pm 8,9$ años. Eran varones 24 (54,5%) y mujeres 20 (45,5%). Los valores medios de las variables analizadas son: Densidad mineral ósea $-2,09 \pm 1,17$ mg/cm², índice tobillo brazo $1,35 \pm 0,45$, índice de Adragao $4,48 \pm 1,87$ puntos, PTH intacta $275,4 \pm 165,9$ ng/L, calcio $8,96 \pm 0,44$ mg/dL, fósforo $4,36 \pm 0,98$ mg/dL, índice de Charlson $6,11 \pm 1,54$ puntos, tiempo medio en hemodiálisis $5,64 \pm 4,77$ años. Presentaron criterios de hipertrofia ventricular izquierda 39 pacientes (88,6%). El índice de Adragao se correlaciona significativamente con la densidad mineral ósea (p 0,041), índice tobillo brazo (p 0,015) e índice de Charlson (p 0,009). A mayor ICVS, menor densidad mineral ósea, mayor índice tobillo brazo y mayor índice de Charlson. Con el resto de variables cuantitativas (PTHi, Ca, P y tiempo de hemodiálisis) la correlación no es significativa. La correlación entre el índice de Adragao y la hipertrofia ventricular izquierda no mostró significación estadística.

Conclusiones: En los pacientes sometidos a hemodiálisis se observa que a mayor índice de Adragao (mayor calcificación vascular), menor densidad mineral ósea, mayor índice tobillo brazo y mayor índice de Charlson (mayor comorbilidad).

183. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN UN ÁREA DEL DEPARTAMENTO 14 DE VALENCIA EN RELACIÓN A LOS FACTORES DE RIESGO

J.B. Gamón Pastor y J. Mansilla Collado

Centro de Salud Auxiliar de Manuel, Valencia.

Objetivo: En los últimos años se han realizado varios estudios que han reforzado la consideración de la enfermedad renal crónica como un problema de Salud Pública. El manejo de esta patología y su alta comorbilidad, en especial la hipertensión, suponen un incremento del gasto sanitario en un reducido grupo de población. La posibilidad de detectar precozmente esta enfermedad en la población de riesgo y establecer estrategias de prevención, supondría un ahorro económico considerable. El objetivo principal es realizar una comparación de la enfermedad renal crónica y sus factores de riesgo entre todos los análisis realizados en nuestra población de estudio y compararlo con el resto de estudios.

Métodos: Diseño del estudio: estudio epidemiológico descriptivo transversal comparativo con nuestra muestra poblacional y los factores de riesgo de otros estudios. La muestra consistirá en la población con analítica completa en sangre y orina que incluya función renal, filtrado glomerular y cociente albúmina/creatinina y datos que permitan clasificar el riesgo vascular. Las extracciones se realizarán durante abril del año 2011. El estudio consta de una visita, en la cual se registran las variables clínicas (peso, talla, toma de tensión arterial, circunferencia abdominal...) y la analítica. Criterios de inclusión: cualquier paciente mayor de 18 años. Criterios de exclusión: cualquier paciente que no quiera colaborar. Periodo de recogida de datos: un mes.

Resultados y conclusiones: Determinamos en nuestro estudio que los factores de riesgo que se encuentran directamente relacionados por el incremento de casos de enfermedad renal son la enfermedad cardiovascular, hipertensión y diabetes. Como conclusiones, encontramos una prevalencia elevada de enfermedad renal crónica en aquellos pacientes que presentan factores de riesgo como obesidad, diabetes e hipertensión. Independientemente de la edad son factores de riesgo modificables: hipertensión, diabetes, obesidad, dislipemia... Es importante una detección precoz para evitar la progresión a estadios avanzados y prevenir la apari-

ción de la enfermedad vascular. Dado que la suma de mayor número de factores de riesgo repercute de forma directamente proporcional en el aumento de la frecuencia de enfermedad renal crónica, sería importante establecer medidas de control de dichos factores de riesgo para que se redujera la aparición de nuevos casos y para un mejor control de los casos ya existentes. Sería interesante realizar un protocolo para facilitar el manejo de estos pacientes y unos criterios de derivación a consultas externas. Por lo que sería necesario un adecuado trabajo conjunto entre atención primaria y atención especializada.

184. HIPOACUSIA EN EL DIABÉTICO: PREVALENCIA Y CORRELACIÓN CON OTROS MARCADORES DE DAÑO DE ÓRGANO DIANA

D. Márquez Fernández de Ullivarri¹, A. Fernández de Ullivarri Martel², A. Ranea³, M. Perotti³, C. Saravia Figueroa², M. Díaz Heredia², L. Mendivil Urquillo² y L. Ruilope Urioste⁴

¹Servicio de Clínica Médica, Hospital Papa Francisco, Salta, Argentina. ²Servicio de Nutrición Clínica y Diabetes, Hospital Dr. Arturo Oñativia, Salta, Argentina. ³Servicio de Fonoaudiología, Hospital San Bernardo, Salta, Argentina. ⁴Unidad de HTA, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivo: Describir la prevalencia de hipoacusia en pacientes con DBT2 (diabetes tipo 2) y correlacionar su hallazgo con otros marcadores de daño de órgano diana.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, realizado en el Hospital público Dr. Arturo Oñativia. Se incluyeron pacientes menores de 60 años, con DBT2 de más de 5 años de diagnóstico. A todos los pacientes se les realizó un test audiométrico y logoaudiometría. Técnicamente se define hipoacusia en el diabético a la alteración neurosensorial progresiva, bilateral que afecta predominantemente las frecuencias altas objetivadas (Tonos iguales o mayores de 3.000 Hertz) por debajo del db 25 (decibel). De esta manera se clasificó a los pacientes según audiometría normal, hipoacusia para tonos agudos (> 2.000 Hz), o tonos medios (500-2.000 Hz) y tonos graves (< 500 Hz). Además se valoró por laboratorio hemograma, glucemia, Hb glicada, creatinina, clearance de creatinina según fórmula MDRD, proteinuria, perfil lipídico. Se midió presión arterial, cintura, IMC (índice de masa corporal), IT/B (índice tobillo brazo). Se definió HTA cuando promedio de 3 tomas fue $> 140/90$ mmHg o el paciente recibiera tratamiento. Además se calculó el riesgo cardiovascular según el score de Framingham.

Resultados: De los 52 pacientes estudiados, se incluyeron 33. La edad promedio fue $52,6 \pm 7,8$ años y tenían $10,1 \pm 5,3$ años de enfermedad diabética. Un solo paciente tuvo audiometría normal. Del resto el 60% tuvo hipoacusia para tonos agudos y 30% para todos los tonos. No hubo diferencias significativas al comparar los distintos tipos de hipoacusia con años de diabetes, valor de colesterol, presión arterial, edad, IT/B, IMC, ni grado de control de la diabetes. La correlación entre hipoacusia con retinopatía e hipoacusia con nefropatía fue escasa.

Conclusiones: En nuestro estudio el 96% de los pacientes tuvieron un test audiométrico alterado. No hubo diferencias significativas con los datos basales ni tampoco buena correlación daño en otros territorios como ser riñón y retina. Si bien el número de pacientes es escaso, el no encontrar correlación con otros tipos de microangiopatía nos plantea la posibilidad de que el oído podría ser más vulnerable que otros órganos diana ya que se encuentra irrigado por la arteria coclear que es rama terminal y no desarrolla colaterales. De esta forma el daño tendría repercusión clínica precoz. Se desconoce si el tratamiento de los factores de riesgo tradicionales puede prevenirla, por lo que futuras investigaciones deberán

contestar estos interrogantes para mejorar la calidad de vida de los pacientes que la padecen.

185. EVOLUCIÓN DE LA MASA VENTRICULAR IZQUIERDA A LARGO PLAZO EN HIPERTENSOS ESENCIALES

M. Abad Cardiel¹, J. Gallego Galiana², J.A. García Donaire¹ y N. Martell-Claros¹

¹Unidad de Hipertensión, Instituto de Investigación Sanitaria, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²Medicina Interna, Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivo: La valoración de la lesión de órgano diana es fundamental en el estudio del paciente hipertenso. La presencia de hipertrofia de ventrículo izquierdo (HVI) se asocia con aumento en la incidencia de insuficiencia cardíaca, arritmias ventriculares, muerte cardiovascular, disminución de la fracción de eyección del VI (FEVI). La regresión de la HVI, se asocia con una reducción en el riesgo cardiovascular. Se conoce que HVI secundaria a hipertensión arterial (HTA) está influida por otros factores distintos a la sobrecarga mecánica. Su reducción depende tanto del control de la HTA como del tipo de fármaco utilizado. El propósito de este estudio es evaluar la modificación de la masa ventricular izquierda en hipertensos seguidos en nuestra UHTA a largo plazo.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes hipertensos esenciales en seguimiento por la Unidad de Hipertensión del Hospital Clínico San Carlos. Se revisaron las historias de hipertensos en seguimiento en la UHTA que tenían realizadas, al menos, dos ecocardiografías con una diferencia de más de 2 años. Se excluyeron aquellos pacientes con antecedentes personales de cardiopatía isquémica. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, analíticas, datos ecocardiográficos que permiten calcular el índice de masa ventricular izquierda y el tratamiento farmacológico de todos los factores de riesgo cardiovascular del paciente.

Resultados: Se reclutaron 150 pacientes. 58,7% varones. Edad media de 55 (14) años. Diabéticos 20%, y 15,3% fumadores. Mediana del tiempo de evolución de HTA eran 7 años (RIC de 1-13). Los datos en la visita basal fueron: IMC 28,8 (4,4) kg/m², perímetro abdominal de 99,1 (13) cm. PAS 145,6 (23) mmHg y PAD 79,4 (12,9) mmHg y estaban tratados con una mediana de 2,2 fármacos antihipertensivos (RIC 1-4). El colesterol total 202,3 (34,8) mg/dl, LDL colesterol 125,1 (30,1) mg/dl. El ácido úrico era 5,9 (1,7) mg/dl. La creatinina sérica 1,1 (0,4) mg/dl, aclaramiento de creatinina de 94,8 (34) ml/min, y filtrado calculado por MDRD- 4 de 71,2 (18,9) ml/min. Cociente albumina/creatinina presentaba una mediana de 6,4 (RIC 4,2-10) mg/g. El tiempo entre la realización de las dos ecocardiografías fue entre 2 y 10 años. El índice de masa ventricular izquierda basal tenía una mediana de 139,5 g/m² (RIC 126,4-161), y final 131,3 (RIC 109,9-160,1) g/m². Al finalizar el seguimiento PAS 138,2 (19,8) mmHg, PAD 75,3 (10,4) mmHg, con un tratamiento de 3 fármacos antihipertensivos de media (RIC 2-4). Su perfil metabólico era colesterol total 194,3 (34,3) mg/dl, con fracción LDL colesterol 115,6 (29,9) mg/dl, El ácido úrico era 6,1 (1,6) mg/dl. La creatinina sérica era 1,2 (0,6) mg/dl, con un aclaramiento de creatinina de 95,8 (10,5) ml/min, y filtrado glomerular de 70,5 (20,3). El cociente albumina/creatinina presentaba una mediana de 4,7 RIC 2,6-13,4) mg/g.

Conclusiones: El control de la HTA a largo plazo reduce IMVI. La influencia específica de un tipo determinado de fármaco es imposible de demostrar dado que la mayoría de los pacientes estaban tratados con 3 fármacos, incluyendo un inhibidor del sistema renina-angiotensina.

186. PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ANGOR ESTABLE: PERFIL CLÍNICO, RESULTADOS DE LA CORONARIOGRAFÍA Y PRONÓSTICO A MEDIO PLAZO

B. Pérez Villardón², A.M. García Bellón¹, M.A. Ramírez Marrero¹, J. Cano Nieto¹, J.L. Delgado Prieto¹, D. Gaitán Román¹, R. Vivancos Delgado¹, P. Aranda Lara¹, C.M. San Román Terán² y M. de Mora Martín¹

¹Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

²Hospital Comarcal Axarquía, Vélez-Málaga.

Objetivo: La angina estable (AE) es una forma común de presentación de la cardiopatía isquémica crónica y un problema frecuente en el mundo desarrollado. Puede llegar a ser la forma de presentación inicial de la enfermedad hasta en el 50% de los pacientes. Generalmente el sustrato es la aterosclerosis que obstruye progresivamente las arterias coronarias. Su pronóstico no está claramente establecido en los diferentes estudios epidemiológicos. El objetivo de este trabajo es evaluar las características clínicas de pacientes derivados para coronariografía (cng) con diagnóstico de AE, así como su pronóstico a medio plazo.

Métodos: 198 pacientes derivados para cng desde enero 2011-noviembre 2011 con indicación de AE. Se analizaron los test de isquemia realizados, el resultado de la cng y el pronóstico con un seguimiento medio de 14,2 meses.

Resultados: Se incluyeron 198 pacientes, predominio de varones (61,6%), edad media 65 años. Comorbilidad: 81,8% hipertensos, 66,2% dislipémicos, 47,5% hábito tabáquico, 33,8% diabéticos, 35,9% menopáusicas, 11,1% historia familiar de cardiopatía isquémica. Índice de masa corporal medio fue de 30,1 ± 4,6 kg/m². Un 9,6% tenía insuficiencia renal; 7,6% tenía antecedentes de enfermedad vascular periférica, y 5,6% antecedentes de ACV. La clase funcional de AE según la escala CCS "Sociedad Canadiense de Cardiología" fue grado II en 57,6%, III en 41,9%, IV en 0,5%. Se realizó test de isquemia en 65,6%: ergometría convencional (22,7%), gammagrafía miocárdica (28,3%), ecocardiograma de estrés (1%), TAC coronarias (5%), ≥ 2 tests (8,6%). Estos tests fueron concluyentes en 85,4%, y concordantes con el resultado de la cng en 61%. Para la realización de la cng se utilizó el acceso radial en 70,7%. Los resultados de este procedimiento fueron: coronarias normales (26,3%), enfermedad difusa no obstructiva (14,6%), flujo lento (3%), milking (1%), enfermedad de 1 vaso (30,8%), 2 vasos (11,6%), 3 vasos o enfermedad de tronco en 12,1%. La arteria descendente anterior fue la más frecuentemente afectada (31,4%). Se realizó intervencionismo coronario percutáneo en 41,4%, y cirugía de revascularización miocárdica en 8%. La revascularización fue completa en 70,6%; en 54,8% se utilizaron stents farmacológicos. Durante la estancia hospitalaria, 10 p (5,1%) presentaron alguna complicación: 1 infección nosocomial del tracto urinario, 2 hematomas que requirieron test de imagen, 2 arritmias auriculares, 3 infarto agudo miocardio post-procedimiento, 1 disección coronaria, 1 shock cardiogénico. Ningún paciente falleció. Durante el seguimiento, 48 pacientes (20,2%) consultaron en Urgencias por dolor torácico, 21 p (10,6%) presentaron algún MACE, y en 19 p (9,6%) se realizó una nueva cng: 13 no tenían cambios en las lesiones coronarias, 4 tenían reestenosis de stent convencional, 2 presentaban espasmo coronario.

Conclusiones: Los pacientes con diagnóstico de AE tienen una alta comorbilidad. Con frecuencia presentan enfermedad coronaria no obstructiva (45,4%). El pronóstico de la AE depende de la etiología subyacente; aunque su mortalidad es baja, la comorbilidad con necesidad de reingresos y consultas en Urgencias es elevada. En este grupo de pacientes, la cng es un procedimiento seguro con una baja tasa de complicaciones.

187. DETECCIÓN DE LESIÓN SUBCLÍNICA DE ÓRGANO DIANA EN HIPERTENSIÓN REFRACTARIA

M.I. Poveda García¹, M.A. Esteban Moreno¹, S. Muñoz Troyano¹ y M.A. Baena López²

¹Hospital Torrecárdenas, Almería. ²HAR El Toyo, Almería.

Introducción: La hipertensión resistente o refractaria (HTAr) se define según las Guías Europeas para el tratamiento de la Hipertensión como la presión arterial que permanece elevada a pesar del uso de tres antihipertensivos diferentes a dosis óptimas, siendo uno de ellos un diurético, asociados a modificaciones en el estilo de vida.

Objetivo: El objetivo de este estudio ha sido estudiar la correlación entre la hipertensión refractaria con el daño orgánico subclínico.

Métodos: Se realizó un estudio epidemiológico no experimental descriptivo transversal de una cohorte de pacientes de un hospital general.

Resultados: Se analizó una muestra de 36 pacientes con diagnóstico de hipertensión refractaria atendidos en la consulta durante el periodo de inclusión estimado de 13 meses comprendido desde agosto de 2012 a septiembre 2013. La edad media del estudio fue de 49 años (± 14 años). El 38% fueron mujeres, 62% varones. Las características antropométricas de la población estudiada fueron: peso medio 77 Kg (± 12 Kg), talla media 1,70 cm (± 8 cm), índice de masa corporal medio 26,45 Kg/m² ($\pm 3,7$ Kg/m²). Respecto al hábito tabáquico el 44,4% de la muestra eran fumadores con un consumo medio de tabaco de 6 cigarrillos/día. ($\pm 3,28$ cigarrillos/día). Al correlacionar la hipertensión refractaria con la aparición de lesión subclínica de órgano diana obtuvimos que 75% presentaban microalbuminuria con rango promedio de microalbuminuria en orina fresca de 40,5 mg/dl ($\pm 30,7$ mg/dl). El 61,1% tienen una enfermedad renal crónica estadio 3 con filtrado glomerular medio de la muestra de 63 ml/min. El 61,1% presentaba hallazgos ecocardiográficos de hipertrofia de ventrículo izquierdo. En la realización de fondo de ojo apareció que un 80,56% de los pacientes presentaban retinopatía hipertensiva, con la siguiente distribución según la clasificación de Scheie. El 27,8% a pesar de no referir clínica de arteriopatía periférica destaca un índice tobillo brazo patológico. El 8,3% presentaba mini mental test patológico. Se analizó el patrón de tensión arterial por la MAPA con resultado de que el 63,9% presentaban un patrón dipper, el 19,4% non dipper, el 16,7% riser.

Conclusiones: Los pacientes con hipertensión refractaria presentan una elevada prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, siendo los más prevalentes la dislipemia y el consumo de tabaco. Los pacientes con hipertensión refractaria presentan una alta prevalencia de lesión subclínica de órgano diana, siendo las lesiones más prevalentes a nivel renal y retiniano.

Métodos: Estudio observacional, transversal, realizado en pacientes remitidos a nuestra consulta con el diagnóstico de HTA. En todos ellos se realizó la determinación de PCR ultrasensible (Nefelometría, Siemens) y de fibrinógeno (método coagulativo, Roche). El SM se diagnosticó según los criterios del ATP-III revisados, excluyendo a los pacientes con diabetes mellitus. Definimos la IRC como un FG-e < 60 ml/min/m² y la albuminuria como un cociente albumina/creatinina > 30 mg/g, en una muestra de orina. Consideramos una PCR y un fibrinógeno elevados los valores por encima del percentil 75. Los pacientes con procesos inflamatorios, agudos o crónicos, quedaron excluidos.

Resultados: Incluimos a un total de 560 pacientes (51,6% mujeres), con una edad media de 61 $\pm$ 12 años. Los valores medios de PCR fueron 3,85 $\pm$ 1,38 mg/dl y de fibrinógeno 349 $\pm$ 73 mg/dl. 232 pacientes (41%) cumplían criterios de SM. 64 pacientes (11,4%) presentaban IRC, 56 pacientes (10%) albuminuria y 14 pacientes (2%) ambas condiciones. Los valores de PCR estuvieron más elevados en presencia de SM (4,04 $\pm$ 1,5 mg/dl con SM vs 3,73 $\pm$ 1,28 mg/dl sin SM, $p < 0,0001$) y no encontramos diferencias en los valores de fibrinógeno (351 $\pm$ 78 mg/dl con SM vs 348 $\pm$ 69 mg/dl sin SM, $p = 0,614$). El nº de criterios de SM se correlacionó positivamente (Spearman) con los valores de PCR ($r = 0,195$, $p < 0,0001$) pero no con los de fibrinógeno ($r = 0,055$, $p = 0,195$). Los niveles de PCR también se correlacionaron positivamente (Pearson) con el fibrinógeno ($r = 0,364$, $p < 0,0001$), con la uricemia ($r = 0,164$, $p < 0,0001$), con el FG-e ($r = 0,091$, $p = 0,033$), con la cistatina C ($r = 0,116$, $p = 0,007$), con la HbA1c ($r = 0,180$, $p < 0,0001$), con la insulinemia basal ($r = 0,177$, $p < 0,0001$) y con el IMC ($r = 0,176$, $p < 0,0001$). El SM se asoció con la presencia de albuminuria (en el 14% de los pacientes con SM vs 8,3% sin SM, $p = 0,038$), pero no con la IRC (13,5% con SM vs, 10,5%, sin SM, $p = 0,284$). Sin embargo, al añadir a los criterios de SM la presencia de PCR elevada (PCRe), sí hubo diferencias en la prevalencia de IRC (19,1% con SM+PCRe vs 10,1% sin SM+PCRe, $p = 0,013$).

Conclusiones: En nuestros pacientes hipertensos el aumento de PCR se asoció tanto con la presencia de SM, como con el nº de criterios de SM. La IRC fue más frecuente sólo en el SM con PCR elevada. Sin embargo, no encontramos ninguna de estas asociaciones con el fibrinógeno. En nuestros pacientes con SM e HTA, la determinación de PCR, a diferencia del fibrinógeno, puede ser útil para evaluar el estado inflamatorio y el riesgo de daño renal.

188. MARCADORES INFLAMATORIOS, SÍNDROME METABÓLICO Y LESIÓN RENAL EN PACIENTES CON HTA

L. Vigil Medina¹, M. López Jiménez¹, R. García Carretero¹, E. Condés², C. Rodríguez¹, M. Varela Entrecañales¹ y J. Ruiz Galiana¹

¹Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles. ²Universidad Europea de Madrid, Villaviciosa de Odón.

Objetivo: La inflamación subclínica crónica forma parte del síndrome metabólico (SM) e incrementa el riesgo cardiovascular. La elevación de la PCR y del fibrinógeno representan un estado proinflamatorio y protrombótico y han sido propuestas por algunos autores como componentes añadidos del SM. Analizamos la asociación de estos dos parámetros con el SM y con la presencia de afectación renal en pacientes con hipertensión arterial (HTA) esencial.