



Cardiocre



257/93 - DIABETES MELLITUS NO CONOCIDA EN PACIENTES INGRESADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO: EVALUACIÓN DE LA PREVALENCIA Y PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES

A.M. González González¹ y A.M. García Bellón²

¹FEA Cardiología. Hospital de Poniente. Algeciras. ²FEA Cardiología. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Resumen

Introducción y objetivos: El síndrome coronario agudo (SCA) constituye la causa más frecuente de ingreso en Cardiología, estando ligado frecuentemente a la alteración del perfil glucémico. Existe un número no despreciable de pacientes con SCA y diabetes mellitus (DM) no conocida al ingreso. Objetivo: detectar la prevalencia de alteración del perfil hidrocarbonado en pacientes no DM ingresados por SCA.

Material y métodos: Estudio observacional analítico de pacientes ingresados en planta de Cardiología con diagnóstico de SCA de 2014-2016. 144 pacientes (p): 40p (27,7%) DM conocidos y 104p (72,2%) no tenían alteración hidrocarbonada conocida. A los dos meses del alta todos los pacientes fueron reevaluados desde punto de vista clínico y analítico (HbA1c).

Resultados: 104p sin DM conocida: edad media 64 ± 13 años. Peso medio $78,3 \pm 14,3$ Kg. Talla $1,66 \pm 0,1$ metros. IMC $28,4 \pm 4,7$ Kg/m². Hb1Ac al ingreso 6,0%. Media de glucemia en ayunas: 104 ± 24 mg/dl. 46p (44,2%) no tenían cardiopatía previa, 20p (19,2%) antecedentes de angina, 24p (23,1%) infarto previo de miocardio. 13p (12,5%) otros tipos de cardiopatía. Accidente cerebrovascular previo: 10p (9,6%). Claudicación intermitente previa: 16p (15,3%). Estancia media: aumento significativo (p 0,05) de la estancia media en DM con respecto a no DM (8 ± 3 días vs 4 ± 2 días). Hb1Ac durante el seguimiento: DM no conocidos $6,6\% \pm 0,5\%$. En intolerancia a la glucosa $5,7 \pm 0,4\%$ y en pacientes sin alteración glucémica $5,4 \pm 0,3\%$. 20p (19,2%) presentaron SCA durante el seguimiento: 10p (50%) eran DM de reciente diagnóstico, 3p (13%) intolerantes a la glucosa oral y 7p (37%) sin alteración glucémica.

Conclusiones: Existe alto porcentaje de pacientes con alteración hidrocarbonada no diagnosticada en nuestro medio, siendo frecuente el debut de la misma con complicaciones cardiovasculares. Cabe destacar la importancia de una detección precoz para iniciar medidas que impidan la progresión de la enfermedad.

257/96

HIPERTENSIÓN ARTERIAL NOCTURNA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA

A.M. González González¹, A.M. García Bellón² y F.J. Camacho Jurado³

¹FEA Cardiología. Hospital de Poniente. Algeciras. ²FEA Cardiología. Hospital Regional Universitario de Málaga. ³FEA Cardiología. Hospital Puerto Real. Cádiz.

Introducción y objetivos: El papel de la monitorización ambulatoria de PA (MAPA) es bien conocido en pacientes con hipertensión arterial. Sin embargo, su utilización en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica (ICC) es escasa. Se ha demostrado que la hipertensión arterial nocturna tiene un papel pronóstico superior a los valores de presión arterial diurna. **Objetivo:** evaluar los patrones de MAPA 24 horas y la prevalencia de hipertensión arterial nocturna en pacientes con ICC.

Material y métodos: 60 pacientes con diagnóstico de clínico de ICC. Se les realizó MAPA ecocardiograma y analítica.

Resultados: 60 pacientes. Edad media: 63 ± 10 . Varones: 75%. IMC medio: $30 \pm 6 \text{ Kg/m}^2$. FRCV asociados: hipertensión: 56,6%; dislipemia: 40%; diabetes: 34,7%; obesidad: 29,3%; fumadores: 22,9%. Etiología de ICC: isquémica 41,2%; hipertensiva 22,7%; miocardiopatía dilatada 20,9%; valvular 8,3%; otras 6,9%. Tratamiento: bloqueadores del SRA 93,4%; betabloqueantes 85,7%; diuréticos de asa 81%; antialdosterónicos 42,3%; estatinas 68,4%; antiagregantes/anticoagulantes 89%. Las medidas MAPA de 24 se encuentran en la tabla. La mayoría de los pacientes con ICC (80,4%) tienen un patrón de MAPA alterado: Dipper 19,6%, no-dipper 51,1%, riser 0%. La prevalencia de HTA nocturna fue 22,8%, y se correlacionó con la clase funcional NYHA: NYHA I: 13,3%, NYHA II: 24%, NYHA III: 41,7% ($p = 0,018$).

MAPA 24horas

Media MAPA (mmHg)	24 horas	Diurna	Nocturna
PA sistólica	$107,7 \pm 13,8$	$109,6 \pm 14,2$	$104,5 \pm 14,5$
PA diastólica	$64,4 \pm 7,8$	$66,4 \pm 8,8$	$60,4 \pm 7,6$

Conclusiones: En nuestro área, los pacientes con ICC tiene un control óptimo de PA, sin embargo la variación circadiana está alterada en la mayoría de ellos. Además, la HTA nocturna es muy común en pacientes con ICC, y se correlaciona con la clase funcional. La MAPA puede ser útil en identificar estos patrones alterados (que podrían ser infradiagnosticados) y podría ser un marcador pronóstico en este grupo de pacientes.