



Revista Española de Cardiología



6048-603. ESTRATEGIA ÓPTIMA DE BÚSQUEDA DE DAÑO DE ÓRGANO DIANA ASINTOMÁTICO EN EL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

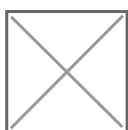
José Abellán Huerta¹, Federico Soria Arcos¹, Antonio Torres Alcázar², Ana Belén Salguero Merino³, Rosario Morales López³, Rafael Luquín Martínez³, José Abellán Alemán⁴ y Juan Antonio Castillo Moreno¹ del ¹Servicio de Cardiología, ²Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia), ³Centro de Salud Virgen de la Caridad, Cartagena (Murcia) y ⁴Cátedra de Riesgo Cardiovascular de la Universidad Católica San Antonio, Murcia.

Resumen

Introducción y objetivos: La determinación de daño de órgano diana (DOD) en el hipertenso asintomático tiene implicaciones en el manejo, tratamiento y pronóstico. A pesar de ello, no existen directrices acerca de cuál debe ser el protocolo de búsqueda de DOD en el hipertenso asintomático. Nos propusimos valorar el rendimiento diagnóstico de un panel de 7 pruebas de determinación de DOD aplicadas de forma sistemática, a fin de sugerir la estrategia más óptima de búsqueda de DOD.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal. Incluimos pacientes con hipertensión esencial, con más de 50 años, sin cambios en el tratamiento los últimos 3 meses, sin enfermedad renal crónica estadio ? 4 y sin enfermedad cardiovascular establecida (ECVe). Se realizó búsqueda sistemática de DOD mediante: filtrado glomerular (FGe) por MDRD, índice albúmina creatinina (IAC), hipertrofia por electrocardiograma (HVI-ECG) y ecocardiograma (HVI-ECO) índice tobillo brazo (ITB), velocidad de la onda de pulso (VOP) y ecografía carotídea para placas y grosor íntima media (GIM). Se realizó estadística univariante, con cálculo de proporciones y sus intervalos de confianza al 95%. Se propone una estrategia de búsqueda de DOD en la que de entrada realizamos las pruebas de menor coste y más ampliamente accesibles (FGe, IAC, ITB y ECG) y a partir ello sugerimos la secuencia de exploraciones a realizar que presenta la mayor eficacia diagnóstica.

Resultados: La muestra fue de 153 pacientes. Edad media $64,4 \pm 7,9$ años, 45,8% varones. El 12% eran fumadores activos, el 60% dislipémicos y el 15% diabéticos. TA media 136/80,9 (DE), IMC $30,1 \pm 4$ (DE) Kg/m². Un 82% tenían alguna forma de DOD. La proporción de pruebas para diagnóstico de DOD con resultado patológico se presenta en la tabla. La aplicación conjunta de determinación FGe, IAC, ITB y ECG identificó DOD en el 37% de la muestra. La adición de la Eco carotídea (GMI + placas) logró detectar DOD hasta en el 70% de la población y clasificó correctamente (con DOD o sin DOD) al 89%. Con la aplicación sucesiva de VOP se detectó DOD hasta en el 78% se clasificó correctamente al 96% de la muestra. Asociando HVI-ECO se diagnosticó DOD en el 82% (fig.).



Algoritmo.

Resultado patológico de las pruebas de detección de DOD	
Tipo de DOD y exploración complementaria	Resultado patológico, n (% , IC95%)
DOD renal	34 (22,7, 16,7-30,0)
FGe patológico	21 (14,0, 9,3-20,5)
IAC patológico	19 (15,0, 9,8-22,2)
DOD cardiaco	38 (25,0, 18,8-32,4)
HVI por ECG (> 1 criterio)	13 (9,7, 5,8-15,9)
HVI por ECO	29 (19,9, 14,2-27,1)
DOD carotídeo	71 (48,0, 40,0-56,0)
GIM patológico	35 (23,6, 17,5-31,1)
Placa carotídea	55 (37,2, 29,8-45,2)
DOD vascular	58 (37,9, 30,6-45,8)
ITB patológico	23 (16,3, 11,1-23,3)
Velocidad onda pulso patológica	45 (32,6, 25,4-40,8)
Se presenta el porcentaje y el intervalo de confianza al 95% calculado con el método de Wilson, entre paréntesis. ECG: Electrocardiograma; ECO: ecocardiograma; FGe: Filtrado glomerular estimado; GIM: Grosor íntima media; HVI: hipertrofia ventricular izquierda; IC: Intervalo de confianza; IAC: Índice albúmina creatinina; ITB: índice tobillo brazo.	

Conclusiones: En una población no seleccionada de hipertensos sin ECVe, la ecografía carotídea seguida de VOP y ecocardiograma se mostraron (en ese orden) como las pruebas a realizar una vez practicadas las más accesibles y baratas (FGe, IAC, ITB y ECG).