

## II Sesión de Comunicaciones Libres 'Miscelánea'

### Monitorización ambulatoria de presión arterial y poliformismos de ECA en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión resistente

X. Sarrías, M. Sans, A. Díez-Noguera, M.T. González  
Unidad de Hipertensión Arterial.  
Hospital de Bellvitge.

Un poliformismo es la existencia de una variante de un alelo dentro de un locus genético. Las variaciones en algunos genes pueden alterar el desarrollo y la progresión de una enfermedad determinada. En la diabetes se han publicado varios trabajos que sugieren que el poliformismo I/D del gen ECA se halla implicado en la aparición y progresión de la nefropatía. Se ha asociado la presencia del poliformismo D/D con mayor riesgo de nefropatía, aunque también con una mejor respuesta al tratamiento.

El objetivo de nuestro estudio ha sido valorar la influencia de los diferentes poliformismos del gen ECA sobre la gravedad de la HTA, en 40 pacientes diabéticos tipo II seleccionados entre 420 diabéticos, en los que hemos estudiado dichos poliformismos, correlacionándolos con la monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA) y con los diversos parámetros: índice de masa corporal, creatinina, colesterol, triglicéridos, proteinuria y hematocrito, en el primer control que se ha realizado en nuestra ciudad.

**Resultados.** Todos los grupos estaban afectos de una hipertensión sistólica pura, con una presión del pulso elevada y un perfil *non dipper*, independientemente del poliformismo del que eran portadores. Sorprendentemente, los pacientes ID han sido los que han presentado mayor HTA, presión del pulso, proteinuria e insuficiencia renal, comparado con los otros dos grupos. Paralelamente el hematocrito del grupo ID era también más bajo. **Conclusión.** El perfil tensional de los pacientes diabéticos con nefropatía es de característica *non dip-*

*per*. La presencia del poliformismo D/D no parece comportar mayor riesgo de insuficiencia renal ni de gravedad en la HTA. Los peores parámetros tensionales se asocian con un mayor grado de insuficiencia renal.

### Valoración de la automedida de tensión arterial. Comparación con la toma en consulta y la MAPA, estudio Torrejuncillo II

A. Covarsi, D. Díez D<sup>a</sup>, C. Martín<sup>a</sup>,  
M.S. Barquero<sup>a</sup>, I. Castellano, R. Novillo<sup>a</sup>  
<sup>a</sup> C. Salud de Torrejuncillo. Unidad de HTA.  
Sección de Nefrología. Hospital San Pedro  
de Alcántara. Cáceres.

La automedida de la presión arterial (AMPA) constituye una alternativa válida a la medida de la TA en la consulta médica (TAC), y está desprovista del fenómeno de la bata blanca. Comparada con la monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA), facilita la adherencia al trabajo y disminuye el coste. **Protocolo de estudio.** A 51 pacientes del C.S. de Torrejuncillo se les realizó una visita previa, donde se les aleccionó y seleccionó para el estudio, y se les proporcionó un aparato de automedida validado, dotado de registro de las TA.

Se les realizaron en la consulta médica dos tomas en dos días diferentes (TAC-1 y TAC-2); el paciente se tomó la TA dos veces cada mañana y tarde durante tres días seguidos, y se registró la media de las TA del segundo y tercer día.

Finalmente se remitieron a la Sección de Nefrología, donde se realizó la MAPA (aparato Spacelab 90217 homologado).

**Resultados.** La TA sistólica de la AMPA del segundo y tercer día fue diferente de forma significativa de las TA sistólicas de la TAC-1 y de la MAPA 24 horas. No hubo diferencia con la TAC-2.

La TA diastólica de la AMPA del segundo y tercer día fue significativamente diferente de la TAC-1 TAC-2, pero no de la MAPA 24 horas.

Se catalogaron como HTA 25 pacientes con TAC-2, 27 con AMPA y 19 con MAPA (seis pacientes con pseudo-HTA).

**Conclusiones.** 1) La AMPA no se diferencia de la TAC-2 (la segunda toma

Tabla.

	N.º p	Cr	CT	Tríg	Prot	Ht	BMI	Ta día	TA noche	TA 24 h	PP 24 h
DD	13	102	6	1,37	0,9	42	32,2	148/82	139/73	147/80	67,24
ID	15	140	5,5	1,93	3,14	35	30,7	161/81	154/71	159/78	80,90
II	9	102	5,7	2,57	2,96	42	31,7	159/83	160/78	162/83	78,93

Tabla.

	TAC-1	TAC-2	AMPA	MAPA 24 h
TA sist.	154	148,8	144,6	133,9
TA diast.	86,2	83,2	80,1	78,5

clínica hace innecesaria la AMPA). 2) La MAPA no se diferencia del AMPA al segundo y tercer día, pero sí de las tomas clínicas. 3) La AMPA no sustituye a la MAPA.

## Hiperaldosteronismo primario. Dificultades diagnósticas

A. Covarsi, F. Rebosa<sup>a</sup>, I. Lanchas<sup>b</sup>,  
O. Sánchez, R. Novillo, R. Gómez-Martino  
Unidad de HTA. Sección de Nefrología.  
<sup>a</sup> MIR de Medicina Familiar y Comunitaria.  
<sup>b</sup> Servicio de Medicina Nuclear.  
Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

El hiperaldosteronismo primario (HA1°) es una forma secundaria de HTA de sugerente presentación clínica y fácil diagnóstico, pero que entraña serias dificultades de localización. En unos 20 años se han diagnosticado 19 casos de HA1°, lo que representa un 1,7% de los pacientes hipertensos de causa no renal. El diagnóstico sindrómico se basó inicialmente en los valores de aldosterona basal elevados y la supresión de la actividad de renina plasmática; desde la década de los noventa se realizó con el cociente aldosterona/renina. La localización se ha basado en técnicas funcionales (grammagrafía con I-colesterol, incremento de la aldosterona con la deambulación) y técnicas de imagen, tomografía computadorizada (TAC) y resonancia magnética (RM). De los 19 casos diagnosticados de HA1°, seis (31,2%) fueron adenomas clásicos, cinco (26%) hiperplasias bilaterales, cuatro (20,8%) adenomas renina dependientes, uno (5,2%) una probable hiperplasia adrenal primaria y tres (15,6%) pueden corresponder a adenomas de renina dependientes o hiperplasia bilateral idiopáticas. El muestreo venoso adrenal hubiera ayudado a confirmar el diagnóstico de localización y el tipo de tratamiento. A cuatro pacientes se les ha intervenido quirúrgicamente (suprarrenalectomía laparoscópica en tres); actualmente dos de ellos están normotensos sin tratamiento, y otros dos con dosis bajas de hipotensores. Los 15 restantes han mostrado una buena respuesta hipotensora con espirolactona en dosis bajas, sola o asociada a menos drogas hipotensoras que las previas.

## Características del fracaso renal agudo en una población rural envejecida dependiente de un hospital comarcal

L.M. Lou, P. Beguer, A. Cruz, S. Telmo, B. Boned, J.A. Gimeno, M.T. Lou, R. Gómez, E. Aguilar  
Hospital de Alcañiz. Alcañiz, Teruel.

**Objetivos.** El objetivo de nuestro trabajo es analizar las características del fracaso renal agudo (FRA) en un hospital comarcal desprovisto de UCI, que atiende a una población envejecida en una zona rural, con el fin de reconocer los factores etiológicos e instaurar medidas de prevención y tratamiento adecuadas.

**Pacientes y métodos.** Entre el 1 de enero de 2001 y el 1 de enero de 2002 se detectaron 99 episodios de FRA en el Hospital Comarcal de Alcañiz, lo que supone una incidencia de 1.364 casos por millón de población y año y un 1,78% de los pacientes ingresados.

**Resultados.** La edad fue de 80,3+ o -10 años; existía una importante patología asociada (hipertensión 54%, diabetes 39%) y un frecuente tratamiento cardiovascular previo (35,4% bloqueo sistema renina-angiotensina, 50,5% diuréticos). El 79% de los casos de FRA fue extrahospitalario, el 21% hospitalario, el 60% fueron prerrenales, el 31% renales, el 9% obstructivos y el 44,4% oligoanúricos. En un 35,3% la actuación médica contribuyó a iniciar o mantener el FRA, en el extrahospitalario por tratamiento antihipertensivo o diurético, en situaciones de depleción de volumen, y en el hospitalario por un mal manejo o tóxicos. El desarrollo de FRA duplicó la estancia (14,4+ o - frente a 6,5+ o -4 días) y se registró una mortalidad de 36,4%, superior en el hospitalario (54%) frente al extrahospitalario (24%, p<0,05). Los principales factores que influyeron en la mortalidad fueron disfunción-fallo orgánico cardiovascular, hematológico y del sistema nervioso central.

**Conclusiones.** Podemos concluir que el FRA presenta una elevada incidencia en esta población envejecida y una morbilidad importante. Se debe prestar especial atención en el ámbito extrahospitalario al desarrollo de FRA ante moderadas depleciones de volumen en pacientes ancianos, con reducción de la reserva funcional renal por afectación vascular sistémica y tratamiento farmacológico, principalmente bloqueadores del sistema renina-angiotensina y diuréticos. En el ámbito hospitalario, debemos seguir insistiendo en la corrección del ocasional manejo incorrecto de procesos que cursan con depleción de líquidos, bajo gasto cardíaco, hipoalbuminemia u otras situaciones que comportan una hipoperfusión renal, y en la vigilancia de la nefrotoxicidad de los fármacos, en especial los aminoglucósidos y los antiinflamatorios no esteroideos.

## Hiperinsulinismo, insulinoresistencia e hiperparatiroidismo secundario en la insuficiencia renal crónica

T. Doñate, A. Herreros, R. Toll <sup>a</sup>,  
M.A. Ortiz <sup>a</sup>, J.M. Pou <sup>a</sup>

Servicio de Nefrología. Fundació Puigvert.

<sup>a</sup> Laboratorio de Investigación.

Servicio de Endocrinología. Hospital Sant Pau.  
Universitat Autònoma. Barcelona.

La insuficiencia renal se asocia al hiperinsulinismo, defecto en la secreción y degradación de la insulina con resistencia periférica a la misma. Se ha sugerido que los valores altos de PTH podrían inhibir el aumento compensador normal de la secreción de insulina que cabría esperar en cualquier estado de resistencia a la insulina. El objetivo de nuestro estudio ha sido valorar la secreción y la sensibilidad periférica de la insulina en diferentes grados de insuficiencia renal y su correlación con los niveles de paratohormona (PTH). Estudiamos tres grupos de pacientes con insuficiencia renal crónica, no diabéticos, según su aclaramiento de creatinina (Ccr) normalizado por superficie corporal.

G1: 12 pacientes con Ccr 60-35 mL/min/1,73m<sup>2</sup>. G2: 12 pacientes con Ccr 35-15 mL/min/1,73m<sup>2</sup>. G3: 12 pacientes con Ccr < 15 mL/min/1,73m<sup>2</sup>. No existían diferencias entre los tres grupos en relación con edad, IMC y distribución por sexos. Determinamos FIRI (*fasting insulin index*: glucosa x insulina/

25). Según el método de Cederholm y Wibell tras la sobrecarga oral de 75 g de glucosa, valoramos la respuesta secretoria de insulina (IRG), la metabolización periférica de glucosa (M) y el índice de sensibilidad periférica a la insulina (SI). La insulinemia (I) se determina por RIA y la PTH por quimioluminiscencia.

### Resultados

Tabla.

	G1	G2	G3
PTHi. ng/mL	41,7±12,0	105±21,5 <sup>a</sup>	387±21,6 <sup>b,c</sup>
FIRI mM/L.mU/mL/25	2,6±0,6	3,3±1,06 <sup>a</sup>	4,28±0,37 <sup>b,c</sup>
IRG mU/mM	4,0±1,4	6,6±1,6 <sup>a</sup>	6,4 ±1,0 <sup>b</sup>
M mg/min	656,2±12,9	563,4±32,7 <sup>a</sup>	500,4±23,0 <sup>b</sup>
SI mg.L <sup>b</sup> /mM.mU.min	55,0±13,6	38,57±6,9 <sup>a</sup>	30,38±2,8 <sup>b</sup>

<sup>a</sup> P < 0,02 G2 frente a G1. <sup>b</sup> P < 0,04 G3 frente a G1. <sup>c</sup> P < 0,03 G3 frente a G2

**Conclusiones.** 1) Observamos un progresivo deterioro de la sensibilidad a la insulina (FIRI, SI) y una menor captación de glucosa (M) en los pacientes de G2 y G3 frente a G1. 2) La insulinoresistencia e hiperinsulinismo se correlaciona con el grado de insuficiencia renal y con el incremento de PTH. La insuficiencia renal crónica mediatiza una insulinoresistencia e hiperinsulinismo por sí misma, relacionada de alguna manera con el incremento de PTH.