



O-007 - DIABETES TIPO 1 Y ALBUMINURIA. ¿QUÉ APORTA EL HOLTER DE TENSION ARTERIAL?

G. Gutiérrez Buey, M. Llaveró Valero, J. Gargallo Vaamonde, J. Ibero, J. Gómez-Ambrosi, J. Salvador y J. Escalada

Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

Resumen

Objetivos: Se ha demostrado que la hipertensión arterial (HTA) nocturna y la ausencia de descenso nocturno de presión arterial (PA) son importantes factores de riesgo cardiovascular. Se sabe que la albuminuria es un marcador subclínico de daño vascular en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1). Por ello, hemos analizado la relación existente entre albuminuria y la monitorización de PA de 24 horas en pacientes con DM1.

Material y métodos: Se estudió una cohorte de 47 pacientes con DM1 con una media de evolución de 28 años. Se realizó una monitorización de PA de 24 horas mediante Holter. Se recogió edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), años de evolución, hemoglobina glicosilada (HbA1C). La albuminuria fue definida como mayor o menor a 30 mg/g. Los patrones nocturnos de PA fueron categorizados según el descenso de la PA nocturna respecto a la diurna: *Dippers*: > 10%; *Non-dippers*: < 10-0%; *risers*: < 0%. La presión de pulso (PP) fue definida como la diferencia entre la PA sistólica y diastólica de 24 horas. Se consideró PA nocturna patológica si valores superiores a 120/70 mmHg.

Resultados: Se presentan en la tabla. En pacientes sin HTA en el Holter de 24 horas (n = 39) se comprobó que el 100% (8) de los que tenían un patrón *riser* presentaron albuminuria (p < 0,001).

Variables	Normoalbuminuria (n = 32)	Albuminuria (n = 15)	p
Sexo (varón/mujer) (%)	60/40	60/40	0,96
Edad (años)	40 ± 14	46 ± 16	0,22
IMC (kg/m ²)	23,8 ± 3	25,4 ± 5	0,3
Años de evolución de diabetes (años)	27,1 ± 16	31,1 ± 14	0,42
HbA1C (%)	7,7 ± 1	8 ± 1	0,39
Creatinina (mg/dL)	0,82 ± 0,12	1 ± 0,3	0,04
Filtrado MDRD (mL/min/1,73 m ²)	99,5 ± 18	81,6 ± 23	0,008
Albuminuria (mg/g)	6,3 ± 4,9	293,8 ± 337	0,000
Medicación antihipertensiva (%)	34,4	86,7	0,001
Nº de antihipertensivos (%)	0,3 ± 0,5	1,5 ± 1,1	0,002

Medicación antihipertensiva nocturna (%)	12,5	53,3	0,008
PA sistólica 24 horas (mmHg)	116 ± 8	127 ± 15	0,02
PA diastólica 24 horas (mmHg)	71 ± 6	75 ± 10	0,07
PA sistólica diurna(mmHg)	120 ± 7	130 ± 16	0,03
PA diastólica diurna(mmHg)	75 ± 5	78 ± 10	0,18
PA sistólica nocturna (mmHg)	106 ± 11	119 ± 16	0,002
PA diastólica nocturna (mmHg)	61 ± 7	68 ± 10	0,01
Frecuencia cardiaca (FC) 24 horas (lpm)	71 ± 10	76 ± 8	0,14
FC diurna (lpm)	75 ± 10	79 ± 9	0,24
FC nocturna (lpm)	62 ± 10	69 ± 9	0,03
Presión de pulso (mmHg)	45 ± 8	52 ± 11	0,051
Patrón Dipper/ <i>Riser+non-dipper</i> (%)	75/25	33,3/66,7	0,006
HTA nocturna (%)	15,6	46,7	0,02
<i>Riser+Non-dipper</i> y/o HTA nocturna (%)	25	80	0,000

Conclusiones: En nuestro estudio, encontramos una asociación entre albuminuria y PA sistólica nocturna elevada, inadecuado descenso nocturno de PA y frecuencia cardiaca nocturna elevada, lo que podría sugerir una mayor actividad del sistema simpático. Por tanto, parece lógico centrar los esfuerzos terapéuticos en una mejoría de la PA nocturna, conseguir un patrón *dipper* de PA y disminuir la frecuencia cardiaca en pacientes con DM1 para reducir la albuminuria y consecuentemente, el riesgo cardiovascular.