Rev Clin Esp. 2023;224(Supl 2):S81

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

1207 - FRECUENCIA DE HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA EN PACIENTES HIPERTENSOS SIN MEDICACIÓN PREVIA SEGÚN DIFERENTES DEFINICIONES

Daniela Hurtado Palma[1], *Ignacio Pareja Portalés*[1], *María Gil Pradas*[1], *Amparo Carmena de la Asunción*[1], *Zuri Montalar Mendoza*[1], *Sara Acámer Mateu*[1], *Fernando Martínez García*[2] *y Enrique Rodilla Sala*[1]

[1]*Hospital Universitario de Sagunto, Sagunto, España.* [2]*Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España.*

Resumen

Objetivos: Estimar la frecuencia de la hipertrofia ventricular izquierda según diferentes definiciones en los pacientes hipertensos de una Unidad de Hipertensión en un hospital comarcal.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo, de todos los pacientes consecutivos remitidos a la Unidad de Hipertensión (HTA) sin tratamiento previo, en los que hemos estudiado la frecuencia de hipertrofia ventricular izquierda (HVI) según diferentes definiciones: 1) masa ventricular ecográfica ajustada por talla (HVITALLA), 2) ajustada por superficie corporal (HVISC), 3) Producto de Cornell (HVIPCor), 4) onda R en aVL (HVIaVL), 5) Sokolov modificado (HVISmod) y 6) Sokolov clásico (HVIScl), según las definiciones de la ESH. Para el procesamiento y análisis estadístico se utilizó SPSS.

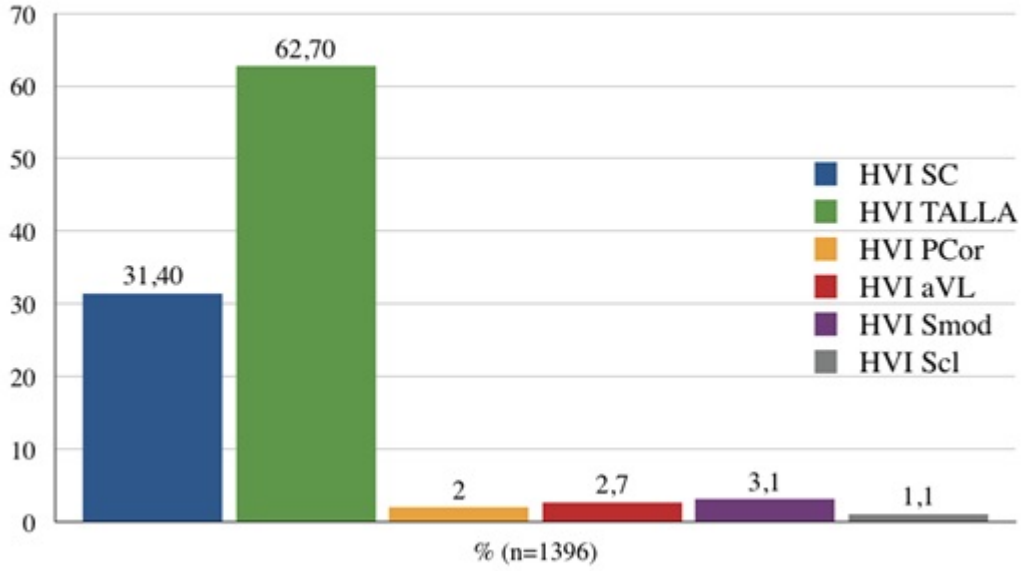
Resultados: Se incluyeron un total de 1396 pacientes, con una edad media de 47 años (DE 12,4), 712 mujeres y 684 hombres (51% y 49%, respectivamente). De los pacientes valorados en consulta, 639 (45,8%) presentaban HTA establecida, 381 (27,3%) HTA enmascarada, 5,7% HTA de bata blanca y 27,4% eran normotensos. La frecuencia más elevada se observó en HVITALLA, la menor en Sokolov clásico HVIScl. Si utilizáramos cualquier definición de HVI, la frecuencia global de HVI en nuestros pacientes sería de un 64,5%. Otros factores asociados a la hipertensión son edad, obesidad y tabaquismo. Se encontró una prevalencia variable HVI según las siguientes estimaciones:

Variable	**Valor**
Edad, años, media (DE)	47 (12,4)
Mujeres, n (%)	712 (51,0)
Tabaquismo, n (%)	354 (25,4)
PAS, mmHg, media (DE)	141 (13,43)
PAD, mmHg, media (DE)	97 (10,16)
PAS 24 horas, mmHg, media (DE)	132 (13,4)
PAD 24 horas, mmHg, media (DE)	84 (10,1)
Diabetes mellitus, n (%)	77 (5,5)
Sobrepeso, n (%)	626 (44,84)

Obesidad, n (%)	440 (31,5)

Tipo	Definición	N (%)
Normotensión	PAS 80 mmHg	297 (21,4%)
Hipertensión arterial	PAS ≥ 130/80 mmHg en MAPA y ≥ 140/90 mmHg clínica.	633 (45,5%)
Hipertensión de bata banca	PAS 140/90 mmHg en clínica	79 (5,7%)
Enmascarada	PAS ≥ 130/80 mmHg en MAPA y < 140/90 mmHg en clínica	381 (27,4%)

Gráfica 1. Prevalencia de HVI.



Conclusiones: Las lesiones subclínicas que definen el daño orgánico mediado por HTA (DOMH) representan marcadores intermedios de riesgo cardiovascular (CV) con valor pronóstico independiente de los factores de riesgo tradicionales. Su mera presencia ubica a los pacientes en la categoría de riesgo CV elevado. El DOMH más frecuente es la HVI. Sin embargo, su frecuencia depende de su definición. Nuestro estudio demuestra que hasta un 64,5% de los pacientes que debutan con HTA presentan algún tipo de HVI, siendo la HVI medida por ecocardiografía mucho más sensible que por ECG, por lo que urge incluir la ecocardiografía entre las medidas imprescindibles a la hora de estratificar de forma correcta y precoz el riesgo CV de pacientes hipertensos.

0014-2565 / © 2023, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.