



## IC-45. - HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA ESTABLE: PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ANALÍTICAS

G. Donaire<sup>1</sup>, M. Alzola<sup>2</sup>, J. Recio<sup>3</sup>, T. Soriano<sup>3</sup>, J. Pérez<sup>4</sup>, C. Pérez<sup>3</sup>, C. Profitós<sup>2</sup>, E. Galve<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General del Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat. Barcelona. <sup>2</sup>Enfermería Unidad de Insuficiencia Cardíaca, <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Unidad Insuficiencia Cardíaca, <sup>4</sup>Servicio de Cardiología. Unidad Insuficiencia Cardíaca. Hospital Universitari General Vall d'Hebron. Barcelona.

### Resumen

**Objetivos:** Analizar la prevalencia de hiperparatiroidismo secundario (HPT2) en una consulta específica de insuficiencia cardíaca (IC) y evaluar las características clínicas y analíticas.

**Métodos:** Estudio unicéntrico, prospectivo, observacional de una cohorte de 262 pacientes con diagnóstico de IC (criterios de SEC 2013), en situación de estabilidad clínica, controlados en la UIC del Hospital Vall d'Hebron entre febrero 2013 y marzo 2014. Se recogieron características epidemiológicas (sexo, edad), etiología, comorbilidades (EPOC, enfermedad cerebrovascular (ECV), arteriopatía periférica DM, HTA, insuficiencia renal (IR) (leve-moderada), clase funcional (NYHA), características ecocardiográficas (fracción de eyección (FE)) y analíticas (fósforo, PTH, calcio, vitamina D, aldosterona, renina, NT-proBNP, TnI, PCR, hemograma y función renal). Se excluyeron aquellos pacientes con insuficiencia renal grave (FG < 30 mL/min) y aquellos que recibían tratamiento con quelantes del calcio o vitamina D. Los resultados se expresan como medias y porcentajes. Para el análisis de las variables categóricas se ha utilizado el test de la Chi-cuadrado y el test de Student para las variables continuas. Se han considerado significativos los valores de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyeron un total de 262 pacientes (36,3% mujeres y 63,7% hombres), con una edad media de  $71,06 \pm 11,21$  años. Los enfermos con HPT2 tenían una edad significativamente mayor ( $71,7 \pm 12,16$  vs  $68,04 \pm 12,22$  años,  $p = 0,02$ ). La etiología fue mayoritariamente cardiopatía isquémica seguida de hipertensiva. 180 pacientes (68,7%) tenían HPT2 (60,6% varones). Los pacientes con HPT2 no presentaron diferencias significativas en las siguientes comorbilidades: HTA 75,5% vs 67,1% ( $p = 0,2$ ), EPOC 28,9% vs 32,9% ( $p = 0,5$ ), ECV 10,2% vs 15,9% ( $p = 0,17$ ) y arteriopatía periférica 12,2% vs 13,4% ( $p = 0,78$ ). Se encontraron diferencias significativas para DM, con una mayor prevalencia en los enfermos no diabéticos (58,3% vs 41,7% en diabéticos,  $p = 0,03$ ). No se encontraron diferencias entre la etiología, clase funcional ni FEVI. En cuanto a los parámetros analíticos los enfermos con HPT2 presentaron diferencias significativas en los valores del FG ( $59,76 \pm 20,88$  vs  $72,17 \pm 17,54$ ,  $p < 0,001$ ), valores de vitamina D ( $13,46 \pm 6,63$  vs  $17,07 \pm 7,87$ ,  $p < 0,001$ ) y con las cifras de TnI ( $p < 0,001$ ) No se encontraron diferencias entre los niveles de calcio, fósforo, renina ni aldosterona.

*Discusión:* La presencia de hiperparatiroidismo secundario en pacientes con IRC ha demostrado ser un factor de riesgo para una mala evolución de los pacientes nefrológicos. Existe un creciente interés en la implicación de esta hormona como marcador de gravedad y posible marcador pronóstico de los pacientes con IC. Por ello, nuestro estudio pretende analizar la prevalencia de HPT2 en pacientes sin IR grave y con IC como enfermedad de base. Los resultados muestran una prevalencia elevada de HPT2 y déficit de vitamina D en nuestros pacientes relacionada con la edad y el grado de insuficiencia renal, sin relación con la calcemia. La presencia de diabetes se ha acompañado de una menor prevalencia de HPT2.

*Conclusiones:* La prevalencia de HPT2 y déficit de vitamina D es elevada en pacientes con IC estable sin IR grave. Según nuestros resultados la presencia de HPT2 no está relacionado con la gravedad clínica de la IC y no se acompaña de una disminución de la calcemia.