

---

## **Indicadores de hipertensión de bata blanca diagnosticada mediante automedida de la presión arterial domiciliaria**

**Objetivos.** Conocer qué variables clínicas se asociaban con una mayor probabilidad de diagnosticar hipertensión de bata blanca (HBB) empleando la automedida de la presión arterial domiciliaria (AMPAd). Los datos para la realización del estudio se

**Palabras clave:** Automedida domiciliaria de la presión arterial. Hipertensión de bata blanca. Medición ambulatoria de la presión arterial. Indicadores clínicos.

	HBB (n = 63)	Hipertensión mantenida (n = 118)	p
Sexo (% mujeres)	65,1	55,9	0,15
Edad (años)	55,2 ± 13,4	59,5 ± 10,2	< 0,05
Nivel de formación (%)			
Nivel I	54,8	69	
Nivel II	33,9	25	0,14
Nivel III	11,3	6	
Fumadores (%)	11,1	17,9	0,2
IMC	28,3 ± 5,0	28,2 ± 4,1	0,9
Duración de la HTA (meses)*	6,0 (1-98)	4,5 (1-96)	0,6
Diabetes mellitus (%)	9,5	9,3	0,57
Dislipidemia (%)	38,1	36,4	0,47
Creatinina (mg/dl)	0,87 ± 0,1	0,88 ± 0,1	0,52
Glucemia (mg/dl)	98,5 ± 20,5	100,4 ± 22,2	0,44
Colesterol (mg/dl)	225,9 ± 37,6	223,5 ± 35,0	0,66
Triglicéridos (mg/dl)	121,7 ± 72,8	133,1 ± 62,0	0,08
cHDL (mg/dl)	65,3 ± 18,8	57,4 ± 16,1	< 0,05
cLDL (mg/dl)	147,9 ± 38,5	145,6 ± 27,8	0,34
PA clínica			
Sistólica (mmHg)	148,5 ± 9,1	153,5 ± 9,1	< 0,001
Diastólica (mmHg)	88,1 ± 7,5	90,1 ± 8,4	0,16
Automedida domiciliaria			
Sistólica (mmHg)	120,6 ± 7,5	141,5 ± 10,2	< 0,001
Diastólica (mmHg)	74,1 ± 5,8	84,3 ± 7,0	< 0,001
MAPA diurna			
Sistólica (mmHg)	129,7 ± 9,5	137,4 ± 11,4	< 0,001
Diastólica (mmHg)	78,3 ± 8,5	83,0 ± 9,7	< 0,001
MAPA 24 horas			
Sistólica (mmHg)	125,5 ± 8,8	132,9 ± 10,9	< 0,001
Diastólica (mmHg)	74,9 ± 7,8	79,3 ± 9,3	< 0,001
MAPA nocturna			
Sistólica (mmHg)	116,7 ± 10,2	124,2 ± 12,4	< 0,001
Diastólica (mmHg)	67,0 ± 7,2	71,8 ± 9,8	< 0,001

HBB: hipertensión de bata blanca; IMC: índice de masa corporal; nivel de formación: nivel I (analfabetos y estudios primarios), nivel II (estudios secundarios), nivel III (estudios universitarios); PA: presión arterial; MAPA: medición ambulatoria de la presión arterial; cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad; cHDL: colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad.

\*Distribución no normal, se ha empleado la mediana (rango).

Las variables continuas se presentan como media ± desviación estándar.

obtuvieron de un trabajo previo<sup>1</sup>, cuyo protocolo fue descrito en otra publicación<sup>2</sup>.

**Diseño.** Estudio multicéntrico, descriptivo y comparativo.

**Emplazamiento.** Cuatro centros de atención primaria urbanos.

**Participantes:** Se seleccionó a 181 pacientes con hipertensión leve-moderada, recién diagnosticados y sin tratamiento farmacológico.

**Mediciones principales.** A cada paciente se le realizó una AMPAd y una medición

ambulatoria de la presión arterial (MAPA) como prueba de referencia. El punto de corte de normalidad para ambas pruebas fue < 135/85 mmHg. Las variables clínicas recogidas fueron: tabaquismo, índice de masa corporal, duración de la hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus, dislipidemia, parámetros bioquímicos en sangre y orina, cifras de presión arterial clínicas.

**Resultados.** Los pacientes diagnosticados de HBB mediante la AMPAd fueron 63 (34,8%; intervalo de confianza [IC] del

95%, 27,9-42,2%). Los resultados del análisis bivariable se pueden observar en la tabla 1. Los pacientes con HBB eran más jóvenes, con predominio del sexo femenino, tenían valores inferiores de presión arterial sistólica (PAS) en el consultorio y cifras más elevadas de colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (cHDL) que los pacientes con HTA. El análisis multivariable, cuando el diagnóstico de HBB mediante la AMPAd era la variable dependiente, mostró que los valores de cHDL (*odds ratio* [OR] = 1,03; IC del 95%, 1,01-1,06) y la PAS en el consultorio (OR = 0,69; IC del 95%, 0,54-0,87) eran variables indicadoras independientes de HBB.

**Discusión y conclusiones.** El problema del médico de atención primaria en el diagnóstico de la HBB radica en cómo se podría sospechar mediante los datos clínicos y de la anamnesis del paciente con la finalidad de no solicitar pruebas de MAPA indiscriminadamente a todo hipertenso recién diagnosticado. El principal hallazgo de nuestro estudio es que la probabilidad de presentar HBB cuando el diagnóstico se realiza con AMPAd disminuye cuando los valores de PAS en la consulta son mayores y cuando los valores de cHDL son más bajos.

Al igual que otros autores<sup>3,4</sup>, hemos observado que entre los pacientes con HBB predomina el sexo femenino. Pierdomenico et al<sup>5</sup>, en un estudio con MAPA observó que las concentraciones de triglicéridos eran significativamente menores en los pacientes con HBB. Sin embargo, no hemos encontrado ningún estudio donde el cHDL fuera variable predictora de HBB. Este resultado pudo deberse a la existencia de un menor porcentaje de fumadores y al predominio del sexo femenino.

Con la AMPAd, se ha observado que la probabilidad de presentar HBB es menor a medida que se incrementa el valor de la PAS en la consulta. Este hecho había sido descrito mediante la utilización de la MAPA como método diagnóstico<sup>4,6</sup>. A diferencia de otros estudios realizados con MAPA<sup>6</sup>, tener un bajo nivel educativo, no fumar y una corta duración de la hipertensión no fueron variables indicadoras de HBB.

Estos resultados deberán contrastarse en estudios realizados con un mayor número de pacientes.

**Joan Bayó Llibre<sup>a</sup>, Carme Roca Saumell<sup>a</sup>, Antoni Dalfó Baqué<sup>b</sup>, José M. Verdú Rotellar<sup>c</sup> y M. Montserrat Martín-Baranera<sup>d</sup>**

<sup>a</sup>Equipo de Atención Primaria (EAP) El Clot. SAP Dreta Eixample. ICS. Barcelona. España. <sup>b</sup>EAP Gòtic. SAP Litoral. ICS. Barcelona. España. <sup>c</sup>EAP Sant Martí. Servicio de Atención Primaria (SAP) Litoral. Institut Català de la Salut. Barcelona. España. <sup>d</sup>Unidad Clínico Epidemiológica. Consorci Sanitari Creu Roja d'Hospitalet. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). España.

Este trabajo ha sido financiado con una beca FIS (Fondo de Investigación Sanitaria) expediente PI03/0121 (28 de noviembre del 2003) y con los III Ajuts a la Recerca de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (11 de diciembre del 2003).

1. Bayó J, Roca C, Dalfó A, Cos FX, Martí MM, Botey A. Home blood pressure self-monitoring: diagnostic performance in white-coat hypertension. *Blood Press Monit.* 2006;11:47-52.
2. Bayó J, Roca C, Dalfó A, Cos FX, Martín MM, Botey A. Efectividad de la automedida de la presión arterial en el diagnóstico de la hipertensión clínica aislada. Justificación y diseño del estudio. *Aten Primaria.* 2005;35:208-12.
3. Vinyoles E, De la Figuera M. Características clínicas del hipertenso de bata blanca. *Med Clin (Barc).* 1995;105:287-91.
4. Verdecchia P, Palatini P, Schillaci G, Mormino P, Porcellati C, Pessina AC. Independent predictors of isolated clinic (white-coat) hypertension. *J Hypertens.* 2001;19:1015-20.
5. Pierdomenico SD, Lapenna D, Guglielmi MD, Antidormi T, Schiavone C, Cuccurullo F, et al. Target organ status and serum lipids in patients with white coat hypertension. *Hypertension.* 1995; 26:801-7.
6. Martínez MA, García-Puig J, Martín JC, Guallar-Castillon P, Aguirre de Carcer A, Torre A, et al. Frequency and determinants of white coat hypertension in mild to moderate hypertension: a primary care-based study. Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA)-Area 5 Working Group. *Am J Hypertens.* 1999;12:251-9.