

Medida de presión arterial: MAPA, AMPA, presión arterial central y presión de pulso

51. AUMENTO INVERNAL DE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA

C. Albaladejo Blanco¹, C. Cerna Arévalo¹, T. Vértiz Guidotti¹, I. Majeed¹, J. Sabater Pont¹, D. Pérez Morales¹, C. Pérez Pérez¹ y N. Montellà Jordana²

¹CAP Llefià, Badalona. ²Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Sabadell.

Objetivo: 1) Detectar diferencias estacionales entre los valores medios de presión arterial (PA) ambulatoria en pacientes con hipertensión arterial (HTA) estable. 2) Cuantificar dicha diferencia de PA entre los períodos verano-invierno y valorar sus posibles repercusiones terapéuticas.

Métodos: Tipo de estudio: descriptivo, longitudinal y prospectivo. Ámbito de estudio: atención primaria, centro de salud urbano. Criterios de selección: pacientes > 15 años diagnosticados de HTA pertenecientes a 4 consultas de Medicina de Familia, con buen control clínico de sus cifras tensionales (PA media en consulta < 140/90 mmHg) durante los 6 últimos meses y sin cambios en su pauta terapéutica habitual. Fuente de datos: historia clínica informatizada (programa e-cap). Período de estudio: 1ª fase en verano (julio-septiembre 2014) y 2ª fase en invierno (enero-marzo 2015). Variables: edad, sexo, factores de riesgo y enfermedades cardiovasculares; en las 2 fases: peso, actividad laboral, ejercicio físico, tratamiento farmacológico, mediciones de PA clínica y ambulatoria, datos climáticos ambientales (temperatura, presión atmosférica, humedad relativa). Dos aparatos validados internacionalmente para la realización de la monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) de 24 horas. De una muestra de 100 pacientes seleccionados aleatoriamente, tras las pérdidas iniciales (negativa a participar, imposibilidad horaria, vacaciones, patologías de base, etc.) quedaron 39 para la práctica de MAPA en la 1ª fase estival. Tras la prueba 12 pacientes fueron descartados por detectarse HTA enmascarada, situación que requería cambios terapéuticos inmediatos. De los 27 hipertensos candidatos para la 2ª fase invernal fallaron 4 (negativas, no presentados) de modo que sólo pudo realizarse MAPA a 23 pacientes, que fue la muestra finalmente analizada.

Resultados: Medias de temperatura, presión atmosférica y humedad relativa entre verano 2014/invierno 2015, respectivamente: 23,0/10,3 (diferencia -12,7 °C), 1014/1017 (diferencia +3 mBar) y 72/62 (diferencia -10%). Sobre 23 pacientes: edad media 63,8 ± 11 años, 57% hombres y 43% mujeres. Respecto al tratamiento farmacológico de base: 70% diuréticos, 70% IECA, 35% betabloqueantes, 22% calcioantagonistas y 4% alfabloqueantes; monoterapia 26% y combinaciones de ≥ 2 fármacos 74%. En la MAPA de 24 horas los valores globales mostraron PA sistólica +3,1 mmHg y PA diastólica +2,1 mmHg en invierno, aunque sin diferencias significativas respecto a las medias de verano. El aumento de la PA diurna invernal sí que presentó diferencias estadísticamente significativas: PA sistólica +5,5 mmHg ($p = 0,006$) y PA diastólica +3,7 mmHg ($p = 0,005$). En 5 pacientes (22%) el incremento de medias tensionales durante el período invernal precisó intensificar su tratamiento antihipertensivo de base.

Conclusiones: 1) A pesar de que las fluctuaciones térmicas entre verano-invierno fueron moderadas, por MAPA detectamos un aumento invernal de la PA media en hipertensos con buen control clínico y sin cambios en su pauta terapéutica. 2) La magnitud de este incremento tensional es discreta, pero estadísticamente significativa, y aunque afecta sólo a la PA diurna en algunos pacientes fue necesario optimizar su tratamiento farmacológico.

52. MAPA. EXPERIENCIA TRAS 120 PACIENTES. HOSPITAL DE SORIA

M.L. Álvarez Alejandro¹, A.E. Bello Ovalle¹, S. Moreno Loshuertos¹, R. López de la Fuente², R. Rodríguez López³, A.B. Martínez Díaz¹, M. Goñi Lara¹, G. García Mazalbeta¹, D.E. Vasquez Blandino¹ y M. Asensio Sánchez¹

¹Complejo Hospitalario de Soria, Soria. ²Centro de Salud de La Alamedilla, Salamanca. ³Laboratorio de Bioquímica y Biología Molecular, Salamanca.

Objetivo: La MAPA es una herramienta fundamental a la hora de diagnosticar y establecer un manejo adecuado de nuestros pacientes hipertensos. Iniciamos el programa de MAPA en el servicio de nefrología de Soria el 04/02/2009 y hasta el 08/10/2015. Hemos monitorizado un total de 120 pacientes, y obtenido 104 lecturas válidas para su análisis. Analizamos los datos obtenidos de la experiencia.

Métodos: Análisis descriptivo de 104 MAPAs de 24 horas válidos, obtenidos del estudio de 120 pacientes, a lo largo de más de 6 años.

Resultados: El número de MAPAs realizados ha aumentado año tras año; desde una media de 1,18 monitorizaciones/mes en 2009 hasta 2,6 MAPAs/mes en los últimos dos años. Nuestros pacientes son en su mayoría mujeres: 58 vs 48 hombres. Con una media de edad 57,31 años. 12,5% diabéticos y 87,5% no diabéticos. En cuanto a los motivos de solicitud destaca el "estudio patrón circadiano": 37,5% del total de peticiones, "HTA lábil/límite": 18,27%, "HTA alto riesgo" 14,42%, "HTA resistente 11,54%", "Eficacia de tratamiento" 10,58%, "sospecha de bata blanca" 5,77%, "HTA no tratada" 1,92%. Una vez analizados los MAPAs, 74 pacientes que eran hipertensos, precisaron un reajuste o inicio de tratamiento, y tan solo 7 pacientes hipertensos, no necesitaron un cambio de medicación. 23 no hipertensos sin tratamiento: 28,84% (recordemos que inicialmente un 5,77% se solicita por sospecha de bata blanca y un 18,27% por HTA lábil/lábil). Entre los diferentes patrones que aparecieron destaca la población "Non dipper" 48 (46,1%), seguidos por "Dipper 35" (33,6%), "Riser" 18 (17,3%) y "Extreme Dipper" 3 (2,9%). La presión arterial media durante 24 horas es de 134,12 (DE 16,85), la diastólica 79,76 (DE 11,99), Durante el periodo de actividad PAS 136,23 (DE 17,04) PADM 81,85 (DE 12,33), durante el periodo de descanso PASM 126,33 (DE 18,86) y PADM 71,94 (DE 12,12). La media de fármacos en la población analizada es de 1,46 fármacos. 36 pacientes en total sin tratamiento farmacológico previo (34%), de

los cuales 13 (12,5% del total de pacientes) necesitaron tratamiento, una vez valorados los resultados.

Conclusiones: El aumento de la demanda de la técnica en nuestro medio es reflejo de la utilidad clínica de la misma, y de la percepción favorable que los clínicos tienen de ella. Un amplio porcentaje de pacientes (71%), precisaron reajuste de medicación una vez realizado la MAPA. Existen pacientes que sin estar tratados farmacológicamente, precisaron de tratamiento farmacológico tras la prueba (12,5%). El fenómeno de bata blanca también está infravalorado en nuestra población. Esto puede llevar a medicar en exceso a algunos de nuestros pacientes. Por este motivo la MAPA constituye una medida eficiente.

53. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE UN GRUPO DE PACIENTES SOMETIDOS A UN ESTUDIO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL SEGÚN SU PATRÓN CIRCADIANO

V. Antoñana Sáenz¹, A. Villanueva Fortún¹, B. Lacruz Escalada¹, M. Mellado Ferreiro², G. Tiberio López¹, S. Clemos Matamoros¹, T. Carrasquer Pila¹, E. Ordóñez² y F. Jiménez Bermejo¹

¹Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario de Navarra B, Pamplona. ²Servicio de Medicina Interna, Hospital García Orcoyen, Estella, Navarra. ³Consulta de Riesgo Cardiovascular, Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Objetivo: Estudio del patrón circadiano de presión arterial de los pacientes sometidos a un estudio de monitorización de la presión arterial ambulatoria (MAPA) en una consulta de riesgo cardiovascular de un hospital terciario y descripción de sus características epidemiológicas y clínicas.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los datos obtenidos de una serie de estudios MAPA, realizados en la consulta de riesgo cardiovascular del Complejo Hospitalario de Navarra, realizando el análisis según los datos recogidos del banco central de datos Cardiorisc. Se describen los patrones circadianos como: patrón dipper aquellos pacientes con descenso de más del 10% de cifras nocturnas de presión arterial (PA) respecto a diurnas, extrem dipper cuando el descenso es mayor del 20%, non dipper cuando el descenso nocturno es menor del 10% con respecto al diurno y riser cuando no existe caída de PA nocturna o bien se produce ascenso de la misma respecto a la diurna.

Resultados: Se realizaron un total de 124 estudios MAPA, 67 de ellos eran hombres (54%) y 57 eran mujeres (46%) con una edad media de 54 años, siendo el patrón non-dipper con 51 (41%) pacientes el patrón más frecuente observado, seguido de dipper con 41 (33%), riser con 26 (21%), siendo el menos prevalente el patrón extrem dipper con 6 pacientes (5%). Entre de las características epidemiológicas y clínicas de cada patrón circadiano se observó que: Perfil non-dipper: varón (60%), edad media de 53 años, riesgo cardiovascular alto-muy alto en un 55% de los casos, con 2 o más factores de riesgo cardiovascular además de HTA (principalmente dislipemia y edad) en tratamiento en su mayoría con 1 o 2 fármacos. Perfil dipper: mujer (51%) o varón (49%), edad media de 49 años, riesgo cardiovascular bajo-moderado en el 60% de los casos, con 2 o menos factores de riesgo cardiovascular además de HTA (principalmente edad) en su mayoría sin tratamiento farmacológico o con 1 único fármaco. Perfil extrem dipper: varón (66%), edad media de 49 años, riesgo cardiovascular muy alto (50%), con 2 o más factores de riesgo cardiovascular además de HTA (principalmente tabaco y dislipemia) en tratamiento con 1 o 2 fármacos en su mayoría. Perfil riser: mujer (53%) o varón (46%), edad media de 63 años, riesgo cardiovascular alto-muy alto en el 62% de los casos, con 2 o más factores de riesgo cardiovascular (principalmente dislipemia y edad), en tratamiento con 3 o 4 fármacos en su mayoría.

Conclusiones: La presión arterial, sigue un patrón circadiano, con cifras de PA más elevadas durante el día (actividad) y más bajas por la noche (descanso). Cada vez existe más evidencia en la literatura de las implicaciones pronósticas que tiene pertenecer a uno u otro patrón con independencia de las cifras de PA. Así algunos estudios han objetivado que la ausencia de descenso nocturno de la PA se asocia con un peor pronóstico cardiovascular tanto en hipertensos como en población general, lo cual queda reflejado en nuestros pacientes.

54. LOS PACIENTES OBESOS TIENEN PEOR CONTROL DE LAS PRESIONES ARTERIALES CON INCREMENTO DE LAS PRESIONES CENTRALES Y DE LA RIGIDEZ ARTERIAL, A PESAR DE TRIPLE TERAPIA COMBINADA, COMPARADOS CON LOS NO OBESOS

R. Cabrera Sole, C. Turpin Lucas, L. Urrego Rivera, D. Calle Salazar y M. Aguilera Saldaña

Hospital General Universitario, Albacete.

Introducción: La obesidad es una situación cada vez más frecuente en el mundo actual, y se asocia a varias otras enfermedades como la hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus que empeora el pronóstico de estos enfermos. Los pacientes obesos hipertensos (POH) tienen peor control de la HTA, a pesar del tratamiento médico apropiadamente establecido. Sin embargo, hay escasos estudios sobre el comportamiento de las presiones centrales y de la rigidez arterial en estos pacientes. Nosotros hemos estudiado en el presente trabajo a una cohorte de POH y los hemos comparado con otros hipertensos no obesos tratados.

Objetivo: Evaluar las diferencias en el control de la HTA, rigidez arterial y de las presiones centrales en POH comparados con aquellos pacientes hipertensos no obesos (PHNO) con tratamiento estándar.

Métodos: Estudiamos a 68 POH (IMC >30, 65 ± 9 años, 48 mujeres y 20 varones) y los comparamos con otro grupo de 100 PHNO (IMC < 25, 67 ± 6 años de edad, 65 mujeres y 45 varones), quienes recibieron el tratamiento estándar establecido por su médico general para mantener las tensiones arteriales por debajo de 140/90 en consultas. A todos se les realizó un holter de tensión arterial de 24h, para medir las tensiones arteriales (PAS, PAD) y se les midió las presiones centrales sistólica y diastólicas (PASC, PADc) y el índice de aumento (AI) con la velocidad de onda del pulso (VOP), y se valoraron el número de medicamentos que tomaban. Los resultados se compararon y se presentan en las tablas.

| Tabla de resultados de tensiones arteriales en la consulta: | | | |
|---|--------------|---------------|-----------------|
| Datos | TA sistólica | TA diastólica | Nº medicamentos |
| POH | 142 ± 5* | 95 ± 4* | 3.5 ± 2 |
| PHNO | 134 ± 3 | 81 ± 3 | 2.2 ± 2 |

*Valor de p < 0,05.

| Tabla de resultados de tensiones centrales y rigidez arterial: | | | | |
|--|----------|---------|---------|---------|
| Datos | PASC | PADc | IA | VOP |
| POH | 125 ± 4* | 89 ± 4* | 38 ± 5* | 11 ± 3* |
| PHNO | 99 ± 3 | 79 ± 3 | 22 ± 3 | 6 ± 2 |

*Valor de p < 0,05.

Conclusiones: Evidentemente los POH tienen significativamente más dificultades para el control de la HTA, aun tomando más medicinas que los PHNO, lo que añadido al incremento también significativo de las presiones centrales y de los índices de rigidez arterial, los sitúa en grupos de alto riesgo cardiovascular, por lo que nuestra

insistencia en el adecuado control de peso de estos pacientes, debería ser aún mayor, a fin de reducir dicho riesgo.

55. PRESIÓN DE PULSO EN LOS SUJETOS HIPERTENSOS SEGÚN EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL. PRESCAP 2010

J.A. División Garrote¹, F.J. Alonso Moreno², S.M. Velilla Zancada³, J. Polo García⁴, A. García Lerín⁵, L.M. Artigao Ródenas⁶, T. Rama Martínez⁷, E. Carrasco Carrasco⁸, P. Beato Fernández⁹ y J.L. Carrasco Martín¹⁰

¹Centro de Salud Casas Ibáñez, Consultorio de Fuentealbilla, Albacete. ²Centro de Salud Sillería, Toledo. ³Centro de Salud Ancín, Navarra. ⁴Centro de Salud Casar de Cáceres, Cáceres. ⁵Centro de Salud Almendrales, Madrid. ⁶Centro de Salud Zona III, Albacete. ⁷CAP El Masnou-Alella, El Masnou, Barcelona. ⁸Centro de Salud Abarán, Murcia. ⁹CAP Premià, Barcelona. ¹⁰Centro de Salud La Lobilla, Estepona, Málaga.

Objetivo: Determinar la presión de pulso (PP) en los sujetos hipertensos tratados en atención primaria según el control de presión arterial (PA).

Métodos: Estudio transversal multicéntrico. Se seleccionaron 12.961 sujetos de ambos sexos de más de 18 años diagnosticados de HTA que seguían un tratamiento farmacológico antihipertensivo desde al menos tres meses antes de su inclusión en el estudio. Se incluyeron variables referentes a la edad, al sexo, a factores de riesgo cardiovascular asociados, a presencia de lesión de órgano diana o a otras enfermedades cardiovasculares conocidas. Se consideró que un individuo presentaba hipotensión cuando la presión arterial sistólica (PAS) era < 110 mmHg y/o la presión arterial diastólica (PAD) < 70 mmHg; PA controlada cuando tenía la PAS entre 110-139 mmHg y la PAD entre 70-89 mmHg y PA mal controlada cuando la PAS ≥ 140 mmHg y/o PAD ≥ 90 mmHg. Se calculó la PP como la diferencia entre la PAS y la PAD. Se consideró que un individuo presentaba una PP alta cuando la diferencia era ≥ 60 mmHg.

Resultados: La edad media de la población ha sido de 66,2 ± 11,4 años. Un 51,7% eran mujeres. La PA media fue de 135,8 ± 14,4/79,2 ± 9,4 mmHg. El 13,1% (IC95%: 12,4-13,6) de los individuos presentaban hipotensión. El 50,2% de los pacientes tenía PA bien controlada (IC95%: 49,4-51,04) y un 36,7% estaban mal controlados (IC95%: 35,9-37,5). La PA media fue de 126,2 ± 14,9/64,1 ± 4,5 mmHg en los individuos hipotensos; de 128,5 ± 7/78,2 ± 5,3 mmHg en los controlados y de 149,3 ± 11,7/85,9 ± 8,2 mmHg en los hipertensos mal controlados. La PP del total de la población fue de 56,6 ± 12,8. Presentaban una PP ≥ 60 mmHg el 31,6% de la población hipertensa bien controlada (IC95%: 30,6-32,6) y el 68,4% de la población hipertensa mal controlada (IC95%: 67,1-69,7).

Conclusiones: La prevalencia de la PP elevada es mayor en los hipertensos mal controlados. Este hecho puede indicar la presencia de daño vascular en estos individuos.

56. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS DIFERENTES MÉTODOS DE MEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL (AMPA, MAPA, PA CLÍNICO, PC Y VOP) EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA

G. Fernández Fresnedo, A. Bermúdez Cortes, M. Serrano y Z. Albines Fiesta

Servicio de Nefrología, Hospital Marqués de Valdecilla, Santander.

Objetivo: Los niveles de PA son un potente predictor de posibles eventos cardiovasculares, la medida fiable y reproducible de la PA es imprescindible en la práctica clínica diaria para el control y manejo de la hipertensión arterial. El objetivo principal de este estudio es comparar los diferentes métodos de medida de la PA en pacientes con ERC.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal en pacientes con ERC en estadio 3 y 4 de ambos sexos y edades comprendidas entre 35-85 años. Se recogieron variables demográficas de factores de riesgo CV (DM, HTA, DLP y eventos CV previos), también sus tratamientos actuales. A todos los pacientes se les midió PA en consulta según recomendaciones, se les realizó MAPA, se les recomendó tomarse la PA en su domicilio mediante AMPA. Se realizó determinación de VOP y presión central.

Resultados: Se reclutaron 16 pacientes con una edad media $69,88 \pm 12,99$ años, siendo varones el 62,5% y mujeres el 37,5%. Todos los sujetos estaban diagnosticados de ERC 3 o 4 presentando un 62,5% estadio 3 ($n = 10$) y un 37,5% estadio 4 ($n = 6$). EL IMC medio fue de $26,72 \pm 2,92$ Kg/m². Un 37,5% de los pacientes eran diabéticos y un 37,5% ECV previa. Se registran cifras altas de PA en ambos estadios con una TAS más alta en proporción que la TAD, dato que se deduce de la PP elevada, que nos indica que en la muestra del estudio prevalece más la HSA. De hecho, ninguna de la TAD es superior al umbral de HTA marcado en > 90 mmHg en la toma en consulta. La PA media tanto en AMPA como en MAPA son más bajas que en la PA medida en ambiente clínico y también objetivando PA más altas en la TAS que en la TAD, confirmando la HSA. A pesar del tratamiento, siguen teniendo una TAS media en rango de hipertensión, mientras que la TAD media está dentro de los valores de normalidad. Comparando la PA en el periodo diurno y nocturno, presentan ambos grupos un porcentaje de reducción medio que corresponde a un patrón "no dipper". Incluso un 18% de ellos se les eleva la PA por la noche, fenómeno de dipper inverso. En cuanto a la PC media, el estadio 3 tiene valores mayores que el estadio 4, con unos valores de 135 mmHg y 130 mmHg respectivamente. En cuanto a la VOP, todos tienen valores por encima de 10 m/seg y con mayor elevación en los pacientes del grupo de ERC estadio 4, confirmando que este grupo tiene mayor riesgo CV que el de estadio 3. El 13,3% de la muestra tiene HTA de bata blanca y otro 13,3% son sujetos con HTA enmascarada.

Conclusiones: En el estudio realizado se objetiva que los sujetos con ERC, el tipo de HTA que padecen es la HTA sistólica aislada. Como son sujetos con ERC que asocia ya de por sí un alto riesgo CV que junto a la media de edad alta de los sujetos ($69,88 \pm 12,99$ años), hacen probable que tengan las paredes arteriales muy rígidas. La realización de la VOP con unos valores > 10 m/segundos en todos los pacientes confirma la rigidez arterial sospechada en estos sujetos con ERC.

57. RELACIÓN ENTRE VARIABILIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA Y DETERIORO COGNITIVO EN SUJETOS ≥ 60 AÑOS EN ESPAÑA

T. Gijón Conde¹, A. Graciani², J.J. de la Cruz² y J.R. Banegas²

¹Centro de Salud Cerro del Aire, Departamento de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Majadahonda, Madrid.

²Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid/IdiPaz, Madrid.

Introducción y objetivo: La relación entre presión arterial (PA) y deterioro cognitivo (DC) es objeto de creciente interés. En este estudio se plantea estudiar la relación entre la variabilidad diurna, nocturna y circadiana de la PA por monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) y la función cognitiva.

Métodos: Se estudió a sujetos ≥ 60 años del Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular (ENRICA) de España, a los que se les realizó tres mediciones de PA convencional y MAPA de 24 horas en 2012-2013. Se calcularon las medias de PA en 24 horas, diurna y nocturna. La variabilidad de la PA se calculó como la desviación estándar (DE) y el coeficiente de variación (CV) (DE/media PA $\times 100$) en cada periodo horario. Se consideró variabilidad alta si la DE de la PA sistólica diurna y nocturna era \geq percentil 75 (p75). Se analizó la

variabilidad circadiana según la proporción de descenso de PA sistólica diurna/nocturna. Se consideró DC si la puntuación del examen Mini-Mental State Evaluation (MMSS) era ≤ 25 .

Resultados: Se analizaron 1.047 sujetos (edad media $60,3 \pm 14,8$ años, 48,2% varones). El 67,1% eran hipertensos, estando tratados con fármacos antihipertensivos el 87,6% de los mismos. El 61,4% no tenían estudios o eran primarios. La proporción de factores de riesgo fue: obesidad 26,9%, obesidad abdominal 47,1%, hiperlipemia 49,5%, tabaquismo 11,1% y diabetes 17,9%. El 5,7% tenían historia de enfermedad cardiovascular. El 8,2% tenían DC, el 8,1% presentaban dificultad para las actividades instrumentales de la vida diaria, y el 26,3% tenían usualmente sueño de mala calidad. En comparación con los sujetos con MMSS >25 puntos, aquellos con DC tenían significativamente mayor variabilidad de la PA sistólica. La desviación estándar media del periodo diurno fue 13,1 mmHg (vs 12,3 mmHg) y en periodo nocturno fue 11,9 mmHg (vs 10,6 mmHg; $p < 0,05$ en ambos periodos); la variabilidad de la PA diastólica fue también significativamente mayor en sujetos con DC en el periodo diurno (9,3 vs 8,6 mmHg, $p < 0,05$) pero no en el periodo nocturno (7,4 vs 7,4 mmHg, $p = 0,85$). En comparación con los sujetos sin DC, aquellos con DC presentaron significativamente mayor proporción de sujetos con variabilidad de la PA sistólica $>p75$ tanto en los periodos diurno (40,7% vs 23,6%, $p < 0,001$) como nocturno (36% vs 24%, $p = 0,014$). La proporción de sujetos con variabilidad de la PA diastólica $>p75$ fue mayor en el periodo diurno (39,5% vs 23,8%, $p = 0,001$) y menor pero no significativa en el nocturno (19,8% vs 25,5%, $p = 0,24$). Estas diferencias se mantuvieron para la variabilidad sistólica diurna en los no hipertensos y para la variabilidad sistólica diurna, nocturna y diastólica diurna en los hipertensos. Los sujetos con DC tenían mayor proporción de patrón no dipper que aquellos sin DC (80,2% vs 67,1%, $p = 0,012$). Estas diferencias se mantuvieron solamente en sujetos hipertensos (84,7% vs 66,9%, $p = 0,005$). La ratio de la PA sistólica noche/día fue significativamente mayor en sujetos con DC (0,95 vs 0,93, $p = 0,005$). Las variables asociadas a DC ajustando por edad, sexo, cifras de PA convencional y en periodos diurno y nocturno fueron: la edad: odds ratio (OR) 7,45 (IC95% 1,03 a 57,59; $p = 0,047$), el nivel de estudios (sin estudios o primarios/medios o superiores): (OR 5,75; IC95% 2,78 a 11,90; $p < 0,001$), dificultad para las actividades instrumentales de la vida diaria (sí/no) (OR 5,46; IC95% 3,05 a 9,79; $p < 0,001$), la PA ambulatoria diurna (OR 0,96; IC95% 0,93 a 0,99; $p = 0,012$), la PA ambulatoria nocturna (OR 1,04; IC95% 1,01 a 1,06; $p = 0,009$), la DE de la PA sistólica nocturna (OR 1,19; IC95% 1,08 a 1,31; $p = 0,001$), y la DE de la PA diastólica nocturna (OR 0,84; IC95% 0,73 a 0,96; $p = 0,010$). Estas asociaciones se mantuvieron en sujetos hipertensos y no permaneció en sujetos sin hipertensión.

Conclusiones: En esta amplia muestra de base poblacional, los sujetos con DC presentan significativamente mayor variabilidad de la PA sistólica diurna sean o no hipertensos, y mayor variabilidad de la PA sistólica diurna y nocturna y diastólica diurna en hipertensos. Existe así mismo alteración de la variabilidad circadiana en hipertensos con DC. La variabilidad nocturna de la PA se asocia significativamente al DC independientemente de las cifras de PA y otras covariables.

58. ASOCIACIÓN DE RIGIDEZ ARTERIAL Y PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTE CON RIESGO INTERMEDIO. ESTUDIO MARK

L. Gómez Sánchez, J.I. Rodríguez Recio, M. Gómez Sánchez, C. Agudo Conde, A. de Cabo Laso, B. Sánchez Salgado, C. Rodríguez Martín, C. Montero Sánchez, J.A. Maderuelo Fernández y L. García Ortiz

Unidad de Investigación de La Alamedilla, Salamanca.

Objetivo: El Cardio-Ankle Vascular Index (CAVI) se ha considerado como una medida de rigidez arterial más independiente de la cifras de presión arterial en el momento de la medida. El objetivo de este

estudio es analizar la asociación existente entre el CAVI y la VOP con las medidas de presión arterial en la consulta y en el domicilio en sujetos con riesgo cardiovascular intermedio estimado con escalas.

Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal. Realizado en 6 centros de salud en 3 comunidades autónomas (Cataluña, Castilla y León y Baleares). Incluyendo, 2.495 sujetos con riesgo cardiovascular intermedio establecido por REGICOR ($7,45 \pm 3,41$) o por SCORE ($3,54 \pm 2,72$). Se midieron la presión arterial en la consulta y durante 3 días mañana y noche en el domicilio del paciente. La función vascular se analizó midiendo con el "Cardio-Ankle-Vascular-Index" (CAVI) y la velocidad de la onda de pulso brazo tobillo (VOP-bt) con el dispositivo VaSera. Los pacientes que presentaban un ITB alterado (111) fueron excluidos del análisis.

Resultados: Edad media global fue de $61,34 \pm 10,90$. Eran varones 61,7%. Fumadores 27,7%, diabéticos 34,8%, hipertensos 72,5%; hipertépicos 66,8% y obesos el 36%. CAVI > 9 51,2% y VOP > 17,5 un 16,5%. El CAVI fue $8,93 \pm 2,23$ y la VOP-bt: $15,24 \pm 3,08$. Los pacientes con CAVI > 9 tenían mayor edad, más porcentaje de varones y de diabetes y cifras mayores de HDL, LDL, HBA1c, PAS, presión de pulso y un mayor consumo de fármacos antihipertensivos, antidiabéticos e hipolipemiantes. Presentando menor IMC, circunferencia de la cintura, colesterol total. TGC y menor porcentaje de fumadores, obesos, hipertensos y dispépicos. Los pacientes con VOP > 17,5 tenían mayor edad, más porcentaje de hipertensos y de diabetes y cifras mayores de HDL, HBA1c, PAS, diastólica, presión de pulso y un mayor consumo de fármacos antihipertensivos, antidiabéticos e hipolipemiantes. Presentando menor IMC, colesterol total, LDL, y menor porcentaje de fumadores, y dispépicos. El CAVI presento correlación positiva con la PAS y con la presión de pulso clínica y en domicilio (oscilando entre $r = 0,278$ con la PP en domicilio y $r = 0,225$ con la presión diastólica en domicilio), la VOP también presento correlación + con la presión arterial diastólica (oscilando entre $r = 0,400$ con la PAS clínica y $r = 0,099$ con la PAD en domicilio). En el análisis de regresión múltiple la asociación entre las medidas de rigidez con las cifras de presión arterial tras ajustarla por edad, sexo, IMC, consumo de alcohol, tasa de filtrado glomerular, fármacos antihipertensivos, hipoglucemiantes, hipolipemiantes y ser o no fumador, obeso, hipertenso, diabético o dispéptico se mantenía la asociación de la VOP y del CAVI con todas las medidas de presión arterial. La asocian de la VOP con la presión clínica fue: PAS: $\beta 0,64$ (IC95% 0,57-0,60) y PAD: $\beta 0,68$ (IC95% 0,56-0,79) y con AMPA PAS: $\beta 0,53$ (IC95% 0,45-0,61) y PAD: $\beta 0,44$ (IC95% 0,33-0,58). La asocian del CAVI con la presión clínica fue: PAS: $\beta 0,15$ (IC95% 0,13-0,18) y PAD: $\beta 0,17$ (IC95% 0,12-0,21) y con AMPA PAS: $\beta 0,13$ (IC95% 0,10-0,16) y PAD: $\beta 0,12$ (IC95% 0,07-0,17).

Conclusiones: El CAVI y la VOP se asocian con la presión arterial clínica y en el domicilio del paciente. Aunque esta asociación es menor con el CAVI, lo que puede sugerir que esta medida de rigidez arterial esta menos influenciado por la cifras de presión arterial.

59. MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL (MAPA): CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DE UN HOSPITAL COMARCAL DURANTE UN AÑO

M. Arteaga Mazuelas, V. Jarne Betrán, A.I. Colomo Cambra, M. Mellado Ferreiro, D. Etxeberria Lekuona, A. García de la Peña Urtasun, M. Toni García, M.L. Abinzano Guillén y M.E. Monterrubio Murugarren

Hospital García Orcoyen, Estella.

Objetivo: Describir las características de los pacientes a los que se les ha solicitado una MAPA desde consulta especializada de un hospital comarcal, sin Unidad de Alto Riesgo Cardiovascular, durante un año.

Métodos: Estudio, descriptivo y retrospectivo, de los datos de los pacientes y de las MAPA que se realizaron durante el 2014, des-

de consulta especializada (Cardiología, Endocrinología y Medicina Interna) del Hospital García Orcoyen.

Resultados: Durante 2014 se solicitaron 55 MAPA, de las cuales 46 (83,6%) fueron de buena calidad. 44 (80%) fueron solicitados por Medicina Interna, 7 (12,7%) por Cardiología y 4 (7,3%) por Endocrinología. Los motivos de realización de la MAPA fueron: 29 (52,7%) control PA, 7 (12,7%) sospecha de bata blanca, 4 (4,3%) labilidad de la PA y 15 (27,3%) otros motivos. La edad media era de 64,2 años y 32 pacientes (58,2%) fueron varones. El IMC medio fue de 29,41, en 38 (86,4%) casos el IMC ≥ 25 , y en 19 (43,2%) IMC ≥ 30 (en 11 casos no se midió). En cuanto a otros FRCV, 12 (21,8%) eran fumadores, 14 (25,5%) exfumadores y 29 (52,7%) no fumaban, 32 (58,2%) tenían dislipemia, 16 (29%) eran diabéticos y en 4 (7,3%) existía historia familiar de enfermedad cardiovascular precoz. En 38 (69,2%) casos los pacientes no tenían ningún evento cardiovascular, en 12 (21,8%) al menos uno y en 5 (9%) dos o más. Revisando los eventos, en 4 (7,3%) casos presentaban cardiopatía isquémica, 7 (12,3%) insuficiencia cardiaca, 4 (7,3%) insuficiencia renal (FG < 30), 6 (10,9%) enfermedad cerebrovascular y 3 (5,45%), arteriopatía periférica. Las PASM en consulta fue de 152 mmHg y la PADM de 86,36 mmHg (3 casos perdidos). La PASM de 24 h fue de 128,74 mmHg y la PADM 24 h fue de 69,85 mmHg. La PASM durante el día fue de 131,36 mmHg y la PADM fue de 71,98 mmHg, mientras que la PASM durante la noche fue de 122,31 mmHg y la PADM noche fue de 64,76 mmHg. En 26 (47,3%) casos la PA por MAPA estaba controlada. En 1 caso se detectó HTA enmascarada y en 4 HTA de bata blanca. En cuanto al perfil circadiano, 34 (61,8%) presentaron un patrón no dipper, 15 (27,3%) dipper, 6 (10,9%) dipper extremo y ninguno riser. Respecto al tratamiento, 13 (23,6%) estaban tratados con un fármaco, 13 (23,6%) con dos, 12 (21,8%) con tres, 5 (9%) con cuatro o más y 12 (21,8%) sin ninguno. Por orden de frecuencia de uso: ARA2 27 (49,1%), diurético 22 (40%), IECA 17 (30,9%), ACA 15 (27,3%), β bloqueante 11 (20%), α bloqueante 5 (9,1%), antagonista aldosterona 1 (1,8%). En 40 (72,7%) casos tomaban IECA o ARA2, la combinación IECA/ARAII con ACA se dio en 15 (27,3%) y la combinación IECA/ARA2, ACA y diurético en 10 (18,2%).

Conclusiones: 1. El perfil del paciente al que se realiza una MAPA es el de un varón mayor de 60 años, dispéptico, con sobrepeso y sin eventos cardiovasculares. 2. Las cifras PAM obtenidas por MAPA fueron inferiores a las observadas en la clínica. 3. El perfil circadiano más prevalente fue el no dipper, lo que nos tendría que llevar a optimizar la cronoterapia. 4. La mayor parte de las MAPA fueron solicitados por Medicina Interna para valorar el control de la misma y únicamente en el 47% estaba controlada.

60. HIPERTENSIÓN ARTERIAL ENMASCARADA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE BATA BLANCA EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A ESTUDIO DE MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

B. Lacruz Escalada¹, V. Antoñana Sáenz¹, A. Villanueva Fortún¹, M. Mellado Ferreiro², G. Tiberio López¹, J. Sánchez Álvarez¹, J.M. Aréjola Salinas¹ y E. Ordóñez³

¹Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario de Navarra B, Pamplona. ²Servicio de Medicina Interna, Hospital García Orcoyen, Estella. ³Consulta de Medicina Interna-Riesgo Cardiovascular, Pamplona.

Objetivo: Determinar la prevalencia de hipertensión arterial enmascarada (HTAEM) e hipertensión arterial de bata blanca (HBB) en un grupo de pacientes sometidos a un estudio de monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) en la consulta de riesgo cardiovascular de un hospital terciario. Describir las características epidemiológicas y clínicas de éstos pacientes.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los datos obtenidos de los estudios MAPA realizados en la consulta de riesgo cardio-

vascular del Complejo Hospitalario de Navarra a pacientes con HTAEM e HBB. Los análisis se realizaron en el banco central de datos Cardiorisc.

Resultados: Se han realizado 124 estudios MAPA en la consulta de riesgo cardiovascular, el 75% de ellos eran de buena o muy buena calidad. Entre los pacientes registrados 67 eran hombres y 57 mujeres, un 46,8% tenían 60 o más años. La mayoría de los MAPAs se indicaron para estudiar el patrón circadiano (65,9%) y evaluar la eficacia del tratamiento (19,7%), muy pocos (2,3%) para evaluar el fenómeno de bata blanca. El grupo de los pacientes con HTAEM representa el 9,68% del total (n = 12). En éste grupo el 50% eran hombres y el 50% mujeres, la edad media era de 55 años. El 33,33% tenían obesidad y 33,33% sobrepeso. En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular; todos eran hipertensos, el 33,33% tenían presencia de perímetro abdominal (H > 102 cm), el 41,6% edad (H > 55 y M > 65 años), 33,33% dislipemia, 33,33% tabaquismo, 16,66% diabetes, 16,66% antecedentes de enfermedad cardiovascular (ECV) y 25% lesión de órgano diana. La media de las medidas de presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) de los 12 pacientes en la clínica fue de 126,41 y 73,54 mmHg respectivamente. La media de PAS y PAD en el estudio MAPA fue de 129,40 y 78,11 mmHg respectivamente. La mayoría de ellos tenían perfil non dipper (41,6%) en el estudio de perfil circadiano, seguido de perfil riser (33,33%) y dipper (25%). El grupo de pacientes con HBB representa el 15,32% del total (n = 19). La mayoría eran mujeres (57,89%) y el resto (42,10%) eran hombres, la edad media era de 56,42 años. El 42,10% tenían obesidad y 42,10% sobrepeso. En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular; todos eran hipertensos, el 47,36% perímetro abdominal (H > 102 cm), 52,63% edad (H > 55 y M > 65 años), 42,10% dislipemia, 21,05% tabaco, 10,52% diabetes, 26,31% antecedentes de ECV y 5,2% lesión de órgano diana. La media de PAS y PAD en la clínica fue de 152,23 y 89 mmHg respectivamente y la media de PAS y PAD en el estudio MAPA fue de 118,85 y 72,29 mmHg respectivamente. La mayoría tenían perfil non dipper (47,36%), seguido de perfil dipper (31,57%), riser (15,78%) y extreme dipper (5,2%).

Conclusiones: La prevalencia de HTAEM en ésta población es de 9,68%. La mayoría de ellos son adultos jóvenes con obesidad o sobrepeso similar a lo descrito en la literatura. Debido al elevado riesgo cardiovascular debemos tener en cuenta esta entidad y utilizar el MAPA para llegar a su diagnóstico de forma precoz. La prevalencia de HBB es de 15,32%. La mayoría son mujeres y el factor de riesgo más frecuente es la edad, similar a lo descrito en la literatura.

61. RELACIÓN ENTRE LOS PARÁMETROS DE LA MAPA Y LA PRESENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO

J.L. Lozano Polo, E. Cobo García, M. Lisa Gracia, J. Valbuena Balbas, D. Toresano López, T. Maestre Orozco, L. López Delgado, A. Cuesta Marín, C. Baldeón Conde e I. Santles González

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Objetivo: El objetivo del presente trabajo es describir la relación entre el síndrome metabólico (SM) según diferentes criterios y los parámetros de MAPA en un grupo de pacientes remitidos a la Unidad de Hipertensión de nuestro hospital.

Métodos: Se analizaron retrospectivamente 190 pacientes que habían sido remitidos a nuestra Unidad para estudio especializado de riesgo cardiovascular. Se recogieron datos epidemiológicos, antropométricos, analíticos y se registró la presencia de lesión en órgano diana (LOD) o enfermedad clínica (EC) establecida. Se estableció la presencia de SM según criterios de la IDF y de la ATP-III. A todos los pacientes se les realizó MAPA de 24h con un dispositivo SPACELABS 90207, registrando lecturas cada 20 minutos en período

de actividad (diurno) y cada 30 minutos en período de reposo (nocturno).

Resultados: Nuestros pacientes presentaban un rango de edad entre 18 y 93 años (media 59,29), 110 de los cuales eran varones (57,9%), 96 con dislipemia (51,61%), 79 con obesidad (41,6%) y 40 diabéticos (21,1%). Además 51 pacientes presentaban LOD (26,8%) y 37 pacientes (21,63%) EC o enfermedad renal establecida. Según criterios ATP-II o IDF presentaban SM 86 pacientes (44,7%) y 101 (53,2%), respectivamente. La presencia de SM se relacionó más claramente con la PA sistólica que con la diastólica. Además, esta relación fue más consistente con la PA en período de reposo (nocturno) independientemente de cuál fuera el criterio utilizado para el diagnóstico del SM, tal y como se muestra en la tabla.

| | IDF | | ATP-III | |
|-----------|-----------|----------|-----------|----------|
| | PAS | PAD | PAS | PAD |
| PA 24h | p < 0,005 | NS | p < 0,001 | NS |
| Actividad | p < 0,01 | NS | p < 0,01 | NS |
| Reposo | p < 0,001 | p < 0,05 | p < 0,001 | p < 0,05 |

Conclusiones: Existe una alta prevalencia de SM, en torno al 50%, entre los pacientes remitidos a una unidad especializada de HTA. La presencia de SM se relacionó más claramente con la PA sistólica que con la diastólica. Además, esta relación fue más consistente con la PA en período de reposo (nocturno) que con la PA en período de actividad (diurno). Aunque la concordancia entre ambas definiciones, como se ha descrito, es baja, su relación con los parámetros de la MAPA parece ser consistente.

62. EFECTO DE LA COLABORACIÓN ENTRE CENTRO DE SALUD Y FARMACIA COMUNITARIA APOYADA EN EL USO DE SPDS, EN EL CONTROL DE PA MEDIDAS CON MAPA: DISEÑO Y METODOLOGÍA

A. Martín Oliveros¹, I. Espigares Díaz², M. Samblás García¹, A. Aguilera Pedrosa², R. Salas Arrabal¹ y B. Ramírez Martínez²

¹Farmacia El Alcaide, Córdoba. ²Consultorio El Higuero, Córdoba.

Introducción: El estudio ENRICA demuestra cómo el 46.3% de los pacientes hipertensos están mal controlados y es esencial conocer en qué medida influye la falta de adherencia. Diversos estudios han demostrado la efectividad de la atención farmacéutica en la mejora de la adherencia. Aquí se pretende comprobar si la introducción del farmacéutico comunitario en el equipo de atención médica promueve mejores resultados clínicos y beneficios para el paciente hipertenso.

Objetivo: Evaluar si la colaboración entre centro de salud y farmacia comunitaria mejora la adherencia farmacológica y el control de la HTA en pacientes con incumplimiento terapéutico.

Métodos: Ensayo clínico controlado aleatorizado sobre una muestra de 240 pacientes hipertensos con tratamiento previo. Valoración inicial de adherencia al tratamiento con test de Morisky-Green y test de Batalla, seguido de control tensional mediante MAPA (monitorización ambulatoria de presión arterial) repetido a los 3 meses. El grupo de intervención (123) tendrá un seguimiento por sistema SPD (sistema personalizado de dosificación) en un trabajo conjunto entre el centro de salud y farmacia, comparando con grupo control (123) sin seguimiento. Emplazamiento: consultorio rural, farmacia comunitaria zona. Sujetos: hipertensos con tratamiento previo entre 40-70 años. Criterios inclusión: que consientan en participar. Incumplimiento terapéutico. Criterios exclusión: dependientes (Barthel⁹ < 100). Frágiles (Barber¹⁰ +). De-

terio cognitivo (Pfeiffer¹¹ ≥ 2). - Muestreo: aleatorio sistemático (grupo de intervención y control). Mediciones e intervenciones: MAPA, SPD. Test de Batalla, test Morisky-Green. Análisis estadístico: descriptivo, con análisis de la comparabilidad de ambos grupos por intención de tratar. La variable principal será el grado de control de HTA. Como variable secundaria se analizará el grado de cumplimiento terapéutico antes y después de la intervención, y por grupos. Las diferencias entre grupos y entre las visitas serán analizadas utilizando test estadísticos para muestras independientes, mientras que para los cambios dentro de grupos y entre visitas serán usados test para muestras relacionadas. Análisis multivariante, como variable dependiente la existencia o no de control de la TA en el paciente al final del período de estudio. Se valorará la bondad de ajuste del modelo mediante el test de Hosmer-Lemeshow. Se emplearán los programas estadísticos SPSS 17.0, y EPIDAT 3.1. Utilidad práctica: aplicables a la práctica clínica diaria. Incrementar la sensibilización de los profesionales de AP en cuanto a la importancia de una buena comunicación con la farmacia de zona en el manejo enfermedades crónicas. Contribuye a reducir las complicaciones asociadas a esta enfermedad, disminuyendo el gasto sanitario.

63. COMPARACIÓN ENTRE TOMA AISLADA DE TENSIÓN ARTERIAL EN CONSULTA Y MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE TENSIÓN ARTERIAL EN UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA Y RIESGO VASCULAR DEL ANCIANO

M. Moralejo Martín, M. Pumares Álvarez, R. Ruiz Ortega, G. López Castellanos, C. Sánchez Gallego y L. Manzano Espinosa
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivo: La prevalencia de hipertensión arterial (HTA) entre los pacientes con insuficiencia cardiaca y riesgo vascular es muy elevada (de aproximadamente 75% en estudios previos) por lo que su diagnóstico y tratamiento es un objetivo muy importante en las Unidades especializadas en seguimiento de este tipo de pacientes. Numerosos estudios avalan que la monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA) aporta mayor fiabilidad para el diagnóstico y seguimiento de los paciente hipertensos. En nuestro estudio intentamos ver si existen diferencias entre las medidas aisladas de tensión arterial (TA) en consulta y los valores obtenidos en MAPA, tanto en pacientes no hipertensos como en pacientes hipertensos ya diagnosticados.

Métodos: Escogemos una muestra de 337 pacientes atendidos en la consulta de insuficiencia cardiaca y riesgo vascular atendidos consecutivamente entre enero de 2013 y octubre de 2015. A todos los pacientes seleccionados se le realiza toma de TA aislada en la consulta previa y posterior a la colocación de MAPA y se revisa el tratamiento y su cumplimiento comprobando que este no ha sido modificado desde la realización del MAPA a la toma de TA en consulta. Analizamos las diferencias entre los valores de TA en consulta inmediatamente posterior a la realización del MAPA y la media de TA obtenida en el MAPA mediante t de Student en el global de pacientes y por subgrupos de pacientes hipertensos diagnosticados y de no hipertensos. Se utiliza el paquete estadístico SPSS 19.0.

Resultados: En nuestra muestra, los pacientes presentaban una edad media de $84 \pm 5,9$ años con una prevalencia de 89,6% de diagnóstico de hipertensión previo a la consulta. Como comorbilidades relevantes se aprecia un 78,8% de pacientes con insuficiencia cardiaca y un 56% de pacientes con FA (esta cifra está sesgada al tratarse de una unidad de IC). Se detectó una elevada prevalencia de diabetes (41,7%) y de dislipemia (39,5%). Tan solo encontramos un 18,1% de pacientes con insuficiencia cardiaca y un 15,3% de pacientes con EPOC. Se apreciaron diferencias significativas entre la medida de TA aislada en consulta y los valores de TA en MAPA siendo 10,1 mmHg

mayor la TA sistólica en consulta con respecto a la obtenida en el MAPA y 5,3 mmHg mayor la TA diastólica de consulta con respecto al MAPA, ambas con una $p < 0,001$. Esta diferencia se mantiene tanto en pacientes diagnosticados de HTA como en no diagnosticados (pacientes hipertensos: TA sistólica en consulta = 137 mmHg vs MAPA = 128 mmHg; TA diastólica en consulta = 74 mmHg vs MAPA = 69 mmHg; $p < 0,001$ en ambas. Pacientes no hipertensos: TA sistólica en consulta = 127 mmHg vs MAPA = 116 mmHg; TA diastólica en consulta = 71 mmHg vs MAPA = 64 mmHg; $p < 0,001$ en ambas).

Conclusiones: La toma de TA con MAPA muestra valores menores de TA tanto en pacientes hipertensos como sin diagnóstico de hipertensión, por lo que consideramos que la realización de MAPA es útil tanto para la discriminación de pacientes con HTA de bata blanca en pacientes sin diagnóstico de hipertensión, como para seguimiento de pacientes con hipertensión ya diagnosticada permitiendo un mejor ajuste de la medicación y evitando la sobredosificación por medidas aisladas elevadas con el riesgo de hipotensiones que conlleva.

64. PROYECTO KAIROS MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN FARMACIA COMUNITARIA: CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS ANCIANOS TRATADOS

O. Penín Álvarez¹, B. Villasuso², I. Blanco González¹, J.C. Rojo Fernández³, R. Vidal Gayoso³, B. Pascual Seara³, I. Gil Álvarez³, R. Pascua García³, E. González García⁴ y C. Calvo Gómez⁵

¹Farmacia Penín Celanova, Celanova, Ourense. ²Farmacia Villasuso Cores, Monfero, La Coruña. ³Centro de Salud Celanova, Celanova, Ourense. ⁴Centro de Salud Monfero, Monfero, La Coruña. ⁵Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) es un factor de riesgo vascular muy prevalente en la población anciana (> 65 años), llegando hasta cifras del 60%. ¿Podemos decir que está realmente controlada mediante el uso de métodos convencionales de medida de presión arterial (PA)?

Objetivo: 1. Conocer, mediante la realización de monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) en Farmacia Comunitaria (FC), el grado de control de la PA del paciente hipertenso anciano. 2. Identificación del perfil circadiano. 3. Identificación de hipertensión clínica aislada (HCA) e hipertensión enmascarada no controlada (masked uncontrolled hypertension: MUCH).

Métodos: Realizamos un muestreo consecutivo de los pacientes hipertensos ancianos con tratamiento farmacológico antihipertensivo atendidos en dos FC desde enero 2013 hasta octubre de 2015. Excluimos aquellos con fibrilación auricular y/o intolerancia al monitor. Se realizó Medida Aislada de PA en Farmacia Comunitaria (MAFC) y MAPA durante un mínimo de 29h a cada paciente. Se envió el informe obtenido al médico de atención primaria para su posterior valoración.

Resultados: La muestra resultante estuvo formada por 219 pacientes (47,9% mujeres edad media $71,5 \pm 5,4$ años). El grado de control con medida con MAFC (74 pacientes) es del 34% y con MAPA (98 pacientes) es del 45%. La prevalencia de patrón circadiano dipping en pacientes hipertensos ancianos fue de un 29,7%. 21 pacientes hipertensos controlados con MAFC ($< 140/90$) (9,6% del total) tuvieron cifras de $PA \geq 130/80$ en MAPA24h, y/o $\geq 135/85$ en MAPA-actividad y/o $\geq 120/70$ MAPA-nocturna, considerándose pacientes con hipertensión enmascarada no controlada (MUCH). 46 pacientes hipertensos no controlados en MAFC ($\geq 140/90$) (21% del total) tuvieron cifras de $PA < 130/80$ en MAPA24h, y $< 135/85$ en MAPA-actividad y $< 120/70$ MAPA-nocturna, considerándose pacientes con hipertensión clínica aislada (HCA).

Conclusiones: 1. El grado de control de la PA de pacientes hipertensos ancianos es mayor cuando se analiza mediante MAPA y debe ser el método de referencia para la determinación de la PA en el paciente anciano. 2. El perfil circadiano de los pacientes hipertensos ancianos es mayoritariamente non dipping. 3. La realización de MAPA en FC permite identificar la HCA y la MUCH en pacientes hipertensos ancianos tratados. La medida aislada de PA es inadecuada e insuficiente para optimizar el control de la HTA en estos pacientes.

65. PROYECTO KAIRÓS MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN FARMACIA COMUNITARIA: DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ENMASCARADA NO CONTROLADA

O. Penín Álvarez¹, B. Villasuso², I. Blanco González¹, J.C. Rojo Fernández³, B. Pascual Seara³, R. Vidal Gayoso³, R. Pascua García³, I. Gil Álvarez³, E. González García⁴ y C. Calvo Gómez⁵

¹Farmacia Penín Celanova, Celanova, Ourense. ²Farmacia Villasuso Cores, Monfero, La Coruña. ³Centro de Salud Celanova, Celanova, Ourense. ⁴Centro de Salud Monfero, Monfero, La Coruña. ⁵Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

Introducción: Alrededor de un 10% de la población general sufre hipertensión enmascarada. Se diagnostica por cifras de presión arterial (PA) inferiores a 140/90 mmHg en consulta pero monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) de 24 h \geq 130/80 mmHg y/o \geq 135/85 mmHg en MAPA actividad y/o \geq 120/70 mmHg en MAPA nocturno. Los adultos tratados con antihipertensivos que presentan hipertensión enmascarada no controlada ("masked uncontrolled hipertensión" o MUCH) tienen mayor riesgo vascular (RV) y probabilidad de daño de órgano diana.

Objetivo: 1. Identificación de MUCH en pacientes hipertensos tratados mediante la realización de MAPA en Farmacia Comunitaria (FC) y posterior valoración por el médico de Atención Primaria (AP). Determinación de PA nocturna y definición del perfil circadiano en pacientes con MUCH. 3. Identificación de factores de RV asociados a la población con MUCH.

Métodos: Se realizó un muestreo consecutivo de los pacientes con tratamiento antihipertensivo atendidos en dos farmacias comunitarias desde enero 2013 hasta octubre de 2015. Se excluyó aquellos con fibrilación auricular y/o intolerancia al monitor. Se realizó medida aislada de PA en Farmacia Comunitaria (MAFC) y MAPA de un mínimo de 29 h. Se envió el informe de resultados al médico para su posterior valoración. Los datos se expresan como media \pm desviación estándar.

Resultados: La muestra resultante estuvo formada por 436 pacientes (49% mujeres, edad $63 \pm 10,7$ años) 157 de esos pacientes (36% del total) eran hipertensos tratados controlados según MAFC (PA < 140/90). 51 pacientes de los hipertensos tratados controlados según MAFC (11,7% del total) tuvieron cifras de PA \geq 130/80 en MAPA24 h, y/o \geq 135/85 en MAPA actividad y/o \geq 120/70 MAPA nocturna, considerándose pacientes con MUCH. La prevalencia de patrón circadiano non dipping en los pacientes con MUCH fue de un 82,3%. Los valores medios de PA según MAPA nocturna en estos pacientes fueron de 125/70 mmHg. El 58,8% presentaban un IMC > 30, 15,7% eran fumadores y 23,5% eran diabéticos.

Conclusiones: 1. La realización de MAPA en FC permite identificar la hipertensión enmascarada no controlada (MUCH). La medida de PA en consulta es inadecuada e insuficiente para optimizar el control de estos pacientes. 2. El perfil circadiano de los pacientes con MUCH es mayoritariamente non dipping. La hipertensión enmascarada no controlada se debe frecuentemente al pobre control nocturno de la PA. 3. La prevalencia de obesidad (más del triple) y

diabetes (el doble) es superior en estos pacientes que en la población general española.

66. PROYECTO KAIRÓS MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN FARMACIA COMUNITARIA: PACIENTES HIPERTENSOS DIABÉTICOS VS HIPERTENSOS NO DIABÉTICOS

B. Villasuso Cores¹, O. Penín Álvarez², I. Blanco González², J.C. Rojo Fernández³, B. Pascual Seara³, R. Vidal Gayoso³, R. Pascua García³, I. Gil Álvarez³, E. González García⁴ y C. Calvo Gómez⁵

¹Farmacia Villasuso Cores, Monfero, La Coruña. ²Farmacia Penín Álvarez, Celanova, Ourense. ³Centro de Salud Celanova, Celanova, Ourense. ⁴Centro de Salud Monfero, Monfero, La Coruña. ⁵Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

Introducción: Un correcto control de los valores de presión arterial (PA) ha demostrado disminuir la morbimortalidad cardiovascular en los pacientes diabéticos hipertensos tratados. La monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) permite evaluar la PA en periodo de actividad (PAact), la PA nocturna (PAnoct) y la Pamedia de 24h (Pamed24h). La MAPA es el método de medida de PA que mejor define el riesgo cardiovascular.

Objetivo: 1. Comparar perfil circadiano de pacientes hipertensos tratados diabéticos (HTD) vs no diabéticos (HTND). 2. Comparar valores PAact, PAnoct y Pamed24h. 3. Comparar la prevalencia de hipertensión clínica aislada (HCA) e hipertensión enmascarada no controlada (MUCH).

Métodos: Realizamos un muestreo consecutivo de pacientes hipertensos con tratamiento farmacológico que asistieron a dos farmacias comunitarias gallegas desde enero 2013 a octubre de 2015. Se excluyeron aquellos con fibrilación auricular y/o intolerancia al monitor. La muestra resultante formó una cohorte a la que se realizó medida aislada de presión arterial en farmacia comunitaria (MAFC) y MAPA de 29 horas. Establecimos como valor límite cifras de PA < 140/85 mmHg para pacientes diabéticos y PA < 140/90 mmHg para no diabéticos para considerar PA controlada según MAFC y de PAact < 135/85 y PA noct < 120/70 y Pamed24h < 130/80 mmHg según MAPA. Los pacientes se derivaron al médico de Atención primaria para su posterior valoración. Los datos se expresan como media \pm DE.

Resultados: La muestra resultante estuvo formada por 101 pacientes HTD (edad media $67,2 \pm 8,5$ años, 37,7% mujeres) y 334 pacientes HTND (edad media $62,2 \pm 10,6$, 52,4% mujeres). La prevalencia de patrón circadiano non dipping en HTD fue de 72,3% frente a 60% en HTND. Los valores de PAact, PAnoct y Pamedia24h sistólica y diastólica fueron de $135 \pm 17/73 \pm 8,2$, $125 \pm 18/66 \pm 8,0$ $131 \pm 17/70 \pm 8,0$ respectivamente en HTD y de $127 \pm 12/77 \pm 9$, $116 \pm 12/67 \pm 8$, $123 \pm 11/75 \pm 9$ en HTND. 18 (17,8%) HTD no controlados con MAFC (> 140/85) tuvieron cifras de MAPA 24 horas con Pamedia24h < 130/80 y PAact < 135/85 y PAnoct < 120/70 considerándose pacientes con HCA, frente a 75 (22,45%) pacientes HTND. 13 (12,8%) pacientes de HTD controlados con MAFC (> 140/85) tuvieron cifras de MAPA 24 horas con Pamedia24h \geq 130/80 y/o PAact \geq 135/85 y/o PAnoct \geq 120/70, considerándose pacientes con MUCH frente a 36(10,7%) pacientes HTND.

Conclusiones: 1. El perfil circadiano non dipping es superior en HTD. El que la PA nocturna sea un importante predictor de posibles eventos cardiovasculares, confirma el valor pronóstico de la MAPA en el diagnóstico, control y seguimiento de estos pacientes. 2. Los valores de PAact, PAnoct y Pamedia24h son superiores en diabéticos que en no diabéticos. 3. La MUCH es más prevalente en pacientes diabéticos y la HCA es más prevalente entre los pacientes no diabéticos. Sólo el uso de MAPA permite identificar correctamente ambas entidades clínicas.

67. PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL MEDIDA EN FARMACIAS COMUNITARIAS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Z. Perseguer Torregrosa¹, M. Adell Alegre², V. Giner Galvañ³ y E. Rodilla Sala⁴

¹Farmacia Comunitaria Zeneida Perseguer, Petrer, Alicante. ²Farmacia Comunitaria Adell, Vinaroz, Castellón. ³Hospital de Alcoi, Servicio de Medicina Interna, Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular, Alcoi, Alicante. ⁴Hospital de Sagunto, Servicio de Medicina Interna, Unidad de HTA y Riesgo Vascular, Sagunto, Valencia.

Objetivo: La hipertensión arterial es una enfermedad infradiagnosticada, cuya prevalencia real es difícil de estimar tanto en encuestas poblacionales como en estudios observacionales en centros sanitarios. El objetivo del estudio es determinar la prevalencia de HTA, factores de riesgo y trastornos clínicos asociados en un ámbito sanitario asistencial no hospitalario como son las farmacias comunitarias.

Métodos: Estudio transversal, observacional, descriptivo y sin intervención en 32 farmacias comunitarias de la Comunidad Valenciana adscritas a SEFAC entre Noviembre 2015 y Abril 2016. La medición de la presión arterial se lleva a cabo mediante un tensiómetro validado (MOBIL-O-GRAPH, IEM®) de forma semiautomática, según las recomendaciones de la ESH, seguido de un cuestionario de 10 preguntas y una medición del perímetro de cintura como medida de la obesidad abdominal.

Resultados: En el primer mes de recogida de datos, se realizaron 638 mediciones. La edad media de los participantes fue de 56,5 ± 14,1 años, el porcentaje de hombres fue de 38,6%, con un IMC global de 28,5 kg/m². Se encontraron diferencias significativas entre mujeres y hombres en la PAS (126 vs 129, p = 0,019), PAD (78 vs 83, p < 0,001) y el perímetro de cintura (88 vs 100, p < 0,001), la prevalencia de HTA (35,5 vs 47,0%; OR = 1,6; IC: 1,12-2,30, p < 0,009) fue mayor en hombres que en mujeres, pero no la obesidad (41,9 vs 49,1%; OR = 0,75; IC: 0,54-1,04, p = 0,08) ni el tabaquismo (19,9 vs 14,8; OR = 1,4; IC: 0,94-2,18, p = 0,09). Las visitas relacionadas con la medición de la PA fueron del 35,4%, un 28,7% estaba siendo tratado con antihipertensivos, un 26,8% con hipolipemiantes y un 7,7% eran diabéticos conocidos. La prevalencia de cardiopatía isquémica fue del 6,0% y la de ACV de un 4,2%. Sólo el 45,7% de los pacientes estimaba subjetivamente que tenían su presión arterial controlada. Destaca el dato de que entre los participantes sin antecedentes de HTA, la prevalencia de cifras elevadas de PA fue del 25,3%, mientras que en los pacientes tratados la prevalencia de cifras elevadas fue del 29,2%.

Conclusiones: Este estudio muestra la capacidad de las farmacias comunitarias para determinar la presión arterial, factores de riesgo y trastornos clínicos asociados de forma sencilla y directa para detectar HTA no conocida previamente, así como para monitorizar el control de PA y fomentar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

68. PRESIÓN DE PULSO EN LOS SUJETOS HIPERTENSOS. PRESCAP 2010

M.A. Prieto Díaz¹, S.M. Vellilla Zancada², J.A. División Garrote³, J.L. Llisterri Caro⁴, G.C. Rodríguez Roca⁵, S. Cinza Sanjurjo⁶, V. Pallarés Carratalá⁷, D. Rey Aldana⁸, M.J. Frías Vargas⁹ y O. García Vallejo¹⁰

¹Centro de Salud Vallobín-La Florida, Oviedo, ²Centro de Salud Ancín, Navarra, ³Centro de Salud Casas Ibáñez, Consultorio de Fuentealbilla, Albacete, ⁴Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia, ⁵Centro de Salud Puebla de Montalbán, Toledo, ⁶Centro de Salud Porto do Son, A Coruña, ⁷Unidad

de Vigilancia de la Salud, Unión de Mutuas, Castellón, ⁸Centro de Salud A Estrada, Pontevedra, ⁹Consultorio Moraleja de Enmedio, Madrid, ¹⁰Centro de Salud Comillas, Madrid.

Objetivo: Determinar la presión de pulso (PP) en los sujetos hipertensos tratados en atención primaria.

Métodos: Estudio transversal multicéntrico. Se seleccionaron 12.961 sujetos de ambos sexos de más de 18 años diagnosticados de HTA que seguían un tratamiento farmacológico antihipertensivo desde al menos tres meses antes de su inclusión en el estudio. Se incluyeron variables referentes a la edad, al sexo, a factores de riesgo cardiovascular asociados, a presencia de lesión de órgano diana o a otras enfermedades cardiovasculares conocidas. Se consideró que un individuo presentaba hipertensión cuando la presión arterial sistólica (PAS) era < 110 mmHg y/o la presión arterial diastólica (PAD) < 70 mmHg; presión arterial (PA) controlada cuando tenía la PAS entre 110-139 mmHg y la PAD entre 70-89 mmHg y PA mal controlada cuando la PAS ≥ 140 mmHg y/o PAD ≥ 90 mmHg. Se calculó la PP como la diferencia entre la PAS y la PAD. Se consideró que un individuo presentaba una PP alta cuando la diferencia era ≥ 60 mmHg o cuando era ≥ 70 mmHg.

Resultados: La edad media de la población ha sido de 66,2 ± 11,4 años. Un 51,7% eran mujeres. La PA media fue de 135,8 ± 14,4/79,2 ± 9,4 mmHg. El 13,1% (IC95%: 12,4-13,6) de los individuos presentaban hipertensión. El 50,2% de los pacientes tenía PA bien controlada (IC95%: 49,4-51,04) y un 36,7% estaban mal controlados (IC95%: 35,9-37,5). La PA media fue de 126,2 ± 14,9/64,1 ± 4,5 mmHg en los individuos hipotensos; de 128,5 ± 7/78,2 ± 5,3 mmHg en los controlados y de 149,3 ± 11,7/85,9 ± 8,2 mmHg en los hipertensos mal controlados. La presión de pulso del total de la población fue de 56,6 ± 12,8. Los sujetos con hipertensión tenían una PP media de 62 ± 15,6; los controlados de 50,3 ± 7,6 y los hipertensos mal controlados de 63,3 ± 13 (p < 0,001). Los sujetos con PP ≥ 60 mmHg, y con PP ≥ 70 mmHg, presentaban con mayor frecuencia hipertensión (p < 0,001 en ambas).

Conclusiones: Parece que existe un fenómeno en U. Los sujetos hipertensos tratados que tienen hipotensión, o están mal controlados, presentan una mayor PP. Estos datos pueden sugerir que la hipotensión puede estar relacionada con el daño vascular y ser más una consecuencia que causa de enfermedad cardiovascular.

69. EL VALOR DE LA PRESIÓN DE PULSO EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA

M.J. Romero Castro, C. Ortiz Cortés, Z. Koukna, D.A. Chipayo Gonzales, P. Sánchez Calderón, L.E. Lezcano Gort, M.V. Mogollón Jiménez, G. Marcos Díaz, M.Y. Porras Ramos y J.J. Gómez Barrado

Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción y objetivo: La presión de pulso (PP) se define como la diferencia entre presión arterial sistólica (PAS) y la presión arterial diastólica (PAD). El incremento de la PP es un factor independiente de riesgo cardiovascular. El pulso que define la estenosis aórtica severa (EAS) es un pulso parvus et tardus que corresponde a PAS y PP disminuidos, este signo puede estar ausente en pacientes que presentan hipertensión arterial (HTA) sistémica. Analizar el comportamiento que presenta la PP en los pacientes con estenosis aórtica severa de nuestra muestra y su relación con la mortalidad fue el objetivo de este estudio.

Métodos: Estudio longitudinal retrospectivo que incluyó 58 pacientes con diagnóstico de EAS (área valvular < 1 cm²) mediante ecocardiografía entre los años 2008 y 2013 donde se midió la PP braquial que presentaban en el momento del diagnóstico de severidad, analizándose posteriormente la relación entre la PP y la mortalidad.

Resultados: Se identificaron un total de 58 pacientes con una media de edad de 74,3 años ($\pm 9,6$) de los cuales el 57% eran varones. El 60% tenían diagnóstico previo de hipertensión arterial (HTA), el 47% presentaba dislipemia, el 36% tenía enfermedad renal crónica (ERC), el 24% eran diabéticos tipo II y el 21% tenía historia de tabaquismo (incluidos fumadores activos o exfumadores). De todos los pacientes de la muestra la PA media fue de 127/73 mmHg ($\pm 23/11$), la PP media fue de 54,21 mmHg ($\pm 20,47$) y la mortalidad en los 8 años de seguimiento (desde 2008 a 2015) fue de 15,6%, de las cuales el 56% de las causas de muertes eran de origen cardiovascular. La PP media en los pacientes fallecidos fue de 43 mmHg ($\pm 18,26$) vs 56 mmHg (± 18) en los pacientes no fallecidos con una $p < 0,05$. La PA media en los pacientes fallecidos fue de 115/72 mmHg ($\pm 24/18$) y en los no fallecidos fue de 129/73 mmHg ($\pm 20/10$) con una $p > 0,05$.

Conclusiones: La PP baja en los pacientes con EAS de nuestra muestra se ha relacionado de manera estadísticamente significativa con un aumento de la mortalidad, de manera paradójica a lo que ocurre en pacientes sin dicha patología en los cuales la PP elevada constituye un factor independiente de riesgo cardiovascular. Este fenómeno puede ser debido a las presiones arteriales bajas tanto sistólicas como diastólicas que hallamos en los pacientes con estenosis aórtica severa, pudiendo implicar un estado avanzado de la estenosis y peor pronóstico de las mismas.

70. HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PERIODO POSTRASPLANTE RENAL INMEDIATO: CONCORDANCIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL CLÍNICA Y AMBULATORIA

J.C. Prado¹, A. López¹, G. Ruiz-Hurtado¹, M. Fernández², J.M. Aguado², A. Andrés¹, M. Praga¹, L.M. Ruilope¹ y J. Segura¹

¹Unidad de Hipertensión Arterial, Servicio de Nefrología, Instituto de Investigación i+12, Hospital 12 de Octubre, Madrid. ²Unidad de Enfermedades Infecciosas, Instituto de Investigación i+12, Hospital 12 de Octubre, Madrid.

La hipertensión arterial (HTA) afecta al 50-80% de los pacientes con un trasplante renal y contribuye de forma relevante en la morbilidad cardiovascular, mortalidad y supervivencia del injerto. La monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) mejora sustancialmente el conocimiento sobre las cifras de presión arterial (PA). Existe escasa información sobre la concordancia entre las cifras de PA clínica y ambulatoria en pacientes con trasplante renal en el periodo de postrasplante inmediato y su posterior influencia sobre el pronóstico cardiovascular. El objetivo de este trabajo es describir el grado de control de la hipertensión arterial según diferentes puntos de corte clínicos y su concordancia con la PA ambulatoria en pacientes trasplantados renales en el periodo de postrasplante inmediato. Se incluyen en este análisis 61 pacientes que habían recibido un trasplante renal en un plazo inferior a 30 días. Se realizó la medida de la PA clínica y MAPA de 24 horas mediante el dispositivo Mobil-O-Graph. Se definió control estándar como PAS/sistólica (S)/diastólica (D) $< 140/90$ mmHg y control estricto como PAS/PAD $< 130/80$ mmHg. Según el criterio de control estándar, 49,2% de los pacientes presentaban PAS y PAD controladas, 14,8% tenían sólo controlada la PAS, 19,7% tenían sólo controlada la PAD, y 16,4% no mostraba control alguno. Según el criterio estricto, los porcentajes de control eran 24,6%, 13,1%, 13,1% respectivamente, y el 49,2% no estaban controlados. Según la MAPA, el porcentaje de pacientes controlados en el periodo diurno (PAS < 135 y PAD < 85 mmHg) fue del 32,8%. El control en el periodo nocturno (PAS < 120 y PAD < 70 mmHg) se observó en el 6,7%. El control en 24 horas (PAS < 130 y PAD < 80 mmHg) se observó en el 24,6%. Al comparar el control clínico estricto con el control ambulatorio diurno se observó una concordancia del 72,2% entre ambas técnicas de medida, con un 21,3% de pacientes con HTA aislada en consulta y 6,6% de HTA enmascarada. Cuando se comparó el control clínico estándar

con el control ambulatorio diurno la concordancia se incrementó hasta un 75,4%, con sólo un 4,9% de HTA aislada en consulta pero con un incremento del porcentaje de HTA enmascarada del 19,7%. La concordancia entre ambas técnicas alcanzó un máximo del 77,1% al comparar el control clínico estricto con el control ambulatorio de 24 horas, con un 13,1% de HTA aislada en consulta y un 9,8% de HTA enmascarada. En conclusión, tanto la PA clínica como la MAPA muestran un porcentaje elevado de pacientes con trasplante renal reciente no controlados. El punto de corte clínico de 130/80 mmHg identifica adecuadamente un mayor porcentaje de pacientes. La HTA no controlada en el periodo nocturno es muy prevalente. La MAPA aporta información adicional de gran importancia en la evaluación de la HTA del paciente con trasplante renal reciente. Se requieren estudios longitudinales con MAPA para evaluar su impacto sobre el pronóstico cardiovascular.

71. PRESIÓN ARTERIAL NOCTURNA Y CALIDAD DEL SUEÑO

J. Sobrino¹, M. Doménech², A. Felip³, A. Mínguez⁴, A. Pelegrí⁵, F. Muñoz⁶, J. Vila⁷, M.J. Adrián¹, B. Batalla¹ y L. Matas⁸

¹Hospital Esperit Sant, Santa Coloma de Gramenet. ²Hospital Clínic, Barcelona. ³Hospital de Mataró, Mataró. ⁴Hospital de Igualada, Igualada. ⁵Hospital Sagrat Cor, Barcelona. ⁶Hospital de Mollet, Mollet. ⁷Hospital Municipal, Badalona. ⁸Hospital de Sant Pau, Barcelona.

Objetivo: Evaluar si la calidad del sueño mediante la Escala de Groningen (EG), en una cohorte de pacientes hipertensos atendidos en Servicios o Unidades de Hipertensión, se correlaciona con los valores de presión arterial nocturnos.

Métodos: Estudio observacional, trasversal, multicéntrico, realizado en 18 unidades de HTA y centros de atención primaria del territorio catalán. Los pacientes elegibles para el estudio, se seleccionaron de forma consecutiva y se procedió a la evaluación de la calidad del sueño mediante la EG en dos ocasiones: La primera antes de la colocación del dispositivo ambulatorio y la segunda, tras la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) de 24h. El rango de la EG se encuentra entre 0 y 14, de forma que una mayor puntuación indica una subjetiva peor calidad de sueño. En general, un rango entre 0-2 indica un sueño reparador, mientras que un rango ≥ 6 indica un sueño no reparador o mala calidad del sueño. Se definió como HTA nocturna (HTAN) cuando los valores medios de PA obtenidos durante el periodo de descanso, obtenido según diario del paciente, eran iguales o superiores a 120 mmHg para la PAS y/o 70 mmHg para la PAD.

Resultados: Se analizaron 169 pacientes, de $59,9 \pm 13,9$ años, 54,3% de varones. IMC de $28,76 \pm 4,35$. El 14,7% eran fumadores, el 59,1% eran dislipémicos y eran diabéticos un 21,7%. El 43% presentaban lesión de órgano subclínica siendo la afectación renal en forma de filtrado glomerular disminuido y/o la microalbuminuria la más prevalente. Los valores medio de PA nocturna fueron: PAS $123,5 \pm 16,5$ mmHg y PAD $69,3 \pm 10,3$ mmHg con una frecuencia cardiaca media de $65,6 \pm 10,8$ latidos por minuto, y la prevalencia de HTA nocturna fue de 62,1% (105 pacientes). De todos los parámetros demográficos, antropométricos y biológicos analizados solo se observaron diferencias estadísticamente significativas en la presencia de HTAN vs no HTAN en el perímetro de cintura abdominal $101,4 \pm 13,4$ vs $95,6 \pm 10,7$ cm ($p = 0,006$) y en el cociente albumina/creatinina en orina $75,8 \pm 216,5$ vs $10,0 \pm 17,9$ mg/g creat ($p = 0,014$). No encontramos diferencias en las horas de sueño $7,44 \pm 1,02$ vs $7,42 \pm 1,01$ horas ($p = 0,96$). Si bien no encontramos diferencias en la puntuación de la EG en el momento de la inclusión $4,22 \pm 3,39$ vs $4,71 \pm 3,79$ ($p = 0,48$) ni durante la práctica de la MAPA $6,11 \pm 4,05$ vs $5,41 \pm 4,02$ ($p = 0,26$), los pacientes con HTAN incrementaron significativamente los valores de EG respecto al basal $p < 0,001$ (sujetos sin HTAN $p = 0,25$). No encontramos diferencias significativas en la mala calidad del sueño

durante la MAPA en entre los pacientes con HTAN o no HTAN (47,6% vs 41,3%; $p = 0,423$) aunque en condiciones basales los sujetos con HTAN partían de menor prevalencia de mala calidad del sueño (28,6% vs 34,9%). No hubo correlación significativa entre la EG y los valores de PA obtenidos por MAPA.

Conclusiones: La calidad subjetiva del sueño en los pacientes hipertensos empeora significativamente en los sujetos con hipertensión arterial nocturna, por lo que ésta debiera tenerse en cuenta, dado las implicaciones clínicas y pronósticas de la HTAN.

72. CALIDAD DEL SUEÑO DURANTE LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

M. Doménech¹, J. Sobrino², G. Col³, J.M. Cruz⁴, R. Hernández⁵, A. Felip⁶, F. Muñoz⁷, A. Pelegrí⁸ y L. Matas⁹

¹Hospital Clínic, Barcelona. ²Hospital Esperit Sant, Santa Coloma de Gramenet. ³CAP Inglés, Inglés. ⁴ABS Progrés, Barcelona. ⁵Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí. ⁶Hospital de Mataró, Mataró. ⁷Hospital de Mollet, Mollet. ⁸Hospital Sagrat Cor, Barcelona. ⁹Hospital de Sant Pau, Barcelona.

Objetivo: Estimar la calidad del sueño, mediante la Escala de Groningen (EG) en una cohorte de pacientes hipertensos atendidos en Servicios o Unidades de Hipertensión, durante la noche que se practica una monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA).

Métodos: Estudio observacional, trasversal, multicéntrico, realizado en 18 unidades de HTA y centros de atención primaria del territorio catalán. Los pacientes elegibles para el estudio, se seleccionaron de forma consecutiva y se procedió a la evaluación de la calidad del sueño mediante la EG en dos ocasiones: La primera antes de la colocación del dispositivo ambulatorio y la segunda, tras la MAPA de 24h. El rango de la EG se encuentra entre 0 y 14, de forma que una mayor puntuación indica una subjetiva peor calidad de sueño. En general, un rango entre 0-2 indica un sueño reparador, mientras que un rango ≥ 6 indica un sueño no reparador.

Resultados: Se analizaron 188 pacientes, con una edad media de $59,9 \pm 13,9$ años, con 54,3% de varones, el IMC medio fue de $28,76 \pm 4,35$, con solo un 19,5% de normopeso. El 14,7% eran fumadores, el 59,1% eran dislipémicos y eran diabéticos un 21,7%. El 43% presentaban lesión de órgano subclínica siendo la afectación renal en forma de filtrado glomerular disminuido y/o la microalbuminuria las más prevalentes. La media de horas de sueño durante la MAPA fue de $7,43 \pm 1,01$ horas. Los pacientes estudiados registraron una puntuación total de 4,38, IC95% = [3,85-4,91] en la EG en el momento de la inclusión en el estudio, significativamente inferior a la puntuación registrada tras la colocación de la MAPA, 5,85, IC95% = [5,23-6,47], $p < 0,001$. La proporción de pacientes con mala calidad del sueño tras la implantación de la MAPA, ($EG \geq 6$) fue del 45,2%, significativamente superior a registrada en el momento de la inclusión en el estudio 30,4%; $p = 0,007$. El 30,2% de los pacientes con buena calidad del sueño basal pierden su calidad del sueño la noche de la MAPA, mientras que el 78,8% con mala calidad basal persiste durante la MAPA y un 21,2% mejoran ($p = 0,007$).

Conclusiones: La colocación de una MAPA comporta un empeoramiento en la calidad subjetiva del sueño en los sujetos hipertensos.

73. VARIACIÓN ESTACIONAL EN LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL (MAPA)

J. Soler Majoral, E. Sesí Torres, F.J. Juega Mariño, L. Cañas Soler, J. Bonet Sol y M.I. Troya Saborido

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Objetivo: La presión arterial (PA) se asocia a varios factores ambientales. Algunos estudios demuestran una relación inversa de la

PA de despacho y la temperatura ambiente según la estación del año, pero no tenemos constancia que se haya realizado nunca a través de la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA). El objetivo de nuestro trabajo ha sido estudiar la relación de la PA con MAPA, según distintos datos atmosféricos en distintas estaciones del año (verano-invierno).

Métodos: Estudio piloto observacional de 12 pacientes hipertensos, sin cambios en el tratamiento, a los que se les ha realizado una MAPA en verano (junio-agosto del 2014) y en invierno (diciembre del 2014-enero del 2015), en Badalona. Se han registrado los datos atmosféricos de los días que se realizaron los registros por MAPA.

Resultados: El 65,7% son hombres (8 pacientes), con una edad media de $54,3 \pm 11,0$ años. La mediana de los años de evolución de la hipertensión arterial es de 5,0 (2,5-10,0) años. El 25% tienen diabetes mellitus tipo 2. Los pacientes reciben tratamiento antihipertensivo con $2,2 \pm 1,5$ fármacos. El total de pacientes tratados con bloqueo del sistema renina-angiotensina-aldosterona es del 75% (9 pacientes); antagonistas del canal del calcio 41,7% (5 pacientes); diuréticos 58,3% (7 pacientes); alfabloqueantes 16,7% (2 pacientes); betabloqueantes 25% (3 pacientes); y otros 8,3% (1 paciente). Se han detectado diferencias significativas según la estación del año (verano-invierno) entre la PA diastólica media de 24 horas ($p = 0,010$) y la temperatura media ($p = 0,002$). La PA diastólica media de 24 horas en verano es de 69,5 (64,8-72,0) mmHg, y en invierno de 73,0 (68,5-75,0). La media de la temperatura en verano es de 21,2 (20,2-22,7) grados centígrados (°C), y en invierno de 8,6 (6,7-10,4) °C. No se han detectado diferencias significativas entre la PA sistólica, la presión ambiental y la humedad entre las dos estaciones comparadas.

Conclusiones: Las temperaturas bajas conllevan una PA diastólica media mayor, por lo que la temperatura ambiental puede estar influenciando en las resistencias periféricas vasculares.

74. PROYECTO FARMAPRES: TIPOS DE ESFIGOMANÓMETROS UTILIZADOS Y CALIDAD EN LAS TOMAS EN LAS OFICINAS DE FARMACIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

J.J. Tamarit García¹, B. Roig Espert², C. Nardini¹, C. de Andrés Miguel¹, Y. Cabanes¹, P. Rollán García², A. González-Cruz Cervellera¹, V. Giner Galvañ³, V. Pallarés Carratalá⁴ y V. Gil Gillén⁵

¹Consortio Hospital General Universitario, Valencia. ²Hospital de Manises, Valencia. ³Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy. ⁴Unión de Mutuas, Castellón. ⁵Hospital Universitario de Elda, Elda.

Objetivo: Conocer la realidad de la toma de la presión arterial en las oficinas de farmacia. Los dispositivos que poseen, la calidad de las tomas que realizan, el conocimiento básico de las guías clínicas de HTA que tienen, la importancia autopercibida de su trabajo en el control de la hipertensión y su disposición a formarse de manera reglada.

Métodos: Estudio epidemiológico, observacional, multicéntrico, realizado en oficinas de farmacia de la Comunidad Valenciana. El trabajo se ha realizado mediante la remisión encuestas a cada una de las oficinas de farmacia (OF) de la Comunidad Valenciana, 2.283 en total y han contestado 381. La realización de este trabajo ha sido aprobada por las distintas Juntas de los Colegios oficiales de Farmacéuticos.

Resultados: Más de la mitad (57%) de oficinas de farmacia dispone de varios tipos de tensiómetros, siendo el más utilizado el automático de brazo (63,3%) de ellos el 89,3% están validados, seguido del aneroide en un 27,8% (con una validación del 74,5%) y de los tensiómetros de mercurio con un 19,4% (91,9% de los cuales estaban validados). Finalmente con un 14,9% están los automáticos de muñeca (57,9% de ellos validados). Destaca que el número de varo-

nes que dispone de tensiómetros de mercurio (24,3%) casi duplica al de mujeres (14,1%). Por el contrario las mujeres realizan 3 o más tomas (17,4%) más frecuentemente que los hombres (10,7%). Ambos sexos miden el perímetro del brazo menos del 10% de las ocasiones y más del 60% refiere que no lo mide nunca. En la inmensa mayoría de la OF (94,2%), la posición del paciente durante la toma de presión arterial es correcta. El 93,4% la toman con el paciente sentado y el 0,8% acostado. El 80,8% de las oficinas de farmacia tienen todos los tensiómetros validados. Llama la atención que el 7,6% no tienen ninguno validados. Los años de experiencia de farmacéutico comunitario no parecen ser determinantes a la hora de elegir un tipo de esfigmomanómetro. En todos los tramos estudiados los más frecuentes son los automáticos de brazo, oscilando entre un 62,8% y un 78%. Aunque el 60,6% de las oficinas de farmacia disponen de manguito de obesos, sólo el 3,1% siempre mide el perímetro braquial a sus clientes, un 4,25% lo hace habitualmente y el 26,5% realiza la medición solo "a veces". Solo un 29,1% de las farmacias cumple con el criterio de "toma perfecta", definida esta como aquella que cumple con 4 requisitos: número de tomas mínimas 2 + poseer manguito de obesos + esfigmomanómetro validado + posición correcta durante la toma. El número de tomas correcto es la característica más incumplida. La calidad en la toma de PA no se ve influenciada por el sexo de forma significativa, pero sí destaca el mayor porcentaje de mujeres que realiza la "toma perfecta" (31,5%) frente a los hombre (25%).

Conclusiones: La calidad de la toma de presión arterial en las oficinas de farmacia tiene todavía un gran margen para la mejora. Porcentajes menores al 30% de tomas óptimas nos deben alertar y motivar para realizar programas formativos que permitan a los farmacéuticos asumir con responsabilidad el importante papel que sin duda tienen en el control de los pacientes con hipertensión.

75. PROYECTO FARMAPRES: IMPORTANCIA AUTOPERCIBIDA POR LOS FARMACÉUTICOS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA EN EL CONTROL DEL PACIENTE HIPERTENSO

J.J. Tamarit García¹, B. Roig Espert², C. Nardini¹, C. de Andrés Miguel¹, Y. Cabanes¹, P. Rollán García¹, A. González-Cruz Cervellera¹, V. Giner Galvañ³, V. Pallarés Carratalá⁴ y V. Gil Gillén⁵

¹Consortio Hospital General Universitario, Valencia. ²Hospital de Manises, Manises. ³Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy. ⁴Unión de Mutuas, Castellón. ⁵Hospital Universitario de Elda, Elda.

Objetivo: Conocer la realidad de la toma de la presión arterial en las oficinas de farmacia. El conocimiento básico de las guías clínicas de HTA que tienen, donde y cuando derivan a los pacientes hipertensos, la importancia autopercebida de su trabajo en el control de la hipertensión y su disposición a formarse de manera reglada.

Métodos: Estudio epidemiológico, observacional, multicéntrico, realizado en oficinas de farmacia de la Comunidad Valenciana. El trabajo se ha realizado mediante la remisión encuestas a cada una de las oficinas de farmacia (OF) de la Comunidad Valenciana, 2.283 en total y han contestado 381. La realización de este trabajo ha sido aprobada por las distintas Juntas de los Colegios oficiales de Farmacéuticos.

Resultados: La gran mayoría de los farmacéuticos perciben su papel dentro del control del paciente hipertenso como relevante. Si sumamos los que lo consideran esencial (58%) a los que lo consideran importante (33,6%) llegamos a la cifra de 91,6%. No existen diferencias por sexos, en la percepción global de la importancia que las OF tienen en la toma de PA, en ambos grupos la respuesta positiva tiene porcentajes superiores al 90%. Respecto a las ventajas que creen ofrecen las oficinas de farmacia a sus clientes, el

91,6% (n: 349) destacan la cercanía, el 82,7% (n: 315) la mayor flexibilidad de horario, el 65,1% (n: 248) resalta su papel en la educación sanitaria, el 52,8% (n: 201) considera importante el menor efecto "bata blanca" que producen, en relación con las tomas presenciales en consulta, el 37,8% (n: 144) el menor coste y el 13,1% (n: 50) el diagnóstico de HTA asintomática. El 64,5% de los encuestados cree que actualmente las oficinas de farmacia cumplen el papel que se requiere en la toma de PA a sus clientes. Preguntados por la formación específica que han recibido, tras la finalización de su licenciatura, el 52,5% contesta que ha recibido formación postgrado sobre HTA recientemente y un el 35,7% más, en los últimos 10 años. Y a tenor de las respuestas, es un tema que interesa de forma importante, puesto que hasta un 91,9% (n: 350) de los encuestados les parece interesante organizar jornadas conjuntas con Atención Primaria para coordinar actuaciones de formación sobre el control de la HTA y un 83,2% (n: 317) manifestó su interés por acudir a dichas jornadas. En el apartado de formación específica sobre hipertensión, las mujeres estarían más interesadas y predispuestas a acudir a jornadas formativas, que los hombres, aunque también debemos recalcar que su formación se realiza hace más años y que duplican la tasa que nunca la han recibido (14,1%) frente a la de los hombres (7,1%). En ambos grupos los interesados en las jornadas de formación son más que los dispuestos a acudir a ellas. Asimismo el 77,2% (n: 294) de los participantes desean recibir los resultados del presente trabajo.

Conclusiones: El papel que los farmacéuticos de autoconfieren en el control del paciente hipertenso es alto. Más del 80% de las OF piensa que su papel es importante o esencial en la toma de PA. Y además están muy motivados para conseguir una mejor formación sobre esta patología. Ambas realidades deben tomarse como aliciente a la hora de gestar programas formativos liderados desde las distintas sociedades científicas.

76. PROYECTO FARMAPRES: DECISIONES ADOPTADAS POR LAS OFICINAS DE FARMACIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA TRAS EVIDENCIAR UNA HIPERTENSIÓN

B. Roig Espert¹, J.J. Tamarit García², C. Nardini², C. de Andrés Miguel², Y. Cabanes², P. Rollán García¹, A. González-Cruz Cervellera², V. Giner Galvañ³, V. Pallarés Carratalá⁴ y V. Gil Gillén⁵

¹Hospital de Manises, Manises. ²Consortio Hospital General Universitario, Valencia. ³Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy. ⁴Unión de Mutuas, Castellón. ⁵Hospital Universitario de Elda, Elda.

Objetivo: Conocer la realidad de la toma de la presión arterial en las oficinas de farmacia. El conocimiento básico de las guías clínicas de HTA que tienen, donde y cuando derivan a los pacientes hipertensos, la importancia autopercebida de su trabajo en el control de la hipertensión y su disposición a formarse de manera reglada.

Métodos: Estudio epidemiológico, observacional, multicéntrico, realizado en oficinas de farmacia de la Comunidad Valenciana. El trabajo se ha realizado mediante la remisión encuestas a cada una de las oficinas de farmacia (OF) de la Comunidad Valenciana, 2.283 en total y han contestado 381. La realización de este trabajo ha sido aprobada por las distintas Juntas de los Colegios oficiales de Farmacéuticos.

Resultados: Al analizar la opinión de los farmacéuticos respecto a las cifras de PA que consideran como límite de normalidad, se evidencia que un 66,7% considera PA normal cifras < 130/84 mmHg y un 24,9% cifras < 140/90 mmHg, definidas estas últimas en la literatura científica como normal-alta. El 56,2% considera cifras de mal control PA de 140-159/90-99 mmHg y el 15,5% considera que el mal control se inicia a partir de cifras de 160-180/100-110 mmHg.

Las decisiones que toman los responsables de las oficinas de farmacia cuando asumen que el paciente presenta cifras elevadas son diversas. La actitud más reflejada en sus respuestas es la repetición de la toma (64,4%), más de la mitad (50,9%) remiten al paciente al médico de familia de forma no urgente, en el 49,6% de los casos, sugieren cambios del estilo de vida y el 35,4% comprueban el cumplimiento terapéutico. Casi el 30% remite el paciente de forma urgente a atención primaria y hasta un 16,5% aconseja al paciente acudir a urgencias del hospital. Por sexo cabe destacar el mayor porcentaje de mujeres que toman una actitud más activa y por tanto menos alejada de inercia terapéutica, así vemos por ejemplo que sugieren cambios de estilo de vida, un 53,5% de ellas, frente al 42,9% en hombres. También podemos destacar el hecho de que las mujeres remiten por lo general, los pacientes a los servicios de urgencias con cifras de presión arterial más elevadas. Al preguntar directamente sobre las cifras a partir de las cuales remiten al paciente a urgencias, obtuvimos los siguientes resultados: el 58,5% remite al paciente a Urgencias cuando el paciente presenta cifras de PA >180/110 mmHg y el 31,5% lo hace con cifras menores, a partir de 160-179/100-109 mmHg. Si analizamos la variable "Conocen guías" definida como haber respondido 130-139/85-89 mmHg como cifra límite la PA normal y >140/90 como cifra considerada como mal control, solo 168 de los encuestados (44,1%) cumplió este criterio. De ellos el 61,3% fueron mujeres.

Conclusiones: El conocimiento básico de las guías clínicas de hipertensión por los profesionales de las oficinas de farmacia de la Comunidad Valenciana casi alcanza al 50% de los encuestados. Si se mejora esta proporción, sin duda mejorará la calidad de las derivaciones a los distintos niveles sanitarios y la calidad asistencial al paciente hipertenso, además de acercar la percepción de la importancia que los profesionales de atención primaria otorgan en la actualidad al papel del farmacéutico comunitario a la autopercepción que estos tienen de su propio trabajo.

77. PATRONES DE PRESIÓN ARTERIAL NOCTURNA Y ARTERIOSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

F. Jaén Águila, J.A. Vargas Hitos, J. Mario Sabio, J. Martínez Bordonado, N. Navarrete Navarrete, M. Zamora Pasadas y J. Jiménez Alonso

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Objetivo: Comparar los valores y patrones de monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA) entre pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y un grupo control así como analizar su posible relación con la presencia de arteriosclerosis subclínica.

Métodos: La MAPA fue determinada en 70 pacientes con LES y en 65 controles de la misma edad, sexo y nivel sociocultural, sin antecedentes de enfermedad cardiovascular (ECV) en ninguno de los grupos. En todos los participantes se recogieron factores de riesgo cardiovascular (dislipemia, tabaquismo, sedentarismo, posmenopausia) y se determinó el índice de masa corporal (IMC), la función renal, niveles de lípidos y glucosa y la velocidad de onda de pulso (VOP) carotídea-femoral como marcador de arteriosclerosis subclínica. En los pacientes con LES fueron recogidos los tratamientos y calculados los índices de actividad (SLEDAI) y de daño crónico (SDI). Por último, se llevó a cabo un análisis logístico multivariante para conocer qué variables se asociaban independientemente tanto con los patrones de MAPA non-dipper como con la presencia de HTA nocturna en pacientes con LES.

Resultados: No se encontraron diferencias entre los valores de VOP de los pacientes y los controles (7,3 (6,5-8,1) m/s vs 7,1 (6,5-7,8) m/s, $p = 0,474$). La frecuencia del patrón non-dipper ($p = 0,025$) y de HTA nocturna ($p = 0,004$) fue significativamente superior en los pacientes con LES que en los controles. La VOP y el

SLEDAI se asociaron independientemente con el patrón non-dipper, mientras que la VOP y la enfermedad renal crónica se asociaron independientemente con la presencia de HTA nocturna.

Conclusiones: Los pacientes con LES presentan un riesgo de desarrollar ECV entre 4-10 veces superior en comparación a la población general debido a que sufren un proceso de arteriosclerosis precoz y acelerada. La HTA es uno de los factores modificables más importantes implicados en el desarrollo de dicha arteriosclerosis. La prevalencia de HTA en los pacientes con LES es mayor que en la población general, oscilando entre el 14% y el 60%. Aunque el método principal para el diagnóstico de HTA continua siendo la medición efectuada en la consulta médica mediante un esfigmomanómetro, la MAPA representa una herramienta diagnóstica de mayor precisión a la hora de detectar HTA nocturna y patrones non-dipper, (predictores ambos de morbimortalidad cardiovascular en población general). No obstante, la MAPA y su asociación con arteriosclerosis subclínica apenas había sido previamente objeto de estudio en los pacientes con LES. Según nuestro estudio, las mujeres con LES podrían presentar una mayor frecuencia de patrones de tensión arterial nocturna alterados. Además, dichos patrones, parecen asociarse de forma independiente con la presencia de arteriosclerosis subclínica valorada mediante VOP.

78. PROYECTO KAIROS MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS DIABÉTICOS TRATADOS CON INSULINA VS NO TRATADOS CON INSULINA

B. Villasuso Cores¹, O. Penín Álvarez², M.I. Blanco González², E. García González³, J.C. Rojo Fernández⁴, R. Vidal Gayoso⁴, B. Pascual Seara⁴, I. Gil Álvarez⁴, R. Pascua García⁴ y C. Calvo Gómez⁵

¹Farmacia Villasuso Cores, Monfero, A Coruña. ²Farmacia Penín, Celanova, Ourense. ³Centro de Salud Monfero, Monfero, A Coruña. ⁴Centro de Salud Celanova, Celanova, Ourense. ⁵Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña.

Introducción: La enfermedad cardiovascular (ECV) es la causa más prevalente de morbimortalidad de los pacientes diabéticos. Son varios los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) que contribuyen a un aumento de la ECV. Entre ellos se encuentran el tabaquismo, la hiperlipidemia y la hipertensión (HTA). El control y tratamiento de estos FRCV disminuye el desarrollo de la ECV. La HTA es un factor de riesgo directamente implicado en las complicaciones tanto macro como microvasculares de la diabetes. La monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) es una herramienta fundamental para el correcto diagnóstico y manejo de la HTA.

Objetivo: 1. Comparar valores de PA en medida aislada en farmacia comunitaria (MAFC) en pacientes hipertensos diabéticos tratados con insulina (DTI) vs diabéticos no tratados con insulina (DNTI) y de PA actividad (PAact), PAnocturna (PAno) y PA media 24h (PAMED24h) obtenidos con MAPA de ambos grupos. 2. Comparar la prevalencia de hipertensión clínica aislada (HCA) e hipertensión enmascarada no controlada (MUCH) en ambos grupos.

3. Evaluar el grado de concordancia entre la MAFC y la MAPA.

Métodos: Realizamos un muestreo consecutivo de pacientes hipertensos diabéticos que acudieron a dos farmacias comunitarias gallegas desde enero 2013 a octubre de 2015. Se excluyeron aquellos con fibrilación auricular y/o intolerancia al monitor. También los que, habiendo sido evaluados previamente por los médicos de primaria, presentaron un función renal disminuida con el objetivo de que los grupos evaluados fuesen homogéneos. Posteriormente fueron remitidos de nuevo al médico para su valoración. La muestra resultante formó una cohorte a la que se realizó medida aislada de presión arterial en farmacia comunitaria (MAFC) y MAPA de 29

horas. Establecimos como valor límite cifras de PA < 140/85 mmHg para pacientes diabéticos en MAFC y de PAact < 135/85 y PA noct < 120/70 y Pamed24h < 130/80 mmHg según MAPA. Los datos se expresan como media \pm DE.

Resultados: La muestra resultante estuvo formada por 27 pacientes diabéticos tratados con insulina (DTI) (edad media 61,6 \pm 10,3 años, 52,2% mujeres) y 78 pacientes diabéticos no tratados con insulina (DNTI) (edad media 67,5 \pm 8,5, 34% mujeres). Los valores de PAS/PAD en MAFC fueron 143 \pm 18,9/81 \pm 7,2 en DTI y de 152 \pm 25,2/85 \pm 11,7 en DNTI. Los valores de PAact, PAnoct y Pamedia24h sistólica y diastólica fueron de 135 \pm 11/73 \pm 6,6, 125 \pm 18/66 \pm 8,7 131 \pm 13/70 \pm 6,6 respectivamente en DBTI y de 132 \pm 16/74 \pm 9, 123 \pm 16/66 \pm 8,5, 129 \pm 15/71 \pm 8,2 en DNTI. 25,9% DTI no controlados con MAFC (> 140/85) tuvieron cifras de MAPA 24 horas con Pamedia24h < 130/80 y PAact < 135/85 y PAnoct < 120/70 considerándose pacientes con HCA, frente al 16,6% en DNTI. 22,2% de DTI controlados con MAFC (< 140/85) tuvieron cifras de MAPA 24 horas con Pamedia24h \geq 130/80 y/o PAact \geq 135/85 y/o PAnoct \geq 120/70, considerándose pacientes con MUCH frente al 10,2% DNTI 48,1% de los DTI y 26,2% de los DNTI presentan discrepancias en los valores de PA si se diagnostica y controla con MAPA vs MAFC.

Conclusiones: 1. La presión arterial sistólica en medida aislada en farmacia comunitaria es más alta en los pacientes diabéticos hipertensos no tratados con insulina. Los valores de PAact, PAnoct y Pamedia24h sistólicas son más altos en pacientes diabéticos tratados con insulina. Cabe destacar que la MAPA es el único método para determinar los valores nocturnos. 2. La HCA y MUCH son más prevalentes en pacientes diabéticos tratados con insulina. Sólo el uso de MAPA identifica correctamente ambas entidades clínicas permitiendo ajustar adecuadamente los tratamientos antihipertensivos. 3. Las discrepancias entre las medidas de PA realizadas con MAFC y MAPA refuerzan el uso de esta técnica, reconocida como "gold standard" según las guías internacionales, para el diagnóstico y seguimiento de la PA en pacientes diabéticos.