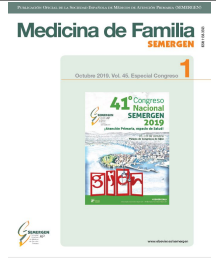




Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

424/589 - TÉCNICA DE MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA. ESTUDIO CARDIORISK

J. Rodríguez Albarrán¹, M. Medrano Pérez², V. Alonso Guerra³, N. López Tercero⁴, P. Longinos Rodríguez⁵, E. Arribas Espino⁶ y F. Arribas Aguirregaviria⁷

¹Médico de Familia. Centro de Salud Jadraque. Guadalajara. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara. ³Enfermero. Hospital Universitario de Guadalajara. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. C.E.D.T. Azuqueca de Henares. Guadalajara. ⁵Médico de Familia. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara. ⁶Enfermero. C.L. Arganda del Rey. Madrid. ⁷Médico de Familia. C.E.D.T. Azuqueca de Henares. Guadalajara.

Resumen

Objetivos: 1. Conocer motivos para realizar la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA). 2. Conocer: a) Riesgo cardiovascular mediante SCORE de los pacientes estudiados; b) Factores de riesgo cardiovascular y presencia de lesión de órgano diana en relación con hipertensión arterial; c) Relación entre la media de tensión arterial y diabetes mellitus.

Metodología: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de datos obtenidos de MAPA realizadas con motivo del estudio CARDIORISK y revisión de historias clínicas, en una consulta de zona urbana. N: 173, durante un año. Variables: sexo, edad, motivo de solicitud, número de principios activos antihipertensivos prescritos, perímetro abdominal, dislipemia, diabetes mellitus, tabaquismo, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz, antecedentes de enfermedad cardiovascular, datos de aterosclerosis o hipertrofia ventricular izquierda, datos extraídos de MAPA. Dispositivo: WATCH BPO3.

Resultados: Resultados obtenidos mediante SPSS. 81,1% de MAPA realizadas fueron analizables. 51,7% eran mujeres; la edad media fue 54 ± 16 años. Motivo más frecuente de realización de la MAPA fue el estudio del patrón circadiano (37,1%), seguida de eficacia de tratamiento (28,3%) e identificar fenómeno de bata blanca (16,4%). El 60,9% tenían tratamiento antihipertensivo. 34,9% presentaban riesgo cardiovascular SCORE moderado y el 30,9% alto. 46% presentaban lesión de órgano diana, 38,4% tenían diagnóstico de aterosclerosis, 30,8% afectación renal y 30,8% hipertrofia ventricular izquierda. La media de PAS/PAD clínica fue mayor en los pacientes diabéticos que no diabéticos, pero la media de 24 horas, diurna y nocturna fue mayor en los pacientes no diabéticos. Los pacientes diabéticos presentan prevalencia mayor que los no diabéticos de patrón non dipper y riser. 19,87% presentaban un posible fenómeno de bata blanca. El 40,4% tenían un patrón circadiano non dipper y 19,2% un riser.

Conclusiones: 1. Motivo más frecuente para realizar M.A.P.A. en este estudio: conocer patrón circadiano. 2. Debemos optimizar el tratamiento en nuestros pacientes, pues el 65,8% de ellos presentan un riesgo cardiovascular moderado o superior. 3. Tras el diagnóstico de hipertensión arterial, deberemos evitar dislipemia y aumento de perímetro abdominal. 4. El control tensional es mejor en pacientes diabéticos que en no diabéticos. Patrones circadianos más frecuentes en diabéticos son non dipper y riser, ambos relacionados con una probabilidad mayor de nefropatía. 5. 20% de los pacientes presentaban un posible fenómeno de bata blanca, de ahí la importancia del diagnóstico de HTA mediante AMPA o MAPA.

Palabras clave: MAPA primaria. Riesgo cardiovascular. Lesión órgano diana.