

HTA y mujer

186. PRESENTACIÓN DE LA CAPACIDAD PREDICTIVA DE LA MAPA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA EHE FRENTE A LA DE LA PRESIÓN ARTERIAL CLÍNICA DURANTE EL CURSO EVOLUTIVO DE LA GESTACIÓN

J. Plana Rodríguez¹, A. Martínez de la Riva de la Gándara¹, J. Romá Millán¹, A. Mínguez², M. Adrián⁴, E. Alonso², J. Jaramago², M. Busquets² y M. Núñez de Murga¹

¹Fundacio per l'Estudi de la HTA en els Hospitals Comarcals de Catalunya, Barcelona. ²Consorci Sanitari del Garraf, Sant Pere de Ribes. ³Hospital de Igualada, Igualada. ⁴Hospital de l'Esperit Sant, Santa Coloma de Gramanet.

Objetivos: Este trabajo tiene como objetivo presentar la capacidad predictiva de la MAPA al compararla con la presión arterial clínica (PAC) y demostrar la incapacidad de predicción de la PAC.

Métodos: Se han estudiado 198 embarazadas utilizando las dos técnicas de control (PAC y MAPA). Al finalizar el embarazo se clasi-

ficaron de estado hipertensivo del embarazo (EHE) o Sanas en función de su evolución durante el mismo. Al final del embarazo 42 mujeres se catalogaron como sanas y 156 fueron catalogadas de hipertensión arterial durante el embarazo, todas ellas precisaron de medicación durante el mismo. Se presentan los resultados de sensibilidad y especificidad del MAPA frente a la toma de la presión arterial ambulatoria de 70 mujeres (23 sanas y 47 EHE) y seguidas desde las primeras semanas (4-14) de gestación hasta finalizar su embarazo. Se han considerado para el diagnóstico de HTA en el embarazo: valores de Presión Arterial Clínica cifras por encima de 140/90 mmHg. Mediante la MAPA el cumplimiento de cualquiera de los siguientes criterios presión arterial media (PAM): PAM 24 horas por encima de 130/80 mmHg. PAM en el periodo de actividad por encima de 135/85 mm. Hg, PAM en el periodo de reposo por encima de 120/70 mmHg y una carga (porcentaje de medias de presión por encima de la normalidad) igual o superior al 30% en el periodo de actividad o en el periodo de reposo. En los criterios ampliados (I) la carga se calculó en el 25% y los criterios ampliados (II) la carga se calculó en el 20%.

Resultados: Debemos destacar que la presión arterial estaba dentro de los límites considerados como normales en un 59% de las tomas de presión arterial clínica. También debemos resaltar que hay diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) en todas las medidas de la PA clínica, cuando se analizan el grupo de mujeres normotensas y las diagnosticadas de HTA durante el embarazo. Según Akolekar et al (Prenatal Diagnosis. 2011;31:66-74), en un estudio en más de 30.000 embarazadas, sin utilizar la MAPA, los marcadores biofísicos y bioquímicos en las primeras semanas del embarazo (11-13), tienen un poder predictivo muy bajo, nunca superior al 0,33. En nuestro caso, la simple aplicación de la MAPA incrementa en más de un 36% la capacidad predictiva y si aplicamos nuestros resultados, el poder predictivo puede llegar al 82% con una especificidad del 82%. Por todo ello, creemos que sumar el MAPA al resto de marcadores bioquímicos y ecográficos durante las primeras semanas del embarazo, ayuda notablemente al diagnóstico precoz de la preeclampsia.

Conclusiones: 1. Deben ser revisadas los criterios de normalidad en los valores de presión arterial durante las primeras semanas del embarazo. 2. El MAPA es una herramienta definitiva en el diagnóstico de la constelación de los estados hipertensivos del embarazo. 3. Solamente con un incremento del 10% en los criterios de carga en el MAPA se puede incrementar la sensibilidad de la prueba a un 82%.

Tabla Comunicación 186.

	Sensibilidad	Especificidad
Presión arterial clínica	0,34	0,91
PAM 24 horas	0,25	0,95
MAPA criterios habituales	0,70	0,95
MAPA criterios ampliados (I)	0,70	0,95
MAPA criterios ampliados (II)	0,82	0,82

187. GÉNERO E HIPERTENSIÓN ARTERIAL. ¿HAY DIFERENCIAS EN CUANTO A CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL, FACTORES ASOCIADOS, LOD Y ECV? ESTUDIO PRESCAP 2010

V. Pallarés¹, O. García², A. García², R. Durá³, T. Rama⁴, P. Beato⁵, A. Barquilla⁶, S. Cinza⁷, J. Polo⁸ y E. Carrasco⁹

¹Unión de Mutuas, Castellón. ²CS Almendrales, Madrid.

³CS Godella, Valencia. ⁴CAP El Masnou, Barcelona. ⁵CAP Premià. ⁶Premià de Mar. ⁷CS Trujillo, Cáceres. ⁸CS Porto do Son, A Coruña.

⁹CS Casar de Cáceres, Cáceres. ¹⁰CS Abarán, Murcia.

Objetivos: Analizar las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto al grado de control de la presión arterial (PA) así como, de los factores asociados, lesión de órgano diana (LOD) y ECV en las consultas de Atención Primaria (AP) españolas.

Métodos: Estudio epidemiológico transversal y multicéntrico en pacientes hipertensos tratados ≥ 18 años seleccionados consecutivamente en consultas de AP de 18 comunidades autónomas los días 8,9 y 10 de junio de 2010. Se consideró buen control cifras $< 140/90$ mmHg y $< 130/80$ mmHg si DM2, enfermedad renal crónica o enfermedad cardiovascular asociadas. Como variables se tuvo en cuenta además del sexo, la edad, cifras de PA, factores asociados, LOD y ECV. Se realiza análisis descriptivo y bivalente (chi cuadrado, t Student y ANOVA). Los datos se analizan con el paquete estadístico SPSS v.15.0.

Resultados: Se incluyen 12.898 hipertensos, 6.191 hombres y 6.707 mujeres, con edad media de $64,9 \pm 11,4$ y $67 \pm 11,2$ años respectivamente ($p < 0,000$). Las mujeres presentan mayores prevalencia de obesidad, síndrome metabólico (ATP III), y enfermedad renal (42,6%, 61,8%, 26,3% respectivamente, $p < 0,000$). Por contra, en hombre es más frecuente: tabaquismo, consumo de alcohol, ECV, cardiopatía isquémica, ACV, arteriopatía periférica, nefropatía, HVI (25,3%; 24,7%, 33%, 13,4%, 5,4%, 5,6%, 7,9%, 8,7%, $p < 0,000$), y DM2 32,3% ($p < 0,004$). La dislipemia no fue significativa. El control de la PA es del 61% en hombres y del 61,4% en mujeres (ns). La media de PAS en hombre $135,9 \pm 14,4$ y $135,9 \pm 14,6$ en mujeres (ns); y la PAD de $79,5 \pm 9,6$ en hombres y $79 \pm 9,2$ en mujeres ($p < 0,002$).

Conclusiones: Existen diferencias en los FRCV y en la coexistencia de ECV: las mujeres tienen mayor edad, son más obesas y los hombres presentan más prevalencia de DM2 y ECV. No hay diferencia en el control de la PA entre mujeres y hombres hipertensos en el estudio PRESCAP 2010.

188. PREVALENCIA Y MANEJO FARMACOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN EN LA MUJER. PROPÓSITO DEL ESTUDIO (ESTUDIO SIMETAP)

A. Ruiz García¹, E. Arranz Martínez², R. Rico Pérez¹, J.L. Velasco Zumarrán³, M.R. Morales Chico³, L.E. Morales Cobos⁴, R. García Pliego¹, B. Herrera Sánchez¹, A. García Mateo⁵ y M.E. García Fernández⁶

¹CS Pinto, Madrid. ²CS San Blas, Parla. ³CS El Restón, Valdemoro.

⁴CS Las Américas, Parla. ⁵CS Orcasitas, Madrid. ¹⁰CS Griñón, Madrid.

Objetivos: Objetivo principal: evaluar la prevalencia de HTA en población femenina. Objetivo secundario: comparar el manejo farmacológico de la HTA entre ambos sexos.

Métodos: Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en 22 Centros de Salud del Servicio Madrileño de Salud durante el 2012, en condiciones de práctica clínica habitual siguiendo las normas de Internacional Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies, cumpliendo lo establecido en la LOPD 15/1999 y en la Ley Básica 41/2002 Reguladora de la Autonomía de la Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Población de estudio: muestreo simple aleatorio de base poblacional (aplicativo “=ALEATORIO”) de Microsoft®OfficeExcel sobre los listados de 35.777 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 1.425 sujetos, siendo 910 los sujetos analizados al ser ilocalizables el 19,37%; rechazan consentimiento el 7,93%; no acudieron el 6,46%; y tenían criterios exclusión (gestantes, inmobilizados) el 2,39%. Método de recogida de datos: se realizó una entrevista concertada (al solicitarla tras realizar un máximo de 5 llamadas telefónicas) con los sujetos de estudio para determinación de variables clínicas y bioquímicas. Análisis estadístico: SPSS® Statistics 20. Estadísticos nominales: porcentajes con intervalos de confianza (IC) 95%; comparación chi-cuadrado con significación bilateral, o el contraste z para la diferencia de proporciones. Estadísticos escalares: medias con desviación típica ($\pm$ DE); diferencias de medias: Prueba t para igualdad de medias tras evaluar la prueba de Levene para igualdad de varianzas.

Resultados: Variables descriptivas: población estudiada: 910 pacientes de los cuales 51,98% (48,68-55,27) son mujeres y 48,02% varones (44,73-51,32). La edad media de la población de estudio fue $49,63 (\pm 16,46)$ años, siendo $49,95 (\pm 15,62)$ años en la población masculina, y $49,33 (\pm 17,20)$ años en la femenina. Variables de estudio y resultado: se muestran en la tabla 1. La PAS media de la población femenina fue $118,92 (\pm 16,29)$ mmHg, un 4,35 mmHg

Tabla 1 Comunicación 188.

Prevalencia	Mujeres	Varones	Dif.%	p-valor
PA $\geq 130/85$ mmHg	30,72%	42,56%	-11,84	0,0002
HTA	25,58%	32,95%	-7,37	0,0145
HTA o PA $\geq 130/85$ mmHg	41,01%	58,12%	-17,11	0,0001
Tratamiento HTA	42,92%	59,73%	7,89	0,0001

Tabla 2 Comunicación 188.

	Fármacos	Mujeres	Hombres	Dif.%	p-valor
1º	Diuréticos	16,70%	15,33%	1,37	0,5737
2º	IECAs	10,15%	23,39%	-13,19	0,0001
3º	ARAI	7,61%	6,41%	1,20	0,4794
4º	Beta bloqueantes	4,86%	7,32%	-2,46	0,1197
5º	Calcio antagonistas	4,02%	7,32%	-3,30	0,0306
6º	Vasodilatadores	1,27%	1,38%	1,71	0,8847
7º	Acción central	0,21%	1,37%	-1,16	0,0001

más baja que la masculina, siendo la diferencia significativa ($p = 0,0001$). La PAD media de la población femenina fue 72,15 ($\pm 10,60$) mmHg, un 5,15 mmHg más baja que la masculina, siendo la diferencia significativa ($p = 0,0001$). Las diferencias del manejo antihipertensivo entre la población femenina y masculina se muestran en la tabla 2. El porcentaje de fármacos antihipertensivos utilizados difiere en ambos sexos siendo la diferencia estadísticamente significativa para el tratamiento con IECAs, antagonistas del calcio y fármacos de acción central.

Conclusiones: La prevalencia de HTA en la población femenina fue del 41% frente a 58% de los varones. La prevalencia de mujeres con tratamiento antihipertensivo fue 43% frente a 60% de los varones. Ambas diferencias son estadísticamente significativas. Los fármacos más empleados en la población femenina fueron diuréticos, IECAs y ARA-II. Los IECAs, Antagonistas del calcio y los fármacos de acción central, se utilizan significativamente menos en la población femenina que en la masculina.

189. GRADO DE CONTROL DE LA TENSIÓN ARTERIAL EN UNA MUESTRA DE MUJERES MENOPÁUSICAS CON SÍNDROME METABÓLICO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

M.P. Orgaz Gallego¹, P.J. Tárraga López², M.A. Tricio Armero¹, S. Vicente Orgaz¹, P. Bermejo López³ y A. Vivo Ocaña⁴

¹CS Tarancón, Cuenca. ²Gerencia de Atención Primaria, Albacete. ³Escuela Superior de Ingeniería Informática, Albacete. ⁴CS La Roda, Albacete.

Objetivos: Estimar la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) en las mujeres menopáusicas con síndrome metabólico (SM) y conocer el grado de control de su HTA.

Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal sobre una muestra de 400 mujeres menopáusicas con SM, obtenida mediante muestreo aleatorio probabilístico simple, desde enero 2010 a marzo 2011 en la atención primaria de salud. Se estudió la edad, edad de menopausia, nivel de estudios, antecedentes familiares de HTA, hábito tabáquico, tensiones sistólica (TAS) y diastólica (TAD), peso, talla, índice de masa corporal, enfermedades concomitantes y tratamiento farmacológico específico para la HTA. Para el análisis estadístico se utilizó el SPSS.19.

Resultados: La media de edad de la muestra: $66,93 \pm 10,49$ años (IC95%: 65,90-67,95, $p < 0,05$). Un 56,25% tenían estudios primarios. El 13% eran fumadoras. La prevalencia de HTA fue: 95,8% (IC95%: 95,7804-95,8196, $p < 0,05$) siendo del 80% en el grupo de 45-54 años, del 98% en el de 55-64 años, del 97% en el de 65-74 años y del 100% a partir de los 75 años. La media de TAS: $141,51 \pm 15,75$ mmHg. La media de TAD: $80,34 \pm 9,04$ mmHg. Con los criterios del ATP-III: 82,3% tenían TAS mayor o igual a 130 mmHg, 36,8% TAD mayor o igual a 85 mmHg y 36% TAS/TAD $< 130/85$ mmHg. La prevalencia de obesidad por edad: 89,09% entre las de 45-54 años, 86,77% en el de 55-64 años, 92,37% en el de 65-74 años y 94,33% a partir de 75 años. Las patologías asociadas más frecuentes fueron: obesidad (67%), artrosis (63%) e hipercolesterolemia (61%) y las menos frecuentes, con un 10% ambas: la patología bronquial y tiroidea. El 78,5% tomaban fármacos antihipertensivos (35,9% uno, 48,08% dos, 14,1% tres y 1,92% cuatro). La monoterapia fue más frecuente entre las más jóvenes mientras que la doble terapia predominó en los restantes grupos: 38,46% en el de 55-64 años, 44,44% en el de 65-74 años y 40% a partir de los 75 años. Hallamos sin tratamiento: 75% de las de 45-54 años, 30,76% de las de 55-64 años, 22,22% de las de 65-74 y un 6,66% a partir de 75 años. El grupo farmacológico más utilizado en monoterapia (N: 112): IECAs (30,35%) y en doble terapia (N: 150): ARA II + diurético (45,33%). Considerando

cifras objetivo las $< 130/85$ mmHg; 63,64% del grupo de 45-54 años, 78,51% de las de 55-64 años, 84,55% de las de 65-74 años y 85,85% de las de 75 años o más, tenían cifras iguales o superiores.

Conclusiones: La HTA es un factor de riesgo muy prevalente en la mujer menopáusica con SM, que aumenta con la edad. La HTA sistólica es más prevalente que la diastólica. Existe un pobre control de la HTA en la mujer menopáusica con SM, que empeora con la edad. La obesidad es la patología asociada más prevalente en todos los grupos de edad, aumentando con la edad e influyendo negativamente en el control tensional. La doble terapia hipotensora es la más utilizada para el control de la HTA a partir de los 55 años, destacando la combinación ARA II + diurético. La triple terapia tiene mayor representatividad a partir de los 65 años. La mayoría de obesas hipertensas se tratan con terapia combinada, aumentando con la edad. Existe un sobre-diagnóstico de HTA en todos los grupos de edad, sobre todo en el más joven que por fortuna, disminuye con la edad. Se necesitan estudios sobre el control de los factores de riesgo cardiovascular en la población femenina, poco representada hasta hace pocos años, que permitan adoptar diferentes estrategias para reducir la morbimortalidad y evaluar la efectividad de las mismas a medio largo plazo.

190. RELACIÓN ENTRE LA GANANCIA PONDERAL, PRESIÓN ARTERIAL DURANTE EL EMBARAZO EN MUJERES CON DIABETES GESTACIONAL

O. González Albarrán, A.M. Matei, B. Calderón, J. Chacín, A. Galdón, C. Lafuente y C. Alvarado

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

La diabetes gestacional (DG) aparece aproximadamente en un 10% de los embarazos, el sobrepeso/obesidad alcanza al 30% de las mujeres en edad fértil. La DG se asocia con el desarrollo de DM tipo 2, y con riesgo cardiovascular incrementado. Los objetivos del estudio fue relacionar la presencia de obesidad/sobrepeso previo y la ganancia ponderal durante el embarazo con las cifras de presión arterial durante la gestación. Estudiamos prospectivamente a 422 mujeres con DG. Se estudió: la severidad de la DG (necesidad de insulina), el control metabólico (HbA1c/mensual), el IMC previo al embarazo, la ganancia ponderal durante la gestación (según IOM, 2009). Se midió la PA en cada visita, se define HTA (PAS/PAD $\geq 140/90$ mmHg o por la necesidad de tratamiento antihipertensivo). La edad media fue $32,45 \pm 4,5$ años. El 26,25% eran fumadoras, 15,6% tenían antecedentes de dislipemia y 30% abortos previos. El 62,34% tenían familiares de primer grado con DM tipo 2, el 59,25% de HTA y 18,4% de eventos cardiovasculares. HbA1c media 5.1%. De ellas 43 (10,2%) mujeres presentaron hipertensión gestacional. Edad de diagnóstico de HTA: $27 \pm 4,2$ semanas Presentaban mayor IMC previo ($28,86 \pm 4,5$ Kg/m²) que el grupo sin HTA ($22,70 \pm 3,1$ Kg/m² con $p < 0,05$). El sobrepeso y la obesidad previa al embarazo así como la ganancia ponderal durante el mismo se relacionan con el desarrollo de hipertensión durante el embarazo en mujeres con diabetes gestacional.