Rev Clin Esp. 2013;213(Espec Congr):706

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

# RV-64. - CARACTERÍSTICAS DE LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL (MAPA) EN EL HOSPITAL SON LLÀTZER

*J. Ferullo, M. Raya Cruz, M. Arrizabalaga Asenjo, A. Hernández Milián*

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca (Illes Balears).*

## Resumen

*Objetivos:* Describir las características de los pacientes a los cuales se solicito una MAPA, motivos de los mismos y fármacos utilizados tanto previamente como posteriormente ante HTA no controlada.

*Métodos:* Revisión retrospectiva de las historias clínicas de pacientes atendidos en consultas externas en el Hospital Son Llàtzer (Palma de Mallorca) entre enero 2010-diciembre 2012.

*Resultados:* Se describen 313 pacientes, con mediana de edad de 61 (r: 19-88) años, siendo 186 (59,4%) varones y 127 (40,6%) mujeres. El grado de control de PA fue óptimo en 179 (57,2%) casos, hallándose HTA de bata blanca en 10 (3,2%), HTA de mal control en 109 (34,8), siendo en 71 (23%) HTA grado 1; en 25 (8%) HTA grado 2; en 7 (2,2%) HTA grado 3 y en 4 (1,3%) HTA sistólica aislada). Uno solo se fue hallado con HTA enmascarada (0,3%). La lesión de órgano diana (LOD) más prevalente fue la HVI 39% (n = 122), seguido de retinopatía hipertensiva 9,3% (n = 29) [según el grado de afectación: grado I 3,8% (n = 12), grado II 4,5% (n = 14) y grado III 1% (n = 3). Presentaban microalbuminuria 46 casos (14,6%) y LOD cerebral silente en 27 (8,6%) en forma de infartos lacunares 13 (4,2%), ECV de pequeño vaso en 7 (2,2%) y lesiones inespecíficas de sustancia blanca 7 (2,2%). Los pacientes con HTA mal controlada se asociaron a mayor LOD (p = 0,003). El al perfil circadiano de la MAPA fue no dipper en 173 (55,3%) episodios, dipper extremo en 8 (2,6%), riser en 19 (6,1%) y dipper en 105 (33,5%). En 255 (81,5%) pacientes seguían tratamiento previo con 4 o más fármacos antihipertensivos un 23,3% (n = 73), triple terapia un 20,1% (n = 63), 22,4% (n = 70) en biterapia y un 15,7% (n = 49) con un solo fármaco. En los grupos farmacológicos utilizados (solos o combinados), los ARA II fueron los más empleados en 140 (20,4%) casos, seguidos de los calcio antagonistas (ACA) en 127 (18,5%), diuréticos tiazídicos (DT) en 109 (15,9%), betabloqueantes (BB) en 104 (15,1%), IECA en 89 (12,9%), diurético de asa en 54 (7,9%) y alfa-bloqueantes en 24 (3,5%). En el grupo de otros fármacos 40 (5,8%) el más frecuente fue la espironolactona 9 (22,5%). El motivo de solicitud de la MAPA fue valorar eficacia y/o resistencia al tratamiento 208 (66,5%), HTA con riesgo CV elevado 36 (11,5%), HTA de bata blanca 31 (9,9%), hipotensión 22 (7%), HTA con alta variabilidad 14 (4,5%) y preeclampsia en 2 (0,6%). En 98 (31,3%) de 313 pacientes se realizó cambio de tratamiento según los resultados de la MAPA añadiendo nuevos fármacos en 52 (16,6%) entre los que destacaban (solo o combinados) los ARA II 26 (23,8%), ACA 21 (19,2%), DT 19 (17,4%); BB 11 (10%), alfa bloqueantes 10 (9,17%) y diuréticos de asa 9 (8,38%) y por último los IECA en 4 (3,67%), siendo otros fármacos de un 9 (8,38%). En el resto se realizó aumento de dosis 15 (4,8%), se añadieron nuevos fármacos y se aumentó la dosis en 14

(4,5%) y se retiraron fármacos en 17 (5,4%). En 199 (63,6%) no se realizó cambio de tratamiento por buen control en la MAPA 162 (51,8%), negativa del médico y/o del paciente 20 (6,4%), HTA de bata blanca 14 (4,5%) o hipotensión 3 (1%).

*Conclusiones:* El motivo fundamental de la solicitud de una MAPA fue valorar eficacia y/o resistencia al tratamiento (66,5%). Presentaban PA óptima (57,2%) y en los casos de HTA mal controlada (34,2%), estas se asociaron a mayor LOD (p = 0,003), siendo la HTA grado I la más prevalente (23%). En el análisis del perfil circadiano el 55% no tenía un adecuado descenso de la PA durante la noche asociándose estos a un mayor riesgo cardiovascular e incluso en un 6,1% estaba aumentada. Los ARA II y ACA, en casi una quinta parte respectivamente, fueron los 2 fármacos más utilizados tanto al inicio del tratamiento y como opción de nuevos fármacos.

0014-2565 / © 2013, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.