



RV-14. - HIPERTENSIÓN DE BATA BLANCA Y ENMASCARADA SEGÚN LA MEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL CLÍNICA. ESTHEN 4

J. Sobrino¹, M. Doménech², M. Camafort², E. Vinyoles³, F. Gamazo⁴, F. Guerrero⁵, J. Rueda⁶, A. Coca¹, A. Segarra, J. Maraver, G. Oller, A. Vicente, J. Montagud, L. Cuadrado, M. Baquero, J. Saban, A. Hermida, en representación del Grupo de Trabajo ESTHEN

¹Unidad HTA. Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona). ²Unidad HTA y Riesgo Vascular. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. ³CAP La Mina. ICS. Sant Adrià del Besós (Barcelona).

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Medina del Campo. Medina del Campo (Valladolid). ⁵Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería. ⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Resumen

Objetivos: Analizar que número de determinaciones de la presión arterial (PA) clínica se correlaciona mejor con la PA ambulatoria.

Métodos: Estudio observacional, transversal, multicéntrico, con muestreo de conveniencia de hipertensos en tratamiento farmacológico visitados en unidades de hipertensión. Determinación, tras reposo previo de 5 minutos, de 6 lecturas de PA clínica, separadas cada una de ellas por 1 minuto, realización de una monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) de 24 horas y de una analítica. Se compararon las medias de las primeras 2 determinaciones (P2), de las primeras 3 determinaciones (P3), de las 6 determinaciones de la PA clínica (T6) y de las 3 últimas determinaciones (U3), con la media de la PA diurna obtenida por MAPA. Se definió como HTA enmascarada (HTAE) si la media de la PA clínica < 140 y 90 mmHg y la media de la PA diurna por MAPA ≥ 135 o 85 mmHg) y como HTA bata blanca (HBB) si la PA clínica ≥ 140 o 90 mmHg y la media de PA diurna por MAPA < 135 y 85 mmHg.

Resultados: Inclusión de 498 hipertensos, con una edad media (DE) de 60 (13) años, el 41,4% eran mujeres, con índice de masa corporal de 29,1 (4,4) kg/m², el 12,2% fumadores, diabetes mellitas en el 26% (n = 130), enfermedad cardiovascular previa el 29,3%. Las medias de la PA clínica fueron: P2 142/82,7 mmHg, P3 141/82,2 mmHg, T6 138,9/81,1 mmHg y U3 136,8/80 mmHg siendo la media de la PA diurna de la MAPA de 131/77,9 mmHg y su coeficiente de correlación tanto para la PAS como para la PAD fue en orden ascendente P2 0,47/0,49; P3 0,48/0,51; T6 0,50/0,54 y U3 0,51/0,56 (p < 0,001). La prevalencia de control de la HTA por PA clínica fue para la P2 43,17%, P3 43,98%, T6 51,61% y para U3 55,22%. La mayor prevalencia de HTAE 'falso negativo' y menor de HBB 'falso positivo' se dio también en la media de las 3 últimas PA clínicas, del 15,06% y 17,47% respectivamente, mostrando la mayor concordancia diagnóstica de las 4 posibilidades con un 67,49% (kappa 0,34).

Conclusiones: Un mayor número de determinaciones de la PA clínica condiciona mayor prevalencia

de HTAE y menor de HBB en los sujetos hipertensos tratados, mostrando por tanto un control real de la HTA más fiable. Despreciar las primeras determinaciones de la PA clínica y realizar la media de las últimas parece la metodología más fidedigna para la toma de decisiones si solo se utiliza la PA clínica.