



## 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 solicitó 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 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 espirolactona 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.