



Revista Española de Cardiología



6046-612. LA VARIABILIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL ES UN DETERMINANTE DE LA PRESENCIA DE DAÑO DE ÓRGANO DIANA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL

José Abellán-Huerta¹, Luciano Consuegra-Sánchez¹, Irene Azenaia García-Escribano-García¹, Consuelo Ariza-Copado², Francisco Alcázar-Manzanera², Juan Antonio Castillo-Moreno¹, José Abellán-Alemán³ y Federico Soria-Arcos¹ del ¹Servicio de Cardiología del Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia), ²Centro de Salud Barrio Peral, Cartagena (Murcia) y ³Universidad Católica San Antonio, Murcia.

Resumen

Objetivos: La variabilidad (VB) de la presión arterial (PA) se ha postulado como potencial predictor de eventos y se ha asociado con daño de órgano diana (DOD). Nos propusimos determinar la relación existente entre VB estimada mediante medición de PA en consulta (VBCLIN), la VB estimada por monitorización continua 24 h –MAPA– (VBMAPA) y por automedidas domiciliarias –AMPA– (VBAMPA), con la presencia de DOD carotídeo, renal, cardíaco y vascular. Además analizamos si dicha relación es independiente del método de medida utilizado.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal en hipertensos tratados y estables con cifras de PA 160/100 mmHg, de ambos sexos y edad 50-80 años. La VB de la PA se definió como la desviación estándar tanto de la PA sistólica como de la PA diastólica. Se estimó la VBCLIN (8 mediciones en consulta), VBMAPA por MAPA de 24 horas y VBAMPA mediante dos AMPA (54 estimaciones). Se realizó búsqueda sistemática de DOD, incluyendo filtrado glomerular estimado (eGFR), índice albumina/creatinina (IAC), ecocardiograma, índice tobillo brazo (ITB), velocidad de la onda de pulso (VOP) y grosor íntima media carotídeo (GIM). Se realizó análisis de correlación y estadística univariante.

Resultados: Se reclutaron 91 pacientes (edad $66,5 \pm 7,7$ años; varones 58,2%). La prevalencia de DOD fue: 12,1% eGFR 60 ml/min, 15,4% IAC > 30, 22,0% hipertrofia ventricular por ecocardiograma, 38,5% VOP > 10 m/s, 22% ITB 0,9 y 11,0% GIM > 0,9 mm. La VBCLIN de la PA sistólica se asoció a menor eGFR ($p = 0,04$) y menor ITB ($p = 0,01$) y correlacionó inversamente con ITB ($r = -0,25$; $p = 0,02$) y directamente con el GIM ($r = 0,30$, $p = 0,006$). La VBCLIN de la PA diastólica se asoció a eGFR 60 ml/min ($p = 0,003$), a ITB menor ($p = 0,007$) y a mayor GIM ($p = 0,02$), detectándose además correlación inversa con el ITB ($r = -0,33$, $p = 0,002$) y directa con el GIM ($r = 0,3$, $p = 0,006$). La VBAMPA de la PA sistólica se asoció a mayor VOP ($p = 0,007$) y correlacionó de manera directa con el GIM ($r = 0,23$; $p = 0,037$). La VBMAPA de la PA sistólica correlacionó positivamente con el GIM ($r = 0,25$, $p = 0,02$), mientras que la VBMAPA de PA diastólica presentó asociación con un mayor IAC ($p = 0,03$) y correlacionó de forma directa con el IAC ($r = 0,25$, $p = 0,02$).

Conclusiones: En nuestro estudio, una mayor VB, estimada por cualquiera de los tres métodos, se asocia a mayor DOD. Sin embargo, la relación entre VB y el tipo de DOD varía en función del método empleado.