

porción de sujetos no-dipper fue mayor en sujetos con fragilidad (81% vs 67%) y discapacidad (82,4% vs 66,9%) en relación a los que no las tenían ($p < 0,05$). La caída nocturna media de la PA sistólica (%) fue significativamente menor en sujetos con fragilidad (2,9% vs 7,6%) y discapacidad (2,9% vs 7,7%) ($p < 0,05$).

Conclusiones: Los sujetos ≥ 60 años de este estudio de base poblacional que presentan fragilidad y discapacidad tienen mayores cifras nocturnas de PA sistólica que aquellos que no las presentan y alteración del perfil circadiano de la PA.

30. LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS DIFICULTA LA MEDICIÓN ADECUADA DE LAS PRESIONES ARTERIALES Y ESTOS MUESTRAN SIGNOS DE MAYOR RIGIDEZ ARTERIAL

R. Cabrera Solé¹, C. Turpin Lucas¹, L. Urrego Rivera², S. García Ruiz¹, E.E. Luekpe³ y M. Aguilera Saldaña¹

¹Hospital General Universitario, Albacete. ²Centro de Salud N° 6, Albacete. ³General Hospital, Yorkshire, Reino Unido.

Introducción: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente en los pacientes hipertensos (PHTA), sobre todo en los mayores de 60 años. En estos PHTA, se suele utilizar fármacos frenadores de la frecuencia cardíaca como los betabloqueantes, que a su vez sirven como hipotensores también. Sin embargo, el control de las cifras tensionales presentan muchas más dificultades que en los hipertensos en ritmo sinusal. En el presente estudio hemos comparado las cifras medidas en consultas con aparato automático y las medidas de forma manual.

Objetivo: Evaluar las diferencias en las cifras de tensión arterial en PHTA con y sin fibrilación auricular medidas de forma automática comparadas con las tomas manuales y la rigidez arterial en ambos grupos.

Métodos: Hemos estudiado a 23 PHTA con fibrilación auricular tratada (11 mujeres, 12 varones, edad media de 72 ± 3 años) y los hemos comparado con un grupo de 50 PHTA en ritmo sinusal (26 mujeres y 24 varones, edad media de 74 ± 4). En todos ellos se efectuaron 3 mediciones separadas por 2 minutos entre ellas con un medidor automático (Omron M3) y posteriormente otros 3 controles manuales en las mismas condiciones, a todos se les realizó un MAPA de 24 hs., dentro de la semana siguiente y se les midió la velocidad de onda de pulso (VOP). Todos ellos recibían tratamiento establecido por su médico de cabecera y aportaban tomas realizadas en su centro de salud, donde estaban controlados ($< 140/90$ mmHg).

Resultados: Los resultados se compararon y se exponen en la tabla

Datos	Media automática	Media manual	MAPA datos diurnos	VOP
Grupo Fa	146/87 $\pm$ 3/4*	136/84 $\pm$ 3/2	129/78 $\pm$ 3/4	9 $\pm$ 3*
Grupo control	137/81 $\pm$ 2/4	135/80 $\pm$ 3/4	125/77 $\pm$ 2/4	6 $\pm$ 3

*Valor de $p \leq 0,05$.

Conclusiones: De acuerdo a nuestros datos, podemos decir que en los PHTA con FA se obtienen mediciones más precisas cuando se efectúan los controles de forma manual pues los aparatos automáticos presentan de forma significativa, mediciones más elevadas, de hasta 12 mmHg de diferencias en las sistólicas y de hasta 6 mmHg en las diastólicas, lo cual puede sesgar las mediciones e inducir a tratamientos que pueden no ser necesarios. Asimismo, presentan datos de mayor rigidez arterial de grandes vasos medidas por VOP. Por tanto estos datos presentados, pueden tener importancia en la toma de decisiones en la práctica diaria.

Hipertensión clínica y comorbilidad

31. EL BODY SHAPE INDEX SE ASOCIA CON LA ESTRUCTURA Y FUNCIÓN VASCULAR EN SUJETOS CON RIESGO CARDIOVASCULAR INTERMEDIO. ESTUDIO MARK

L. Gómez Sánchez¹, L. García Ortiz¹, M.C. Patino Alonso¹, J.I. Recio Rodríguez¹, J.A. Maderuelo Fernández¹, E. Rodríguez Sánchez¹, M. Gómez Sánchez¹, R. Ramos², R. Martí² y M.A. Gómez Marcos¹

¹Unidad de Investigación La Alamedilla, Salamanca. ²Instituto de Investigación Biomédica de Girona Dr. Josep Trueta, Girona.

Objetivo: El índice de forma corporal (ABSI) ha sido introducido como marcador de la asociación entre la composición corporal y la mortalidad por todas las causas. Sin embargo, hasta ahora, las asociaciones entre ABSI con la estructura y la función vascular no han sido analizadas. El objetivo principal del estudio fue investigar la asociación del ABSI con la estructura y la función vascular en adultos caucásicos con riesgo cardiovascular intermedio. Como objetivo secundario analizar si hay diferencias entre hipertensos y no hipertensos.

Métodos: Se realizó un estudio transversal. Se analizaron 2.354 sujetos, de edades comprendidas entre 35 y 74 años (media, $61,4 \pm 7,7$ años), 1.456, 61,9% varones, 1.712, 72,7% hipertensos, incluidos en el estudio MARK. ABSI fue calculado con la fórmula $ABSI = WC (m)/\text{índice de masa corporal (IMC)}^{2/3} \times \text{altura (m)}^{1/2}$. El índice vascular cardio-tobillo (CAVI) y el índice tobillo brazo (ITB) se midieron con el dispositivo VaSera VS-1500® device (Fukuda Denshi), la velocidad de onda del pulso brazo tobillo braquial (VOPbt) usando una ecuación validada, y el grosor de la íntima-media (GIM) en arteria carótida común se midió en 448 sujetos, con un ecógrafo digital Sonosite Micromax utilizando el software Sonocalc que realiza mediciones de forma automática del GIM.

Resultados: El valor medio de ABSI fue ($0,083 \pm 0,001$), de CAVI ($8,8 \pm 1,2$), de VOPbt global ($14,9 \pm 1,2$), de ITB ($1,12 \pm 0,07$) y de GIM ($0,738 \pm 0,093$ mm). El ABSI mostró correlación positiva con el GIM ($r = 0,243$), con el CAVI ($r = 0,207$) y con la VOPbt ($r = 0,152$), pero con las dos últimas medidas fue mayor en hipertensos que en no hipertensos con CAVI ($r = 0,240$, $r = 0,156$) y con la VOPbt ($r = 0,182$, $r = 0,125$), ($p < 0,001$). En el análisis de regresión múltiple, tras ajustarlo por edad, sexo, índice de calidad de la dieta, actividad física realizada, consumo de alcohol y tabaco, índice aterogénico, frecuencia cardíaca, HbA1c y consumo de fármacos antihipertensivos, hipolipemiantes e hipoglucemiantes, ABSI se asoció positivamente con el CAVI y con la VOPbt y con el GIM. Así, por cada 0,01 unidad de incremento del ABSI el CAVI aumenta 0,12 y la VOPbt 0,21 m/seg y el GIM el GIM aumento 0,032 mm. Con los mismos ajustes el ABSI no se asoció con el ITB. Al realizar el análisis por la condición de ser o no hipertenso, la asociación con el CAVI y la VOPbt sólo se mantuvo en los hipertensos. En hipertensos, CAVI: $\beta = 1,495$, (IC95 0,407-2,582; $p = 0,007$) y VOPbt: $\beta = 2,570$, (IC95 0,762-5,065; $p = 0,043$). En no hipertensos, CAVI: $\beta = 0,890$, (IC95 -0,203-1,984; $p = 0,110$) y VOPbt: $\beta = 1,690$, (IC95 -0,378-3,758; $p = 0,109$). En el análisis de regresión logística, los sujetos que presentaban lesión de órgano diana de arteria carótida mostraron un OR de 2,482 (IC95 2,170-2,794). El OR se mantenía mayor de 1 en mayores y en menores de 62 años en hipertensos y en no hipertensos y en hombres y en mujeres.

Conclusiones: ABSI muestra asociación positiva con el CAVI, con la VOPbt y con el GIM, pero no con el ITB, independiente de otros factores de confusión que pueden influir en el peso y la distribución de la masa de grasa. La asociación con el CAVI y la VOPbt se mantiene en hipertensos pero no en no hipertensos, mientras que la asociación con el GIM se mantiene en hipertensos y en no hipertensos.