te controlados por sus respectivos médicos de cabecera recibiendo tratamiento antihipertensivo. Los PHTA se dividieron en 3 grupos: grupo 1: formado por 90 PHTA, realizaron 1 control diario por la mañana durante 3 meses. Grupo 2: 95 PHTA, 2 controles diarios (mañana y tarde) durante otros 3 meses y Grupo 3: 115 PHTA 3 veces al día durante 3 días no consecutivos a la semana (a mañana, mediodía y noche) durante tres meses. A todos se les realizó al inicio un estudio con MAPA/24h, para comparar con los datos apuntados en su cuaderno de recogida de tensión arterial. Durante los controles efectuados, se modificaba el tratamiento en función de los datos aportados por los pacientes y se compararon los resultados de cada grupo con el MAPA correspondiente:

Resultados: Se presentan en la tabla.

Datos	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
AMPA	142/87 ± 5/3*	139/85 ± 3/2	136/84 ± 4/3
MAPA	135/84 ± 3/2	136/82 ± 3/4	131/83 ± 3/2

*Significa valor de p ≤ 0,05.

Conclusiones: Aunque la AMPA es un sistema muy útil para el control de los PHTA, parece ser más eficaz en su cometido si se realiza en varias tomas al día, sin que haga falta realizarlo diariamente, demostrándose que cuando solo se realiza una vez al día por las mañanas, el control es menos adecuado a si se realiza en varias tomas al día, lo cual es importante a tener en cuenta cuando se aconseja a los pacientes a realizar autocontroles.

46. GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL (ESTUDIO COMAPA). RESULTADOS DESPUÉS DE UNA ACCIÓN FORMATIVA

A. Dalfó Pibernat[1] y A. Dalfó Baqué[2]

[1]CAP Horta, Barcelona. [2]CAP Gòtic, Barcelona.

Introducción: La MAPA se ha convertido en la actualidad en una exploración complementaria indispensable en el diagnóstico y seguimiento de la HTA. Este progreso puede ser que no se haya correspondido con un adecuado conocimiento en la interpretación de los resultados de la MAPA.

Objetivo: Evaluar el grado de conocimiento de la MAPA antes y después de una actividad formativa.

Métodos: Se administró un cuestionario autoadministrado de 10 ítems: validez (1), indicaciones (2), parámetros (3) y situaciones clínicas (4) antes y después de la actividad. Previamente había sido revisado y validado. Se había comprobado que recogía los principales aspectos a tener en cuenta en la lectura y interpretación de la MAPA. Se recogieron variables demográficas, categoría profesional, años de finalización de la formación, ámbito de trabajo y si tenían experiencia previa en la MAPA. La actividad formativa consistió en un taller práctico sobre la técnica de la medida de la MAPA.

Resultados: Muestra de 63 clínicos. Edad media: 44,5 años (DE: 9,8). 51 (81%) mujeres. 26 (41,3%) enfermeras, 36 (57,1%) médicos. 46 trabajaban en AP (73%). El 37 (58,7%) NO tenian experiencia previa. La puntuación media previa fue de 6,9 (DE: 2,1) y posterior de 8,6 (DE: 1,6) (p < 0,005). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas (DES) entre el género, el lugar de trabajo; y la puntuació previa ni la puntuación posterior global. La profesión se relacionó de forma ES con la puntuación previa: médicos: 7,6 (DE: 1,8) y enfermeras 5,8 (DE: 1,9) (p = 0,001).

Conclusiones: El grado de conocimiento de la MAPA no es suficiente. Una acción formativa como la presente permite una mejora significativa. Su grado de mantenimiento en el tiempo será evaluado en un posterior estudio, así como otras modalidades.

47. SEDENTARISMO Y PRESIÓN ARTERIAL CLÍNICA, CENTRAL Y AMBULATORIA

P. Martínez Pérez, M. del Río García, C. Agudo Conde, J.I. Recio Rodríguez, C. Montero Sánchez, M.C. Patino Alonso, J. González Sánchez, J.A. Maderuelo Fernández, M.A. Gómez Marcos y L. García Ortiz

Unidad de Investigación La Alamedilla, Salamanca.

Objetivo: El objetivo del estudio es analizar la relación entre el estilo de vida sedentario y las diferentes medidas de la presión arterial.

Métodos: Diseño**:** se realizó un estudio transversal en una cohorte de población general sin enfermedades cardiovasculares. Ámbito y sujetos: se incluyeron 1.345 pacientes del estudio EVIDENT II (edad media 55 ± 14 años; 59,3% mujeres), seleccionados por muestreo aleatorio de las consultas de los médicos de familia. Medidas: el sedentarismo se evaluó mediante el cuestionario "Marshall sitting questionnaire". La presión arterial (PA) clínica mediante el dispositivo OMRON M10. Monitorización de presión arterial ambulatoria durante 24 horas y presión arterial central fueron estimadas con un tonómetro radial (dispositivo B-pro). Además de las variables principales, se registraron, edad, sexo, hábitos, patologías previas y fármacos consumidos habitualmente.

Resultados: El tiempo medio de sedentarismo a la semana fue de 37,9 ± 17,6 minutos, en desplazamiento 3,2 ± 5,7 minutos, en la mesa de trabajo 10,7 ± 14,8 minutos y el tiempo de ocio (viendo Tv) 19,0 ± 14,8 minutos. La PA clínica fue 124,6 ± 17,0/76,9 ± 10,4 mmHg y la presión de pulso (PP) clínico fue 76,9 ± 10,4. La presión sistólica de la aorta central (CASP) fue 116,5 ± 15,9 mmHg y la PP central fue 40,5 ± 13,0. La PA de 24h fue 121,0 ± 17,5/76,7 ± 11,4 mmHg y la PP de 24 horas 44,3 ± 11,6. Encontramos una correlación negativa entre las horas sentado en el trabajo a la semana y la PA sistólica clínica (r = -0,145, p < 0,01), con la PP clínico (r = -0,170, p < 0,01), con la CASP (r = -0,158, p < 0,01), con la PP central (r = -0,141, p < 0,01) con la PA sistólica de 24h (PAS 24h) (r = -0,075, p < 0,05) y con la PP de 24h (r = -0,101, p < 0,01). También encontramos una relación negativa entre el tiempo de sedentarismo en los desplazamientos a la semana y la PP clínico (r = -0,070, p < 0,01) y la CPP (r = - 0,077, p < 0,01). Por último encontramos una relación positiva entre tiempo de ocio y la PAS clínica (r = 0,150, p < 0,01), la PP clínica (r = 0,205 p < 0,01), con la CASP (r = 0,140, p < 0,01), con la CPP (r = 0,172, p < 0,01), y con la PA sistólica de 24h (r = 0,072, p = 0,05) y con la PP de 24h (r = 0,155, p < 0,01). En la regresión lineal, considerando como variables dependientes los tiempos de sedentarismo y las independientes las diferentes medidas de presión arterial, ajustado por edad, sexo, IMC, Hb glicosilada, fármacos antihipertensivos y tabaquismo, la relación se mantiene entre: horas sentado en el trabajo a la semana con la PAS clínica (beta = -0,052, p < 0,05) y la PP clínica (beta = -0,093, p < 0,01); horas sentado en los desplazamientos a la semana y la PP clínica (beta = -0,026, p < 0,05); el tiempo de ocio a la semana con la PAS clínica (beta = 0,071, p < 0,01), con la PP clínica (beta = 0,181, p < 0,01), PP central (beta = 0,135, p < 0,01) y con la PP de 24h (beta = 0,156, p < 0,01).

Conclusiones: El tiempo de sedentarismo en el trabajo y en el transporte se asocia de forma negativa con la presión arterial sistólica periférica y central y la presión de pulso clínica y ambulatoria. Sin embargo el tiempo de ocio se asocia de forma positiva la presión arterial sistólica clínica y la presión de pulso periférico, central y de 24 horas.