

Monitoreo domiciliario de presión arterial

¿Una herramienta muy útil y subutilizada?



Dra. Jessica Barochiner

- Médica de Planta Sección Hipertensión Arterial, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires.
- Doctora en Ciencias de la Salud. Magister en Investigación Clínica.
- Investigadora del Instituto de Medicina Traslacional e Ingeniería Biomédica (IMTIB-CONICET).
- Profesora adjunta del Instituto Universitario del Hospital Italiano.
- Miembro del Grupo de Mediciones Ambulatorias y Telemedicina de la SAHA.

Un componente esencial del manejo de la hipertensión arterial (HTA) es la medición precisa de la presión arterial (PA). Durante muchos años, el diagnóstico y tratamiento de la HTA se han basado en la medición de la PA en consultorio. Sin embargo, ésta presenta varios inconvenientes, como la reacción de alarma, el sesgo del observador y la escasa reproducibilidad, lo que ha contribuido al auge de técnicas estandarizadas de medición de la PA fuera del consultorio, como el Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial (MAPA) y, más recientemente, el Monitoreo Domiciliario de Presión Arterial (MDPA). El MDPA implica la realización de auto-mediciones de PA en el domicilio, utilizando un tensiómetro validado y luego de haber recibido un entrenamiento en la técnica adecuada de medición de la PA por personal capacitado. Se trata de una técnica simple, que permite obtener un gran número de lecturas representativas de la PA habitual durante largos períodos, a la vez que compensa muchas de las limitaciones mencionadas para la PA de consultorio. Además, el MDPA evita varias de las desventajas del MAPA, dado que, en comparación con este último, es una herramienta más económica, ampliamente disponible y mejor tolerada por los pacientes, involucrándolos activamente en el manejo de su enfermedad, habiendo demostrado mejorar la adherencia al tratamiento, la inercia terapéutica y el grado de control de la HTA. Así, la medición de la PA fuera del consultorio, tanto por MAPA como por MDPA es hoy en día recomendación IA en múltiples guías y consensos.

La inesperada pandemia COVID 19 impuso a los sistemas de salud una necesidad de urgente adaptación y flexibilidad. No sólo se requirieron máximos esfuerzos para el manejo adecuado de los infectados por el virus: el descenso de consultas relacionadas a eventos cardiovasculares en los sistemas de emergencia, en combinación con el

aumento de la mortalidad no asociada a COVID-19, puso de manifiesto la importancia de no desatender la principal causa de muerte a nivel mundial, la enfermedad cardiovascular. Los profesionales dedicados al manejo de la hipertensión se vieron interpelados en la necesidad de tomar decisiones y cambiar conductas terapéuticas a la distancia. En este contexto mundial cobró especial relevancia el MDPA que, aunque conocido desde hace décadas, no ha ganado aún en nuestro país la difusión que merece. Gracias a que el MDPA puede realizarse en su totalidad en el domicilio del paciente, transmitiendo luego la información al médico por diversos medios, su utilidad en esta nueva realidad mundial resultó invaluable. Así, enlazado con la Telemedicina, cuya rápida adopción fue catalizada por la pandemia, el MDPA permitió evaluar a la distancia y ajustar el tratamiento de muchísimos hipertensos que, de otro modo, hubiesen quedado a la deriva.

El uso del MDPA a nivel mundial es variable, estando, por ejemplo, muy difundido en Japón, y algo menos en EE.UU. y España. En nuestro país no contamos con datos certeros sobre su uso, aunque resulta sugestivo que muy pocos centros -a diferencia de lo que ocurre con el MAPA- lo realizan como práctica habitual. Múltiples barreras existen para la implementación del MDPA. Algunas se relacionan con los pacientes, otras con los profesionales de la salud, y otras con los sistemas sanitarios. Entre los primeros, por ejemplo, información proveniente de encuestas y grupos focales señala como preocupación el requerimiento de protocolos de medición rígidos y prolongados. Otra preocupación de los pacientes es el costo de los equipos, que en muchos casos deben costear ellos mismos por no estar considerados por su cobertura. En el caso de los profesionales de la salud, las principales preocupaciones tienen que ver

con la posible falta de exactitud de los equipos utilizados, un incremento excesivo de ansiedad en algunos pacientes, que podrían llevar a un incremento en la demanda sobre el sistema de salud, y el tiempo extra que requiere -muchas veces no pago- interpretar las lecturas del MDPA. En cuanto a los sistemas de salud, el principal escollo parecería estar dado por la infraestructura requerida para las co-intervenciones en salud que la implementación del MDPA conlleva (visitas para ajustar la medicación, por ejemplo).

Cabe destacar que todas las barreras mencionadas para una mayor difusión del MDPA pueden ser abordadas con medidas no demasiado complejas: la educación, tanto de los profesionales de la salud, los terceros pagadores y la comunidad en general, difundiendo la existencia del MDPA (muchos ni siquiera conocen la práctica), sus alcances y limitaciones y las distintas formas de implementarlo según las características locales, es una herramienta valiosísima y sub-utilizada. Las vías de comunicación y difusión de esta información, de acuerdo al público que se pretenda alcanzar, son muchísimas: congresos, cursos, workshops, ateneos, redes sociales, medios de comunicación, charlas abiertas a la comunidad, entre otras. Por otro lado, el uso de equipos validados como una política institucional, profesional y de salud en general contribuirá a derribar el mito de que ningún equipo oscilométrico sirve. La difusión de los protocolos de medición, facilitando además plantillas para realizar los informes de MDPA fácilmente descargables por el profesional desde los sitios web de sociedades científicas involucradas en el tema, también resulta útil para desterrar el mito de que se necesita una gran infraestructura para implementar el MDPA: cualquier médico que tenga una PC en su consultorio e instruya a su paciente sobre la compra de un equipo validado y cómo realizar las mediciones puede implementar el MDPA. Una barrera no menor que explica la reticencia de los terceros pagadores en cuanto a cubrir el MDPA es un tema de costos. A este respecto, algunos estudios han evaluado la costo-efectividad del MDPA utilizando modelos de probabilidad de Markov, encontrando que, cuando se asume igual sensibilidad y especificidad entre el MDPA y el MAPA (cabe recordar que no hay evidencia contundente sobre la superioridad de uno

u otro método en términos de predicción de eventos cardiovasculares), el MDPA fue la estrategia más costo-efectiva. La difusión de esta información entre los terceros pagadores sería otra medida que podría contribuir a la implementación más amplia del MDPA. Más allá de las ventajas que esto pueda tener particularmente en medios de escasos recursos económicos, es importante resaltar que el MDPA no debería considerarse una técnica de segunda categoría que se aplica por un tema de costos cuando no se dispone de MAPA.

En conclusión, el MDPA constituye una técnica económica, sencilla y bien tolerada por los pacientes, que los involucra activamente en el manejo de su enfermedad, mejorando la adherencia al tratamiento y el control de su HTA, y es equivalente al MAPA para la mayoría de las indicaciones habituales. Una mayor difusión de esta práctica es factible y podría llevar a un mejor aprovechamiento de los recursos

Lectura recomendada:

- Tucker KL, Sheppard JP, Stevens R, Bosworth HB, Bove A, Bray EP, et al. Self-monitoring of blood pressure in hypertension: A systematic review and individual patient data meta-analysis. *PLoS Med.* 2017 Sep;14(9):e1002389.
- Patil SJ, Koopman RJ, Belden J, LeFevre M. The role of home BP monitoring: Answers to 10 common questions. *J Fam Pract.* 2019;68(1):29-33.
- Hodgkinson JA, Stevens R, Grant S, Mant J, Bray EP, Hobbs FDR, et al. Schedules for Self-monitoring Blood Pressure: A Systematic Review. *Am J Hypertens.* 2019 Mar 16;32(4):350-64.
- Delucchi A, Marín M, Páez O, Bendersky M, Rodríguez P. Principales conclusiones del Consenso Argentino de Hipertensión Arterial [Internet]. Vol. 36, Hipertensión y Riesgo Vascular. 2019. p. 96-109.
- Shimbo D, Abdalla M, Falzon L, Townsend RR, Muntner P. Studies comparing ambulatory blood pressure and home blood pressure on cardiovascular disease and mortality outcomes: a systematic review. *J Am Soc Hypertens.* 2016 Mar;10(3):224-34.e17.
- Barochiner J, Marín MJ, Janson JJ, Conti PR, Martínez R, Micali G, Conte IE, Plazzotta F. White Coat Uncontrolled Hypertension in Teleconsultation: A New and Frequent Entity. *High Blood Press Cardiovasc Prev.* 2022 Mar;29(2):155-161

