

gano sólo en sujetos con registros reproducibles. *Iberoam J Hypertension* 1999; 4: 404-412.

5. The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure, and the National Education Program Coordinating Committee. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med* 1997; 157: 2413-2446.
6. Conway J. Ambulatory pressure and clinical trials. *J Hypertens* 1991; 9 (Supl 3): 57-60.

Respuesta de los autores

Automedición presión arterial;
Hipertensión arterial; Monitorización
ambulatoria presión arterial.

Sr. Director: Agradecemos el comentario efectuado por J.L. Carretero Ares et al a nuestra revisión sobre AMPA¹, y queremos aclarar algunos conceptos y puntualizar algunas afirmaciones del mismo. En primer lugar, hay que decir que la intención de la revisión no era efectuar una comparación entre la automedición de la presión arterial (AMPA) y la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA), sino analizar la utilidad de la AMPA. De hecho, ambas técnicas ofrecen una ayuda importante en el diagnóstico y manejo del paciente hipertenso, especialmente en determinadas situaciones clínicas.

Ambas -AMPA y MAPA- permiten obviar los problemas más frecuentes de la lectura de la presión arterial (PA) puntual en la clínica: reacción de alerta o fenómeno de «bata blanca», elevada variabilidad de la PA y la presencia de múltiples sesgos. Las cifras de AMPA se sitúan entre los valores de MAPA de 24 h y los de MAPA de día; sin embargo, la correlación entre las cifras de AMPA y las obtenidas con MAPA de día es muy elevada, existiendo una diferencia de 1,7/1,2 mmHg para la PA sistólica/PA diastólica entre ambas técnicas, que no tiene ninguna importancia práctica².

También tanto la AMPA como la MAPA han mostrado una mejor correlación con lesión en órganos diana que la PA clínica. Incluso, en algunos estudios^{3,4}, la AMPA mostró mejor correlación que la MAPA para la hipertrofia de ventrículo izquierdo medida por ecocardiograma. En relación con la mortalidad total y la

morbilidad cardiovascular, ambas técnicas muestran un valor pronóstico superior a la PA clínica.

Es importante señalar que tanto la AMPA como la MAPA muestran un rendimiento similar en el diagnóstico de la hipertensión arterial (HTA) clínica aislada y del llamado «efecto de bata blanca»⁵.

Evidentemente ambas técnicas presentan ventajas y limitaciones. La MAPA se considera el «patrón oro» por la calidad de la información aportada, pero tiene en contra el elevado precio del monitor y el coste de la exploración. Para la AMPA se utilizan monitores mucho más económicos y de manejo fácil que constituyen los argumentos fundamentales a favor de su aceptación en las consultas. El principal problema de la AMPA es, desde nuestro punto de vista, la posibilidad de que el médico no controle todo el proceso de su uso, desde la compra del monitor hasta la toma de decisiones del paciente, que puede optar por modificar su tratamiento de forma independiente sin ningún tipo de supervisión médica. Un artículo recientemente publicado⁶ ilustra los peligros del uso de la AMPA cuando ni los médicos ni los pacientes están suficientemente informados respecto a esta técnica.

Estamos en desacuerdo con varias de las afirmaciones que hacen J.L. Carretero et al cuando se refieren a las limitaciones de la AMPA. Cuando hablan de imprecisión de los monitores, hay que hacer notar que este problema no existe si se utilizan aparatos validados según los criterios de la AAMI y la BHS, como ya figura en nuestra revisión. Para mejorar la fiabilidad de las lecturas, es fundamental educar al paciente o familiar en el método, la técnica de lectura y los valores de normalidad, insistiendo en que no tomen ninguna decisión por su cuenta y que consulten a su médico o enfermera ante cualquier duda. Conviene decir al paciente que aporte las lecturas impresas o bien recomendar un modelo de monitor que guarda las lecturas de forma automática para evitar la manipulación de los datos reales. Respecto a que la AMPA es sólo una estimación puntual en determinados momentos del día, que habitualmente no se realiza durante el horario laboral, hay que recordar que en nuestra revisión se menciona la posibilidad de efectuar lecturas durante el trabajo para mejorar el rendimiento de esta técnica en la valoración

del efecto «bata blanca». De todas formas, la mayoría de estudios muestran una correlación muy buena entre la AMPA y MAPA de día. A partir de 4 lecturas al día, efectuadas en condiciones óptimas, parece que nuevas lecturas adicionales no modifican los resultados de forma relevante para la toma de decisiones.

Es cierto que los estudios que muestran un mejor control de la PA con el uso de AMPA son escasos y con una duración media de 6-12 meses, pero todos muestran resultados positivos². Un estudio que utilizó la MAPA para la toma de decisiones respecto al tratamiento de pacientes hipertensos muestra un grado de control similar en el grupo asignado a MAPA que el grupo de cuidados habituales, pero con un coste superior⁷. La cuestión sobre si la AMPA mejora el cumplimiento de los pacientes permanece abierta, aunque la mayoría de estudios muestra un mayor beneficio en este aspecto². En todo caso, habrá que esperar los resultados del SHEAF-Study, en el año 2002, para poder responder a estas cuestiones.

Por todas estas razones, pensamos que la AMPA es una técnica de primera elección, especialmente en las consultas de atención primaria, con las indicaciones que figuran en nuestra revisión, y no sólo restringida al seguimiento de los pacientes hipertensos como parecen sugerir los autores de la «carta al director». No obstante, existen situaciones en las que es preciso recurrir a la MAPA: a) cuando interese conocer el patrón nocturno de PA (*dipper* o no *dipper*); b) para el diagnóstico de la hipotensión ortostática; c) pacientes con bajo nivel educativo, y d) todos aquellos casos en los que persistan dudas.

Estamos totalmente de acuerdo con J.L. Carretero et al en que la AMPA tiene que recomendarse en condiciones protocolizadas, con formación de los clínicos que la usen y con información adecuada a los pacientes o familiares. Sólo de esta manera se podrá evitar que un 50-73% de los usuarios de un monitor de PA lo hagan sin supervisión médica y sin haber sido entrenados por personal cualificado. Podemos afirmar con Pickering² que ha llegado el momento de pasar los monitores de PA del mercado de consumo electrónico a la tutela de los médicos.

Sólo queda añadir que en los últimos meses se han publicado 2 revisiones más sobre la AMPA, como muestra

del creciente interés que despierta esta técnica^{2,5}. Estos artículos coinciden con nuestra revisión en que la AMPA es una técnica de fácil aplicación y útil, sobre todo para los profesionales de atención primaria.

N. Salleras Marcó

Unidad Docente de Medicina Familiar
y Comunitaria de Girona.

1. Coll G, Beltrán M, Foguet Q, Salleras N. AMPA, una revisión crítica. *Aten Primaria* 2000; 25: 644-649.
2. Yarows SA, Julius S, Pickering TG. Home blood pressure monitoring. *Arch Intern Med* 2000; 160: 1251-1257.
3. Kleinert HD, Harshfield GA, Pickering TG, Devereux RB, Sullivan PA, Maron RM. What is the value of home blood pressure measurement in patients with mild hypertension? *Hypertension* 1984; 6: 574-578.
4. Jula A, Puukka P, Karanko H. Multiple clinic and home blood pressure measurements versus ambulatory blood pressure monitoring. *Hypertension* 1999; 34: 261-266.
5. Divison JA, Artigao LM, Sanchis C, Puras A. Automedidas de presión arterial domiciliarias con aparatos electrónicos automáticos. Ventajas e inconvenientes en su utilización como técnica de medición de la presión arterial. *Hipertensión* 2000; 17: 53-61.
5. Bailey B, Carney SL, Gillies AAH, Smith AJ. Antihypertensive drug treatment: a comparison of usual care with self blood pressure measurement. *J Human Hypertens* 1999; 13: 147-150.
7. Staessen JA, Byttebier G, Buntinx F, Celis H, O'Brien ET, Fagard R. Antihypertensive treatment based on conventional or ambulatory blood pressure measurement. A randomized controlled trial. *JAMA* 1997; 278: 1065-1072.