

Monitoreo Ambulatorio de la Presión Arterial de 24 hs (MAPA). Epidemiología y toma de decisiones en la práctica clínica.

Autores: Caruso G., Gioseffi. L.M., Damis H., Lupi S., Pollono E.N.

Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial.
Clínica Médica. División "B" **Jefe** : Profesor Dr. Pedro Valicenti.
Hospital J. M. Ramos Mejía, Buenos Aires.Argentina .

Resumen:

El MAPA es una herramienta diagnóstica de uso creciente en la práctica clínica actual. Hemos analizado un grupo de pacientes en los cuales se realizó dicho estudio para evaluar variables como patrón de presión diurna y nocturna, respuesta autonómica y control del tratamiento farmacológico.

Dicho análisis generó en un número significativo de casos cambios de conducta respecto al control y tratamiento de dichos enfermos, lo cual avala la importancia de este método auxiliar en el seguimiento de los portadores de hipertensión arterial.

Palabras clave: monitoreo ambulatorio de presión arterial, hipertensión arterial.

Summary:

Ambulatory Blood Pressure Monitoring (ABPM) is a diagnostic tool with an increasing utility in current clinical practice.

We've analysed a group of patients in who we did this study to evaluate different variables such as day pressure as well as night pressure, autonomic response and control of the pharmacological treatment.

The above mentioned analysis generated, in significative number of cases, a behaviour change regarding the control and treatment of these patients, which endorses the importance of this auxiliary method in the follow up of hypertensive carriers.

Key words: ambulatory blood pressure monitoring, arterial hypertension.

Introducción:

El MAPA es un método auxiliar diagnóstico de creciente utilidad para la valoración, estadificación y control de los pacientes hipertensos.

Permite la valoración del perfil tensional del paciente a lo largo de 24 horas con adecuada reproducibilidad, sin efecto placebo (1), pudiendo asimismo detectarse un patrón normal de caída tensional nocturna (dipper, con caída nocturna del 10 a 20%) y los patrones alterados tales como non dipper (sin descenso tensional nocturno), inverse dipper (promedios de presión nocturna más elevados) o hiperdipper (caída de presión nocturna exagerada), los cuales suelen asociarse a mayor morbilidad cardiovascular(2,3).

Actualmente se lo considera una herramienta auxiliar muy útil no solamente en estudios de investigación clínica sino también en el terreno de la práctica médica cotidiana dada su utilidad en la evaluación diagnóstica (4) (especialmente en pacientes con hipertensión borderline y/o hipertensión de guardapolvo blanco) y terapéutica (5) (permitiendo conocer si la medicación antihipertensiva administrada brinda o no una adecuada protección al paciente).

Objetivo:

Analizar datos epidemiológicos y las tomas de decisiones adoptadas en virtud de los resultados de MAPA efectuados a pacientes que se asisten en el Grupo de Trabajo de HTA de nuestro Hospital.

Material y métodos:

Se analizaron retrospectivamente 204 estudios de MAPA efectuados con el monitor Spacelabs 90207 en nuestro Servicio durante los últimos tres años.

Solamente se incluyeron estudios con más de 80% de registros correctos siempre que superaran las 70 determinaciones a lo largo de las 24 horas del mismo, descartándose los que presentaron una hora completa sin valoraciones tensionales.

Se consideraron las siguientes variables : sexo, edad, promedios de presión arterial diurna y nocturna, patron de ritmo circadiano y cambios de conducta adoptados por los profesionales en relación a los resultados del MAPA.

Se define como respuesta autonómica conservada a la caída del promedio de la presión arterial nocturna entre un 10 – 20% con respecto a la diurna.

Se consideró como límite de normotensión un promedio diurno por MAPA < 135/85 mm Hg y se caracterizó a la HTA de consultorio según los criterios del JNC VII.

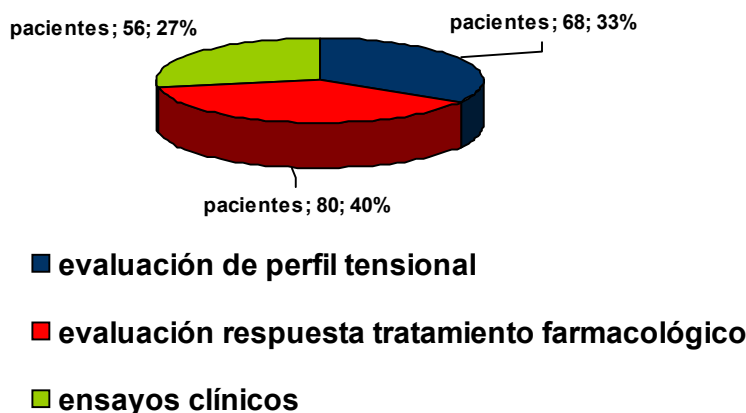
Se estudiaron 204 pacientes: 76 hombres cuyo promedio de edad fue de 32.6 años y 128 mujeres con una edad promedio de 60.6 años.

Se realizó un subanálisis de 90 pacientes para analizar los cambios de actitud del médico tratante ante los resultados del MAPA.

Resultados:

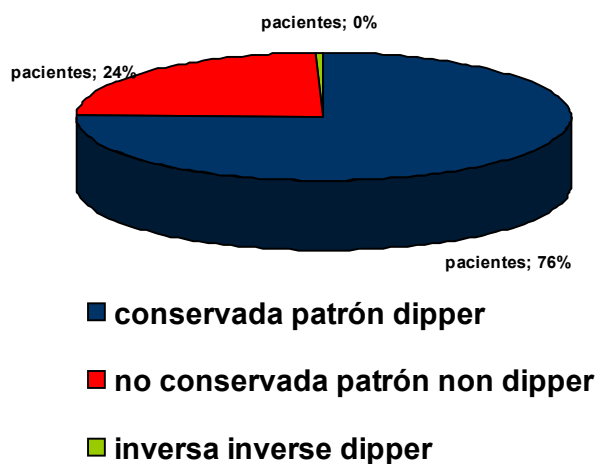
Los motivos de solicitud del MAPA fueron : evaluación del perfil tensional en 68 pacientes para confirmación de diagnóstico de HTA, respuesta al tratamiento farmacológico en 80 pacientes y estudios de investigación clínica en los 56 restantes.(Figura 1).

FIGURA 1



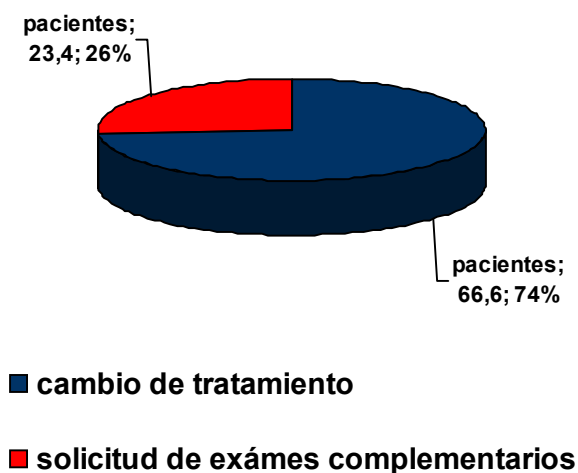
La respuesta autonómica nocturna estuvo conservada en el 75.9 % (patron dipper), ausente en el 24% (non dipper), e inversa en un solo caso (inverse dipper).(Figura 2).

FIGURA 2



En el subanálisis realizado a 90 pacientes se observó que el 66 % de los médicos modificaron su indicación basal (cambio de tratamiento o modificación de dosis de fármacos) , generándose en el resto de los casos la necesidad de solicitud de exámenes complementarios).(Figura 3).

FIGURA 3



Discusión:

En la población estudiada los motivos de solicitud de MAPA más frecuentes fueron en primer lugar la evaluación del tratamiento farmacológico y luego el estudio del perfil

tensional, incluyendo la necesidad de descartar la hipertensión de consultorio (o guardapolvo blanco).

En relación a este último punto, se observó una tendencia en la población médica, a solicitar muchas veces estudios con fines diagnósticos de enfermedad hipertensiva, conociéndose que el mismo debe establecerse con la medición convencional en el consultorio, tal cual lo dictaminan las normativas internacionales.

Sin embargo, el conocimiento del perfil tensional ambulatorio en el paciente hipertenso, cumple un rol fundamental para su adecuado manejo y estadificación.

El 25% de los pacientes tuvo patron non dipper, lo cual concuerda con la bibliografía actual (6) , siendo asimismo extremadamente poco frecuente la inversión del ritmo circadiano de la tensión arterial.

En solo un caso encontramos un patrón de inversión del ritmo circadiano de la presión arterial (inverse dipper), el cual se asocia a una mayor morbilidad cardiovascular (7).

La pérdida de ritmo autonómico de la presión arterial permitió en algunos casos orientar la búsqueda de refractariedad al tratamiento hacia causas de HTA secundaria, en la cual el patrón non dipper se da con más frecuencia (8).

Asimismo, el patrón non dipper de la presión arterial incrementa la probabilidad de presentar daño de órgano blanco como microalbuminuria o hipertrofia ventricular izquierda (9).

Además de ser el MAPA un modo único para evaluar la tensión arterial durante el sueño, permite saber si la medicación utilizada presenta una adecuada duración de acción, confirmando protección durante las 24 horas, dando la posibilidad de determinar la relación valle-pico de los fármacos (10).

Dos terceras partes de los profesionales introdujeron modificaciones al tratamiento previo, incluso en casos en que se presuponía, por valores domiciliarios y/o de consultorio, una enfermedad con adecuado control.

Esta cifra parece ser lo suficientemente significativa como para jerarquizar la utilidad de éste método en la práctica clínica habitual, especialmente en aquellos casos en que exista discordancia entre los valores de TA entre domicilio y consultorio o la aparición de daño de órgano blanco en pacientes aparentemente bajo adecuado control tensional.

En resumen , en la actualidad, el MAPA es considerado una herramienta de gran utilidad en el control de los pacientes hipertensos, no sólo en el manejo del especialista sino también para el médico clínico o generalista.

Bibliografía:

1) Palatini P. Reliability of ambulatory blood pressure monitoring. Blood Press Monit. 2001 Dec;6(6):291-5.

2) O'Brien E, Beevers G, Lip GY. ABC of hypertension. Blood pressure measurement. Part III-automated sphygmomanometry: ambulatory blood pressure measurement. BMJ. 2001 May 5;322(7294):1110-4.

3) Ernst ME, Bergus GR. Ambulatory blood pressure monitoring. South Med J. 2003 Jun;96(6):563-8.

4) Yarous SA, Julius S, Pickering TG. Home blood pressure monitoring. Arch Intern Med. 2000 May 8;160(9):1251-7.

- 5) Pickering TG, Shimbo D, Haas D. Ambulatory blood-pressure monitoring. N Engl J Med. 2006 Jun 1;354(22):2368-74.
- 6) Ramos F, Coca A, Pickering T, Mion D. Manual de monitorización de la presión arterial y técnicas afines. Ed. Médica AWWE S.A., Madrid, 2006.
- 7) Matsuoka H, Fukui K, Hayakawa H. Diurnal variation of blood pressure in patients with salt sensitive hypertension. Hypertens Res 1993;16:233-237.
- 8) Imai Y, Abe K, Miura Y, et al. Hypertensive episodes and circadian fluctuations of blood pressure in patients with pheochromocytoma. J Hypertens 1988;6(1): 9-15.
- 9) Roman M, Pickering T, Schwartz J, et al. Is the absence of a normal nocturnal fall in blood pressure (nondipping) associated with cardiovascular target organ damage?. J Hypertens 1997;15(9):969-978.
- 10) Parati G, Ravogli A, Multi E, et al. Ambulatory blood pressure monitoring in the evaluation of antihypertensive drugs. J Hypertens 1994;12(Suppl 8):S9-S15.