



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 242/3345 - ¿ES FACTIBLE REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LA HTA EN ESPAÑA MEDIANTE AMPA O MAPA? ESTUDIO MAMPA

E. Martín Riobóo<sup>a</sup>, L. Pérula de Torres<sup>b</sup>, J. Banegas Banegas<sup>c</sup>, J. Lobos Bejarano<sup>d</sup>, C. Bellido Bellido<sup>e</sup> y E. García Criado<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba. <sup>b</sup>Técnico de Salud. Unidad Docente de MFyC. Córdoba. IMIBIC. <sup>c</sup>Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Autónoma de Madrid. <sup>d</sup>Médico de Familia. Coordinador del Grupo Cardiovascular de SEMFyC. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Córdoba.

### Resumen

**Objetivos:** Conocer la disponibilidad real, de aparatos/automáticos/presión arterial (AMPA) y de monitores ambulatorios de PA (MAPA) para el diagnóstico/seguimiento de la HTA en España.

**Metodología:** Estudio observacional descriptivo transversal. Médicos de AP del SNS Español, encuestados entre Sociedades (semFYC, SEMERGEN, SEMG y SEH-LELHA, +muestreo aleatorio estratificado por CCAA. Tamaño muestral estimado: 1523 (nivel de confianza 95%, precisión  $\pm$  3%), asumiendo una disponibilidad AMPA/MAPA: 50%. Encuesta online (Google Drive); 25 preguntas sobre disponibilidad de AMPA/MAPA, y manejo/conocimiento en el diagnóstico y seguimiento de la HTA. Análisis estadístico descriptivo e inferencial (IC95% para los principales estimadores; test de la Ji-cuadrado;  $p < 0,05$ ).

**Resultados:** 2.221 encuestas (12 descartadas "otros países"). Edad:  $47,7 \pm 10,6$  años (55%, mujeres). 68%  $\geq$  20 años de práctica clínica. 85,8% (IC95%: 84,3-87,2) pertenecían a sociedades científicas de AP. Un 8% estaban adscritos a la SEH-LELHA. Las CCAA de Andalucía (17,1%), Madrid (14,6%) y Cataluña (11,7%) fueron las más participativas). 78,2% (IC95%: 76,5-79,9) disponía de AMPA, y el 48,9% (IC95%: 46,7-51,0) de MAPA. Diferencias muy significativas por CCAA ( $p < 0,001$ ): rango para AMPA (53,2-96,4%) y MAPA (13,5-97,5%). AMPA: Disponibilidad elevada  $> 90\%$  (País Vasco, Navarra, Baleares, Cataluña, Comunidad Valenciana, y Castilla la Mancha), moderada 70-90% (Asturias, Aragón, Galicia, Cantabria, Murcia, Extremadura, Ceuta y Melilla, Castilla-León, y Canarias) y baja 50-70%(Madrid, La Rioja y Andalucía). MAPA\_Disponibilidad elevada 75-100% (País Vasco, Cantabria, Baleares Asturias y Cataluña), moderada 50-75% (Galicia, Navarra y Extremadura), baja 25-50% (Murcia, Madrid, La Rioja, Comunidad Valenciana, Castilla-León, Castilla-la Mancha, Aragón), muy baja  $< 25\%$  (Ceuta y Melilla, Andalucía y Canarias). Disponibilidad superior en socios de SEH-LELHA ( $p < 0,01$ ). Procedencia: AMPA: 65,5% administración sanitaria, 33,9% propiedad, 16,4% laboratorios farmacéuticos, y 9,3% estudios de investigación. MAPA 72% administración sanitaria y 26% de estudios de investigación. Calibración de AMPA: 81,1% no se calibran (26,1%) o desconoce (55%). Manguitos ancho: SI 74,5%. Tiempo de demora (MAPA): Inmediatamente 6,5%.  $< 1$  semana 32%/1 semana- 1 mes 48%/ $> 1$  mes: 13,5%.

**Conclusiones:** Aceptable disponibilidad para AMPA e insuficiente de MAPA para realizar un diagnóstico y seguimiento de HTA en España con profundas e injustificables diferencias por CCAA. Improbable factibilidad.

En nombre del grupo colaborativo MAMPA

**Palabras clave:** HTA. AMPA/MAPA. Disponibilidad.