

EDITORIAL

Diagnóstico en hipertensión arterial: cuando las técnicas no son accesibles en atención primaria y además se producen inequidades



Diagnosis in blood hypertension: When the techniques do not are accessible in primary care and are also produced inequities

Enrique Martín Rioboó^{a,b}, Jose Ramón Banegas^c, Luis Angel Pérula de Torres^{b,d,*} y Jose María Lobos Bejarano^{d,e}, en nombre del grupo colaborativo estudio MAMPA, Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS-semFYC)[◇],

^a Centro de Salud/Unidad de Gestión Clínica Poniente, Distrito Sanitario de Atención Primaria Córdoba y Guadalquivir, Córdoba, España

^b Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Hospital Reina Sofía, Universidad de Córdoba, Córdoba, España

^c Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid, Instituto de Investigación Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ), Centro de Investigación Biomédica en Red en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, España

^d Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba, Distrito Sanitario de Atención Primaria Córdoba y Guadalquivir, Córdoba, España

^e Centro de Salud Jazmín, Área Este, Madrid, España

Disponible en Internet el 11 de abril de 2018

Clásicamente el diagnóstico de hipertensión arterial se basaba en tomas de presión arterial realizadas preferentemente en la consulta, y esto constituía el «gold standard» en la práctica médica¹.

En el año 2011 la guía de práctica clínica NICE sobre hipertensión² preconizaba por primera vez la utilización de la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA)

como método preferente para el diagnóstico, o la auto-monitorización de la presión arterial en el domicilio del paciente (AMPA) si no existía disponibilidad de MAPA. Esta recomendación se ha visto refrendada en recientes guías³ y recomendaciones preventivas^{4,5}. Estas normativas basadas en la evidencia no garantizan, sin embargo, la necesaria aplicabilidad práctica¹⁻⁵. Como aconseja la clasificación de la evidencia GRADE⁶, han de ser tenidas en cuenta otras consideraciones, como la magnitud del efecto, el análisis de los costes o la propia disponibilidad de los recursos necesarios.

Los pocos trabajos que han analizado la disponibilidad de MAPA o AMPA en la práctica clínica son estudios locales o regionales, ninguno de ellos llevado a cabo en España^{7,8}.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luisangel.perula@gmail.com (L.A. Pérula de Torres).

◇ Los nombres de los componentes del grupo colaborativo estudio MAMPA están relacionados en el [anexo](#).

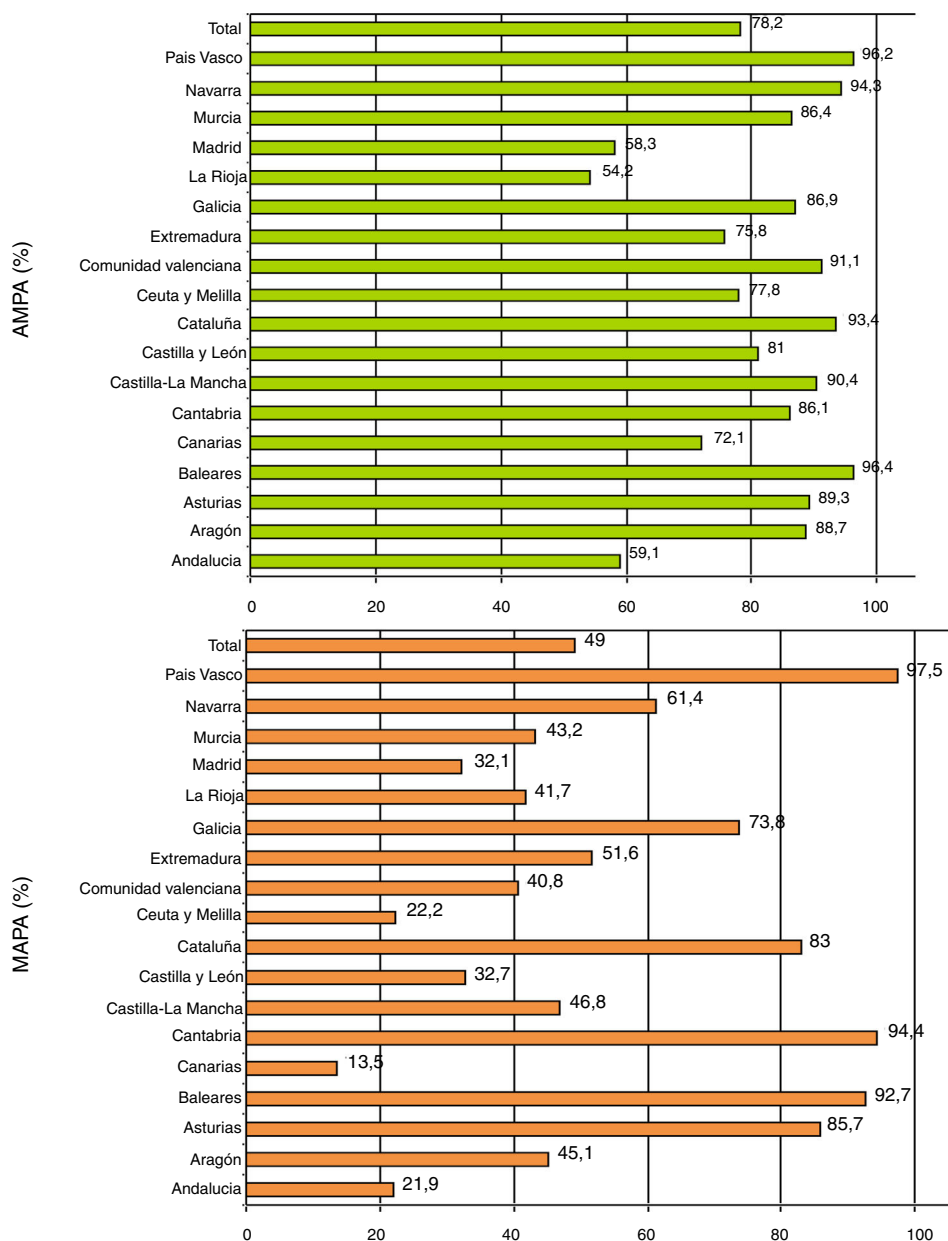


Figura 1 Disponibilidad de AMPA y MAPA por comunidades autónomas del estado español.

Recientemente, nuestro grupo de investigación ha publicado los resultados de una encuesta entre médicos de atención primaria de España con el objetivo de conocer la disponibilidad y el conocimiento de las técnicas diagnósticas en hipertensión⁹. Hemos detectado una aceptable disponibilidad de AMPA (casi un 80%) y una insuficiente disponibilidad en los centros de salud para realizar MAPA (50%), pero además, nos causó sorpresa observar la enorme variabilidad existente entre comunidades autónomas en la disponibilidad de AMPA y MAPA, siendo especialmente llamativa esta última (fig. 1). La disponibilidad de AMPA oscilaba desde un 50-60% en Andalucía, Madrid y La Rioja a más de un 90% en al menos 6 comunidades, pero lo más alarmante es el dato de disponibilidad de MAPA, que variaba desde menos de la cuarta parte en Canarias, Andalucía y Ceuta-Melilla a más del 90% en Cantabria, País Vasco o Baleares.

Si consideramos los datos de forma global, sería posible seguir las recomendaciones de un diagnóstico y seguimiento de la hipertensión con AMPA, con la excepción de algunas comunidades, pero muy improbable realizarlo con MAPA de forma satisfactoria. Ello ocurre a pesar de constituir la MAPA el método de elección para confirmar el diagnóstico de hipertensión recomendado por todas las sociedades científicas, incluida la semFYC⁴, aspecto reconocido por muchos de los propios médicos encuestados.

Además, aunque el 50% de los médicos de familia informó de la posibilidad de acceder a una MAPA, solo la mitad de ellos admitía poder realizar esta técnica a todos los sujetos con presión arterial alta en la consulta para confirmar un diagnóstico de hipertensión. Por tanto, solo un 25% de los médicos de familia podrían realizar MAPA para confirmar un diagnóstico de hipertensión en el contexto actual.

Por último, profundizando en las diferencias geográficas, resultados aún no publicados de nuestro estudio muestran que en una misma comunidad autónoma existe una importante heterogeneidad sobre la disponibilidad de AMPA y MAPA, también interprovincial o incluso interdistritos.

España se caracteriza política, territorial y económicamente por una estructura semifederal descentralizada donde cada región tiene autonomía casi plena en el presupuesto sanitario, así como capacidad para la planificación sanitaria y la distribución de sus recursos. En un informe del Ministerio de Sanidad del año 2015¹⁰ se constata que el gasto sanitario público variaba del 3,9% del PIB en la Comunidad de Madrid al 9,5% en Extremadura, siendo la media nacional del 5,7%, con importante variabilidad igualmente en el gasto por habitante (situándose aquí Andalucía como la comunidad más desfavorecida y el País Vasco como la que más presupuesto destina). Además, la tasa de variación interanual del gasto sanitario público entre los años 2014 y 2015 osciló entre menos de un 3% en Aragón, Cantabria y País Vasco a un 13,2% en Castilla y León, con diferencias también apreciables en otros aspectos, como el gasto en farmacia o el gasto en nóminas de personal sanitario¹¹.

En resumen, el mapa geográfico de diferencias en disponibilidad de MAPA y AMPA entre regiones en España refleja no solo el tamaño de la inequidad, sino el potencial de mejora: aquellas comunidades autónomas con peores datos podrían (y deberían) alcanzar, al menos, el nivel de las que están mejor.

La equidad no está reñida necesariamente con la eficiencia. El uso de la MAPA produce un mejor diagnóstico de hipertensión y reduce el número de pacientes en tratamiento farmacológico en comparación con la medición de la presión arterial solo en la consulta¹², y es más coste-efectivo que esta y que la AMPA¹³. Además, el uso de la tecnología disponible no está siendo rentabilizada.

Por ello, desde la semFYC, y como miembros de sus grupos de trabajo del PAPPs, queremos llamar la atención de las autoridades sanitarias de nuestro país, y sobre todo de las comunidades autónomas con menor disponibilidad de estas técnicas diagnósticas, independientemente de quién gobierne las mismas, para intentar reducir las diferencias halladas entre estas, que se traducen en términos de inequidades e ineficiencias de salud en la población atendida.

La encuesta MAMPA⁹ nos aporta algunas claves para cambiar la situación comentada en todas las comunidades en general. Para incrementar la disponibilidad de estas tecnologías (especialmente la MAPA) es necesario un incremento de los recursos, aumentar y rentabilizar más el uso de los aparatos ya disponibles y mejorar la formación de los médicos de familia al respecto. Afortunadamente, el precio de estos aparatos es mucho menor que hace años, y con un adiestramiento mínimo de los profesionales el tiempo requerido para esta prestación es de tan solo unos pocos minutos. Por ello, nos atrevemos a pedir a nuestros compañeros de atención primaria este llevadero «sobreesfuerzo», que se tornaría en eficiente y reconfortante al comprobar sus resultados, siempre contando con que se disponga de los medios necesarios.

Para finalizar, un destello de esperanza: algunas comunidades autónomas están realizando esfuerzos para intentar dotar de MAPA a los centros de atención primaria. El ejemplo

de la Comunidad de Madrid¹⁴ (no hemos podido constatar datos de otras comunidades) marca un camino prometedor, que esperamos sea continuado por el resto de las regiones deficitarias.

Anexo.

Grupo colaborativo estudio MAMPA: Carlos Brotons Cuixart, Emilio I. García Criado, Pilar Martín-Carrillo, María Martín-Rabadán Muro, M. Isabel Egocheaga Cabello, Antoni Maiques Galán, Cristina Bellido Moyano, Carlos Moreno de Juan, Enrique Rodríguez Guerrero y Raquel Arias Vega.

Bibliografía

1. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al., 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2013;34:2159–219.
2. National Institute for Health and Care Excellence. Hypertension in adults: Diagnosis and management [Internet]. 2011:1–25 [consultado 20 Feb 2018]. Disponible en: <http://nice.org.uk/guidance/cg127>
3. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APHA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: Executive summary: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*. 2017. <http://hyper.ahajournals.org/content/early/2017/11/10/HYP.0000000000000066>
4. Maiques A, Brotons C, Banegas JR, Martín-Rioboó E, Lobos-Bejarano JM, Álvarez FV, et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. *PAPPs* 2016. *Aten Primaria*. 2016;48 Supl 1:4–26.
5. Siu AL, on behalf of the U. S. Preventive Services Task Force. Screening for high blood pressure in adults: U. S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2015;163:778–86.
6. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008;336:924–6.
7. Carter B, Kaylor MB. The use of ambulatory blood pressure monitoring to confirm a diagnosis of high blood pressure by primary-care physicians in Oregon. *Blood Press Monit*. 2016;21:95–102.
8. Kaczorowsky J, Myers MG, Gelfer M, Dawes M, Mang EJ, Berg A, et al. How do family physicians measure blood pressure in routine clinical practice? National survey of Canadian family physicians. *Can Fam Physician*. 2017;63:e193–9.
9. Martín-Rioboó E, Pérula de Torres LA, Banegas JR, Lobos-Bejarano JM, Brotons Cuixart C, García Criado E, et al. Knowledge, availability, and use of ambulatory and home blood pressure monitoring in primary care in Spain: The MAMPA study. *J Hypertens*. 2018;36:1051–8, <http://dx.doi.org/10.1097/HJH.0000000000001673>
10. Estadística de gasto sanitario público. Principales resultados. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [consultado 20 Feb 2018]; 2015. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>

11. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Los servicios sanitarios de las CCAA. Informe 2017 [consultado 20 Ene 2018]. Disponible en: <http://www.fadsp.org/index.php/sample-sites/notas-de-prensa/1525-ccaavvlos-servicios-servicios-sanitarios>
12. Banegas JR, de la Cruz JJ, Graciani A, López-García E, Gijón-Conde T, Ruilope LM, et al. Impact of ambulatory blood pressure monitoring on reclassification of hypertension prevalence and control in older people in Spain. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2015;17:453–61.
13. Lovibond K, Jowett S, Barton P, Caulfield M, Heneghan C, Hobbs FD, et al. Cost-effectiveness of options for the diagnosis of high blood pressure in primary care: A modeling study. *Lancet*. 2011;378:1219–30.
14. Boletín Oficial del Estado. Anuncios. Contratación del Sector Público. Comunidad de Madrid. BOE, núm. 316, de 29 de diciembre de 2017 [consultado 24 Feb 2018]. p. 94392. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2017/12/29/pdfs/BOE-B-2017-76235.pdf>