

## PREGUNTA CLÍNICA N°6

### VALORES NORMALES DE LA MAPA//MEJOR MÉTODO PARA DIAGNOSTICAR HTA/MAPA ANTES DE INICIAR TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Fecha de edición: Septiembre 2013

#### RESUMEN

##### 1. Introducción.

La versión previa de la GPC mantenía los valores originales por la MAPA de la versión del 2001 de Osakidetza que se basaba en estudios de cohortes fundamentalmente el estudio japonés de Ohasama(1). No se consideran nuevos estudio de cohorte.

Se dan los siguientes valores para definir a una persona como HTA.

Período	Cifras PAS	Cifras PAD
Diurno	> 134	> 84
Nocturno	> 119	> 74
24 h	> 134	> 79

##### 2. Resumen respuesta en GPCs base.

La GPC del NICE(2) es la que trata más en profundidad la evaluación de la MAPA en el diagnóstico de la HTA y es la que hemos considerado para esta pregunta.

Analiza la relación de la MAPA; AMPA y PA clínica con la morbilidad cardiovascular mediante el análisis exhaustivo de estudios prospectivos de cohorte que agrupa en forma de tres RS y 11 estudios individuales. En conjunto los califica como bajo riesgo de sesgo según la clasificación de GRADE. Una de las revisiones(3) propone una tabla de valores para la MAPA para los diferentes períodos pero la GPC se inclina por recomendar los valores diurnos de la MAPA para el diagnóstico de la HTA. LA MAPA es la que mejor correlación tiene con la morbilidad cardiovascular, seguida de la AMPA y la PA clínica. Por otra parte estos valores PAS 135 y PAD 85 son los que analiza la RS sobre validez de AMPA y PAC en el diagnóstico de la HTA(4).

##### 3. Resumen de la evidencia.

No se ha considerado ningún estudio desde la publicación de la GPC de NICE hasta septiembre del 2012.

La GPC de NICE realiza una revisión sistemática original para contestar a la primera cuestión de pregunta n°6 sobre la capacidad de la MAPA para predecir la morbimortalidad cardiovascular. La revisión amplía la pregunta a otros métodos como la PA clínica y la AMPA. Examina tres RS y 11 estudios individuales de pronóstico de calidad

moderada según criterios de GRADE. La MAPA predice mejor la mortalidad.

Entre los 11 estudios hay 5 que comparan AMPA con PAC y 11 MAPA vs PAC y 2 AMPA vs PAC.

Posteriormente realiza una comparación de la capacidad diagnóstica en base a la RS del BMJ (4) de los tres métodos (calidad moderada) tomado como patrón oro la MAPA.

En base a estos estudios la cifra que mayor capacidad diagnóstica muestra para definir a un paciente como normotenso es la correspondiente a la media diurna PAS 135 PAD 85.

Del análisis de esta evidencia se derivan otras consecuencias que cambian las actuales recomendaciones como el n° de medidas con la MAPA (ver otras preguntas).

#### 4. De la evidencia a la recomendación.

##### **Balance beneficios y riesgos:**

La GPC utiliza los criterios de clasificación de las diferentes opciones: ser clasificado como hipertenso o normotenso de forma correcta o incorrecta y sus consecuencias. Recibir o no recibir tratamiento para prevenir eventos CV frente a los inconvenientes someterse a una MAPA.

Los beneficios (evitar ttos innecesarios y recibir ttos adecuados) superan a los inconvenientes.

##### **Opinión de los pacientes:**

La GPC NICE no detalla la visión de los pacientes. Se asume que un paciente aceptará la MAPA si le evita un tratamiento innecesario.

**Recursos:** ¿El coste incremental (o la utilización de recursos) es pequeño en relación a los beneficios?

La GPC realiza un análisis de costoefectividad con resultados consistentes a favor de la utilización de la MAPA. Por otro lado en el ámbito de la nuestra comunidad autónoma existen al menos un aparato de MAPA en todos los centros de salud por lo que su coste sería asumible.

##### **Balance de las consecuencias:**

Las consecuencias deseadas claramente superan las consecuencias no deseadas.

##### **Razonamiento justificación de la recomendación:**

La MAPA predice mejor la morbimortalidad cardiovascular y clasifica mejor a los pacientes a un coste asumible en un medio: atención primaria de la CAPV con experiencia en la técnica.

##### **Recomendación:**

###### **Se recomienda la opción.**

Las cifras a partir de las cuales se define un paciente HTA con la MAPA son la PAS/PAD diurna 135/85.

\*El resto de valores normales son los de la anterior GPC (2007) en base a recomendaciones de expertos.

**Consideraciones para la implementación:** La GPC del NICE indica que al MAPA debe realizarse a todos los pacientes antes de instaurar un tratamiento farmacológico. Así mismo recomienda más medidas diurnas que las que se realizan en nuestro medio\*.

Esto puede suponer la necesidad de disponer más aparatos de MAPA y cambiar las condiciones técnicas de la misma.

*\*Hay que programar 2 medidas cada hora y hacer la media diurna de al menos 14 medidas*

**Factibilidad:** La recomendación es factible

**Evaluación y prioridades para la investigación:**

## 5. Bibliografía.

1. Ohkubo T, Imai Y, Tsuji I, Nagai K, Watanabe N, Minami N, et al. Prediction of mortality by ambulatory blood pressure monitoring versus screening blood pressure measurements: a pilot study in Ohasama. *J Hypertens*. 1997 Apr;15(4):357-64. PubMed PMID: 9211170. Epub 1997/04/01. eng.
2. Excellence NIfHaC. Hypertension.Clinical management of primary hypertension in adults. Disponible en <http://publicationsniceorguk/hypertension-cg127> [Acceso septiembre 2012]. 2011.
3. Kikuya M, Hansen TW, Thijs L, Bjorklund-Bodegard K, Kuznetsova T, Ohkubo T, et al. Diagnostic thresholds for ambulatory blood pressure monitoring based on 10-year cardiovascular risk. *Circulation*. 2007 Apr 24;115(16):2145-52. PubMed PMID: 17420350. Epub 2007/04/11. eng.
4. Hodgkinson J, Mant J, Martin U, Guo B, Hobbs FD, Deeks JJ, et al. Relative effectiveness of clinic and home blood pressure monitoring compared with ambulatory blood pressure monitoring in diagnosis of hypertension: systematic review. *BMJ*. 2011;342:d3621. PubMed PMID: 21705406. Pubmed Central PMCID: 3122300. Epub 2011/06/28. eng.