

PREGUNTA CLÍNICA Nº11

¿MEJORA LA AMPA DOMICILIARIA EL GRADO DE CONTROL DE LA HTA?

Fecha de edición: Mayo 2014

RESUMEN

1. Introducción.

En la anterior GPC se recomendaba la AMPA como una estrategia que podía utilizarse para mejorar el grado de control de la PA. Habitualmente la AMPA se puede usar dentro de programas para la mejora del control de la PA con diferentes componentes de interacción entre pacientes y profesionales sanitarios. En esta interacción destacan la transmisión de las cifras de PA mediante telemedicina que es una iniciativa que se está debatiendo en nuestro medio en la actualidad.

2. Resumen respuesta en GPCs base.

No contemplan esta pregunta.

3. Resumen de la evidencia.

Se ha publicado una nueva RS de la AHRQ(1) que examina esta cuestión .Esta publicación incluye 49 estudios y los divide según se acompañen o no de intervenciones adicionales entre profesionales (médicos, enfermeras o farmacéuticos) y pacientes. Valora la eficacia de la intervención en un rango de duración de 3 meses y 2 años en descenso de la PA, nº de antihipertensivos, calidad de vida y satisfacción.

Los resultados fueron los siguientes:

AMPA aislada:

-Modesto beneficio en el descenso de la PA a los 6 meses de seguimiento PAS:-3,1 mmhg (-5 a -1,2) Y PAD -1,2(-3,5 a1,2).*Evidencia de calidad baja.*

-Sin efecto al año de seguimiento. *Evidencia de calidad baja.*

-Sin cambios en el resto de variables. *Evidencia de calidad baja.*

AMPA con intervención adicional

Las intervenciones adicionales consisten en que los pacientes reciban indicaciones de acuerdo a sus cifras de PA como consejo y educación sanitaria en programas más o menos estructurados. Existe gran variedad en las intervenciones: consultas programadas o a demanda, educación grupal, telemonitorización sin contacto presencial, soporte web, visitas domiciliarias, etc.

Los resultados son:

-Descenso moderado de la PA (6-12 meses): la PAS en rango de -3,4 a -8,9 mm HG y PAD en rango de -1,2 a -5 *Evidencia de calidad moderada.*

-Aumento moderado en el grado de control de la PA .*Evidencia de calidad moderada.*

En algunos de los ensayos incluidos el efecto es mayor en los pacientes con PA inicial más elevada.

AMPA con telemonitorización

La telemonitorización ha sido objeto de sucesivas RS (2-4). Hemos considerado la de Omboni(3) por ser la más reciente e incluir un número mayor de estudios. Esta revisión obtiene mayores reducciones de la PA que las mostradas en la revisión de la AHRQ. Incluye diferentes modalidades de interacción con el paciente: plataforma web, soporte telefónico, etc. La reducción de la PA observada es menor cuando se evalúa con MAPA en lugar de PA clínica.

-Descenso moderado de la PA clínica: PAS -5,64 (-7,92 a -3,36) ;PAD -2,78 (-3,93 a -1,62) *Evidencia de calidad baja*.

-Mejoría en el grado de control de la PA: *Evidencia de calidad baja*.

-Aumento modesto del nº de medicación antihipertensiva *Evidencia de calidad baja*.

Se han localizado 6 nuevos ensayos clínicos desde febrero del 2012(5-10), 5 de ellos con intervención adicional (2 telemonitorización 2 con consejo por enfermeras), cuyos resultados son consistentes con los hallazgos de la RS.

4. De la evidencia a la recomendación.

Balance beneficios y riesgos:

El balance es favorable a la intervención.

Opinión de los pacientes:

Los pacientes entienden que la medida domiciliaria es más precisa que la clínica(11, 12). Algunos pacientes están de acuerdo en auto medirse la PA pero otros lo rechazan(11, 12). Los pacientes mayores de bajo nivel socioeconómico son menos proclives en usar la AMPA y la telemonitorización(13-16).

Los pacientes prefieren los sistemas con feedback cercano de los profesionales sanitarios(13-16).

Recursos:

Falta por demostrar el efecto de la AMPA con o sin telemedicina sobre el consumo de recursos y prescripción de antihipertensivos.

Las primeras publicaciones sobre el costo efectividad de la telemedicina no muestran un perfil favorable (17-19).

No existen estudios de evaluación económica en nuestro medio sobre la telemedicina en el área de la hipertensión.

Balance de las consecuencias:

Balance favorable al uso de la AMPA.

Razonamiento justificación de la recomendación:

El beneficio es modesto en descenso de cifras de PA y no ha sido estudiada la eficacia en variables críticas. La intervención en general no produce efectos desfavorables siempre que se exploren previamente las actitudes y preferencias de los pacientes.

Existe el riesgo de exclusión de algunos pacientes por su dificultad en el acceso a la telemedicina: bajo nivel socioeconómico, edad avanzada.

Recomendación:

Se recomienda la opción.

-Se sugiere recomendar la AMPA dentro de un programa estructurado que incluya interacción entre profesional (farmacéutico, enfermera o médico) y paciente con HTA

-La interacción entre profesional y paciente en un programa de telemedicina puede utilizarse sólo en el contexto de la investigación debido a la ausencia de estudios de costo efectividad en nuestro medio.

Consideraciones para la implementación:

Los aparatos deben ser adquiridos por los pacientes. La intervención debe acompañarse de instrucciones sobre ajustes en el tratamiento y necesidad de seguimiento de acuerdo a las medidas de la PA del paciente.

Factibilidad: La intervención es factible en nuestro medio.

Evaluación y prioridades para la investigación:

La telemedicina es un área para investigar en nuestro medio.

5. Bibliografía.

1. Uhlig K, Balk EM, Patel K, et al. *Self-Measured Blood Pressure Monitoring: Comparative Effectiveness. Comparative Effectiveness Review No. 45. (Prepared by the Tufts Evidence-based Practice Center under Contract No. HHSA 290-2007-10055-I.)*. Vol AHRQ Publication No. 12-EHC002-EF. . Rockville MD. Jan 2012. <http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm>.
2. Hebert PL, Sisk JE, Tuzzio L, et al. Nurse-led disease management for hypertension control in a diverse urban community: a randomized trial. *Journal of general internal medicine*. Jun 2012;27(6):630-639.
3. Piette JD, Datwani H, Gaudio S, et al. Hypertension management using mobile technology and home blood pressure monitoring: results of a randomized trial in two low/middle-income countries. *Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association*. Oct 2012;18(8):613-620.
4. Souza WK, Jardim PC, Brito LP, Araujo FA, Sousa AL. Self measurement of blood pressure for control of blood pressure levels and adherence to treatment. *Arquivos brasileiros de cardiologia*. Feb 2012;98(2):167-174.
5. Tiessen AH, Smit AJ, Broer J, Groenier KH, van der Meer K. Randomized controlled trial on cardiovascular risk management by practice nurses supported by self-monitoring in primary care. *BMC Fam Pract*. 2012;13(1):90.
6. Wakefield BJ, Holman JE, Ray A, et al. Outcomes of a home telehealth intervention for patients with diabetes and hypertension. *Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association*. Oct 2012;18(8):575-579.
7. Logan AG, Irvine MJ, McIsaac WJ, et al. Effect of home blood pressure telemonitoring with self-care support on uncontrolled systolic hypertension in diabetics. *Hypertension*. Jul 2012;60(1):51-57.
8. Verberk WJ, Kessels AG, Thien T. Telecare is a valuable tool for hypertension management, a systematic review and meta-analysis. *Blood Press Monit*. Jun 2011;16(3):149-155.
9. Omboni S, Guarda A. Impact of Home Blood Pressure Telemonitoring and Blood Pressure Control: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Studies. *Am J Hypertens*. Jun 9 2011;24(9):989-998.
10. Agarwal R, Bills JE, Hecht TJ, Light RP. Role of home blood pressure monitoring in overcoming therapeutic inertia and improving hypertension control: a systematic review and meta-analysis. *Hypertension*. Jan 2011;57(1):29-38.
11. Abdullah A, Othman S. The influence of self-owned home blood pressure monitoring (HBPM) on primary care patients with hypertension: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2011;12:143.
12. Rickerby J, Woodward J. Patients' experiences and opinions of home blood pressure measurement. *Journal of human hypertension*. Jul 2003;17(7):495-503.
13. Green BB, Anderson ML, Ralston JD, Catz S, Fishman PA, Cook AJ. Patient ability and willingness to participate in a web-based intervention to improve hypertension control. *Journal of medical Internet research*. 2011;13(1):e1.

14. Halifax NV, Cafazzo JA, Irvine MJ, et al. Telemanagement of hypertension: a qualitative assessment of patient and physician preferences. *Can J Cardiol*. May 15 2007;23(7):591-594.
15. Jones MI, Greenfield SM, Bray EP, et al. Patients' experiences of self-monitoring blood pressure and self-titration of medication: the TASMING2 trial qualitative study. *Br J Gen Pract*. Feb 2012;62(595):e135-142.
16. Terschuren C, Mensing M, Mekel OC. Is telemonitoring an option against shortage of physicians in rural regions? Attitude towards telemedical devices in the North Rhine-Westphalian health survey, Germany. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:95.
17. Madsen LB, Christiansen T, Kirkegaard P, Pedersen EB. Economic evaluation of home blood pressure telemonitoring: a randomized controlled trial. *Blood pressure*. Apr 2011;20(2):117-125.
18. Wang V, Smith VA, Bosworth HB, et al. Economic evaluation of telephone self-management interventions for blood pressure control. *American heart journal*. Jun 2012;163(6):980-986.
19. Reed SD, Li Y, Oddone EZ, et al. Economic evaluation of home blood pressure monitoring with or without telephonic behavioral self-management in patients with hypertension. *Am J Hypertens*. Feb 2010;23(2):142-148.