

CARTA AL DIRECTOR

¿Cuántas determinaciones de presión arterial son necesarias en consulta para una evaluación adecuada del control de presión arterial?

Lucía Guerrero Llamas, M.Luisa Fernández López, Josefina Andúgar Hernández, M. Cruz Casal García, Carlos Campo Sien, Julián Segura de la Morena, L.Miguel Ruilope Urioste.

*Unidad de Hipertensión arterial.
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid*

Sra. Directora:

Es bien conocido que los pacientes que acuden a una consulta pueden presentar elevación de la presión arterial. Así, la OMS recomienda 3 mediciones de Presión Arterial (PA) en la consulta puesto que una medida aislada puede estar alterada por la reacción de alerta del paciente. Además exige 3 visitas distintas para el diagnóstico de hipertensión.

Sin embargo, no es frecuente que en la práctica clínica, en especial en el seguimiento de hipertensos ya diagnosticados y tratados, se realicen más allá de una toma, o a lo sumo dos. Tampoco ha sido establecido el impacto de mediciones adicionales a las 3 primeras.

Nuestro objetivo fué, por una parte, evaluar el impacto de la toma de la PA sobre la clasificación de los hipertensos, considerando diferentes combinaciones de 3 medidas de PA y por otra el efecto de la realización de una cuarta medida.

Durante 6 meses se realizó el protocolo de medida de la presión arterial a todos los pacientes atendidos de forma consecutiva en nuestra Unidad de Hipertensión.

*Lucía Guerrero Llamas
Unidad de Hipertensión Arterial
Hospital 12 de Octubre
Avenida de Córdoba s/n
28041 Madrid*

Se excluyeron pacientes en primera visita, con alteraciones de ritmo cardiaco o con diámetro de brazo inadecuado.

Se les realizó 4 mediciones de PA consecutivas, separadas por intervalos de 3 minutos, mediante un dispositivo oscilométrico automático (OMRON HEM-705-CP), tras permanecer el paciente 5 minutos en reposo.

El número total de pacientes incluidos en el estudio fué de 1685 (52.1% mujeres), con una edad media de 55.7 ± 13 años, e índice de masa corporal medio de 28.3 ± 5.3 . Un 8,2% no recibían tratamiento antihipertensivo y el promedio de fármacos recibidos fue de 2.1 ± 0.7 .

Un 19.7% estaban diagnosticados de diabetes mellitus y un 27% de enfermedad cardiovascular previa. Un 88% presentaban lesión en órgano diana y un 73% tenían asociado un factor de riesgo cardiovascular.

Los resultados obtenidos son:

En la Tabla I podemos ver que entre la 1ª y la 4ª toma de la PA se produjo una reducción progresiva de la presión sistólica y diastólica (de 149 a 139.9 mmHg, y de 85.3 a 81.7 mmHg, respectivamente).

En la Tabla II están reflejados los promedios de las presiones utilizando diferentes combinaciones de secuencias de tomas, pudiendo observarse el descenso, tanto de la presión sistólica como de la diastólica, según vamos haciendo

la media de las diferentes medidas de presión. También podemos ver como el porcentaje de pacientes controlados aumenta al hacer estas medias.

**TABLA I
PROMEDIOS DE LAS PRESIONES**

Medidas	TAS (mmHg)	TAD (mmHg)
1	149,42 ± 21,8	85,32 ± 10,45
2	144,67 ± 21,6	83,46 ± 10,10
3	141,45 ± 20,9	82,43 ± 10,00
4	139,91 ± 20,3	81,77 ± 9,8

**TABLA II
PROMEDIOS DE PRESIONES Y PORCENTAJES DE
PACIENTES CONTROLADOS (TAS<140 Y TAD<90)**

Medidas	TAS (mmHg)	TAD (mmHg)	%
1	149,4 ± 21,7	85,3 ± 10,4	31,1
1+2	147,1 ± 21,1	84,4 ± 10,2	37,8
1+2+3	145,2 ± 20,9	83,7 ± 10,1	42,6
1+2 (+3*)	143,7 ± 20,8	82,6 ± 10,0	46,2
2+3+4	140,7 ± 20,3	82,6 ± 9,9	48,6
3+4	142,0 ± 20,6	82,1 ± 9,8	52,2

* JNC -VI : Realización de la 3ª medida si la diferencia entre la 1ª y 2ª medida fuera > 5 mmHg.

Así, se compararon los promedios de una sola medida (1), de realizar dos (1+2), de tres (1+2+3), de realizar la tercera, solo cuando la diferencia entre la 1ª y 2ª fuera mayor de 5 mmHg como recomienda el JNC-VI, de considerar las medidas 2ª, 3ª y 4ª (2+3+4) y finalmente de tomar el promedio de la 3ª y 4ª.

Solo el 31% de los pacientes alcanzaba el objetivo de control (<140/90 mmHg) al considerar la 1ª medición de

la PA. Este porcentaje aumentaba al 37,8% al utilizar la media de las dos primeras mediciones y alcanzaba el 42.2% al considerar la media de las tres primeras mediciones.

Un 42.6% de los pacientes mostraba una diferencia superior a 5 mmHg entre la primera y segunda medición. De acuerdo con el JNC-VI, al considerar la tercera medición, el porcentaje de pacientes controlados fue del 46.2%. Dicho control alcanzó un pico máximo del 52% al considerar la media de las mediciones 3+4.

Se realizó un análisis estratificado en función del sexo, edad (inferior o superior a 60 años), presencia de lesión de órganos diana, factores de riesgo cardiovascular asociados y antecedentes clínicos que reveló las diferencias esperadas en la prevalencia de control, aunque la influencia de las mediciones de la PA adicionales fue similar en los diferentes subgrupos.

La diferencia entre presiones al inicio y fin del protocolo, como estimación de reacción de alerta, dependen más de la severidad de la HTA (cifras de PAS, PAD y nº de antihipertensivos) o de la FC inicial, que de otras características clínicas.

Podemos concluir:

- El número de medidas de PA en la consulta es fundamental en la evaluación del control de los pacientes hipertensos en tratamiento.
- La realización de una medida aislada es una práctica inadecuada que infraestima el control en un 10% respecto a la realización de 3 mediciones.
- Una cuarta medida aporta mejores porcentajes de control, 10% respecto a tres medidas, pero la diferencia puede ser hasta un 20% con el control estimado con una medida aislada.