

Efectos de la automedida y la autodosificación del tratamiento antihipertensivo sobre la presión arterial sistólica en pacientes hipertensos de elevado riesgo cardiovascular

McManus RJ, Mant J, Haque MS, Bray EP, Bryan S, Greenfield SM, et al. Effect of self monitoring and medication self-titration on systolic blood pressure in hypertensive patients at high risk of cardiovascular disease. The TASMINE-SR Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2014;312:799-808.

Análisis crítico: José C. Prado, Julián Segura

Servicio de Nefrología. Unidad de Hipertensión Arterial. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

NefroPlus 2015;7(1):39-41

■ Objetivo

Determinar el efecto de la automedida de la presión arterial y de la autotitulación del tratamiento antihipertensivo sobre las cifras de presión arterial sistólica en pacientes hipertensos de alto riesgo cardiovascular, en comparación con el seguimiento habitual en consulta.

■ Tipo de diseño y seguimiento

■ Estudio clínico abierto, aleatorizado, abierto.

■ Asignación

Los pacientes seleccionados fueron aleatorizados entre marzo y diciembre de 2011 mediante un sistema basado en internet y con asignación telefónica a una de las ramas del estudio.

■ Enmascaramiento

■ Ninguno.

■ Ámbito

■ De los 10 764 pacientes potencialmente candidatos procedentes de 59 consultas de Atención Primaria, 3353 fueron excluidos directamente por su médico de familia por dificultades de movilidad, enfermedades terminales u otras razones. De los 7411 que fueron invitados a participar, 1201 asistieron a una revisión clínica presencial. Un total de 2003 refirieron diferentes razones para no participar: 858 (43 %) no diferentes participar en un estudio, 717 (36 %) no deseaban modificar su pauta de tratamiento y 639 (32 %) no querían realizar automedidas domiciliarias de su presión arterial. Otros 646 pacientes fueron excluidos en la visita inicial, fundamentalmente porque sus cifras tensionales no estaban en el rango de los criterios de inclusión o porque no otorgaron su consentimiento.

■ Pacientes

■ Se incluyeron pacientes mayores de 35 años, que presentaban al menos una de las siguientes condi-

ciones de alto riesgo: enfermedad cardiovascular, diabetes, enfermedad renal crónica estadio 3 o enfermedad coronaria. Además, sus cifras tensionales superaban los 130/80 mmHg en la visita inicial. Se descartaron los pacientes que no podían realizar automedidas por presentar demencia o déficits de memoria, aquellos con cifras tensionales superiores a 180/100 mmHg o con hipotensión ortostática (definida como un descenso de la presión arterial sistólica mayor de 20 mmHg), aquellos tratados con más de tres antihipertensivos, así como los incluidos en otro estudio sobre presión arterial o cuyo cónyuge ya estuviera incluido en el presente estudio. Tampoco se incluyeron mujeres embarazadas, pacientes seguidos en una consulta especializada de hipertensión o aquellos que habían presentado un evento cardiovascular en los tres meses previos.

■ Intervenciones

Los pacientes fueron distribuidos a una de las dos ramas del estudio en una visita inicial en la que se midió la presión arterial y se revisó la medicación antihipertensiva pautaada. En el grupo control, la medida de la presión arterial, los objetivos tensionales y el ajuste de la medicación se realizó según el criterio del médico de familia. En el grupo de intervención, los pacientes fueron entrenados en la automedida de la presión arterial con un dispositivo automático validado y se les entregó un plan de autoajuste de medicación antihipertensiva basado en tres pasos y predeterminado por el médico de familia. Cuando el paciente realizaba un paso del plan de autoajuste, enviaba un mensaje escrito al médico sin necesidad de acudir a consulta. Si el paciente agotaba los tres pasos, se le citaba de forma presencial para recibir instrucciones adicionales.

■ Variables del estudio

La variable principal del estudio fue la diferencia de la presión arterial sistólica a los 12 meses de seguimiento respecto a los valores al inicio del estudio.

■ Tamaño muestral



Se asumieron unas pérdidas del 10 % de los participantes durante el seguimiento, lo que requería una muestra de 270 pacientes por grupo de estudio.

■ Estadística

El análisis principal incluyó todos los pacientes que completaron los 12 meses y disponían de datos suficientes. Se planificó realizar análisis por subgrupos predefinidos, según edad, género, grado de

control tensional, riesgo global y estado socioeconómico.

■ Promoción

Este artículo muestra el resultado de una investigación independiente apoyada por el National Institute for Health Research (NIHR) dentro de su programa de Becas para Investigación Aplicada (Grant Reference Number RP-PG0606-1153), por el NIHR National School of Primary Care Research (NSPCR 16) y por un NIHR *career development fellowship* (Dr. McManus).

El patrocinador del estudio fue la Universidad de Birmingham. El NIHR no participó en el diseño, el desarrollo del estudio, la recogida, el análisis, la interpretación de los datos ni la redacción del manuscrito.

■ RESULTADOS PRINCIPALES

A los seis meses de seguimiento se observó diferencia media de la presión arterial sistólica de 6,1 mmHg (intervalo de confianza [IC] al 95 % 2,9-9,3) y diastólica de 3,0 mmHg (IC 95 % 1,4-4,7) entre ambos grupos. A los 12 meses dichas diferencias fueron de 9,2 mmHg (IC 95 % 5,7-12,7) y de 3,4 mmHg (IC 95 % 1,8-5,1), respectivamente.

La prescripción de fármacos antihipertensivos aumentó en ambos grupos, pero dicho aumento fue significativamente mayor en el de intervención. Los principales cambios se produjeron en la prescripción de calcioantagonistas y tiazidas.

La aparición de efectos adversos no mostró diferencias significativas entre los dos grupos. Los síntomas que podrían relacionarse con la toma de fármacos antihipertensivos fueron similares en ambos e incluían mareos, disfunción eréctil y *rash* cutáneo.

■ CONCLUSIONES DE LOS AUTORES

En pacientes hipertensos de alto riesgo cardiovascular, la automedida domiciliar de la presión arterial y el autoajuste de la medicación antihipertensiva según un esquema predeterminado produce un mayor descenso de la presión arterial sistólica en comparación con el seguimiento habitual en consulta. Los pacientes de alto riesgo cardiovascular con hipertensión no controlada pueden ser incluidos en programas de automedicación.

■ COMENTARIOS DE LOS REVISORES

La mayor parte de los pacientes con hipertensión arterial son atendidos en el ámbito de Atención Primaria. De hecho, la hipertensión arterial no controlada es uno de los principales motivos de consulta al médico de familia. Varios trabajos han demostrado la utilidad de la automedida de la presión arterial en pacientes hipertensos. La combinación de automedida de la presión arterial y ajuste de tratamiento antihipertensivo ha sido analizada en varios trabajos, pero este es el primero que muestra datos sobre pacientes hipertensos de alto riesgo cardiovascular.

Los resultados muestran que la combinación de automedida domiciliar de la presión arterial y un esquema de ajustes de la medicación antihipertensiva predeterminado por el médico de familia se acompaña de un descenso mantenido de la presión

sistólica en comparación con el manejo habitual de los pacientes en consulta. No obstante, debe tenerse en cuenta que el seguimiento es de solo 12 meses y es frecuente la progresiva pérdida de pacientes en estos programas.

Aun reconociendo el interés de los resultados, cabe destacar que la aplicabilidad de estos programas es limitada, como el propio estudio ha demostrado. Para realizar la automedida domiciliaria y actuar según el esquema predeterminado en el caso de cifras tensionales no controladas son necesarias una serie de habilidades básicas que no resultan tan frecuentes en la población hipertensa de alto riesgo atendida en Atención Primaria. De hecho, un buen número de pacientes fueron excluidos directamente por sus médicos a la vista de sus limitaciones. Más aún, entre los potencialmente candidatos invitados a participar en el estudio, solo el 8 % formó parte de una de las ramas y muchos no deseaban tomar parte activa en el manejo y autocuidado de su enfermedad. Este dato refleja un insuficiente interés por el cuidado de la salud o una insuficiente educación sanitaria. Los propios autores reconocen este hecho y estiman que este tipo de programas sería aplicable aproximadamente al 20 % de la población hipertensa atendida en Atención Primaria.

■ CONCLUSIONES DE LOS REVISORES

Coincidentes con las de los autores.

■ CLASIFICACIÓN

Subespecialidad: Nefrología clínica

Tema: Hipertensión arterial

Tipo de artículo: Tratamiento

Palabras clave: Hipertensión arterial. Riesgo cardiovascular elevado. Automedida domiciliaria de la presión arterial. Ajuste de tratamiento antihipertensivo.