

AMPA y MAPA

Automedición y medición ambulatoria de la presión arterial

medifichas

Automedición de la presión arterial (AMPA) y medición ambulatoria de la presión arterial (MAPA)

	AMPA	MAPA
¿Qué es?	<ul style="list-style-type: none"> Media de todas las lecturas de PA tomadas por el paciente o un familiar fuera del ambiente sanitario. 	<ul style="list-style-type: none"> Media de las lecturas automáticas de la PA fuera del ámbito sanitario, durante la actividad habitual a lo largo de 24 horas.
¿Cómo se hace?	<ul style="list-style-type: none"> Con un monitor automático o semiautomático validado y calibrado el año previo, y un manguito de brazo que cubra al menos el 80 % de la circunferencia. En el brazo con mayor PA (si lo hay). Frecuencia: durante 3-7 días, descartando las mediciones del primer día (lo mejor, tanto para llegar al diagnóstico como para las revisiones durante el seguimiento, es tomar la PA durante los 6-7 días previos a la consulta). Por la mañana y por la noche, 2 mediciones en cada sesión separadas 1-2 minutos. En una habitación tranquila, después de 5 minutos de reposo, sin tomar cafeína ni fumar los 15 minutos previos. Sentado, con la espalda recta apoyada en el respaldo y el brazo apoyados a la altura del corazón. 	<ul style="list-style-type: none"> Se requieren 2 visitas, una para colocar el monitor y otra para descargar las mediciones de PA y el informe del programa. El dispositivo se programa para registrar la PA a intervalos de 15-30 minutos y calcular la media de la PA diurna, nocturna y de 24 h. El manguito se coloca en el brazo con mayor PA; si son iguales, en el brazo no dominante. Hacer vida normal, menos ducharse. No mover el brazo durante la medición. El paciente escribe un diario con sus actividades, medicación, horario y calidad del sueño. Es válida si son satisfactorias al menos el 70 % de las lecturas, con un mínimo de 20 lecturas diurnas y 7 nocturnas.
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> Las dos pueden identificar la HTA de bata blanca y la HTA enmascarada. Barata y ampliamente disponible. Puede mejorar el cumplimiento terapéutico y el control de la PA. Mayor relación con el daño orgánico y mejor predicción de la morbilidad cardiovascular que la PA medida en consulta. Permite evaluar la variabilidad de la PA día a día durante períodos largos. 	<ul style="list-style-type: none"> Mejor predictora de ECV que la PA en la consulta y que la AMPA. Mediciones en situaciones cotidianas, incluido el sueño. Permite identificar otros fenotipos pronósticos (p. ej., pacientes <i>non-dipper</i>*). Mucha información en una sola sesión, incluida la variabilidad de la PA en 24 horas.
Desventajas	<ul style="list-style-type: none"> Solo se puede medir la PA en reposo. Posibles errores de medición. No registra la PA nocturna. 	<ul style="list-style-type: none"> Método costoso** y poco disponible (50 % en AP). Puede ser incómodo para el paciente.

ECV: enfermedad cardiovascular; HTA: hipertensión arterial; PA: presión arterial;

* *Non-dipper*: paciente sin descenso nocturno de la tensión arterial

** Sin embargo, los análisis de coste-beneficio demuestran que los costes iniciales están justificados por los beneficios a medio/largo plazo

¿Cuándo hacer una AMPA o una MAPA?

- Para confirmar el diagnóstico de HTA, como alternativa a las mediciones repetidas en consulta.
- Cuando se sospeche HTA de bata blanca, es decir:
 - en los pacientes que tienen HTA de grado 1 según la PA medida en la consulta;
 - en los pacientes que tienen HTA de grado 2-3 según la PA medida en la consulta, pero sin daño orgánico.
- Cuando se sospeche HTA enmascarada, es decir:
 - en los pacientes que tienen una PA normal-alta (130-139/85-89 mmHg) en la consulta;
 - en los pacientes que tienen una PA normal en la consulta, pero presentan daño orgánico o un RCV total alto.
- Cuando la PA medida en la consulta sea muy variable.
- Para evaluar la hipotensión postural y la hipotensión posprandial en pacientes con o sin tratamiento, así como los síntomas de hipotensión durante el tratamiento.
- Para evaluar la HTA resistente.
- Para evaluar el control de la PA, sobre todo, en pacientes de alto riesgo.
- Para evaluar la respuesta exagerada de la PA al ejercicio.
- Para evaluar la HTA en la edad pediátrica y en el embarazo.

¿Cuándo es mejor opción la MAPA que la AMPA?

Cuando sea preciso evaluar los valores de PA nocturna y del perfil circadiano, especialmente en los casos de sospecha de HTA nocturna: apnea del sueño, insuficiencia renal crónica, diabetes, HTA endocrina o disfunción autonómica.

¿Cuándo es mejor opción la AMPA que la MAPA?

- En el seguimiento rutinario del paciente tratado, ya que se asocia con mayor control.
- En el seguimiento protocolizado del paciente diagnosticado de HTA de bata blanca.



¿Cómo se interpretan la AMPA y la MAPA?

Definición de HTA según las cifras de PA en la consulta y fuera de la consulta

	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
PA en la consulta	≥140	o	≥90
PA en la MAPA			
Diurna	≥135	o	≥85
Nocturna	≥120	o	≥70
24 h	≥130	o	≥80
PA en la AMPA	≥135	o	≥85

PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica

descárgate más medifichas en www.almirallmed.es

ES-NOP-2300027

Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol. 2019;72(2):160.e1-e78.

División Garrote JA, Grupo AMPA de la SEH-LELHA. Medidas domiciliarias de presión arterial. Documento de consenso. SEH-LELHA 2014. Hipertens Riesgo Vasc. 2015;32(1):27-39.

Gijón-Conde T, Gorostidi M, Banegas JR, de la Sierra A, Segura J, Vinyoles E, et al. Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) 2019. Hipertens Riesgo Vasc. 2019;36(4):199-2012.

Gorostidi M, Gijón-Conde T, de la Sierra A, Rodilla E, Rubio E, Vinyoles E, et al. Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022. Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). Hipertens Riesgo Vasc. 2022;39(4):174-194.