

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es el primer motivo de consulta en atención primaria entre todas las patologías crónicas. Presenta una alta prevalencia (superior al 20 %), por lo que no es extraño que consuma gran parte del tiempo de consulta de los equipos de atención primaria y suponga por su influencia en la morbilidad cardiovascular un importante problema de salud pública, siendo el principal factor de riesgo modificable para un evento cardiovascular¹.

Numerosos trabajos en la bibliografía farmacéutica afirman que la farmacia comunitaria es un establecimiento sanitario que reúne las condiciones idóneas para realizar estrategias de detección y de intervención en HTA^{2,3}, y debido a que la medición de las cifras de presión arterial (PA) se trata de un servicio ampliamente ofertado en la mayoría de farmacias españolas⁴, el farmacéutico comunitario y su equipo pueden desarrollar un papel primordial en la prevención, cribado y seguimiento de HTA.

Guías como NICE recomiendan, si disponible, realizar una monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) diagnóstica a todo hipertenso, ya que esta técnica es la más coste/efectiva para diagnosticar la HTA tras haber detectado en la clínica PA elevada⁵. La guía de actuación para el farmacéutico comunitario en pacientes con hipertensión y riesgo cardiovascular aconseja el uso de la MAPA desde la farmacia, como herramienta para el cribado y el seguimiento de la hipertensión arterial³.

La MAPA es una técnica que permite obtener un amplio número de lecturas de PA, usualmente cada 20 o' 30 minutos, durante periodos de 24 o' 48 horas,

que reflejan con detalle los cambios dinámicos de PA durante la actividad cotidiana del paciente⁶. Uno de los defectos corregidos por la MAPA es el derivado del método de medición: por convención se realizan mediciones matutinas en ausencia de medicación, pero éstas no siempre son representativas de la PA durante las 24 horas, y estas medidas suelen ser únicas o, cuando se repiten, su número es pequeño y se encuentran muy cercanas o muy lejanas en el tiempo. La MAPA salva este problema puesto que permite recoger un gran número de cifras de PA obtenidas en momentos diferentes del día. También subsana la carencia de información sobre la PA que pueda presentar el paciente durante el periodo de sueño o reposo.

Se han descrito cuatro patrones de reducción nocturna de la PA, definidos según el porcentaje de descenso de la PA nocturna respecto a la PA diurna: (1) reducción normal o dipper (la PA promedio nocturna desciende entre un 10 y un 20% respecto a la PA promedio diurna), (2) reducción amortiguada o non-dipper (descenso de la PA nocturna entre el 0 y el 10%), (3) reducción extrema o extreme-dipper (descenso de la PA nocturna superior al 20%) y (4) aumento o riser (la PA nocturna es mayor que la diurna). Se ha visto como los individuos con patrón non-dipper o riser presentan un pronóstico cardiovascular o de progresión de la lesión de los órganos dianas más desfavorable que aquellos pacientes con patrón dipper.

Por ello, se expone la implantación de un nuevo servicio asistencial, MAPA, enmarcado dentro del modelo de atención farmacéutica. Se pretende con la puesta en marcha de este nuevo servicio mejorar el proceso de cribado de la HTA y ampliar la atención al paciente hipertenso en su seguimiento farmacoterapéutico.

El objetivo del presente estudio es analizar los resultados obtenidos en el servicio de MAPA de una farmacia comunitaria durante los años 2015, 2016 y 2017. La farmacia fue abierta al público en abril de 2014 en Coín, municipio de Málaga de 21.456 habitantes, cuyo servicio está atendido por otras 7 farmacias.

Métodos

Estudio descriptivo observacional, llevado a cabo en una farmacia comunitaria de Coín (Málaga) durante los años 2015, 2016 y 2017 (agosto 2015-septiembre 2017). Se incluyeron pacientes de la farmacia mayores de 18 años con y sin tratamiento farmacológico a los que se ofreció el servicio de MAPA. El dispositivo utilizado para el servicio de MAPA ha sido el Watch BP03, validado según la SEH-LELHA (Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial).

Resultados

Resultados del servicio MAPA

En el periodo estudiado (agosto 2015 – septiembre 2017) se han realizado 149 MAPA a pacientes en edades comprendidas entre los 24 y 90 años, de los cuales un 52,3 % (n=78) eran mujeres y un 47,7 % (n=71) hombres.

En un 68,5 % (n=102) de los pacientes el servicio de MAPA se utilizó como seguimiento del tratamiento antihipertensivo y en el 31,5 % (n=47) restante como cribado (figuras 1 y 2).

Un 75,8 % (n=113) de los pacientes fueron derivados por el médico de atención primaria para la realización de la MAPA.

Según la evolución de los valores de la PA en la MAPA, un 43,6 % (n=65) de pacientes presentaron patrón **NON DIPPER**, un 36,9 % (n=55) **DIPPER**, un 10,1 % (n=15) **RISER**, y un 6,7 % (n=10) **EXTREME DIPPER** (figura 3). En 4 pacientes (2,7 %) no se pudo completar el servicio por presentar menos de 14 lecturas en el periodo de actividad y menos de 7 lecturas en el periodo de descanso.

Los pacientes con patrón **NON DIPPER** o **RISER** presentan un pronóstico cardiovascular o de progresión de la lesión de los órganos diana más desfavorable que aquellos pacientes con patrón **DIPPER**.

Los tratamientos farmacológicos más utilizados por los pacientes del servicio fueron los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (n=66), diuréticos (n=23), antagonistas del calcio (n=21), antagonistas del receptor de la angiotensina II (n=18), betabloqueantes (n=15) y antagonistas alfa-adrenérgicos (n=10).

Tras la remisión al médico con los resultados obtenidos, se pudo registrar un 6,0 % (n=9) de modificaciones en el tratamiento antihipertensivo de los pacientes. Los principales cambios en el tratamiento correspondieron a aumento de la dosis de fármaco, reducción de dosis de medicamento y cronoterapia.

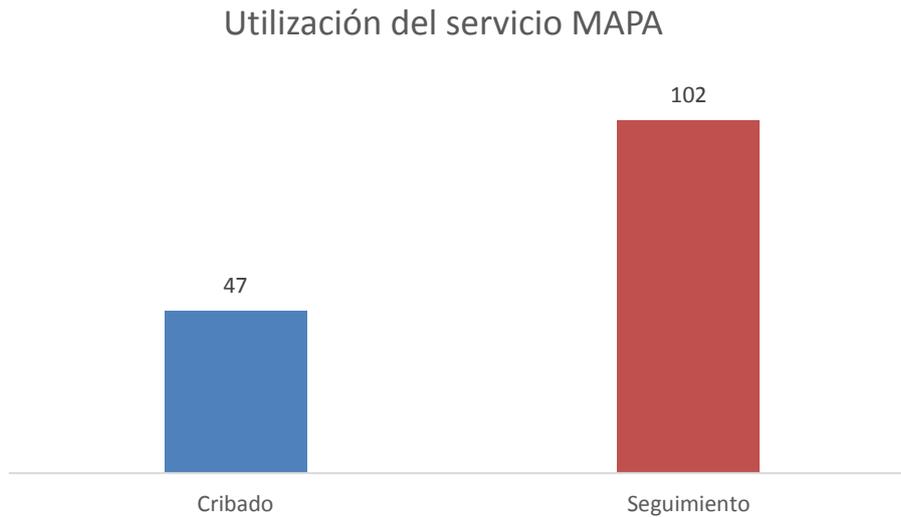


Figura 1. Utilización del servicio MAPA

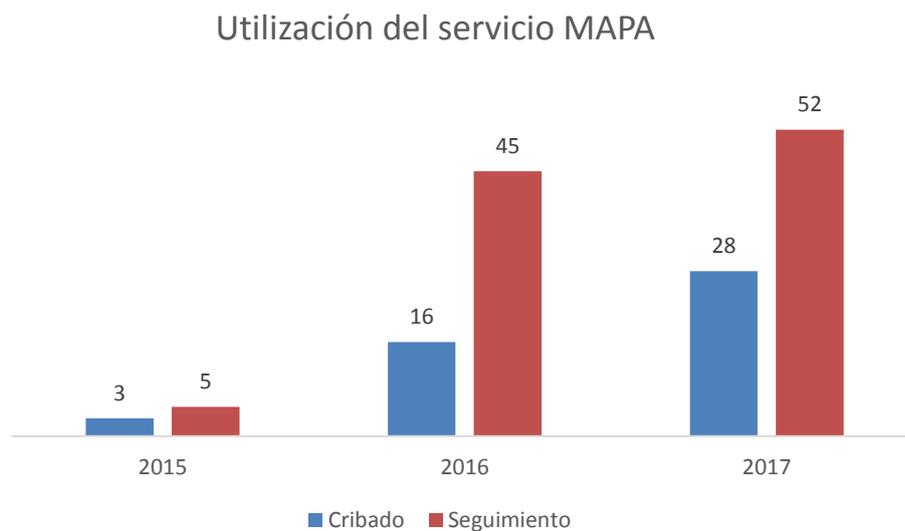


Figura 2. Utilización del servicio MAPA por años

Patrones obtenidos servicio MAPA

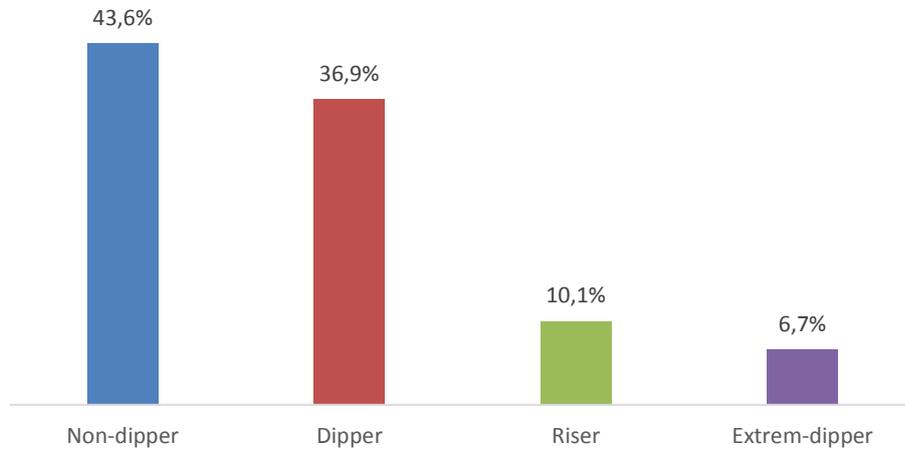


Figura 3. Patrones obtenidos

Discusión

La medida aislada de la presión arterial obtenida de forma eventual o fortuita en farmacia comunitaria puede considerarse como un punto de partida en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de la HTA. Con la incorporación del servicio de MAPA se ha pretendido superar las limitaciones que presenta la medición aislada de PA, pues el dispositivo empleado para MAPA permite evitar el efecto de "bata blanca" y proporciona información sobre la variabilidad de la PA y su patrón circadiano durante la actividad cotidiana del paciente⁶.

En nuestro ámbito profesional, la realización de MAPA presenta una utilidad adicional a la optimización de la farmacoterapia antihipertensiva en los pacientes polimedcados, ya que ha permitido aportar beneficios adicionales a la seguridad del paciente, al valorar el efecto de otros fármacos no antihipertensivos sobre la PA⁷.

La derivación de pacientes con el documento de interconsulta desde el Centro de Atención Primaria del municipio a nuestro servicio de MAPA ha facilitado un incremento importante en el número de pacientes inscritos en dicho servicio. También ha logrado evitar el rechazo de algunos pacientes a recibir este servicio⁸, uno de los principales obstáculos que impide un mayor desarrollo de la MAPA. De 8 pacientes usuarios del servicio en 2015 se ha pasado a 61 en 2016 y 80 en 2017.

A pesar de haber realizado MAPA a pacientes derivados desde las consultas médicas del centro de atención primaria, este servicio profesional funcionaría más eficientemente si se consiguiera elaborar protocolos de actuación

consensuados con el personal del centro de atención primaria en el que mayoritariamente son atendidos los usuarios de la farmacia y si se dispusiera de una sistemática de derivación de pacientes al sistema sanitario^{1,4}. Con una mayor integración se hubiera conseguido conocer la evolución de un mayor porcentaje de pacientes que el alcanzado (6,0 %).

Conclusiones

Uno de nuestros futuros objetivos es mejorar la utilización de los diferentes métodos de medida de la PA, MAPA y medida aislada en farmacia comunitaria, de manera complementaria, según protocolos normalizados, consensuados con el equipo multidisciplinar y adaptados a las necesidades individuales de los pacientes. Un primer paso impulsor de esta colaboración podría ser que los representantes colegiales y sociedades científicas contactaran con la administración sanitaria para poner en marcha programas de actuación unificada.

Según el patrón de reducción nocturna de la PA, en el servicio de MAPA se ha obtenido un mayor porcentaje de pacientes con un patrón circadiano de PA con un peor pronóstico cardiovascular (Non Dipper– 43,6 % y Riser – 10,1 %).

Se debe reducir el número de pacientes que no vuelven a la farmacia tras la entrega del informe de MAPA para el médico. El seguimiento compartido de estos pacientes con el centro de atención primaria posibilitaría una mayor comodidad para numerosos pacientes y posiblemente una disminución de la pérdida de pacientes.

Con la implantación del servicio MAPA nuestra farmacia puede suministrar al médico información de apreciable calidad e interés clínico, que optimice el diagnóstico de la HTA, la evaluación del riesgo cardiovascular de los pacientes, la valoración de la efectividad de los tratamientos y, en definitiva, la toma de decisiones terapéuticas³.

PUNTOS FUERTES DEL SERVICIO MAPA

- Elevada derivación de pacientes desde el Centro de Atención Primaria
- Nuestra farmacia ha apostado decididamente por introducir esta técnica de medida de la PA e incluirla en su cartera de Servicios.
- Formación del equipo farmacéutico (tres farmacéuticos).
- 149 pacientes han utilizado el servicio de MAPA.

ÁREAS DE MEJORA

- Falta de protocolos de actuación consensuados con el personal del Centro de Atención Primaria.
- Alcanzar un seguimiento compartido con los profesionales del Centro de Atención Primaria.

Tabla 1. Puntos fuertes y áreas de mejora del servicio MAPA.

Bibliografía

1. Vila MA, Dalfó A, Gibert E, Sabartés T. Papel de las oficinas de farmacia en el diagnóstico y seguimiento de la hipertensión arterial. Resultados de una intervención mínima. *Hipertensión* 1997; 14 (3): 32-38.
2. Divisón JA, Artigao LM, Sanchis C, Álvarez F, Carbayo J, Carrión L, Martínez-Navarro E. ¿Se puede o debe medir la presión arterial en las oficinas de farmacia?. *Aten Primaria* 2001; 28: 4-9.
3. Sabater-Hernández D, De la Sierra A, Bellver-Monzó O, Divisón JA, Gorostidi M, Perseguer-Torregrosa Z et al. Guía de actuación para el farmacéutico comunitario en pacientes con hipertensión arterial y riesgo cardiovascular. Documento de consenso (versión resumida). *Pharm Care Esp* 2011; 13: 134-148.
4. Álvarez de Toledo F, Aldasoro MP, Rozas E, Fernández S. La toma de la tensión arterial en la farmacia comunitaria: un servicio orientado a la Atención Farmacéutica. *PharmCareEsp* 2004; 6: 66-70.
5. Guías NICE para el manejo de la HTA. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Hypertension. The clinical management of primary hypertension in adults. Clinical Guideline 127. 2011. www.nice.org.uk/guidance/cg127.
6. Sabater-Hernández D, Fikri-Benbrahim O, Faus MJ. Utilidad de la monitorización ambulatoria de la presión arterial en la toma de decisiones clínicas. *Med Clin (Barc)* 2010; 135 (1): 23-29.
7. Machuca M. Monitorización ambulatoria de la presión arterial como herramienta para evitar efectos adversos de los medicamentos. *Pharm Care Esp* 2011; 13(1): 38-40.
8. Penín O, Villasuso B. Medida de la presión arterial en la farmacia comunitaria: papel del farmacéutico en el cribado, seguimiento y diagnóstico de la hipertensión arterial. *Aula de la Farmacia* 2015; 11(107): 26-30.