

INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL UNA FARMACIA COMUNITARIA

Pharmaceutical Intervention in Blood-Hypertension Control in a Community Pharmacy

Irene FERRERAS; José Enrique FUENTES

Farmacéutico Comunitario. Farmacia J. E. Fuentes, C/ Sumatra nº 1, Bajo, 37003 Salamanca. Teléf.: 626 321 679

Correo-e: jefuentes@usal.es

RESUMEN: La hipertensión está considerada como uno de los principales factores de riesgo cardiovascular y el más importante factor de riesgo en la enfermedad cerebrovascular. Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en España y el conjunto de todas ellas supone un elevado gasto de atención sanitaria. El control de la presión arterial y el seguimiento a los pacientes hipertensos son medidas más eficientes para evitar riesgos cardiovasculares. Existe unanimidad en reconocer a las Farmacias Comunitarias como un lugar idóneo para el control de la presión arterial y el seguimiento y control de la hipertensión arterial.

La intervención farmacéutica realizada en el trabajo se basa en dos aspectos; detección de hipertensos ocultos y seguimiento de pacientes con tratamiento activo de hipertensión arterial.

En el estudio realizado, la prevalencia de la hipertensión arterial en pacientes no diagnosticados es alta, por lo que sería necesario potenciar esta actividad en la Farmacia Comunitaria por la importancia que tiene en la detección precoz de la hipertensión arterial. El número de pacientes con otros factores de riesgo cardiovascular asociados a la hipertensión arterial es muy elevado y constituye un grupo de alto riesgo que requiere un mayor control e intervención en la Farmacia Comunitaria.

Palabras clave: Hipertensión arterial; intervención farmacéutica; riesgo cardiovascular.

ABSTRACT: Hypertension is considered one of the principal cardiovascular risk factors, and the most important in vascular-brain disease. Cardiovascular disease is the first cause of death in Spain, and all of It makes a high impact in public healthcare's economy.

The control of blood pressure and hypertensive-patient's following, are more efficient ways to avoid cardiovascular risks. Blood-pressure control and patient's following can be perfectly done in community pharmacies.

In this study, pharmaceutical intervention was done in detecting hidden-hypertensive patients, and the patient's following and control of hypertensive patients.

The prevalence of hypertension in no-diagnosed patients is high, and for that, it should be necessary to maximize this activity in community pharmacies, also for the importance It has in the early detection of blood-hypertension.

The number of patients with other cardiovascular disease risk factors is high and It constitutes a high risk group that requires more control and pharmaceutical intervention.

Key words: Blood-hypertension; Pharmaceutical intervention; Cardiovascular risk.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular (FRC) y causa directa de gran parte de la mortalidad y morbilidad en los países desarrollados, lo que unido a su alta prevalencia (del orden del 40%), constituye un grave problema de salud pública.

En España, las enfermedades del aparato circulatorio tienen la mayor tasa específica de mortalidad, afectando a casi 14 millones de personas, lo que representa algo más del 40% de la población general adulta, y en poblaciones envejecidas, como la de Castilla y León, representan un porcentaje que llega al 35% de las defunciones.

El principal objetivo del tratamiento de la hipertensión arterial (HTA) es el control de la presión arterial (PA), debiendo reducirse a 140/90 mmHg y 130/80 mmHg en diabéticos.

A pesar de los esfuerzos realizados para controlar la HTA, tanto en Atención Primaria (AP) como en Farmacia Comunitaria (FC) y los avances en el tratamiento,

la prevalencia de la HTA sigue siendo muy elevada, esto puede ser debido a las siguientes causas: baja adherencia al tratamiento, tratamientos mal instaurados o estilos de vida inadecuados.

El consumo de fármacos para el tratamiento de la HTA es elevado, en el año 2010 supuso el 10,2% del total de prestación farmacéutica a través de receta. En la FC, durante el periodo de realización del trabajo el consumo de fármacos antihipertensivos ha correspondido al 17.2% del total.

El adecuado control de la PA y el seguimiento a los pacientes con HTA son medidas más eficientes para evitar riesgos cardiovasculares (RCV). Desde diferentes sectores sanitarios se reconoce a las FC como un lugar idóneo para el control de la PA y la intervención farmacéutica de gran importancia en seguimiento y control de la HTA.

OBJETIVOS

La intervención farmacéutica realizada en el trabajo se basa en dos aspectos; detección de hipertensos ocultos y seguimiento de pacientes con tratamiento activo de HTA, siendo los objetivos del trabajo:

- Determinar la prevalencia de la hipertensión arterial en pacientes no diagnosticados.
- Determinar la adherencia al tratamiento de la HTA en pacientes hipertensos de la FC mediante el test de Morisky-Green.
- Evaluar la influencia del tratamiento farmacológico y otros factores de RCV asociados en la adherencia al tratamiento de la HTA.
- Conocer la valoración de los pacientes respecto a la toma de PA y su control en la FC.

MATERIAL Y MÉTODOS

La intervención para la detección de hipertensos ocultos se realiza en la FC de D. José Enrique Fuentes, ubicada en Salamanca capital durante los meses de mayo y junio de 2013, ofertando la toma de la PA a personas mayores de 18 años que acuden a la FC y no están diagnosticadas de HTA.

En el caso del seguimiento a pacientes hipertensos, se realiza un estudio descriptivo transversal sobre 47 pacientes que acuden de forma habitual a la misma FC. Se incluyen en el estudio mayores de 18 años con tratamiento antihipertensivo, que realizan el control de la PA en la FC y que voluntariamente consienten participar en el estudio y contestar a las preguntas del cuestionario en el que se recogen los siguientes datos: edad del paciente, sexo, control de la

tensión arterial en la FC por iniciativa propia, consejo médico o por consejo del ATS, otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV) Diabetes Mellitus (DM), tabaquismo, obesidad y dislipemia (DL), tratamiento farmacológico del paciente, test de Morisky-Green, tiempo de evolución de la HTA, tiempo de tratamiento, modificaciones en el tratamiento, frecuencia y lugar de medida de la PA, lugar en el cual le resulta más cómodo la medida de la TA y si realiza medida domiciliaria de la PA. Así mismo se realiza una toma de tensión arterial registrando la fecha, PAS y PAD.

Se utiliza para la toma de la PA un tensiómetro digital automático Omron mod. 705-IT validado clínicamente.

La medida de la PA se realiza en la zona de AF, de forma individualizada y de acuerdo con la técnica estándar de medida de la PA. Antes de realizar la medida se realiza la encuesta para dar confianza al paciente y evitar el fenómeno de bata blanca, que afecta significativamente a la variabilidad de la medida.

En los pacientes a los que se realiza el seguimiento se realizan al menos dos tomas de PA con diferencia mínima de una semana.

Se consideran personas con PA no controlada, pacientes no diabéticos, cuya PAS igual o superior a 140 mmHg y/o PAD igual o superior a 90 mmHg y en el caso de pacientes diabéticos cuya PAS igual o superior a 130 mmHg y/o PAD igual o superior a 80 mmHg.

Para evaluar los otros factores de riesgo cardiovascular se considera a efectos de este trabajo pacientes con dislipemia aquellos que están diagnosticados y tienen tratamiento farmacológico, diabéticos aquellos pacientes que están diagnosticados de DM y en la actualidad se encuentran en tratamiento farmacológico con antidiabéticos, obesidad aquellos pacientes cuyo índice de masa corporal (IMC) es ≥ 30 y pacientes con hábito tabáquico a aquellos que son fumadores activos.

Por lo que se refiere al tratamiento farmacológico, se anota en el cuestionario los medicamentos que tiene prescritos, se le dispensen o no en el momento de la entrevista. Posteriormente se clasifican de acuerdo con la Clasificación Anatómica de Medicamentos ATC.

En la valoración de la adherencia se ha utilizado el test de Morisky -Green, validado para el estudio de la adherencia en la HTA. Para valorar el grado de cumplimiento a las respuestas del test de Morisky -Green modificado que hemos utilizado, se considera al paciente cumplidor si responde NO a las cuatro preguntas, y no cumplidor al que contesta a alguna de las preguntas SÍ.

RESULTADOS

En la detección de hipertensos ocultos participan 59 personas, 27 hombres y 32 mujeres, entre 18 y 82 años, con una media de edad de 53 años. El 35,6% de los pacientes son normotensos y el resto hipertensos. En la tabla 1 se muestra la distribución de los participantes en el estudio según el grado de HTA.

TABLA 1

	Nº (%)	EDAD MEDIA	HOMBRES	EDAD MEDIA	MUJERES	EDAD MEDIA
PARTICIPANTES	59	53,3	27	54,3	32	52,4
NORMOTENSOS	21 (35,6 %)	51,8	10 (37,0%)	55,9	11 (34,4%)	48,0
HTA	38 (64,4 %)	54,1	17 (63,0 %)	53,4	21 (65,6 %)	54,6
HTA GRADO I	23 (60,5%)	53,9	9 (52,9 %)	54,2	14 (60,8%)	53,7
HTA GRADO II	10 (26,3%)	58,2	5 (50,0%)	50,4	5 (50,0%)	66,0
HTA GRADO III	5 (13,2%)	52,4	3 (60,0%)	49,5	2 (40,0%)	56,3

El mayor número de hipertensos, 20 (65,0%) se encuentra entre los 50 y 59 años correspondiendo 61.5% a hombres y 71,4% a mujeres.

El seguimiento se realiza a 47 pacientes con tratamiento para la HTA, entre 45 y 89 años y una edad media de 67,9 años, de los cuales 20 son hombres y 53 mujeres. Los resultados se resumen en la tabla 2.

TABLA 2

	Nº (%)	HOMBRES	MUJERES
PARTICIPANTES	47	20	53
EDAD MEDIA	67,8	66,5	68,9
AÑOS DE EVOLUCIÓN	8,3	8,7	8,0
AÑOS DE TRATAMIENTO	7,8	8,1	7,5
CAMBIO DE TRATAMIENTO	24 (51,0%)	11	13
PREFIEREN MEDIR LA PA EN LA FC	31 (65,9%)	14	17
PREFIEREN MEDIR LA PA EN LA CONSULTA MÉDICA	2 (4,2%)	1	1
LE RESULTA INDIFERENTE	14 (29,8%)	5	9
ENCUENTRA DIFERENCIA CON EL FENÓMENO BATA BLANCA	14 (29,8%)	5	9
SE TOMA LA PA EN CASA	15 (31,9%)	9	6
CUMPLIDORES (TEST MORISKY –GREEN)	32 (68,0%)	12	20
NO CUMPLIDORES (MORISKY –GREEN)	15 (31,9%)	8	7

DISCUSIÓN

La prevalencia de hipertensos ocultos es del 64,4%, siendo más elevado que los datos encontrados en otros estudios, que son del orden del 24 al 37%. Encontramos un elevado porcentaje (13,2%) de hipertensos con HTA grado 3 con una media de edad de 52 años, lo cual representa un elevado FRC. Como parte de la intervención farmacéutica, a los pacientes con HTA de grado 1 y 2 se le dan unas recomendaciones dietéticas y de estilo de vida y se les invita a seguir controlándose la PA periódicamente en la OF. En el caso de HTA grado 3 se deriva al paciente al Médico de Atención Primaria (MAP).

Por lo que respecta al estudio de seguimiento a pacientes con tratamiento antihipertensivo, el mayor grupo de edad se encuentra entre los 60 y 69 años. El tiempo de evolución de la enfermedad es alto, 8,3 años y el tiempo de tratamiento es de 7,8 años. Estos datos son relevantes, ya que el grado de cumplimiento terapéutico es alto en enfermedades crónicas con tratamientos largos y en ancianos. Como consecuencia del largo periodo de evolución de la HTA, han cambiado de tratamiento el 51%.

El 66,0% de los pacientes prefieren controlar su PA en la OF y un 29,8% reconoce padecer el síndrome bata blanca ya que los valores de PA en la consulta de AP son superiores a los obtenidos en la OF.

En cuanto a los resultados del test de adherencia, el 68,1% de los pacientes son cumplidores. Este resultado es similar al encontrado en otros trabajos. Hay más adherencia en el grupo de mujeres (74%) que en el de hombres (60%).

Para evaluar si existe relación entre la adherencia y los valores de la PA, se realiza el recuento de los pacientes cumplidores que al inicio del estudio tenían la PA controlada ($>140/90$ mmHg o $>130/80$ mmHg PAD en diabéticos). El 59% de los cumplidores no tiene la PA controlada frente al 53% de los no cumplidores. A la vista de los resultados obtenidos, no parece que exista una relación entre la adherencia al tratamiento y el grado de control de la PA. Una posible explicación puede ser la existencia de otras causas de fracaso del correcto control de la PA como tratamientos farmacológicos mal instaurados o hábitos y estilo de vida inadecuados.

Al final del seguimiento se contabilizan 5 pacientes que no tenían controlada la PA en la primera entrevista y sí en la última.

El cumplimiento terapéutico es similar en pacientes polimedicados que en los no polimedicados. Así pues no parece haber relación entre la adherencia y el número de fármacos que toma el paciente.

Existe un 31,9% de pacientes que realizan en su domicilio automedida de la PA (AMPA). La AMPA ha experimentado un gran auge en los últimos años y en el momento actual es recomendada para el seguimiento y control de la HTA

por los MAP. Presenta una serie de ventajas entre las que destaca la mejora en la adherencia al tratamiento, ya que involucra al paciente en el control de su enfermedad. En nuestro estudio el 73% de las pacientes, que además de en la FC realizan AMPA, son cumplidores, lo cual indica que al menos en este caso la AMPA aumenta la adherencia.

Por lo que respecta al tratamiento para la HTA, el 57% está tratado con un solo fármaco y 43% tiene terapia combinada. Los monofármacos más utilizados son los ARA II y los IECA, mientras que los fármacos asociados a otros antihipertensivos son los B-bloqueantes adrenérgicos y los diuréticos. Contrariamente a lo que cabría esperar, hay que resaltar un mayor número de pacientes adherentes entre los tratados con terapia combinada (80%) frente al 59% tratado con un solo fármaco antihipertensivo.

El 79% de los pacientes incluidos en el estudio presentan algún FRCV asociado a la HTA. El más frecuente es la dislipemia (39%), seguido de la obesidad (36%) y DM (25%). De los pacientes que tienen asociado al menos otro factor de riesgo cardiovascular, un 80% no son cumplidores y lo más relevante es que el 67% presentan cifras de PA superior a las normales. Así mismo un 13% tienen asociado tres FRC y todos ellos no tienen controlada la PA.

CONCLUSIONES

La prevalencia de la HTA en pacientes no diagnosticados es alta, 64% de los pacientes estudiados. Sería importante potenciar esta actividad en la FC por la importancia que tiene como detección precoz de la HTA.

La adherencia al tratamiento de la HTA es del 68,1% similar al de los trabajos consultados. La adherencia es ligeramente mayor en las mujeres que en los hombres.

No existe relación entre la adherencia al tratamiento de la HTA y el grado de control de la PA.

La adherencia al tratamiento de la HTA es similar en pacientes polimedcados y no polimedcados. Sin embargo presentan mayor adherencia los tratados con terapia combinada que los tratados con monoterapia.

El número de pacientes con otros FRC asociados a la HTA es muy elevado (79%), constituye un grupo de alto riesgo que requiere un mayor control de la PA.

La FC es un lugar idóneo para el control de la PA, el 66% de los pacientes prefiere controlar su PA en la FC y solo un 4% prefiere la consulta médica. Un tercio de las pacientes reconoce padecer el síndrome de bata blanca.

BIBLIOGRAFÍA

- Baena JM, Gómez JM, Vilató M, Vázquez EJ, Byramy AO, Vidal M. Registro del historial farmacéutico-terapéutico de la historia clínica informatizada en pacientes con hipertensión arterial: Un nuevo instrumento para valorar la adherencia terapéutica. *Aten Primaria*. 2011.
- Banegas JR, Villar F, Graciani A, Rodríguez-Artalejo F. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en España. *Rev Esp Cardiol Supl*. 2006;6:3G-12G.
- Coca A, Aranda P, Bertomeu V, Bonet A, Esmatjes E, Guillén F, et al. La oficina de farmacia puede mejorar el grado de conocimiento de la hipertensión arterial. *Hipertensión*. 2002;19(7):299-304.
- Coca, A., Aranda, P., Bertomeu, V., Bonet, A., Esmatjes, E., Guillén, F. et al.: Estrategias para un control eficaz de la hipertensión arterial en España. Documento de Consenso. *Rev Clin Esp*. 2006;206(10):510-514.
- Coca A, Bertomeu V, Dalfo A, Esmatjes E., Guillen F, et al. Automedida de la tensión arterial. Documento de consenso Español 2007. *Rev Clin Esp*. 2007;207(4):197-208.
- Fikri N, Azpilicueta I, Fikri Benbrahim O, Fikri N, Faus MJ. Métodos de medida de la presión arterial disponibles en la farmacia comunitaria para el cribado y seguimiento de la hipertensión arterial. *Pharm. Care Esp*. 2011; 13(3):123-133.
- Gabriel R, Alonso M, Segura A, Tormo MJ, Artigao, LM, Banegas JR, et al. Prevalencia, distribución y variabilidad geográfica de los principales factores de riesgo cardiovascular en España. Análisis agrupado de datos individuales de estudios epidemiológicos poblacionales: estudio ERICE. *Rev Esp Cardio*. 2008;61(10):1030-40.
- Luque M. Detección precoz de la hipertensión arterial: ¿hay un lugar para las oficinas de farmacia? *Hipertensión*. 2002;19(7):297-8.
- Rodríguez MA, García-Jiménez E, Amarilesc P, Rodríguez A, Faus MJ. Revisión de test de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria* 2008;40(8):413-7 | 417.
- Sánchez F, Allo M, Asencio A, Gonzalo M, Santonja A, Font JV. Mejoras en el tratamiento de la HTA tras la introducción de la automedición de la presión arterial. *Semergen*. 2004;67:478-9.
- Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). La hipertensión arterial, principal motivo de consulta de atención primaria. Madrid (España); 2013.
- Torres JI, Martínez E, Adrián N, Galicia MA, Britt MJ, et al. Variaciones de la prevalencia y el perfil del paciente con el fenómeno de bata blanca, según su definición con la automedida de presión arterial (AMPA). *Aten Primaria*. 2001;28: 234-240.
- Vega T, Lozano J, Álamo R, Lleras S. Prevalencia de la hipertensión arterial en la población de Castilla y León. *Gac Sanit*. 2008;22(4):330-6.