INTERVENCIÓN EN FARMACIA COMUNITARIA EN PACIENTE CON MAL CONTROL DE HTA

Allué Blasco, J.L.; Blasco Torrijo, M.C.

INTRODUCCIÓN

La HTA es un importante problema de salud pública por el riesgo cardiovascular que conlleva y por su elevada prevalencia; además, es el principal factor de riesgo modificable para eventos cardiovasculares. En España se estima que existen unos 14 millones de hipertensos.

La prevalencia de la HTA en España en población adulta se estima en un 35%, llegando al 40 % en edades medias. A partir de los 55 - 60 años se observa un aumento exponencial en la prevalencia de la HTA, llegando a superar el 65% de prevalencia en esa franja de edad.

El caso que nos ocupa es el de un paciente de 51 años, fumador, en tratamiento para la HTA (Enalapril/Hidroclorotiazida 20 mg/12,5 mg en dosis 1-0-0) e hipercolesterolemia (Zarator 20 mg 0-0-1) que acude a la farmacia, aconsejado por su esposa (suele ser ella la que viene a retirar la medicación para él), para que le hagamos una analítica de control tanto de glucosa como de colesterol total.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tensiómetro Visiomat 20/40;

Báscula de Precisión Keito K8;

Sistema Reflotron Plus;

Protocolos Guía IMPACHTA.

OBJETIVOS

Primario:

- Control de la PA del paciente hipertenso.

Secundarios:

- Control del resto de factores asociados a RV del paciente;
- Intervención en educación higiénico-dietética del paciente.

RESULTADOS

Tras el motivo principal de la consulta del usuario, y aprovechando la circunstancia, le preguntamos acerca de si realiza algún tipo de control de la presión arterial, para evaluar la efectividad del tratamiento prescrito. Realizamos toma MAFC con valores PA 168/113 mm Hg; PP 55 mm Hg y 69 ppm. (Visiomat 20/40); analítica: Glu 161 mg/dL (había desayunado hace 30 minutos); Col 181 mg/dL (Reflotron). Viendo los valores de PA le realizamos el test de Morinsky-Green-Levine para intentar comprobar que el paciente es adherente al tratamiento:

¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?

¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?

Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

A lo que el paciente responde No/Sí/No/No. En principio no tenemos sospecha de que el paciente no cumpla con su tratamiento. A continuación le pedimos que se pesa y mida en Báscula Keito: Peso: 117,1 kg; Altura: 178 cm; IMC: 36,9 kg/m^2. Se le propone al paciente hacer durante una semana un control de la PA en su domicilio.

Además se le ofrece un folleto informativo al paciente sobre cómo ha de realizar la medida de la presión arterial y se realiza una intervención de educación higiénico-dietética para implementar una serie de cambios en su estilo de vida. Se le ofrece un servicio de asesoramiento dietético y nutricional y dentro de las recomendaciones, que deje de fumar. Tras una semana de control de la PA en el ámbito domiciliario, las medias de las PA son 163/115 mm de Hg, por lo que enviamos una carta de derivación a su MAP para que evalúe la eficacia de su tratamiento.

Tras consulta en AP en MAP, cambia el tratamiento antihipertensivo a Olmesartán/Hidroclorotiazida 40/12,5 mg 1-0-0. Le ofrecemos un servicio de control de PA, pero el paciente prefiere realizar el paciente en su domicilio. A pesar de eso, concertamos cita con él a la primera y segunda semana de inicio del nuevo tratamiento y realizamos MAFC, con valores medio de 139/87 mm de Hg, por lo que le comentamos que, si no hay cambios, debería realizar un control de su PA en FC a los 3 meses, una vez estabilizados sus valores de PA. Por otro lado, el paciente ha adelgazado 5,1 kg (IMC=35,34).

CONCLUSIONES

Durante mucho tiempo, las guías sobre el manejo de la hipertensión arterial (HTA) se centraban en los valores de presión arterial (PA) como la única variable para determinar la necesidad y el tipo de tratamiento. Posteriormente, las Sociedades Europeas de Hipertensión Arterial y de Cardiología desarrollaron conjuntamente una serie de recomendaciones sobre la prevención de la enfermedad coronaria en la práctica clínica, destacando la necesidad de cuantificar el riesgo cardiovascular total[1,2]. Este concepto se basa en que solo un pequeño porcentaje de la población hipertensa presenta únicamente PA elevada, mientras que la gran mayoría tiene factores de riesgo cardiovascular adicionales. Además, cuando coexisten, la PA y otros factores de riesgo pueden potenciarse mutuamente, lo que resulta en un riesgo cardiovascular total mayor que la suma de sus componentes individuales.

Las estrategias de tratamiento antihipertensivo para la instauración e intensidad de los cambios de estilo de vida y del tratamiento farmacológico pueden ser diferentes en función del nivel de riesgo cardiovascular total.

La estimación del riesgo cardiovascular total resulta sencilla en subgrupos de pacientes determinados, como aquellos con antecedentes de enfermedad cardiovascular establecida, diabetes mellitus o enfermedad coronaria, o con factores de riesgo individuales muy elevados. En todas estas entidades, el riesgo cardiovascular total es alto o muy alto y requiere medidas intensivas de reducción del mismo. Sin embargo, un elevado número de pacientes con HTA no pertenece a ninguna de las categorías mencionadas y la identificación del grado de riesgo requiere el uso de modelos de estimación. En 2003, la Sociedad Europea de Cardiología, desarrolla unas tablas con población europea, el Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE), que permite predecir el riesgo de mortalidad tanto por enfermedad coronaria como cerebrovascular y que, además, permite diferenciar el riesgo calculado en países de bajo riesgo vascular, como es España.

FACTORES DE RIESGO
Sexo masculino
Edad (varones, ≥ 55 años; mujeres, ≥ 65 años)
Tabaquismo
Dislipemias
Colesterol total > 4,9 mmol/l (190 mg/dl), y/o cLDL > 3,0 mmol/l (115 mg/dl), y/o cHDL: varones, < 1,0 mmol/l (40 mg/dl); mujeres,< 1,2 mmol/l (46 mg/dl), y/o Triglicéridos > 1,7 mmol/l (150 mg/dl)
Glucemia en ayunas 5,6-6,9 mmol/l (102-125 mg/dl)
Prueba de tolerancia a la glucosa, alterada
Obesidad (IMC ≥ 30)
Obesidad abdominal (en caucásicos, perímetro abdominal: varones, ≥ 102 cm; mujeres, ≥ 88 cm)
Historia familiar de ECV prematura (varones, < 55 años; mujeres, < 65 años)

 La intervención sobre el paciente se centró en el control de la PA del paciente, con la detección de una HTA no controlada y que como resultado se consiguió estabilizar y normalizar los niveles de PA del paciente, en el de disminuir su IMC y en intentar que el paciente eliminase su hábito tabáquico, ya que los valores de colesterol los tenía controlados por el tratamiento farmacológico, ya que así podríamos disminuir el riesgo vascular de moderado a alto a riesgo bajo.

 Por otro lado, y como otro ámbito dentro de la actuación farmacéutica, se realizó una educación para la salud, en los que se hizo especial énfasis en la modificación del estilo de vida y en el refuerzo de la importancia de la adherencia a su tratamiento farmacológico prescrito, haciéndole comprender al paciente que la HTA es una enfermedad crónica que se relaciona estrechamente con un incremento del riesgo de sufrir lesión orgánica y/o ECV.

BIBLIOGRAFÍA

1. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens 2003; 21:1011–1053.

2. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, Grassi G, Heagerty AM, Kjeldsen SE, Laurent S, Narkiewicz K, Ruilope L, Rynkiewicz A, Schmieder RE, Boudier HA, Zanchetti A, 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens 2007;25:1105–1187.

3. Conroy RM, Pyorala K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, De Bacquer D, Ducimetiere P, Jousilahti P, Keil U, Njolstad I, Oganov RG, Thomsen T, Tunstall-Pedoe H, Tverdal A, Wedel H, Whincup P, Wilhelmsen L, Graham IM. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. Eur Heart J 2003; 24:987–1003.