

IMPLANTACIÓN DEL SERVICIO DE MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL (MAPA) EN UNA FARMACIA COMUNITARIA

Belen Sabio Sánchez

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es en atención primaria el primer motivo de consulta entre todas las patología 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.

Por su accesibilidad y formación especializada en materia de medicamentos, el farmacéutico comunitario puede jugar un papel clave en la detección y seguimiento del paciente con HTA. Por ello, se expone la implantación de un nuevo servicio asistencial, monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA), enmarcado dentro del modelo de atención farmacéutica.

La MAPA permite obtener un amplio número de lecturas de presión arterial (PA), usualmente cada 20 o' 30 minutos, durante períodos de 24 o' 48 horas, que reflejan con detalle, sin la influencia del efecto de bata blanca, los cambios dinámicos de PA durante la actividad cotidiana del paciente. Uno de los defectos corregidos por la MAPA son los derivados 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. Esta no es una cuestión baladí, puesto que diversos estudios han demostrado que cuando no existe el descenso fisiológico habitual de la PA durante la noche la morbilidad y mortalidad vascular se incrementa de forma significativa.

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.

Dentro de nuestro proceso de planificación estratégica se ha visto necesario llevar a cabo una acción de mejora que consiste en la implantación de un nuevo servicio asistencial (MAPA).

Entendiendo la planificación de la atención farmacéutica como un proceso de mejora, éste ha requerido varios pasos:

- La identificación de posibles oportunidades de mejora, es decir, identificar problemas de la población que atendemos. Tras consultar con el equipo de los centros de salud más cercanos se observó que el ofrecimiento del servicio de MAPA desde la farmacia comunitaria podía agilizar la derivación de un importante número de pacientes desde atención primaria.
- El análisis y la justificación (coste/beneficio) de implementar esta acción de mejora. Se realizó una revisión bibliográfica sobre MAPA y un estudio del coste del aparato.
- Fijación de objetivos. El objetivo inicial se centró en poder realizar un servicio de MAPA al mes como mínimo (12/año), especialmente de pacientes derivados desde los centros de salud más cercanos.
- Medir o evaluar la mejora.

Métodos

Estudio descriptivo observacional, llevado a cabo en una farmacia comunitaria de Benalmádena (Málaga) durante 24 meses (años 2012 y 2013). 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 ha sido el Watch BP03.

Resultados

En el año 2012 se han realizado 16 MAPA a pacientes en edades comprendidas entre los 25 y 85 años, de los cuales un 75% eran hombres y un 25% mujeres (figura 1). En un 50,0% de los pacientes el servicio de MAPA se utilizó como cribado y en el 50,0% restante como seguimiento del tratamiento antihipertensivo.

En el año 2013 se han efectuado 22 MAPA a pacientes con edades comprendidas entre los 43 y 81 años, de los que un 54,54% corresponden a hombres y un 45,45% mujeres (figura 1). Esto supone un incremento del 37,5% en la utilización de este nuevo servicio asistencial.

En este último periodo un 31,8% de los pacientes utilizó el servicio de MAPA como cribado y en el 68,2% restante como seguimiento del tratamiento antihipertensivo.

En el año 2012 un 43,8% presentaban antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular (ECV) precoz, 18,7% antecedentes personales de enfermedad vascular y 25,0% factores de riesgo cardiovascular (diabetes, hipercolesterolemia, tabaquismo). En el año 2013 un 36,4% presentaban antecedentes familiares de ECV precoz, 22,7% antecedentes personales de enfermedad vascular y 54,5% factores de riesgo cardiovascular.

En 2012 según la evolución de los valores de la presión arterial (PA) en la MAPA, un 56,2% de pacientes presentaron patrón **NON DIPPER**, un 18,8% **DIPPER** y un 25,0% **RISER** (figura 3a). En el año 2013 el 22,7% de los pacientes presentaron un patrón **DIPPER**, 27,3% **NON DIPPER**, 40,9% **RISER** y 9,1% **EXTREME DIPPER** (figura 3b).

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**.

En el año 2012 tras la remisión al médico con los resultados obtenidos, el 25% de los pacientes sufrió modificaciones en su tratamiento, frente al 18,2% en 2013.

En 2012 los principales cambios en el tratamiento correspondieron a aumento de la dosis de fármaco frente a la reducción de dosis de medicamento y cronoterapia en 2013.

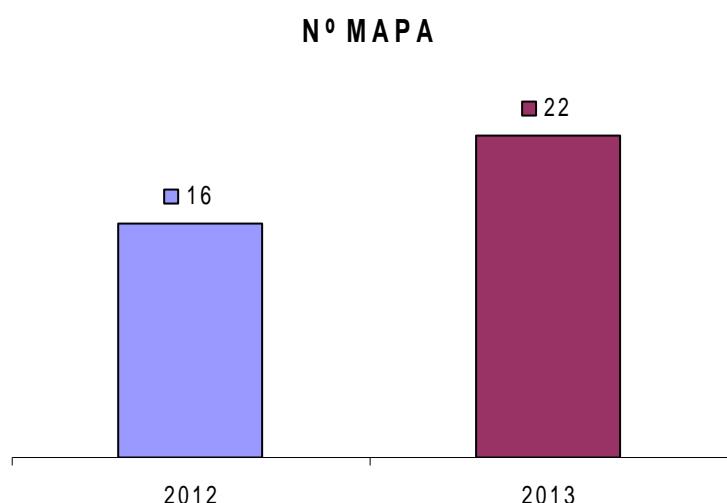


Figura 1. Número de MAPA llevados a cabo

Utilización MAPA

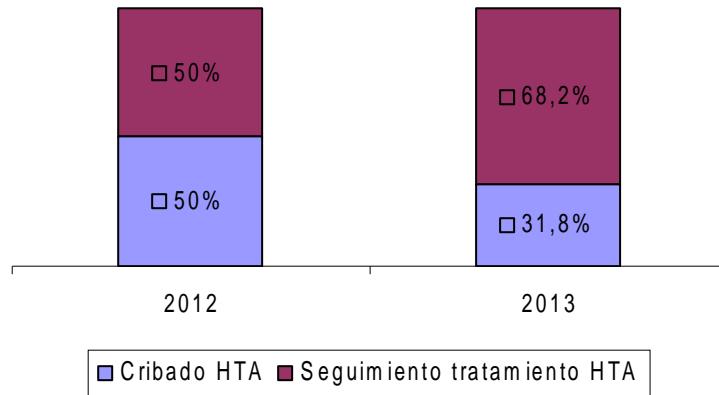


Figura 2. Utilización del servicio de MAPA

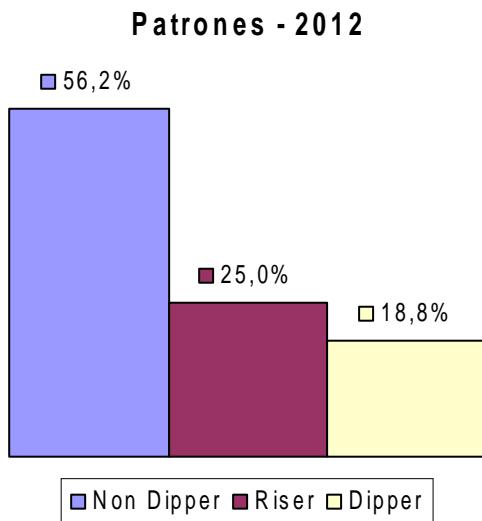


Figura 3a. Patrones obtenidos en el servicio de MAPA en 2012.

Patrones 2013

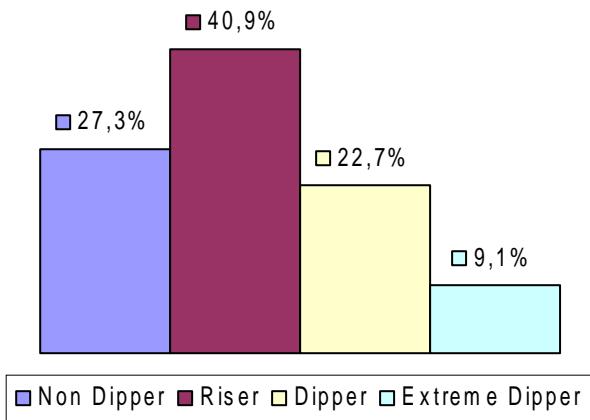


Figura 3b. Patrones obtenidos en el servicio de MAPA en 2013

Conclusiones

Se hace necesario extender este nuevo servicio entre nuestros pacientes con el objetivo de suministrar a los médicos de nuestro entorno información de interés clínico, que optimice el diagnóstico de la hipertensión arterial (HTA), la evolución del riesgo cardiovascular de los pacientes y la valoración de la efectividad de los tratamientos.

La medición de la PA mediante MAPA constituye una excelente oportunidad para emprender intervenciones que conduzcan al seguimiento farmacoterapéutico de los tratamientos antihipertensivos y al cribado de HTA. En un futuro deberemos trabajar en disponer protocolos de actuación consensuados con el equipo de atención primaria más cercano a la farmacia.

Este nuevo servicio además de ampliar el catálogo de los servicios asistenciales que ofrecemos en nuestro entorno ha permitido obtener unos ingresos económicos adicionales.