

APLICABILIDAD DE GUIAS CIENTIFICAS DE LA MEDIDA DE PRESION ARTERIAL EN FARMACIA COMUNITARIA (MAFC): UNA COMPARATIVA ENTRE NICE 2016 Y ESC 2013

Eduardo Satue de Velasco. Farmacéutico comunitario. Maella (Zaragoza)
Inés Mera Gallego. Farmacéutica comunitaria. Maella (Zaragoza)



Introducción

La Presión Arterial es un predictor habitual del riesgo cardiovascular. Si bien es una medida habitual de la farmacia comunitaria desde hace mucho tiempo, ha sido en los últimos años donde la toma de la PA se ha protocolizado en función de las diferentes guías clínicas, haciendo especial hincapié en la necesidad de no contentarse con una sola medida debido al efecto de bata blanca y otros, aunque se han probado en entornos asistenciales clínicos diferentes a la farmacia comunitaria. Por otra parte, la farmacia comunitaria es en ocasiones un lugar de paso y es complicado generar un entorno que propicie que el paciente se toma su tiempo para el control de la PA.

Justificación

La protocolización de la medida aislada de la PA en clínica (MAC) se basa en que es una medida muy susceptible de ser influenciada por las condiciones de la toma, por lo que las diversas guías plantean unas recomendaciones posturales y temporales a la hora de tomar las medidas. En concreto, la ESH/ESC plantea la necesidad de tomar al menos dos medidas e incluso más si las diferencias son importantes. Sin embargo, la guía NICE solamente plantea la necesidad de tomar dos o más medidas si la primera supera el límite PAS/PAD de 140/90 lo cual plantea la pregunta de ¿Qué protocolo conviene más a la MAFC, la toma mínima de dos medidas (ESC) o de una (NICE)?



Objetivos

El objetivo principal es demostrar la pertinencia o no de la toma de una segunda o más medidas en farmacia comunitaria. La hipótesis cero (H_0) plantea: "la medida de la presión arterial en farmacia comunitaria no difiere significativamente con el número de medidas si la PA de la primera medida es inferior a 140/90" equiparando "significativamente":

- En primer lugar con una diferencia mayor de 5 mm HG entre medidas de PAS y PAD (efecto bata Blanca)
- En segundo lugar con un cambio de grupo de PA en el que se encuentra el paciente (normal, HTA I, II o III)

El objetivo secundario es educar a los pacientes en la medida adecuada de la presión arterial que efectúan en sus domicilios.

Material y métodos

El estudio se basa en:

Guías científicas:

- Guía de manejo del paciente hipertenso en farmacia comunitaria (2011). Sefac
- Guía de práctica clínica de la ESH/ESC para el manejo de la hipertensión arterial (2013)
- Hypertension in adults: diagnosis and management. NICE. 2016.



Se ha procedido a tomar dos medidas por sistema a cada paciente, y dos más cuando la diferencia entre las dos primeras es mayor de 5 mm Hg a 25 pacientes adultos elegidos aleatoriamente a lo largo del mes de febrero y de marzo.

Las medidas se han realizado siguiendo las recomendaciones de toma de PA del curso de capacitación Impachta

Una vez obtenidos los datos, se comparan los siguientes datos utilizando una tabla Excel:

- Número de pacientes donde ha habido una diferencia > 5 mm Hg entre las dos primeras medidas de PA
- Número de pacientes donde la diferencia de PA entre medidas ha generado un cambio de grupo de HTA. Para ello, se compara la media de las dos primeras medidas con la media de las tres últimas (se descarta la primera medida en este caso)

Finalmente, a cada paciente se le explicaba como tomarse correctamente la PA y los valores de referencia a tener en cuenta

Resultados y discusión

Los datos obtenidos son los siguientes:

De los 25 pacientes, 16 tuvieron una diferencia de PAS o PAD > 5 mm Hg, por lo que se realizaron dos medidas más. De ellos, 4 eran normotensos en todas las medidas y 12 hipertensos en alguna medida, generalmente la primera. Esto implica que habitualmente un paciente hipertenso en la primera medida va a tener una disminución > 5 mm Hg en alguna de las medidas siguientes

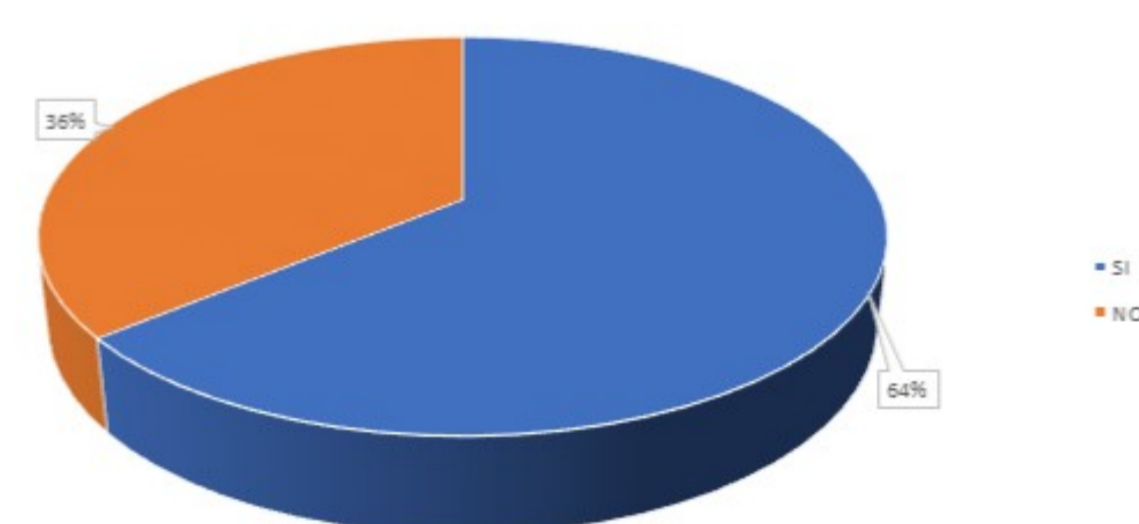
Los restantes 9 pacientes tuvieron una diferencia < 5 mm Hg, y cabe destacar que todos eran normotensos.

Esto quiere decir que ninguno de los pacientes que su primera medida era normotensa tuvo una segunda medida hipertensa, por lo que esto parece avalar el modelo NICE'16 vs ESC'13 en estos casos, es decir, en FC no sería preciso realizar una segunda medida cuando la primera es normotensa (PA < 140/90)

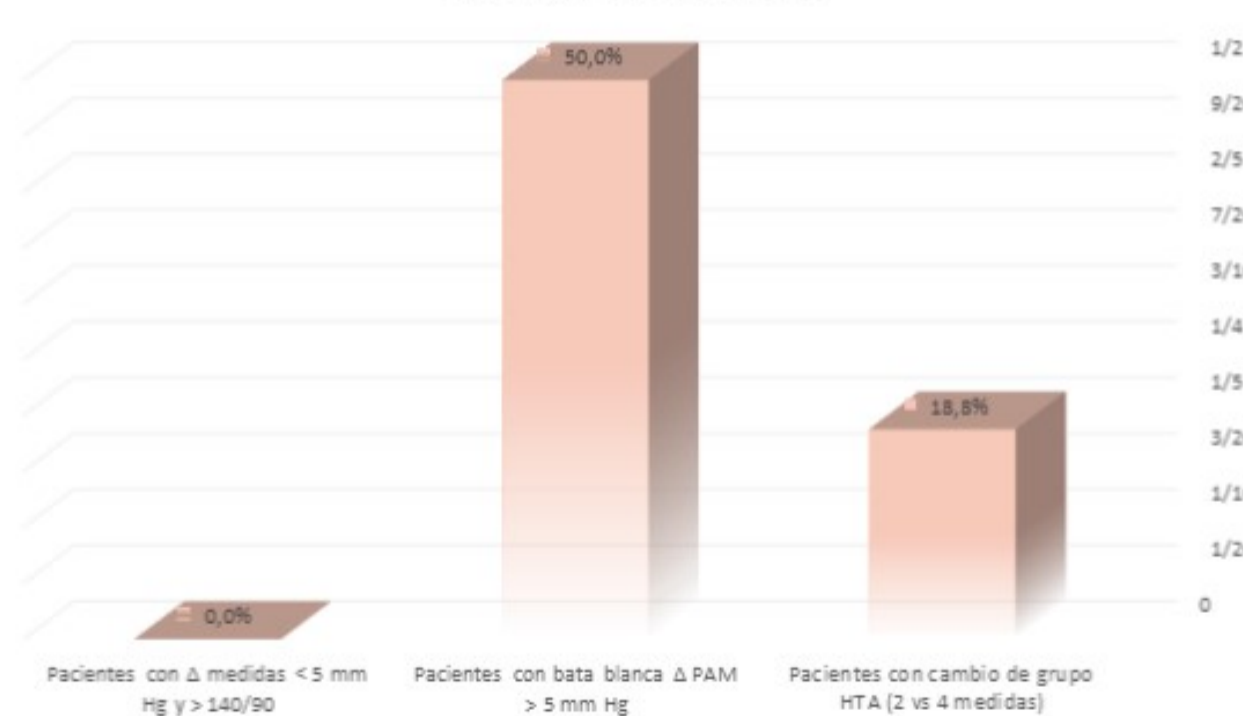
Aquellos pacientes que tenían una diferencia > 5 mm Hg en las dos primeras medidas, cuando se comparó la media de las dos primeras medidas respecto a la media de las tres últimas medidas, se encontró que la mitad de ellos tenían una disminución de la media PAS o PAD > 5 mm Hg por lo que cabe hablar de un claro efecto de bata blanca.

A su vez, de este grupo de pacientes, casi la quinta parte obtenían un cambio de grupo de hipertensión, obteniendo en la media de las dos primeras medidas una calificación como hipertensos, mientras que al realizar la media de las tres últimas quedaban como normotensos

Pacientes con diferencia PAS/PAD > 5 mm Hg entre 2 primeras medidas



ESC'13 VS NICE'16



Conclusiones

A pesar de que el número de pacientes es pequeño (N= 25) se han constatado dos tendencias en MAFC:

En primer lugar, si la primera medida de PA es normotensa, no parece necesario realizar una segunda medida en FC, lo que supone una ventaja de eficiencia del modelo NICE'16 respecto a ESC'13

En segundo lugar, cuando el paciente es hipertenso en la primera medida va habitualmente asociado a un efecto de bata blanca por lo que es conveniente realizar hasta 4 medidas, seleccionando la media de las 3 últimas para dar un resultado más real de la PA del paciente.