

Intervención en el control de la presión arterial

La hipertensión arterial (HTA) es un factor mayor de riesgo, causante de un gran número de episodios letales o no de tipo cardiovascular. Las recomendaciones actuales indican que, generalmente, es necesario mantener de forma estable y sostenida la presión arterial (PA) sistólica (PAS) y la presión arterial diastólica (PAD) por debajo de 140 y 90 mmHg, respectivamente, siendo muy recomendable situarse por debajo de 120 y 80 mmHg¹ (tabla 1). No obstante, el último estudio CONTROLPRES indica que sólo el 38,8% de la población hipertensa tiene un adecuado grado de control². Dada la trascendencia de un adecuado control, se ha redactado recientemente un Documento de Consenso³ con estrategias para abordar adecuadamente este problema; las medidas recomendadas se dirigen a la mejora de la metodología en la medida de la presión y del cumplimiento terapéutico, la clarificación de objetivos terapéuticos y la mejora del tratamiento farmacológico.

Introducción

Por estos motivos, se han implementado diversos tipos de intervenciones con el objetivo de mejorar el control de la PA en el individuo hipertenso, sin que se haya identificado claramente la manera óptima de asistir a estas personas para cumplir con los objetivos del tratamiento.

Una reciente revisión sistemática⁴ ha analizado el resultado de 56 ensayos clínicos controlados y aleatorizados, en los que se evaluó la efectividad de intervenciones mediante automonitorización, educación al paciente o al profesional sanitario, organización para mejorar la prestación de servicios, sistemas recordatorios y atención a cargo de personal de enfermería o farmacéuticos. Los resultados de este último tipo de intervención puede ser una manera excelente de prestar asistencia, pero los autores indican que se precisa investigación adicional. La conclusión de la revisión dictamina que un sistema organizado de informe, registro y examen regular asociado a un método riguroso de atención gradual de farmacoterapia hipertensiva parece ser la mejor manera de mejorar este control.

Con estas premisas, Silveira et al⁵ han efectuado un ensayo clínico doble ciego, controlado y aleatorizado para evaluar un programa de intervención farmacéutica en pacientes hipertensos no controlados. El estudio muestra un diseño peculiar, en donde se distribuyen los pacientes, de forma aleatorizada, por bloques de 8 personas y estratificados por sexo, a 2 grupos.

En uno de ellos, el grupo de intervención (GI) se lleva a cabo la intervención farmacéutica, mientras que en el grupo de control (GC) se simula una intervención con el objetivo de cegar el estudio.

Una de las variables analizadas, la PA se mide mediante la monitorización ambulatoria de la PA, después de la aleatorización y durante 7 días después de la intervención; esta técnica no es una práctica habitual, pero se utilizó para disponer de una medida más precisa. Otra variable, la adherencia al tratamiento con hidroclorotiazida (HTZ), se efectuó mediante una técnica que sólo detectaba presencia o no del fármaco en sangre.

En la tabla 2 se muestra la ficha del estudio.

Análisis del estudio

El diseño del estudio, que difiere de los publicados habitualmente, puede ser la causa de la pequeña eficacia estimada. En el GC se ha implementado otra intervención, no dejándole como cuidado habitual, lo que conlleva que la diferencia de las medidas de PA no sea estadísticamente significativa.

El tamaño de la muestra está estimado para detectar una diferencia de 5 mmHg en la PAD, en función de un estudio piloto que mostró una gran agrupación de datos, determinado por una pequeña desviación estándar; la utilización de un tamaño mayor podría haber presentado un poder suficiente para detectar diferencias significativas.

La estimación de la adherencia a HTZ muestra una debilidad principal respecto de su forma de medida, que sólo era capaz de detectar presencia o no de ésta, pero no podía cuantificarla. Por otra parte, este fármaco era de libre adquisición por el paciente, a diferencia de los otros medicamentos, lo que sesga notablemente este parámetro.

Tabla 1. Objetivos de control de presión arterial (recomendaciones en España)

GRUPO DE PACIENTES	OBJETIVO (MMHG EN PAS/PAD)
Personas mayores de 18 años	< 140/90
Personas menores de 55 años	< 120/80
Pacientes de alto riesgo o con diabetes mellitus o con enfermedad renal crónica o con enfermedad cardiovascular	< 130/80

PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica.

Tabla 2. Ficha del estudio

Pregunta de investigación	¿Puede una intervención farmacéutica mejorar el control de la PA en pacientes hipertensos no controlados?
Hipótesis	La intervención farmacéutica reducirá en 5 mmHg la PAD del paciente
Objetivo general	Evaluar la eficacia de un programa de atención farmacéutica para obtener un mejor control de la PA en pacientes con hipertensión no controlada
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los PRM • Determinar la adherencia y el conocimiento previo del tratamiento
Tipo de estudio	Doble ciego, aleatorizado con grupo de intervención falsa
Muestra	33 pacientes por grupo
Criterios de inclusión	Mayores de 18 años, que reciben tratamiento farmacológico para HTA, que no están controlados (PA \geq 140/90 mmHg)
Criterios de exclusión	
Tiempo de seguimiento	24 semanas
Intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista guiada del paciente (método Dáder) para estimar el conocimiento y la adherencia del paciente • Investigación de PRM
Intervención simulada	Realización de test al paciente: Mini-Mental, Self-Reporting Questionnaire-20 y Self-Perception Questionnaire
Variables dependientes	<ul style="list-style-type: none"> • PAS y PAD medida mediante MAPA • Ocurrencia de PRM • Adherencia al tratamiento con HTZ
Variables universales	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Edad
Variables complementarias	<ul style="list-style-type: none"> • IMC • Duración de la HTA • Porcentaje de pacientes con HTA no controlada de más de 2 años • Años de escolarización • Número de procesos comórbidos • Número de fármacos • Conocimiento previo del tratamiento
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la PAS de 24 h: 3 (IC del 95: -1;5) • Reducción de la PAS diurna: 2 (IC del 95: -2;4) • Reducción de la PAS nocturna: 5 (IC del 95:-1;6) • Reducción de la PAD de 24 h: 1 (IC del 95: -1;3) • Reducción de la PAD diurna: 0 (IC del 95: -2;2) • Reducción de la PAD nocturna: 3 (IC del 95:-1;4)
Conclusiones	Las reducciones de la PAS o PAD entre los dos grupos no son estadísticamente significativas

GC: grupo de control; GI: grupo de intervención; HTA: hipertensión arterial; HTZ: hidroclorotiazida; IC: intervalo de confianza IC del 95%; IMC: índice de masa corporal; MAPA: monitorización ambulatoria de la presión arterial; PA: presión arterial; PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica; PRM: problemas relacionados con los medicamentos.

La detección de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) fue igualmente similar en los 2 grupos del estudio, sin que se observaran diferencias significativas entre ambos. Tan sólo, los PRM de efectividad se detectaron con más frecuencia en el GI que en el GC (25,5 frente a 11,5%, respectivamente; $p = 0,01$).

Conclusiones

El estudio analizado parece mostrar una tendencia a la mejora del control de la HTA, a partir de una reducción de la PAS y la PAD. No obstante, la modificación de los resultados principales del estudio no mostró significación estadística, sin que pueda concluirse, por lo tanto, que esta intervención de atención farmacéutica consiga mejorar el control de este tipo de pacientes. Los resultados obtenidos deben servir para diseñar otros programas de atención farmacéutica que, focalizados en la misma población, hipertensos no controlados, consiga resultados de salud mejores. ■

Bibliografía

1. Sociedad Española de Hipertensión. Guía Española de Hipertensión Arterial 2005. Hipertensión. 2005;22(Supple 2):S1-S84.
2. Coca A. Evolución del control de la hipertensión arterial en Atención Primaria en España. Resultados del estudio CONTROLPRES 2003. Hipertensión. 2005;22:5-14.
3. 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;206:510-4.
4. Fahey T, Schroeder K, Ebrahim S. Intervenciones para mejorar el control de la presión arterial en pacientes hipertensos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007, N.º 1. Oxford: Update Software Ltd.
5. Silveira M, Danni F, Costa M, Maximiliano P, Gus M, Beltrami L, et al. Pharmaceutical care program for patients with uncontrolled hypertension. Am J Hypertens. 2006;19:528-33.

Siglas utilizadas

PAS: presión arterial sistólica; PAD: presión arterial diastólica; PA: presión arterial; GI: grupo de intervención; GC: grupo de control; HTA: hipertensión arterial; PRM: problemas relacionados con los medicamentos; MAPA: monitorización ambulatoria de la presión arterial; HTZ: hidroclorotiazida; IMC: índice de masa corporal; IC95: intervalo de confianza al 95%.