

Seguimiento farmacoterapéutico en la hipertensión

DR. OTÓN BELLVER MONZÓ¹, DRA. LUCRECIA MORENO ROYO²

¹Farmacéutico comunitario. Valencia.

²Catedrática de Farmacología.

Universidad CEU Cardenal Herrera. Valencia



©Novintio (Follow)/123RF

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad con una elevada prevalencia entre la población española: **afecta al 35% de los adultos y alcanza el 70% en los mayores de 60 años**, lo que significa que en España hay 10 millones de adultos con HTA en la actualidad¹. Aunque el grado de conocimiento y tratamiento de la enfermedad es elevado, no lo es su control, que se sitúa en cifras inferiores al 40%².

Además de una patología, **la HTA también es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV)**.

Diversos estudios han demostrado que existe una relación entre las cifras de **presión arterial sistólica (PAS) y/o diastólica (PAD)** elevadas y la mortalidad por enfermedad coronaria³.

La HTA debe ser tratada tanto con fármacos como promoviendo la adopción de estilos de vida cardiosaludables, que pueden ayudar en el manejo de las cifras de PA. Por otra parte, una correcta medición de la PA permitirá hacer un cribado de pacientes no diagnosticados y un seguimiento de la eficacia del tratamiento prescrito.

El farmacéutico comunitario, por sus conocimientos como profesional sanitario experto en medicamentos, así como por su cercanía al paciente, **puede convertirse en una pieza clave para el control asistido de la enfermedad por parte de estos pacientes**.

Definición y clasificación

La HTA puede definirse como la elevación sostenida en el tiempo de unas cifras de PAS ≥ 140 mmHg, de PAD ≥ 90 mmHg o ambas (tabla 1). No obstante,

los valores inferiores a estos límites no indican de forma necesaria ausencia de riesgo⁴. Podemos clasificar la HTA en adultos en grados o categorías en función de las cifras de PA. Aunque **se suelen tomar como referencia los valores de 140/90 mmHg**, la última revisión de las guías europeas de prevención cardiovascular en la práctica clínica (2016) sitúa los objetivos de control en 140/85 mmHg en la mayoría de casos y en 130/80 mmHg en los pacientes con diabetes mellitus (DM) tipo 1, así como en pacientes se-

Tabla 1. Clasificación de la presión arterial

Categoría	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Óptima	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Normal-alta	130-139	85-89
HTA grado 1	140-159	90-99
HTA grado 2	160-179	100-109
HTA grado 3	≥ 180	≥ 110
HTA sistólica aislada	≥ 140	<90

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

Tabla 2. Factores de riesgo cardiovascular y objetivos de control

Factores de riesgo cardiovascular	Objetivos de control
Tabaquismo	<ul style="list-style-type: none"> • Cese inmediato
Dieta	<ul style="list-style-type: none"> • Baja en grasas saturadas y rica en frutas, verduras, pescado y fibra
Peso	<ul style="list-style-type: none"> • Índice de masa corporal: 20-25 • Perímetro de cintura: <94 cm en hombres y <80 cm en mujeres
Actividad física	<ul style="list-style-type: none"> • Por lo menos 150 min semanales (30 min cada día, 5 días a la semana) de actividad física aeróbica moderada; como alternativa, 75 min semanales (15 min cada día, 5 días a la semana) de actividad física intensa, o la combinación de ambas
Presión arterial	<ul style="list-style-type: none"> • <140/90 mmHg
Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> • Hemoglobina glucosilada <7%
Dislipemia	
<ul style="list-style-type: none"> • Colesterol LDL 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes de riesgo muy alto: <70 mg/dL • Pacientes de riesgo alto: <100 mg/dL • Pacientes de riesgo moderado-bajo: <115 mg/dL
<ul style="list-style-type: none"> • Colesterol HDL 	<ul style="list-style-type: none"> • Hombres >40 mg/dL y mujeres >45 mg/dL
<ul style="list-style-type: none"> • Triglicéridos 	<ul style="list-style-type: none"> • <150 mg/dL

«El control de las cifras de presión arterial debe hacerse de forma protocolizada, con aparatos validados y debidamente calibrados»

leccionados para prevenir el riesgo de ic-tus, retinopatía y albuminuria⁵.

Estratificación y evaluación del riesgo cardiovascular

La valoración del riesgo cardiovascular (RCV) de cada individuo debe llevarse a cabo mediante una estrategia que valore los diferentes FRCV, no sólo la PA. Los FRCV son múltiples, y su control retrasa la aparición de las llamadas «lesiones de órgano diana» (LOD) y la evolución ha-

cia el evento cardiovascular. Todo este proceso que se produce a lo largo de la vida del paciente es el denominado *continuum* cardiovascular.

Factores de riesgo cardiovascular (tabla 2)

El control de los FRCV es fundamental para prevenir la enfermedad cardiovascular (ECV). Esta prevención ha de basarse en la adopción de **estilos de vida saludables** y debería hacerse extensible a toda

la población, adaptándose de forma individualizada a los pacientes de alto riesgo⁶. La prevención, además, ha demostrado que puede reducir hasta un 80% la aparición de ECV (NICE 25), y existen estudios de coste-eficiencia que le otorgan un nivel de evidencia B y un grado de recomendación IIa⁷.

Otros marcadores de riesgo

- **Marcadores epigenéticos** (edad, antecedentes de ECV prematura...) o **genéticos** (hipercolesterolemia familiar).
- Factores de riesgo **psicosociales**: nivel socioeconómico, estrés, depresión, ansiedad, irritabilidad, aislamiento social, trastorno de estrés postraumático, etc.

Lesiones de órgano diana (LOD)

Las LOD son marcadores del nivel de RCV del paciente. Algunas de ellas son asintomáticas y no se manifiestan hasta que el daño orgánico es avanzado o ya se ha producido un evento cardiovascular.

La actuación farmacológica y sobre los estilos de vida puede retrasar la aparición de las LOD e incluso, en alguna ocasión, revertir ese daño (hipertrofia ventricular izquierda, rigidez arterial); en otros casos, en cambio, el daño es permanente (placas carotídeas). Por tanto, el chequeo periódico de las LOD puede ayudar a evaluar el RCV del paciente, así como la eficacia del tratamiento prescrito.

Enfermedad cardiovascular o renal establecida

La presencia de una ECV establecida es un marcador de riesgo alto o muy alto. Supone la presencia de un daño permanente y la existencia de LOD de tipo sintomático. Además, conlleva una disminución de la calidad de vida, tratamiento farmacológico crónico y un control estricto de los FRCV.

Tabla 3. Condiciones necesarias para un correcto control de la presión arterial

Condiciones del equipo de medición	Condiciones previas a la medición	Desarrollo de la medición
<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar dispositivos de brazo, automáticos o semiautomáticos, clínicamente validados y calibrados el último año. Los dispositivos de muñeca sólo se usarán en pacientes muy obesos • Seleccionar el tamaño de manguito adecuado para cubrir el 80% del perímetro: normal (23-41 cm), grande (32-42 cm) o pequeño (17-22 cm) • Comprobar la validación del dispositivo en: www.seh-lelha.org 	<ul style="list-style-type: none"> • Elegir un ambiente tranquilo y confortable (ZAP). Reposo de 5 minutos previo • No hay que haber fumado, tomado bebidas estimulantes o hecho ejercicio 30 minutos antes de la medida • La medición ha de realizarse en condiciones de confort (orinar previamente) y tras haber retirado cualquier prenda que comprima el antebrazo • El paciente debe estar correctamente sentado (espalda apoyada, piernas sin cruzar y pies sobre el suelo) y con el brazo apoyado en la mesa • Si la automedición es domiciliaria, ha de hacerse antes de tomar la medicación y/o de comer 	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar el manguito a la altura del corazón. Ajustarlo sin holgura. No hablar • En la primera visita, determinar el brazo control (brazo donde la PA sea más elevada). Si es igual en ambos brazos, se utilizará como control el no dominante • En la farmacia, realizar 2 mediciones como mínimo separadas por 1-2 minutos. Si hay diferencias >5 mmHg en la PAS y/o la PAD, realizar 2 mediciones más y utilizar la media de las 4 • En el domicilio, medir el brazo control, haciendo 3 mediciones por la mañana (6-9 h) y por la tarde (18-21 h) • En ancianos, valorar hacer 2 mediciones en bipedestación (1-5 min de pie) para valorar la hipotensión postural

PA: presión arterial; PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica. ZAP: zona de atención personalizada.

Estratificación del riesgo cardiovascular

El objetivo de la estratificación es conocer el RCV de cada paciente. La estratificación del RCV global del paciente constituye la base para definir los objetivos terapéuticos, iniciar el tratamiento farmacológico y determinar su intensidad, y orientar la toma de decisiones en los pacientes⁸.

Existen distintos métodos para la estratificación del RCV, aunque los más conocidos son el del estudio Framingham⁹, su adaptación española REGICOR¹⁰, las tablas SCORE¹¹ y las tablas de estratificación de las Sociedades Europeas de Cardiología e Hipertensión⁴.

Control de la hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular

Hoy día, el **control de las cifras de PA en la farmacia comunitaria** es una actividad ampliamente extendida. Sin embargo, este control **debe hacerse de forma protocolizada, con aparatos va-**

«La hipertensión arterial debe ser tratada tanto con fármacos como promoviendo la adopción de estilos de vida cardiosaludables, que pueden ayudar en el manejo de las cifras de presión arterial»

lidadados y debidamente calibrados. Estas normas son aplicables también para aquellos aparatos que el paciente adquiere para su autocontrol (automedición de la PA o AMPA).

En la tabla 3 se indican las condiciones necesarias para lograr un correcto control de la PA.

Es importante saber cuándo derivar al médico si existen unos valores de PA elevados. Los pacientes que presenten cifras de PAS/PAD $\geq 180/110$ mmHg, las embarazadas con cifras $\geq 140/90$ mmHg o los pacientes con enfermedad renal, antecedentes de ECV o DM con cifras $\geq 140/90$ mmHg deben ser derivados inmediatamente.

Las situaciones distintas de las mencionadas no requieren una derivación inmediata. En estos casos, el farmacéutico debe recomendar repetir la medición 48 horas después, o recomendar la realización de una AMPA o de una MAPA (medición ambulatoria) para evaluar las cifras de PA y derivar al médico.

Seguimiento farmacoterapéutico de los medicamentos antihipertensivos

La **evaluación continua del tratamiento** debe estar destinada a evaluar la eficacia y la seguridad de los medicamentos, mediante la detección y resolución de los problemas relacionados con ellos

Tabla 4. Indicaciones y contraindicaciones de los fármacos para el tratamiento antihipertensivo

Grupo farmacológico	Indicación	Contraindicación evidente	Contraindicación posible
Diuréticos tiazídicos	<ul style="list-style-type: none"> • HTA sistólica del anciano • ICC • HTA en raza negra 	<ul style="list-style-type: none"> • Gota 	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome metabólico • Intolerancia a la glucosa • Embarazo
Diuréticos del asa	<ul style="list-style-type: none"> • IR avanzada • ICC 		
Diuréticos antialdosterónicos	<ul style="list-style-type: none"> • ICC • Tras IAM 	<ul style="list-style-type: none"> • IR • Hiperpotasemia 	
Betabloqueadores	<ul style="list-style-type: none"> • Angina de pecho • Tras IAM • ICC • Taquiarritmias • Glaucoma • Embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Asma bronquial moderada-grave • Bloqueo auriculoventricular grados 2-3 	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome metabólico • Enfermedad arterial periférica • Intolerancia a la glucosa • Deportistas y pacientes con actividad física intensa • EPOC
Antagonistas del calcio: dihidropiridinas	<ul style="list-style-type: none"> • HTA sistólica del anciano • Angina de pecho • Aterosclerosis carotídea/coronaria • HVI • Embarazo • HTA en raza negra 		<ul style="list-style-type: none"> • Taquiarritmias • ICC
Antagonistas del calcio: verapamilo/diltiazem	<ul style="list-style-type: none"> • Angina de pecho • Aterosclerosis carotídea • Taquicardia supraventricular 	<ul style="list-style-type: none"> • Bloqueo auriculoventricular grados 2-3 	<ul style="list-style-type: none"> • ICC
IECA	<ul style="list-style-type: none"> • ICC • Tras IAM • HVI • Disfunción del ventrículo izquierdo • ERC diabética y no diabética • DM • Síndrome metabólico • FA recurrente • Aterosclerosis carotídea 	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo/lactancia • Edema angioneurótico • Hiperpotasemia • Estenosis bilateral de la arteria renal 	
ARA II	<ul style="list-style-type: none"> • ICC • Tras IAM • HVI • ERC diabética y no diabética • DM • Síndrome metabólico • FA recurrente • Tos inducida por IECA 	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo/lactancia • Hiperpotasemia • Estenosis bilateral de la arteria renal 	

ARA II: inhibidores del receptor de la angiotensina II; DM: diabetes mellitus; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; ERC: enfermedad renal crónica; FA: fibrilación auricular; HTA: hipertensión arterial; HVI: hipertrofia ventricular izquierda; IAM: infarto agudo de miocardio; ICC: insuficiencia cardiaca congestiva; IECA: inhibidores de la enzima convertora de la angiotensina; IR: insuficiencia renal.

Tabla 5. Principales reacciones adversas a los medicamentos antihipertensivos

	Cefalea	Sofoco	Disnea	Letargia	Disfunción sexual	Gota	Edema	Hipotensión	Frío dedos	HTA rebote
Diuréticos	-	-	-	-	+	+	-	+	-	-
Betabloqueadores	-	-	+	+	+	-	-	-	+	+
Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antagonistas del calcio (ACA)	+	+	-	-	-	-	+	+	-	-
Alfa-1-bloqueantes	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-

HTA: hipertensión arterial.

y de los resultados negativos de la medicación.

La identificación de resultados negativos de la medicación nos permitirá:

- Evaluar la efectividad del tratamiento comprobando periódicamente las cifras de PA.
- Evaluar la seguridad del tratamiento al observar la relación entre ciertos signos o síntomas del paciente y el uso de un determinado fármaco antihipertensivo.

En cuanto a la detección de problemas relacionados con los medicamentos, al ser estos elementos de proceso, nos permitirá sobre todo centrarnos en los siguientes elementos:

- Adherencia del paciente a los tratamientos y/o estilos de vida cardiosaludables prescritos por su médico.
- Detección de interacciones clínicamente significativas.
- Detectar duplicidades terapéuticas.

Existen cinco grupos farmacológicos para el tratamiento antihipertensivo: diuréticos, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), inhibidores del receptor de la angiotensina II (ARA II), antagonistas del calcio, y betabloqueadores. Pueden utilizarse en monoterapia o combinados.

«Existen numerosos estudios que demuestran que la intervención coordinada del farmacéutico comunitario mejora el control de los factores de riesgo cardiovascular»

En general, cualquiera de esos cinco grupos se considera apto como terapia de inicio. Por tanto, el prescriptor debe elegir el tratamiento evaluando individualmente a cada paciente, en función de los FRCV existentes, y valorando las contraindicaciones y precauciones necesarias. En la tabla 4, tomada de la *Guía para la actuación del farmacéutico comunitario en pacientes con hipertensión y riesgo cardiovascular*¹², se resumen las indicaciones y contraindicaciones de cada grupo farmacológico.

Otra misión importante del farmacéutico es la de velar por la seguridad de los medicamentos, ejerciendo de esta manera una función de farmacovigilancia. En la tabla 5 podemos ver las principales reacciones adversas a los medicamentos según el grupo terapéutico prescrito.

Además, también hay que tener en cuenta la hipertensión iatrogénica, o inducida por fármacos, que es la primera causa de HTA secundaria mantenida en adultos. Las sustancias con potencial hipertensivo son el alcohol, el tabaco, el café, la co-

caína, los esteroides, los anticonceptivos, los fármacos adrenérgicos, los inmunosupresores, la eritropoyetina, los antiinflamatorios no esteroideos y las formulaciones efervescentes, por su especial contenido en sodio (tabla 6). Por ello, hay que prestar especial atención a la necesidad de estos fármacos y, de ser así, modificar el tratamiento antihipertensivo en caso de no conseguir el control adecuado de la PA.

Papel del farmacéutico comunitario

El control de los FRCV y la prevención de la ECV requieren la implicación y coordinación de todos los profesionales de la salud. **Existen numerosos estudios que demuestran que la intervención coordinada del farmacéutico comunitario mejora el control de los FRCV**¹³⁻¹⁵.

La Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC), junto con la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA), publicaron en 2011 la *Guía para la actuación del farmacéu-*

Tabla 6. Medicamentos con elevado contenido en sodio (principalmente formulaciones efervescentes)

Nombre del medicamento	Principios activos	Contenido Na unidad (mg)
Analgésicos		
Acecat® 1 g sobres	Paracetamol	554,4
Efetamol® 1 g sobres	Paracetamol	528,7
Efferalgan® 500 mg comprimidos efervescentes	Paracetamol	No disponible
Efferalgan® 1 g comprimidos efervescentes	Paracetamol	No disponible
Paracetamol Alter 1 g sobres	Paracetamol	386,0
Paracetamol Cinfa 1 g comprimidos	Paracetamol	527,55
Paracetamol Cinfa 1 g sobres	Paracetamol	82,6
Paracetamol Cinfamed 1 g sobres	Paracetamol	82,6
Paracetamol Edigen 1 g sobres	Paracetamol	545,0
Paracetamol Gayoso 1 g sobres	Paracetamol	545,0
Paracetamol Kern Pharma 1 g sobres	Paracetamol	657,0
Paracetamol Qualigen 1 g sobres	Paracetamol	330,0
Paracetamol STADA 1 g sobres	Paracetamol	545,0
Paracetamol STADAGEN 1 g comprimidos efervescentes	Paracetamol	330,0
Parafludetén® 650 mg comprimidos efervescentes	Paracetamol	251,0
Parafludetén® 1 g sobres	Paracetamol	386,0
Termalgin® 1 g sobres	Paracetamol	545,0
Xumadol® 1 g sobres	Paracetamol	235,23
Antiinflamatorios		
Aspirina® efervescente 500 mg comprimidos	Ácido acetilsalicílico	543,0
Aspirina® C 400/240 mg comprimidos efervescentes	Ácido acetilsalicílico/vitamina C	471,0
Dalsy® 200 mg sobres	Ibuprofeno	49,87
Espidifen® 400 mg sobres	Ibuprofeno/arginina	54,76
Espidifen® 600 mg sobres	Ibuprofeno/arginina	82,14
Ibuprofeno Kern Pharma 200 mg sobres	Ibuprofeno	53,8
Ibuprofeno Kern Pharma 600 mg sobres	Ibuprofeno	162,5
Neobrufen® 600 mg sobres	Ibuprofeno	196,91
Neobrufen® Fast 600 mg sobres	Ibuprofeno/arginina	No disponible
Sedergine® comprimidos efervescentes	Ácido acetilsalicílico	389,0
Sedergine® C comprimidos efervescentes	Ácido acetilsalicílico/vitamina C	480,0
Anticatarrales		
Aspirina® Complex sobres	Ácido acetilsalicílico/fenilefrina/clorfenamina	468,0
Couldina® comprimidos efervescentes	Ácido acetilsalicílico/fenilefrina/clorfenamina	410,0
Couldina® con paracetamol comprimidos efervescentes	Paracetamol/fenilefrina/clorfenamina	460,9
Couldina® C comprimidos efervescentes	Ácido acetilsalicílico/fenilefrina/clorfenamina/vitamina C	395,0
Couldina® Instant sobres	Ácido acetilsalicílico/fenilefrina/clorfenamina	337,0

(Continúa)

Tabla 6. Medicamentos con elevado contenido en sodio (principalmente formulaciones efervescentes) (continuación)

Nombre del medicamento	Principios activos	Contenido Na unidad (mg)
Anticatarrales		
Couldina® Instant paracetamol	Paracetamol/fenilefrina/clorfenamina	460,90
Dolmen® comprimidos efervescentes	Ácido acetilsalicílico/codeína/vitamina C	384,0
Fludeten® comprimidos efervescentes	Paracetamol/codeína	491,4
Frenadol® comprimidos efervescentes	Paracetamol/dextrometorfano/clorfenamina	438,0
Frenadol® Complex	Paracetamol/dextrometorfano/clorfenamina/cafeína/vitamina C	No disponible
Frenadol® Forte	Paracetamol/dextrometorfano/clorfenamina/vitamina C	No disponible
Frenadol® Junior	Paracetamol/dextrometorfano/clorfenamina	77,0
Mucolíticos y expectorantes		
Acetilcisteína Bexal comprimidos efervescentes	Acetilcisteína	350,0
Acetilcisteína Cinfa comprimidos efervescentes	Acetilcisteína	194,04
Acetilcisteína Farmasierra comprimidos efervescentes	Acetilcisteína	No disponible
Acetilcisteína Kern Pharma comprimidos efervescentes	Acetilcisteína	138,83
Acetilcisteína Mylan granulado	Acetilcisteína	No disponible
Acetilcisteína Pensa comprimidos efervescentes	Acetilcisteína	99,31
Acetilcisteína Ratio comprimidos efervescentes	Acetilcisteína	No disponible
Acetilcisteína Sandoz sobres	Acetilcisteína	No disponible
Acetilcisteína STADA comprimidos efervescentes	Acetilcisteína	No disponible
Fluimucil® Complex comprimidos efervescentes	Paracetamol/acetilcisteína	272,0
Fluimucil® Forte comprimidos efervescentes	Acetilcisteína	137,0
Ratiomucol® comprimidos efervescentes	Acetilcisteína	150,19
Laxantes		
Magnesia San Pellegrino efervescente	Hidróxido de magnesio	246,0
Plantaben® sobres	Ispágula	178,26
Plantago ovata Madaus sobres	Ispágula	178,26
Suplementos de calcio		
Calcio/Vitamina D ₃ Qualigen	Calcio/vitamina D ₃	95,47
Calcio/Vitamina D ₃ Rovi	Calcio/vitamina D ₃	96,15
Calcium Sandoz®	Calcio	68,45
Calcium Sandoz® D	Calcio/vitamina D	82,14
Calodis®	Calcio/vitamina D	96,15
Ideos® comprimidos efervescentes	Calcio/vitamina D	No disponible
Otros		
Berocca® comprimidos efervescentes		No disponible
Sal de fruta ENO®		560
Pharmaton® Complex		No disponible
Redoxon®		No disponible

Fuente: Fichas técnicas de los medicamentos, disponibles en la página web de la Agencia Estatal de Medicamentos y Tecnologías en Salud (AEMPS). Consultado en junio de 2017.

Tabla 7. Qué debe y qué no debe hacer el farmacéutico comunitario en el seguimiento del paciente hipertenso

Lo que debe hacer

- Medir correctamente la presión arterial, en las condiciones que marca el PNT, con un aparato validado y calibrado periódicamente
- Promover la adherencia, reforzando positivamente al paciente
- Promover los estilos de vida cardiosaludables, incidiendo en el abandono del tabaco, el ejercicio físico adaptado y el mantenimiento del peso
- Vigilar las reacciones adversas a los medicamentos y las interacciones de los fármacos, especialmente tras la instauración de un nuevo tratamiento o en las modificaciones de dosis
- Evaluar y adecuar el contenido de sodio en la dieta
- Evaluar el contenido de sodio en los fármacos utilizados de prescripción e indicación, aconsejando pasar de formas efervescentes a sólidas, o recomendando antiácidos tipo almagato/magaldrato en vez de bicarbonato sódico

Lo que no debe hacer

- Derivar a cualquier paciente por tener cifras por encima de control, saturando las consultas médicas
- Caer en la inercia terapéutica de encontrarse con cifras de presión arterial elevadas y no derivar
- Olvidarse de los estilos de vida cardiosaludables una vez iniciado el tratamiento farmacológico

PNT: Procedimiento Normalizado de Trabajo.

tico comunitario en pacientes con hipertensión y riesgo cardiovascular, donde se dan unas pautas sobre la actuación del farmacéutico tanto en el cribado de los pacientes como en su seguimiento posterior. Estas pautas incluían:

- Detección precoz (cribado) de los FRCV, con notificación al médico para su diagnóstico posterior.
- Promoción y refuerzo de los estilos de vida cardiosaludables, contribuyendo a prevenir los FRCV o a tratar los ya existentes, realizando un seguimiento y una evaluación continuados de ellos.
- Educación sobre el correcto uso y administración de los medicamentos.
- Identificación y resolución de los problemas relacionados con los medicamentos y de los resultados negativos de la medicación.

Por último, en la tabla 7 ofrecemos algunas recomendaciones prácticas sobre lo que debe y no debe hacer el farmacéutico comunitario en el seguimiento de un paciente hipertenso. ●

Bibliografía

1. Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Ruilope LM, Graciani A, Luque M, De la Cruz-Troca JJ, et al. Hypertension magnitude and management in the elderly population of Spain. *J Hypertens.* 2002; 20: 2.157-2.164.
2. Listerri JL, Rodríguez-Roca GC, Alonso FJ, Prieto MA, Banegas JR, González-Segura D, et al. Control de la presión arterial en la población hipertensa española atendida en atención primaria. Estudio PRESCAP 2006. *Med Clin.* 2008; 130(18): 681-687.
3. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R; Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet.* 2002; 360: 1.903-1.913.
4. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens.* 2007; 25: 1.105-1.187.
5. Joint ESC Guidelines. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J.* 2016; 37: 2.315-2.381. DOI: 10.1093/eurheartj/ehw106.
6. Cooney MT, Dudina A, Whincup P, Capewell S, Menotti A, Jousilahti P, et al.; SCORE Investigators. Reevaluating the Rose approach: comparative benefits of the population and high-risk preventive strategies. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2009; 16: 541-549.
7. Collins M, Mason H, O'Flaherty M, Guzmán-Castillo M, Critchley J, Capewell S. An economic evaluation of salt reduction policies to reduce coronary heart disease in England: a policy modeling study. *Value Health.* 2014; 17: 517-524.
8. Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, Ambrosioni E, Burnier M, Caulfield MJ, et al. Reappraisal of European Guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force Document. *J Hypertens.* 2009; 27: 2.121-2.158.
9. D'Agostino RB Sr, Grundy S, Sullivan LM, Wilson P; CHD Risk Prediction Group. Validation of the Framingham coronary heart disease prediction scores: results of a multiple ethnic groups investigation. *JAMA.* 2001; 286: 180-187.
10. Marrugat J, Subirana I, Comín E, Cabezas C, Vila J, Elosua R, et al. Validity of an adaptation of the Framingham cardiovascular risk function: the VERIFICA study. *J Epidemiol Community Health.* 2007; 61: 40-47.
11. Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al.; SCORE project group. Estimation of ten-year risk of a fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J.* 2003; 24: 987-1.003.
12. SEFAC-SEH-LELHA. Guía para la actuación del farmacéutico comunitario en pacientes con hipertensión y riesgo cardiovascular, 1.ª ed. 2011.
13. Machado M, Bajcar J, Guzzo GC, Einarson TR. Sensitivity of patient outcome to pharmacist intervention. Part II: systematic review and metaanalysis in hypertension management. *Ann Pharmacother.* 2007; 41: 1.770-1.781.
14. Weber CA, Ernst ME, Sezate GS, Zheng S, Carter BL. Pharmacist-physician comanagement of hypertension and reduction in 24-hour ambulatory blood pressures. *Arch Inter Med.* 2010; 170: 1.634-1.639.
15. Tobarí H, Arimoto T, Shimojo N, Yuhara K, Noda H, Yamagishi K, et al. Physician-pharmacist cooperation program for blood pressure control in patients with hypertension: a randomized-controlled trial. *Am J Hypertens.* 2010; 23: 1.144-1.152.

MÁS INFORMACIÓN EN:



<https://trakqr.com/zDdo>