

## **A.JUSTIFICACIÓN 1**

### **JUSTIFICACIÓN**

#### **A.JUSTIFICACIÓN**

##### **A.1.Prevalencia**

Actualmente en España oscila entre un 6.6 % en el País Vasco hasta un 29.6 % en Navarra.

En nuestra Comunidad Autónoma se da como probable que exista un 20 % de hipertensos.

En al Zona Básica de Salud de Iscar existe una prevalencia de un 4.6 % de las personas conocidas (que al menos se le ha tomado una vez la presión arterial).Y de un 8.0 % de la población general y un 9.8 % por encima de 18 años y menores de 75 años (Tabla II).

Calculamos que la Prevalencia en la Zona debe situarse alrede-dor del 15 % de la población mayor de 20 años.

##### **A.2.Morbi–Mortalidad**

En nuestra Comunidad Autónoma existe una tasa de Enfermedad Hipertensiva y Accidente cerebro vascular (A.C.V.A.) – tomado de datos hospitalarios – que oscila entre 19 (Palencia) a 67 (Burgos) por 100.000 habitantes en la primera y de 59 (Zamora) a 163 (Segovia) en A.C.V.A.

En nuestra Zona de Salud fue de 78.3 para el A.C.V.A.

y de 8.7 / 100.000 hab. en enferm.hipertensiva,no siendo esta cifra valorable por referirse a un año analizados (1.988).

Podríamos analizar la mortalidad proporcional como más ilustra-ti-va y las causas que lo motivan.

## **B.OBJETIVOS**

### **B.1.OBJETIVO GENERAL**

B.1.a.Disminuir la morbilidad y mortalidad derivada de la Hiper-tensión arterial en Mayores de 14 años,en nuestra Zona Básica de Salud de Iscar (Z.B.S.I.).

B.1.b.Posibilitar un documento que unifique los criterios diagnósticos, de seguimiento, control y tratamiento, para todo el Equipo de Atención Primaria de la Zona de Salud de Iscar.

### **B.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

B.2.1.–Captar al 70 % de la población hipertensa esperada Mayor de 14 años, en la Z.B.S.I. en 5 años.

(Población esperada, De 7.340 personas por encima de 18 y por debajo de 75 años; esperamos conocer 1.101 –15 % – hiperten-sos)

B.2.2.-Aumentar el número de pacientes hipertensos controlados, a un estándar del 85 %.

B.2.3.-Ofrecer educación para la salud individual al 90 % de los pacientes que acuden a consulta para despistaje en 5 años.

B.2.4.-Ofrecer educación para la salud de forma colectiva al 50 % de Hipertensos, en 3 años.

B.2.5.-Disminuir la mortalidad proporcional de enfermedades cardiovasculares en un 15 % en 10 años, reduciéndolo por debajo de un 30 %

(Actualmente por encima de un 43 %).

Tabla I. Mortalidad en la Zona Básica de Salud de Iscar en 1.988

(Tomado del Diagnostico de Salud)

| MORTALIDAD                          | MUERTES | MORTALIDAD<br>PROPORCIONAL | TASA<br>MORTALIDAD<br>100.000 |
|-------------------------------------|---------|----------------------------|-------------------------------|
| Total                               | 73      | 100,0                      | 634,8                         |
| CARDIOVASCULAR                      | 32      | 43,8                       | 278,3                         |
| A.C.V.A.                            | 9       | 12,3                       | 78,3                          |
| Infarto.Agudo.Miocardio.            | 8       | 11,0                       | 69,6                          |
| Insuficiencia Cardiaca.             | 8       | 11,0                       | 69,6                          |
| Arteriosclerosis                    | 6       | 8,2                        | 52,2                          |
| H.T.A.                              | 1       | 1,4                        | 8,7                           |
| NEOPLASIAS                          | 16      | 21,9                       | 139,1                         |
| Recto-colon                         | 6       | 8,2                        | 52,2                          |
| Bronco.pulm.                        | 5       | 6,8                        | 43,5                          |
| Próstata                            | 2       | 2,7                        | 17,4                          |
| Gástrico                            | 1       | 1,4                        | 8,7                           |
| Mieloma                             | 1       | 1,4                        | 8,7                           |
| Extra-laringeo.                     | 1       | 1,4                        | 8,7                           |
| RESPIRATORIO                        | 7       | 9,6                        | 60,9                          |
| O.C.F.A.                            | 3       | 4,1                        | 26,1                          |
| Neumonía                            | 2       | 2,7                        | 17,4                          |
| Bronquitis aguda                    | 1       | 1,4                        | 8,7                           |
| Empiema                             | 1       | 1,4                        | 8,7                           |
| Insuficiencia Renal                 | 6       | 9,2                        | 52,2                          |
| Sint.Sign.Mal.Defin.                | 5       | 6,8                        | 43,5                          |
| Diabetes                            | 3       | 4,1                        | 26,1                          |
| Cirrosis.                           | 3       | 4,1                        | 26,1                          |
| Accidentes.Lesiones.Intoxicaciones. | 1       | 1,4                        | 8,7                           |

Podemos analizar que tanto como grupo de enfermedades como procesos aislados la mortalidad proporcional es la más alta en el grupo de enfermedades circulatorias (Tasa de mortalidad / 100.000 habitantes de 278.3)

superior a cualquiera de las provincias de nuestra comunidad.

Actualmente los datos que manejamos de PREVALENCIA son muy diversos dependiendo si los tomamos del fichero manual de edad y sexo, de las historias o del fichero mecanizado actual del SICAP lo cual nos obliga a hacer una "media" de los datos que más fiabilidad damos dependiendo de la población de la que pretendemos obtenerlos.

Los datos que disponemos en 1.991–1.993 son los de la Tabla II

Tabla II

|                        | Censo 1991<br>Habit | % de Hab. | Nº de HTA.<br>1993 | Nº de Hab.<br>>18 a <75 a. | Preval.y Prev.<br>> 18 y < 75 |
|------------------------|---------------------|-----------|--------------------|----------------------------|-------------------------------|
| Iscar                  | 5911                | 52,3      | 509                | 4326                       | 8,6 (11.8)                    |
| Pedrajas<br>S.Esteban  | 3122                | 27,6      | 140                | 2244                       | 4,5 (6.2)                     |
| Villaverde de<br>Iscar | 771                 | 6,8       | 60                 | 631                        | 6,7 (9.5)                     |
| Fuente el Olmo         | 121                 | 1,1       |                    |                            |                               |
| Cogeces de Iscar       | 160                 | 1,4       | 32                 | S.D.                       | 20,0 (SD)                     |
| Megeces                | 484                 | 4,3       | 71                 | S.D.                       | 14,7 (SD)                     |
| Remondo                | 389                 | 3,4       | 98                 | S.D.                       | 13,3 (SD)                     |
| Mata                   |                     |           |                    |                            |                               |
| Cué-llar               | 347                 | 3,1       |                    | S.D.                       |                               |
| TOTAL                  | 11.305              | 100       | 910                | 7201                       | 8,0 (9.8)                     |

Ante estos datos pensamos que si la prevalencia es del 8.0 % los datos se acercarán a los que presentan en el País Vasco.

### C.FACTORES CONDICIONANTES

#### C.1.–Factores de riesgo

Dieta rica en sodio y pobre en potasio.( > de 350 mEq/día).

Sedentarismo.

Sobrepeso y Obesidad (I.M.C. > de 25 y > 30 respectivamente)

Fármacos (Anticonceptivos orales,Carbenoxolona,corticoides.)

Alcohol(> de 40 grs/día en el varón o 35 U./semana.

> de 24 grs/día en la mujer o 21 U./semana).

Diabetes mellitus.

Dislipemias.

Factores psicosociales y socioculturales.

Stress.

Nivel cultural

Migración...

Ruido ambiental.

Formación del personal sanitario.

Material utilizado.

Organización sanitaria.

Formación sanitaria de la población.

TABLA III.Relación del consumo de sal y prevalencia de HTA

| Consumo de sal   | Prevalencia de HTA                                                    |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| < 10 meq / día   | Ausencia de Hta:no incremento de PA con edad                          |
| 10 –70 meq / día | Baja Prevalencia                                                      |
| 70 –350 meq /día | Alrededor del 15 % de los adultos HTA:incremento de la PA con la edad |
| > 350 Meq / día  | Alrededor del 30 % de los adultos hipertensos                         |

#### C.2.–Marcadores de riesgo

Herencia :Antecedentes familiares de HTA,ACVA y cardiopatía isquémica.

Edad:Mayor prevalencia a partir de 40 años y muy especialmente a partir de los 60 años.

Sexo:Masculino \_ ( > prevalencia en edad < 45 años).

Femenino \_ ( > prevalencia en edad > 45 años).

#### D.DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

| Codificación<br>SICAP<br>Consensuada |                              |         |         |
|--------------------------------------|------------------------------|---------|---------|
| CODIGOS                              | CONCEPTO                     | T.A.D.  | T.A.S.  |
| COO                                  | HTA SIN repercusión orgánica |         |         |
| CO1                                  | Despistaje ( P )             |         |         |
| CO2                                  | HTA Ligera                   | 90–104  | 160–199 |
| CO3                                  | HTA Moderada                 | 105–114 |         |
| CO4                                  | HTA Grave                    | > 115   | > 200   |
| CO5                                  | HTA CON repercusión orgánica |         |         |

|     |                           |  |  |
|-----|---------------------------|--|--|
| COZ | Información Asesoramiento |  |  |
|-----|---------------------------|--|--|

## D.1.–Definición

Definimos Hipertensión arterial como aquella que tomada en condiciones basales (O.M.S.)(Ver Anexo II) es igual o superior a 160 m.m. de Hg en la sistólica y/o 90 m.m. en la diastólica,tomadas en tres visitas separadas y teniendo la media de cada una de ellas (P.A.S. y P.A.D.).(Criterios del Joint National Comittee de USA-1.988)

El término de HTA límite o leve le preferimos denominar según los últimos consensos,como HTA Ligera.

## D.2.–CLASIFICACIÓN.

D.2.1.Según la importancia de las LESIONES las clasificamos:

D.2.1.a.–Sin lesión orgánica.Fase I.(C00)

D.2.1.b.–Con lesión orgánica.Fase I y II.(C05)

Hipertrofia ventricular izqda.(H.V.I.– en Exam.físico,RX,ECG,etc.)

Estrechez focal o generalizada de las arterias retinia-nas.( En Fondo de ojo)

Proteinuria y/o aumento de creatinina plasmática.(Analítica básica)

Insuficiencia ventricular izqda. (E.C.G + clínica)

Hemorragia cerebral,cerebelar o encefalopatía hipertensi-va.

Hemorragias y exudados retinianos con o sin edema papilar.

D.2.2.–Según la ETIOLOGIA.

D.2.2.a.–HTA Esencial o Primaria.

La que no muestra una causa orgánica evidente.95 % de los casos aproximadamente.

D.2.2.b.–HTA Secundaria.

La que se puede atribuir a alguna causa actualmente reconocidas.5 % de los casos.

Menos de la mitad de HTA secundaria son curables (S.Cus-hing,estenosis de arteria renal,S.de Conn,HTA yatrogénica...) y el resto deben de ser tratadas como si de HTA esencial se tratara.

D.2.2.b.Clasificación etiológica de la HTA SECUNDARIA:

D.2.2.b.a.HTA Sistólica y diastólica

D.2.2.b.a.b.1.YATROGENAS:

Dentro de las HTA yatrogénas hemos de observar:

Anticonceptivos hormonales.(la más frecuente de las secundarias).

Corticoides.ACTH.

AINE.

Bicarbonato sódico y otros antiácidos.

Carbenoxolona.

Antidepresivos tricíclicos.

Simpaticomiméticos.Sprays nasales.

Regaliz.

D.2.2.b.a.b.2.Renal

Parenquimatosa (pielonefritis, glomerulonefritis , tuberculosis renal, poliquistosis, hidronefrosis, insuficiencia renal, tumores productores de renina, vasculitis).

Renovascular (estenosis de la arteria renal)

D.2.2.a.b.3.Endocrina

Corteza suprarrenal (Cushing, hiperaldosteronismo 1º ).

Médula suprarrenal (Feocromocitoma).

D.2.2.a.b.4.Coartación de aorta.

D.2.2.a.b.5.Embarazo.

D.2.2.a.b.6.Neurológica.

Aumento de presión intracraneal

(Tumor, encefalitis).

D.2.2.a.b.7.Aumento del volumen intravascular.

D.2.2.b.b.HTA Sistólica.

D.2.2.b.b.1.Aumento de gasto cardíaco.

Insuficiencia valvular aortica.

Fístula y ductus arteriovenoso.

Tirotoxicosis.

Enfermedad de Paget ósea.

## E.CONCEPTO DE VARIABILIDAD TENSIONAL

La presión arterial presenta amplias oscilaciones,dentro de un margen fisiológico y que son como consecuencia de respues-tas del medio interno,tanto provenientes del medio externo como del interno a ello se denomina variabilidad tensional.

Esta variabilidad tensional,plantea dos cuestiones importantes a reseñar:

- 1.–Diferenciar la hipertensión lábil de la definida.
- 2.–Decidir cuales son las cifras que han de tomarse en consideración como referencia para el control de la efectivi-dad de un tratamiento.

Según Pickering(1.985) considera que ésta variabilidad tensional la condicionan los siguientes factores:

TABLA III.Factores que influyen en la **variabilidad tensional**.

|                                                               |
|---------------------------------------------------------------|
| 1.EDAD                                                        |
| 2.CLIMA                                                       |
| 3.ADAPTACIÓN DEL PACIENTE O REFLEJO DE DEFENSA DEL PACIEN-TE. |
| 4.EMOCIONES.                                                  |
| 5.DOLOR.                                                      |
| 6.REPLECCIÓN VESICAL.                                         |
| 7.POSTURA.                                                    |
| 8.EJERCICIO.                                                  |
| 9.MANIOBRA DE VALSALVA.                                       |
| 10.COITO.                                                     |
| 11.SUEÑO.                                                     |

La variabilidad tensional es más amplia cuanto mayor sean los niveles de Presión Arterial (P.A.) y aumenta con la edad.

## F.CONSECUENCIAS PARA LA SALUD.

### F.1.–Morbilidad.

Evolución crónica de la enfermedad.

Evolución en dos fases :

1ª No complicada de 15 años aproximadamente.

2ª Complicada. De efectos ateroscleróticos.

Cardíacos.

Renales y

Retinianos

Figura 1. **Historia Natural de la HTA** según el Estudio de Perera

Tomado del Documento de apoyo del programa de HTA de la Consejería de Bienestar Social de la Junta de Castilla y León.

| <b>HIPERTENSIÓN NO COMPLICADA</b><br>(15 años)                                                                                        | <b>HIPERTENSION COMPLICADA</b>                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1/3 Un tercio de los<br>pacientes están<br>asintomáticos<br>2/3 Dos tercios padecerán<br>algún síntoma relacionado con la enfermedad. | Síntomas en<br>relación con<br>complicaciones |

Edad Media de instauración Edad Media de

32 años la Muerte 52 años

Según el estudio de Framingham confirman que la HTA es el factor de riesgo aislado que más predispone a padecer ictus, insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio e insuficiencia renal.

Las **complicaciones** e invalideces que generan la HTA nos da una idea del grave problema de asistencia que genera la HTA.

Ver tabla siguiente Tabla III.

Tabla III. Resumen de **complicaciones producidas por HTA**.

|                        |                         |
|------------------------|-------------------------|
| <b>1.GENERALES</b>     |                         |
|                        | <b>1.1.HEMORRAGICAS</b> |
|                        | Cerebrales              |
|                        | Subaracnoideas          |
|                        | Epíxtasis               |
|                        | Laberínticas            |
|                        | Oculares                |
| <b>1.2.TROMBOTICAS</b> |                         |



|                      |                |                    |
|----------------------|----------------|--------------------|
| <b>2.ESPECÍFICAS</b> |                | Infarto cerebral   |
|                      |                | Infartos miocardio |
|                      |                | Microinfarto renal |
|                      | 2.1.Cardíacas  |                    |
|                      | 2.2.Renales    |                    |
|                      | 2.3.Cerebrales |                    |
|                      | 2.4.Oculares   |                    |
|                      | 2.5.Vasculares |                    |

Estas complicaciones pueden ser causa de invalidez o muerte.

Con las derivaciones de problemas familiares,gasto sanitario bajas laborales etc.

## **F.2.Mortalidad.**

Ya reseñado en el capitulo de Justificación

Si se considera su influencia en los casos de muerte por enfermedades cardiovasculares en esta zona de Salud de Iscar es de un 48 % de mortalidad proporcional.

## **F.3.Efectos secundarios Farmacológicos.**

Hemos de tener la posibilidad de los efectos que la medicación hipotensora puede generar en la actividad familiar laboral y social del individuo,y que a veces puede suponer causa frecuente de abandono de tratamientos.

## **G.POBLACIÓN DIANA**

Población a la que va dirigido el programa

**G.1.Grupo I.**A toda persona **Mayor de 14** años.(Los menores son incluidos en el Programa de Salud escolar)

**G.2.Grupo II.**En la Población **Menor de 14** años lo incluimos en el Programa de Salud Escolar.

**G.3.Cobertura** En el Grupo I.Al 70 % en 5 años (7921@De 9266)

En el grupo II.Al 95 % en los 6, 11 y 14 años cada año.(Variable cada año + – 980)

## **H.CAPTACIÓN.**

Con dos modalidades:

H.1.–**Dirigida**:Captación general al programa en pacientes que acuden a consulta de demanda por cualquier causa.

## H.2.-**Oportunista:**

H.2.a.Pacientes que precisen la medición de P.A. **debido al proceso que presentan en el momento de acudir** a consulta médica o de enfermería.demanda o programada, en el centro o en su domicilio.

Se incluye de forma especial, aquellos casos que bien por figurar en la historia , bien por que es causa de consulta forman los llamados factores de riesgo cardiovascular, debiendo de valorar TODOS al detectar al menos uno, y dando pautas de valoración a seguir.

Factores de riesgo cardio-vascular:

Antecedente familiar de cardiopatía isquémica y /o ACVA

Tabaquismo

Obesidad – Sobrepeso

Hipercolesterolemia

Diabetes

Hipertensión arterial

H.2.b.Pacientes con elevación de cifras tensionales **detectadas en otros lugares ajenos al Centro de Salud** (Reconocimientos de empresa, realización del carnet de conducir , tensiones elevadas tomadas en la farmacia, etc.)

H.2.c.**Hipertensos conocidos que no estén realizando un seguimiento en protocolo.**

En el pto.2.a. de captar más de un factor de riesgo cardiovascular en c.enfermería se derivará a consulta médica para su inclusión en programa y valoración global.

En el pto.2.c.se derivará a consulta médica para su inclusión en programa y valoración diagnóstica.

## **I.DESPISTAJE**

(Código Sicap C01).

Cuando al realizar el despistaje de HTA encontremos cifras dentro de los límites normales recomendaremos nuevas tomas de TA cada:

**TABLA IV.Despistaje y Seguimiento en Normotensos.**

| <b>Grupo de edad</b> | <b>Cadencia de tomas de P.A.</b> |
|----------------------|----------------------------------|
| < de 14 años         | 1º , 5º , y 8º de E.G.B.         |
| De 14 a 45 años      | Cada 5 años                      |
| De 45 a 65 años      | Cada 2 años                      |
| > de 65 años         | Cada año                         |

En relación con las cifras obtenidas debemos considerar los 3 grupos reseñados en la Tabla IV.

**TABLA V. Grupos según TAD o TAS de DESPISTAJE.** Pauta de actuación según las cifras

|     |                 |                                                                                                       |                                                                                   |
|-----|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
|     | <b>&gt; 200</b> | C.médica en el día                                                                                    |                                                                                   |
| TAS | <b>199</b>      | 2 tomas de TA + en dos semanas                                                                        | Media >160 Dgto HTA S.aisl                                                        |
|     | <b>160</b>      | consecuti-vas                                                                                         | Derivación a C.M-e-dica Progra-mada                                               |
|     | <b>159</b>      | 2 tomas de TA + semanal                                                                               | Media 140–159 HTA S.Li-mite Medidas Higienico–Diete-ticas + Segui-miento Ini-cial |
|     | <b>140</b>      | 1ª semana / 2ª semana                                                                                 |                                                                                   |
| TAD | <b>&gt; 130</b> | Puede ser Urgencia o Emergen-cia Hi-pertensi-va<br><br>Si se ha tomado en C.E.derivar en el mo-mento. | C.M.Valorar y Hospital si = C.E.<br><br>Deriv.a C.Médica<br><br>inme-diatamente   |
|     | <b>129</b>      | Deriv.al Médico en el día 2ª toma a 30                                                                | > 130 C.M.inmediatamen-te                                                         |
|     | <b>115</b>      | 'Sentado y tran-quilo                                                                                 | 115–130 Dgto HTA SEVE-RA CM                                                       |
|     | <b>&lt; 115</b> | C.E. 2 tomas + de TA En dos semana-con-secut.<br><br>1ª semana/ 2ªse-mana                             | Med.> 140 / 90<br><br>Dgto HTA15 d Deriv.C.Medica                                 |

## CONTENIDO DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA

Esta consulta coincidirá con la 3ª toma de P.A., Si la media de las tres tomas nos confirma la existencia de HTA , se procederá a realizar :

**TABLA VI.consulta de ENFERMERÍA.**

|                                |                      |                                             |
|--------------------------------|----------------------|---------------------------------------------|
|                                | A.–Signos y Síntomas | TA y Media                                  |
|                                |                      | Peso                                        |
|                                |                      | Talla (I.M.C.)                              |
|                                |                      | Pulso                                       |
|                                | B.Alimentación       | Tipo de Dieta.(Na,K,Lipid.)                 |
| <b>VALORACIÓN DEL PACIENTE</b> | C.Actividad          | Valorar: Sedentarismo, Activ.física, Stress |
|                                | Movilidad            |                                             |
|                                | D.Hábitos nocivos    | Tabaco                                      |
|                                |                      | Alcohol                                     |
|                                | E.Otros              | Según listado de problemas                  |
| <b>ELABORACIÓN DEL LISTADO</b> |                      |                                             |

| DE PROBLEMAS EN FUNCIÓN DE LA VALORACIÓN |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                          | Alimentación                  | Calcular las necesidades calóricas en función del grado de actividad y peso ideal.En caso de sobrepeso u obesidad (I.M.C.>25 o I.M.C. >30 respect.).<br>Aconsejar dieta hipocalórica                                                                                   |
| PLAN DE CUIDADOS                         |                               | Informar sobre dieta adecuada a su problema de salud<br>Conocim. básicos sobre nutrición<br>Conocim.sobre alim.permitidos / desaconsejados<br>Conocim.sobre preparación de ali-men-tos.<br>Riesgos que se evitan y beneficios que pueden alcanzarse con dieta adecuada |
|                                          | b.Ejercicio                   | Recomendar práctica de ejercicio físico adecuado y de forma continua                                                                                                                                                                                                   |
|                                          | c.Fomentar condiciones s-anas | Relación tabaco-alcohol<br>Proporcionar información y material de apoyo para conocimiento de HTA                                                                                                                                                                       |
|                                          | d.Peticion de Analítica       | Ver tabla analítica Tabla VII                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                          | e.Otros                       | ECG Fondo ojo.                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                          | f.Citación                    | Se le citará a los 15 días.                                                                                                                                                                                                                                            |

En **Consulta de Enfermería** (ver tabla VI) de cada localidad será f-u-n-c-i-ó-n de cada e-n-f-e-r-m-era

Cumplimentación de la **ficha de edad sexo** en relación al l-i-s-t-ado de p-r-o-b-l-e-mas y f-a-c-t-o-res que deben de f-i-g-u-rar en dicha f-i-c-ha.

Cumplimentación en la **Historia clínica** de:

**Antecedentes** personales y familiares relacionados

con la HTA.

**Hábitos:**

– Dieta.Hipocalórica.Baja en :Sodio. Lípidos

Colesterol .

- Tabaco : en nº de cigarrillos /día .En cada visita.
- Alcohol. Nº de gr/día o nº de dosis /día.

**Cifras de:**

- TA .
- Peso e I.Q.(I.M.C.) .
- Talla
- Frecuencia cardíaca.

**Nivel de Cumplimiento de :**

- Dieta
- Farmacológico (Si lo tuviera).
- Visitas.

Resumen de **analítica anómala**.

**Seguimiento** de paciente **no hipertenso**.

Así el paciente normotenso se le especificará el intervalo

recomendado para una nueva determinación , anotandolo en la historia.

(Ver Tabla IV).

**Diagnostico de HTA.**

Ante la sospecha de HTA, podrá proceder a las determinaciones restantes según la tabla V.

Si es HTA , se procederá a la solicitud de exploraciones complementarias previstas en programa (analítica , ECG ). Remitiendo al paciente al médico al comprobar la remisión de las mismas.En este caso se iniciará ya (antes de la derivación) la educación sanitaria.

**Seguimiento del paciente controlado**

(dentro de cifras norma-les).

Se efectuará trimestralmente procediendo a la solicitud de las exploraciones complementarias en los intervalos fijados.

Asimismo se le entregarán las recetas que precise el paciente hasta la próxima citación,por su HTA o por otra patología crónica acompañante.

Si durante el curso de esta nueva citación el paciente presentara cifras de TA por encima de los valores normales o sintomatología atribuible a su HTA, se

le remitirá a su médico, de manera inmediata o al día siguiente, dependiendo de la urgencia del cuadro y/o cifras tensionales, anotándolo en la hoja de evolución.

### **Consulta de Enfermería (Cont.)**

Asimismo se remitirá a la consulta médica semestralmente (a los 6 y 12 meses). Ese mismo día habrá debido de coger hora (en los casos de utilización de SICAP) en consulta de enfermería y del médico.

Toma de P.A. por indicación médica. Fuera de los intervalos del programa; se dispondrá en cada consulta de enfermería de un dietario para las citaciones del día.

En él se anotará el número total de pacientes citados, los que acuden y los que han fallado a la consulta, si se utiliza el SICAP, corresponderá a los códigos (C) Concertadas, (C01) Despista-je, en proceso serán (0) no acude, (1) acude, (2) Se confirma diagnóstico.

Los que acuden a demanda, no son hipertensos y se les ha tomado ya la tensión en los períodos establecidos no se considerarán dentro del programa como despistaje.

La Anamnesis y Exploración física completa se recogerán en la Historia clínica. Para facilitar el seguimiento se utilizará una hoja de monitorización (Ver Anexo I), que será común para otras patologías crónicas, y que permanecerá en el interior de la historia.

Su registro como factor de riesgo, en la ficha de edad y sexo, se realizará incluyéndolo en el nº 1 y con clip rojo.

En la hoja de monitorización se reflejará lo realizado en cada consulta de enfermería y /o médica. En la analítica sólo lo anómalo.

Vigilar el cumplimiento de los criterios mínimos de la **Cartera de Servicios** (Puntos 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68 y 69) J:

60. Diagnóstico. Que figuren 3 mediciones separadas en un período máximo de

3 meses y cuyo promedio haya sido  $> 140/90$

61. Que figure el Peso. Talla. Auscultación pulmonar.....

62. Analítica. Hemograma. Creatinina. Colesterol. Ácido Úrico. Glucemia. Iones.

Triglicéridos. Orina elemental

63. Realización de un ECG .

64. Clasificación. Ligera (90–104), Moderada (105–114), Grave ( $>115$ )

65. Educación Sanitaria. Consejo de medidas HD (explicadas ya ant.)

66. Tratamiento. El tratamiento tras Dgtco. fue con monoterapia

67. De Resultados. Media de las dos últimas determinaciones de TA 140/90 en  $<$  de 65 a. y 160/95 en  $>$  de 65

a..

68. Que conste el plan terapéutico : Medidas HD y Medicación si precisa.

69. Seguimiento. Realización de 2 controles anuales con TA y adherencia al tratamiento.

**TABLA VII. Recogida de la Anamnesis.**

|                      |                                                                 |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <b>ANAMNESIS</b>     |                                                                 |
| <b>A. Familiares</b> | HTA                                                             |
|                      | A.C.V. Accidente cerebr. vasc.                                  |
|                      | I.A.M. Infarto agudo miocardio                                  |
|                      | C.I. Cardiopatía isquémica                                      |
|                      | D.M. Diabetes mellitus                                          |
| <b>A. Personales</b> | A.C.V. Accidente cerebr. vasc.                                  |
|                      | I.A.M. Infarto agudo miocardio o Angor                          |
|                      | HTA en Embarazo. (Mujeres)                                      |
|                      | Infecciones urinarias , hematurias                              |
|                      | Hiperuricemia, Hipercolesterolemia                              |
|                      | Tabaquismo , actividad física                                   |
|                      | Ansiedad exposición al frío                                     |
|                      | Ingestión habitual de cual-quier fáрма-co. (in-cluyendo sprays) |

## **K. VALORACIÓN DIAGNOSTICA**

Actividad realizada en consulta programada Médica a los pacientes en los que se ha confirmado existencia de HTA.

### **K.1.- COMPLETAR LA HISTORIA CLINICA**

Haciendo especial referencia a los siguientes puntos:

Ver Tabla VIII.

## **K. VALORACIÓN DIAGNOSTICA (Continuación)**

### **K.1.- COMPLETAR LA HISTORIA CLINICA**

**TABLA VIII.1.A. Anamnesis.**

|                         |                                |
|-------------------------|--------------------------------|
| <b>K.1.a. ANAMNESIS</b> |                                |
| <b>A. Personales</b>    | Enfermedad Renal               |
|                         | Gota                           |
|                         | Enfermedad Cardiovascular      |
|                         | (HTA, ACVA, IAM, Card. isquem) |

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                 | <p>Enfermedad endocrino-lógica</p> <p>Traumatismo lumbar</p> <p>Otros Factores de riesgo:</p> <p>Tabaquismo, actividad física,</p> <p>Ansiedad, exposición al frío, ingestión de fármacos o sprays</p> <p>Diabetes, Dislipemia, Obesidad</p> |
| <b>B.Familiares</b>             | <p>HTA</p> <p>Enfermedad Cardio-vascular</p> <p>(ACVA, Card.Isq., IAM.)</p> <p>Poliquistosis renal</p> <p>Diabetes Mellitus</p> <p>Muerte súbita</p> <p>Los restantes reflejados en Enfermería</p>                                           |
| <b>C.Ingesta de Fármacos</b>    | <p>Anticonc.hormonales</p> <p>Corticoides (parenterales)</p> <p>A.I.N.E.s</p> <p>Aminas simpaticomiméticas</p> <p>Bicarbonato sódico</p> <p>Antidepresivos tricíclicos</p> <p>Regaliz. Carbenoxolona</p>                                     |
| <b>D.Historia previa de HTA</b> | <p>Duración de la misma</p> <p>Motivo del diagnóstico</p> <p>Evolución</p> <p>Cifras más elevadas</p> <p>Medicación anti-hipertensiva</p>                                                                                                    |

Síntomas y signos. Que orientan hacia HTA 2ª. Ver TABLA IX. Página siguiente.

TABLA IX. Síntomas y signos. Que orientan hacia HTA 2ª.



| ETIOLOGIA                             | ANAMNESIS                                                                                                                                                                                                                                                                   | EXPLORACIÓN FÍSICA                                               | EXPLOR. COMPLEMENTARIA                                                                      |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Vasculo–renal</b>                  | Paciente joven (30 a ± ) ó > de 60 con co-mienzo brusco de HTA y repercusión visceral importante<br><br>HTA malignizada<br><br>Mala respuesta a Tratamiento<br><br>Antecedentes de toxemia o traumatismo lumbar<br><br>Desestabilización de paciente previamente controlado | Soplo abdomi-nal<br><br>Falta o des-censo de pulsos peri-fericos | K + Bajo<br><br>R.X.Abd Asi-metr.renal<br><br>> de 1.5 cm en eje longitud.<br><br>Ecografía |
| <b>Glomerulo Nefritis.</b>            | Hematuria                                                                                                                                                                                                                                                                   | Palidez<br><br>Edemas                                            | Ins.Renal Proteinuria Hematuria.<br><br>Alt.Sedimento                                       |
| <b>Nefropatía Intersticial</b>        | Inf.urinarias<br><br>Litiasis<br><br>Poliuria<br><br>Nicturia<br><br>Ingesta de Analgési-cos                                                                                                                                                                                | Masas renales                                                    | R.X.Abd.Dismin. tamaño renal<br><br>Ecografía                                               |
| <b>Hiperaldos–teronismo 1° S.Conn</b> | Calambres<br><br>Parestesias<br><br>Debilidad muscular<br><br>Poliuria<br><br>Polidipsia                                                                                                                                                                                    |                                                                  | K + < 3.5<br><br>Dgto.diferenc.<br><br>Tto Diurético.                                       |
| <b>S. de Cushing</b>                  | Debilidad muscular<br><br>Oligomenorrea                                                                                                                                                                                                                                     | Obesidad troncular<br>Estrías violácea                           | K + bajo<br><br>Leucocitos altos<br><br>Policitemia<br><br>Glucemia alt.                    |
| <b>Feocromo–citoma</b>                | Crisis hipertensivas                                                                                                                                                                                                                                                        | Hipotensión postural                                             |                                                                                             |

|                         |                                                                                  |                                            |                 |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------|
|                         | Cefalea intensa, Pal-pitaciones y sudoración, Pérdida de pe-so-, A-s-te-nia      |                                            |                 |
| <b>Coartación aorta</b> | Pacientes jóvenes<br>Claudicación Intermitente<br>Cefalea                        | Pulsos disminudos<br>o<br>ausentes femoral |                 |
| <b>Hiper tiroidismo</b> | Palpitaciones<br>Sudoración,sofocos<br>Diarrea<br>Nerviosismo<br>Pérdida de peso | Tiroides palpable<br>Hta sistolica<br>Pura | T3<br>T4<br>TSH |

### **Síntomas y signos que ayudan a catalogar la afección sistémica de la HTA.**

Sist.nervioso.Cefaleas.

Vértigos.

Crisis isquémica transitoria.

Disminución de fuerza.

Sensibilidad en miembros.

Cardiovascular.Disnea.

Edemas.

Angor.

Palpitaciones.

Claudicación intermitente.

Extremidades frías.

Urinario. Poliuria.

Nicturia.

Hematuria.

Oftalmologica Alteraciones de la visión.

### **K.1.b.Exploración física**

Cuello: Palpación de tiroides

Auscultac.carotídea en busca de soplos.

Tórax:

Auscultación pulmonar

Obesidad troncular

Abdomen:

Masas(Riñon poliquist.,hidronefrosis)

Soplos(estenosis vasculo–renal)

Masas pulsátiles(Aneurisma aortico abdominal)

Estrías violáceas

Sist.vasc.perif.:Palpación de pulsos periféricos

–Carotídeos.

–Radiales

–Femorales

–Tibiales posteriores

–Pedios

Extremidades:

Edemas

Pulsos pedios

Cardiovascular.

Hipotensión postural

## **K.2.EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS**

K.2.a.– Solicitud de analítica

Sistemático de Sangre:Hemograma J:Nos permite descubrir por la **Hb** y **Hcto**.Nos permite detectar la anemia 1ª o la a. nefro-pática y el volumen plasmático.La **VCM**.Por ser esta Zona de Salud de alta prevalencia en bebedores excesivos 3.87 % captados en las historias clínicas.

**Bioquímica**.Perfil HTA.**Creatinina,Colesterol,Trigliceridos,**

**Ac.úrico,glucemia,iones**

**GOT/GGT/GPT.**Por el mismo motivo expresado en la VCM.

**Multistix.**Nos permite detectar glucosuria, proteinuria y hematuria (Orina elemental)

**Sodio y Potasio** Por descartar HTA 2ª y para valorar el tratamiento con I.E.C.A. y diuréticos que actúan sobre el asa de Henle.

En el perfil se contempla el **ac.úrico y glucemia** J que nos influirá hacia la elección del tratamiento.

### **K.2.b.–Valoración del ECG**

Para detectar mejor ,más económico y menor riesgo que la R.X. de tórax signos de afección cardíaca (H.V.I.,signos de isquemia coronaria-,IAM antiguos o bien alteraciones de la conducción que nos pueden hacer contraindicar un tratamiento determinado

( –Bloqueantes).

Valorar la existencia de **Hipertrofia ventricular izquierda**, signos de **isquemia** y /o **necrosis miocárdica**, trastornos del **ritmo y /o conducción**.

Aún asumiendo que es menos sensible que la ecocardiografía no dudamos de la utilidad para detectar la H.V.I.

Valoramos los siguientes parámetros:

–RI + S III > de 25 mm.

–R en aVL > de 11 mm.

–R en aVF > de 20 mm.

–S en aVR > de 24 mm.

–R V5 o V6 > de 26 mm.

–R V5 o V6 + S en V1 > de 35 mm.

–Mayor R + Mayor S en derivaciones precordiales > 45 mm.

No se incluye la realización de RX de torax y abdomen la 1ª porque el ECG ,con menor coste y riesgo,es capaz de detectar precozmente-,alteraciones a nivel cardiologico.

La 2ª porque suele proporcionar poca información sobre el tamaño y anomalías renales, siendo más útil realizar ecografía abdominal en los casos en que se sospecha HTA 2ª de causa renal,además tambien nos permite conocer datos sobre el tamaño y la morfología de las glandulas suprarrenales.

K.2.c.Petición de **otras exploraciones** complementarias.

Si se consideraran en cada caso:

Doppler si los pulsos pedios son débiles,asimetricos o estan ausentes.

Ecografia abdominal si sospechamos estenosis vasculo–renal.

#### K.2.d..**Valoración de otros Factores de riesgo cardio**

#### **FACTORES DE RIESGO CARDIO VASCU-LAR.(F.R.C.V.)**

Antecedente familiar card.isq.ACVA

Tabaquismo

Obesidad

Hipercolesterolemia

Diabetes

Hipertensión arterial

Teniendo presente que este programa es el inicio de un programa de riesgos cardiovasculares y éstos deben de considerarse en su globalidad pensamos que al detectar cualquiera de ellos hemos de valorar el resto.

#### K.2.e.–**FONDO DE OJO.**

El grado de retinopatía se establece según la clasificación de Keith–Wegener.

TABLA X.Valoración del Fondo de ojo

| <b>GRADO</b> | <b>L E S I O N E S</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>O</b>     | Fondo de ojo normal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>I</b>     | Espasmo arteriolear con alguna tortuosidad e irregularidad del calibre vascular                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>II</b>    | Espasmo arteriolar generalizado o focal (en hilo de cobre),cruces arteriovenosos patológicos(signos de Salus–Gunn)y aumento del reflejo a la luz                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>III</b>   | A las anomalías precedentes se añaden la presencia de exudados y/o hemorragias.<br><br>Los exudados pueden ser blandos (algodonosos) o duros.<br><br>Los primeros suelen aparecer en las fases de malignización acelerada al igual que las hemorra-gias;los exudados duros,más brillantes y circuns-critos suelen obedecer a un proceso más antiguo de cicatrización |
| <b>IV</b>    | Se caracteriza por la aparición de un edama de papila asociado o no a la patología anterior.Puede aparecer edema de papila,sin el resto de hallazgos-,en caso de malignización muy acelerada.                                                                                                                                                                        |

#### K.2.f.**ESTABLECER el Diagnostico de HTA:**

En función de los datos de la anamnesis,exploración física y cifras tensionales se procederá a diagnosticar y clasificar al paciente:

Según la etiología: 1ª ó 2ª.

Según las cifras: Ligera,moderada,severa

Según la repercusión visceral: Fases I,II y III.

K.2.g.Instauración del **plan terapeutico**.

K.2.h.**Citación** para la próxima consulta de seguimiento inicial

## **L..TRATAMIENTO.**

L.1.Medidas Higiénico–Dieteticas.

L.2.Tratamiento Farmacológico.

Según OMS/SIH.Committee on Mild Hypertension.1993 Guidelines for the Management of Mild Hypertension.ISH Hypertension News.Junio 1993.

Tension Arterial **diastólica** medida 3 veces en 3 ocasiones 90–104 mm Hg y/o

**sistólica** 140–180

Repetir las mediciones por lo menos 2 veces más en un lapso de 4 semanas

Tras 4 semanas.1 mes.

|                                   |                               |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| <b>PAD &lt; de 90 mm Hg.y/o</b>   | <b>PAD 90–104 mm Hg. y/o</b>  |
| <b>PAS &lt; de 140–180 mm Hg</b>  | <b>PAS 140–160 mm Hg</b>      |
| Nuevas mediciones / 3 m en un año | Iniciar Tto.                  |
|                                   | <b>NO Farmacológico (L.1)</b> |
|                                   | y vigilar la TA               |

A los tres meses.3 m.

|                          |                                                                                  |                             |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>90–94 mm Hg</b>       | <b>PAD.95–99 mm Hg.</b>                                                          | <b>PAS 160–180 mm</b>       |
| Reforzar medidas         | <b>PAS.140–160 mm Hg</b>                                                         | <b>+ PAD &gt;95 ó</b>       |
| <b>No farmacológicas</b> | Reforzar medidas                                                                 | <b>PAD &gt; de 100 mm</b>   |
| <b>(L.1)</b>             | <b>No F.(L.1)</b> y considerar <b>Tto Farmacológ.(L.2)</b> si hay otros F.R.C.V. | Reforzar medidas            |
|                          |                                                                                  | <b>No Farmacológ.(L.1)</b>  |
|                          |                                                                                  | e iniciar                   |
|                          |                                                                                  | <b>Tto Farmacológ.(L.2)</b> |

Tras seis meses.6m.

|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PAD 90–94</b> mm Hg. y/o<br><b>PAS 140–160</b> mm Hg.<br>Sin presencia de otros FRCV.<br>Controlar y continuar con <b>Tto No Farm.</b> y vigilar la TA | <b>PAD 90–94</b> mm Hg. y/o<br><b>PAS 160–180</b> mm Hg<br><b>Con</b> presencia de otros FRCV.<br>Controlar <b>Tto No Farm.</b> y Considerar <b>Tto Farmacológico</b> | <b>PAD 95–99</b> mm Hg.<br>y/o <b>PAS 160–180</b><br><b>Con o sin</b> FRCV<br>Iniciar <b>Tto Farmacológico</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Elementos de juicio para iniciar el tratamiento.

El Tto debe iniciarse una vez que se haya establecido con certeza el diagnostico de HTA, siguiendo los criterios definidos de HTA.

Todo paciente HTA independientemente de sus cifras tensiona-les, debe iniciar un tratamiento no farmacológico, que es impres-cindible en todos los casos.

Con TA entre **140–159** de sistólica y **90–104** de diastólica se comenzará un Tto no farmacológico con vigilancia periódica según el esquema adjunto en la tabla XI. La mayoría de estos pacientes podrán controlarse satisfactoriamente de esta manera y al igual que en otros procesos crónicos, el tratamiento deberá individuali-zarse dependiendo de las características personales y los factores de riesgo asociados.

**L.1. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO.** Deberá constar en H<sup>a</sup>

L.1.a. **MEDIDAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS.**

Irá encaminado a reducir los **Factores de riesgo**

Dieta pobre en sodio y rica en potasio.

Sedentaris-mo Ejercicio físico.

Sobrepeso J y Obesidad

Fármacos (Anticonceptivos orales, Carbenoxolona, corticoi-des.)

Alcohol

Diabetes mellitus.

Dislipemias.

Stress

Formación del personal sanitario.

Material utilizado.

Organización sanitaria.

Formación sanitaria de la población

#### L.1.a.1.**Sodio.**

Reducción de su consumo.(Ver Tabla XII a,b y c) Los estudios epidemiológicos realizados en nuestro país demuestran que el consumo de sal en los españoles oscila entre 10–14 grs/día, siendo recomendable reducir su ingesta a menos de 5 grs / día.

No añadiendo sal a los alimentos en la mesa.

Reduciendo la sal como condimento de cocina.

Consumir alimentos frescos.

Leer las etiquetas en los alimentos que se compran.

Emplear para cocinar, hierbas, especias, etc. como sustitutos de la sal.

No consumir alimentos ricos en Sodio.

L.1.a.2.**Potasio.** Aumentar su ingesta. Ver Tabla XIII.

L.1.a.3.**Ejercicio físico** De forma progresiva, evitando el cansancio excesivo.

Practicar de forma moderada y regular, facilita el control de peso corporal y reduce la TA

Andar , correr, nadar, remar, montar en bicicleta.

L.1.a.4.**Evitar la automedicación.** (Cl Na, CO<sub>3</sub>H<sup>-</sup>, regaliz, sprys...)

L.1.a.5. Evitar el exceso de **alcohol**.

< de 40 grs / día en el \_ ó 35 U./semana y

< de 24 grs / día en la \_ ó 21 U./semana).

L.1.a.6.**Tabaco** Supresión del hábito.

El tabaco no parece influir en el incremento de la T.A, aunque si se sabe que la nicotina produce incrementos transitorios de la TA ( durante 30 min. después de haber fumado). Se debe recomendar la supresión de ese hábito debido a que:

Constituye otro factor de riesgo cardiovascular.

Disminuye la eficacia de algunos fármacos anti- HTA

El HTA fumador tiene más probabilidad de desarrollar HTA vasculo–renal maligna.

Los pacientes HTA que dejan de fumar presentan menor morbilidad y mortalidad cardiovasculares.



L.1.a.7.**Sobrepeso** Reducción del mismo.

La obesidad aumenta la prevalencia de HTA y es por sí misma otro factor de riesgo cardio-vascular.

La reducción de peso constituye en el obeso hipertenso el método más eficaz para disminuir su TA por métodos no farmacológicos.

Dieta hipocalórica asociada si es posible, a un programa de ejercicio físico.

TABLA XII.a.**Alimentos** con **ALTO** contenido en **Sodio** de algunos alimentos

(mg/100 g de porción comestible)

| <b>ALIMENTOS con<br/>ALTO CONTENIDO</b>                  | <b>SODIO</b> |
|----------------------------------------------------------|--------------|
| Aceitunas                                                | 2.250        |
| Panceta                                                  | 1.900        |
| Pescados ahum.o salados                                  | 1.170–1.880  |
| Jamón serr.lomo embuch.                                  | 1.470        |
| Galletas saladas                                         | 600–1.200    |
| Ketchup                                                  | 1.120        |
| Pan                                                      | 1.080        |
| Otros:Embutidos,patés.Mortadela, sal-chichón,chorizo,... | 668–1.060    |
| Quesos                                                   | 221–980      |
| Jamón York                                               | 965          |
| Pescados en aceite                                       | 650–875      |
| Patatas fritas                                           | 720          |
| Hamburguesas                                             | 600          |
| Mariscos                                                 | 270–510      |
| Galletas dulces                                          | 200–500      |
| Vegetales enlatados                                      | 230–330      |
| Pescados                                                 | 100–172      |

TABLA XII b.Alimentos con **Bajo contenido en Na<sup>+</sup>**

| <b>ALIMENTOS BAJO CONTENIDO</b> | <b>SODIO</b> |
|---------------------------------|--------------|
| Azucar                          | 0            |
| Harinas                         | 2–4          |
| Arroz                           | 6            |
| Vegetales frescos               | 2–12         |
| Frutas                          | 1–30         |
| Leche                           | 50           |

TABLA XII.c.Contenido de Na<sup>+</sup> en **medicamentos**.

| MEDICAMENTOS       | SODIO                 |
|--------------------|-----------------------|
| Bicarbonato Sódico | 2,73 / 10 grs         |
| Otros antiácidos   | 200–550 mg/comprimido |

TABLA XIII. Contenido en **Potasio** de algunos alimentos

(mg/100 g de porción comestible).

| ALIMENTOS           | POTASIO   |
|---------------------|-----------|
| Café instantáneo    | 4.000     |
| Puré de patatas     | 1.550     |
| Cacao               | 1.500     |
| Patatas fritas      | 1.160     |
| Leguminosas         | 737–1.160 |
| Frutos secos        | 500–1.010 |
| Patatas             | 570       |
| Hortalizas          | 310–550   |
| Pescados y mariscos | 290–480   |
| Chocolate           | 420       |
| Frutas              | 160–400   |
| Carnes enlatadas    | 207–370   |
| Leche fresca        | 150       |
| Pan                 | 100       |

## L.2. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Aún cuando el tratamiento de la HTA se debe iniciar siempre con métodos No farmacológicos, en aquellos casos que presentan cifras de TA superiores a 160/105 mm Hg se asociará desde el principio el tratamiento farmacológico de forma individualizada.

Para una TAD. 90–104 mm Hg se seguirá esquema adjunto.

Existen diversos grupos de fármacos ver tabla que han demostrado su eficacia antihipertensiva y que reducen el riesgo de A.V.C., I.C., Aneurisma disecante, insuficiencia renal, así como la mortalidad por todas las causas.

Sin embargo, la eficacia de éstos fármacos para prevenir la cardiopatía isquémica no está suficientemente aclarada.

### L.2.a. Tratamiento escalonado.

Se recomienda realizar un tratamiento escalonado e individualizado según la siguiente pauta y **comenzando siempre sólo con UNO J**:

#### L.2.a.1. PRIMER NIVEL.

Diuréticos.....(D)

–bloqueantes.....( .B.)

Antagonistas del calcio.....(A.Ca.)

Inhibidores de la enzima

convertidora de la angioten-sina...(I-E.C.A.)

#### L.2.a.2.SEGUNDO NIVEL.

En el caso de que la administración de uno de éstos fármacos, a las dosis habituales durante un período que puede oscilar entre 1 y 3 meses, no controle adecuadamente la TA, dispondremos de las siguientes posibilidades.

Asociación a DOSIS BAJAS de 2 fármacos del PRIMER NIVEL. El 2º fármaco a usar deberá ser preferentemente un (D) a dosis bajas, si no se utilizó ya como primer medicamento.

En el caso de que se controle adecuadamente la TA al asociar un 2º fármaco, es conveniente intentar la suspensión de aquel que se utilizó en primer lugar.

Sustituir el medicamento inicial por otro de distinto grupo de éste primer escalón.

#### L.2.a.3.TERCER NIVEL.

Si pasado un periodo de 1 a 3 meses con las pautas anteriores NO SE CONTROLA adecuadamente la TA, se recomienda añadir un 3º Fármaco distinto de los anteriores, preferentemente un vasodilatador.

#### L.2.A.4.CUARTO NIVEL.

Si NO SE CONTROLA la TA con las medicaciones anteriores se asociará un fármaco distinto de los utilizados hasta entonces.

#### L.2.b.ASOCIACIONES MEDICAMENTOSAS.

Las asociaciones más universalmente admitidas y más recomendadas son:

D + .B. ó I.E.C.A.

A.Ca + I.E.C.A.

A.Ca + .B..

La elección de estas asociaciones tendrá siempre en cuenta las peculiaridades clínicas de cada paciente.

La administración de tranquilizantes o sedantes NO SON EFICACES en el Tto de la HTA.

**TABLA XIV.Limitaciones del empleo de fármacos hipotensores en pacientes con una segunda patología o situación especial.**

| <b>ENFERMED.</b> | <b>Diur</b> | <b>- Bloq</b> | <b>IECA</b> | <b>ACa</b> | <b>Bloq</b> | <b>Otro</b> |
|------------------|-------------|---------------|-------------|------------|-------------|-------------|
| <b>CONCOMIT.</b> |             |               |             |            |             |             |
| <b>DIABETES</b>  | <b>P</b>    | <b>P +</b>    | Si          | Si         | Si          |             |
| <b>GOTA</b>      | <b>No</b>   | Si            | Si          | Si         | Si          |             |

|                                       |    |           |     |     |    |                                        |
|---------------------------------------|----|-----------|-----|-----|----|----------------------------------------|
| <b>DISLIPEMIA</b>                     | ¿? | ¿?        | Si  | Si  | Si |                                        |
| <b>CARDIOPATIA ISQUÉMICA</b>          | Si | Si        | Si  | Si  | Si |                                        |
| <b>INSUFICIENCIA CARDIACA</b>         | Si | No        | Si  | P++ | Si |                                        |
| <b>ASMA</b>                           | Si | No        | Si  | Si  | Si |                                        |
| <b>ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA</b> | Si | P++       | P++ | Si  | Si | En ACV No los blo-queantes             |
| <b>ESTEN.RENAL</b>                    | Si | Si        | No  | Si  | Si |                                        |
| <b>ANCIANO</b>                        | Si | P         | Si  | Si  |    |                                        |
| <b>EMBARAZO</b>                       | No | Si        | No  |     | Si | En Eclamp Hidral                       |
| <b>DEPRESION</b>                      | Si | Hid<br>Si | Si  | Si  | No | Reserp.NO<br>Clonidina NO<br>-B lip No |

P Los diuréticos pueden exacerbar la diabetes.

P + Los -B deben usarse con precaución en la diabetes debido a que pueden disminuir la conciencia de hipoglucemia insulínica.

En la DBMNID los -B pueden empeorar la tolerancia a la glucosa y agudizar la descompensación del perfil lipídico.

¿? Existen criterios controvertidos sobre la elección de

-B ó D en los pacientes con dislipemia.

P ++ Los A.C.deben administrarse con precaución (especialmente el verapamilo y diltiazem) en la insuficiencia cardiaca, = que los IECA y los -B en la enfermedad vascular periferica, debido a su asociación con la estenosis de la arteria re-nal, trastorno que debe vigilarse estrictamente.

P Precaución.

No Contraindicado.

TABLA XV.Enumeración algunos de los **efectos secundarios importan-tes o frecuentes** con diferentes clases de fármacos.

| Efecto 2 °          | Diuréticos | Bloquean-te | IECA | Antagon.<br>Calcio | Bloqueante |
|---------------------|------------|-------------|------|--------------------|------------|
| <b>Cefalea</b>      |            |             |      | +                  |            |
| <b>Rubor facial</b> |            |             |      | +                  |            |

|                                     |   |   |   |   |   |
|-------------------------------------|---|---|---|---|---|
| <b>Disnea</b>                       |   | + |   |   |   |
| <b>Letargia</b>                     |   | + |   |   |   |
| <b>Impotencia</b>                   | + | + |   |   |   |
| <b>Tos</b>                          |   |   | + |   |   |
| <b>Gota</b>                         | + |   |   |   |   |
| <b>Edema</b>                        |   |   |   | + |   |
| <b>Hipotensión Ortostática</b>      | + |   |   |   | + |
| <b>Enfriamiento de partes acras</b> |   | + |   |   |   |

**TABLA XVI.a. Fármacos antihipertensivos. Antagonista del Calcio (A.Ca.) e Inhibidores de la enzima convertidora de la Angiotensina (I.E.C.A.)**

| <b>FARMACOS</b>                | <b>EFFECTOS SECUNDARIOS</b>        | <b>PRECAUCIONES Y CONSIDERACIONES ESPECIALES</b>                                       |
|--------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ANTAG.CALCIO</b>            | <b>y Nombre comercial</b>          |                                                                                        |
| <b>I.E.C.A.</b>                |                                    |                                                                                        |
| <b>ANTAGONISTAS DEL CALCIO</b> | Edemas, cefaleas, mareo            | –Precaución en:                                                                        |
| Dihidropiridinas               | enrojecimiento cutáneo             | 1. Insuficiencia Cardíaca.                                                             |
| <u><b>Nifedipina</b></u>       | Taquicardia, "flushing"            | 2. Bradicardia.                                                                        |
| <u><b>Nitrendipin</b></u>      | <b>Adalat</b> (retard/oros)®       | 3. Bloqueo A–V (I y II Grado)                                                          |
| <u><b>Nimo-dipina</b></u>      | <b>Cordilan, Dilcor</b> ®          | (Con Verapamil/Diltiazem).                                                             |
| <u><b>Lacidipino</b></u>       | <b>Tensogradal, Baypresol</b> ®,   | 4. Enfermedad del seno.                                                                |
| <u><b>Nicardipino</b></u>      | <b>Nimotop, Admon</b> ®            | –De elección para asociar:                                                             |
| <u><b>Amlodipino</b></u>       | <b>Lacimen, Motens, Lacipil.</b> ® | 1.a –Bloqueantes                                                                       |
| <u><b>Isradipina</b></u>       | <b>Lincil, Nerdipina, Lecibral</b> | 2.b –adrenergicos                                                                      |
| <u><b>Nisoldipina</b></u>      | <b>Norvas</b> ®                    | –Reducen la hipertrofia cardíaca                                                       |
| <u><b>Felo-dipina</b></u>      | <b>Vaslan</b> ®                    | –Útiles en HTA asociada a angina de esfuerzo o de reposo, hiperlipemia o vasculopatía. |
| <u><b>Verapamil</b></u>        | <b>Syscor</b> ®                    | –Riesgo de cardiodepresión                                                             |
| <u><b>Diltiacem</b></u>        | <b>Plendil</b> ®                   | asociados a –bloqueantes                                                               |
|                                | Estreñimiento                      |                                                                                        |
|                                | <b>Manidon y Manidon HTA</b> ®     |                                                                                        |

|                    |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                    | Estreñimiento                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                    | <b>Masdil,Dinisor®</b>                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>I.E.C.A.</b>    | Hipercalcemia, Tos, rash,                                   | <p>– Peligro de Insuficiencia renal en presencia de: estenosis renal bilateral o estenosis unilateral con riñón único.</p> <p>– Deben evitarse en la embarazada.</p> <p>– Útiles en la HTA asociada a</p> <p>Insuficiencia cardíaca, hiperlipemia y en vasculopatías periféricas.</p> <p>– Reducen la H.V.I.</p> <p>– Riesgo de Hiperkalemia (K<sup>+</sup>) al asociarlo a diuréticos ahorradores de K<sup>+</sup></p> <p>– Riesgo de hipotensión al comienzo del tratamiento y los enfermos tratados con diuréticos.</p> <p>– Precaución en Insuficiencia renal.</p> <p>CONTROLES</p> <p>– K<sup>+</sup></p> <p>– Creatinina.</p> |
| <u>Captopril</u>   | disgeusia, insuficiencia renal aguda, edema angioneurótico, |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <u>Enalapril</u>   | proteinuria y neutropenia y                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <u>Lisinopril</u>  | leucopenia, erupción cutánea,                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <u>Perindopril</u> | glomerulopatía membranosa.                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <u>Ramipril</u>    | <b>Capoten, Cesplon, Dilabar,</b>                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <u>Fosilopril</u>  | <b>Alopresin, Gabonal.®</b>                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <u>Cilazapril</u>  | <b>Renitec, Ditensor, Crinoren,</b>                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <u>Benazepril</u>  | <b>Nacor, Reca, Neotensil.®</b>                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <u>Ramipril</u>    | <b>Zestril, Prinivil.®</b>                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                    | <b>Coversyl.®</b>                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                    | <b>Acovil, Carasel.®</b>                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                    | <b>Tenso Stop, Fositen.®</b>                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                    | <b>Inhibace.®</b>                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                    | <b>Cibacen, Labopal.®</b>                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                    | <b>Acovil, Carasel.®</b>                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

TABLA XVI.b. **Fármacos antihipertensivos.** Fármacos Diuréticos (D).

| FÁRMACOS                 | EFFECTOS SECUNDARIOS         | PRECAUCIONES Y                                             |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Diuréticos               | y Nombre comercial           | CONSIDERACIONES ESPECIALES                                 |
| <b>TIAZIDICOS</b>        | Hipopotasemia, Hiperuricemia | – Pueden ser ineficaces en la insuficiencia renal.         |
| <b>Hidroclorotiazida</b> | Hiperlipemia (Col+TG),       | – La hipo K <sup>+</sup> potencia la in-tox. di-gitali-ca. |
| <b>Clortalidona</b>      | Intolerancia a la Glucosa    | – Contraind. Absolutas:                                    |
| <b>Indapamida</b>        | Astenia, Impotencia,         | 1. Insuficiencia renal.                                    |
| <b>Xipamida</b>          | Arritmias.                   |                                                            |

|                                                                                                                 |                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Metolazona</b>                                                                                               | <b>Hidrosaluteril®</b><br><b>Higrotona®</b><br><b>Tertensif®</b><br><b>Diurex®</b><br><b>Diondel®</b> | 2. Insuficiencia Hepática<br>3. Hipersensibilidad sulfamidas.<br>Relativas:<br>1. Gota.<br>2. Diabetes.<br>3. Hiperlipemia.<br>– Útiles en enfermos con: insuficiencia cardíaca.<br><b>CONTROLES</b><br>– Creatinina<br>– K <sup>+</sup> , Na <sup>+</sup><br>– Glucosa,<br>– Colesterol,<br>– Ac. úrico |
| <b>DIURET. de ASA</b><br><b>Furosemida</b><br><b>Piretanida</b><br><b>Bumetanida</b>                            | Los de las tiazidas<br>Ototoxicidad<br><b>Seguril®</b><br><b>Perbilen®</b><br><b>Fordiuran®</b>       | – Son efectivos en la insuficiencia renal<br>– Hipo K <sup>+</sup> e hiperuricemia<br><b>CONTROLES</b><br>– Na <sup>+</sup> – Sospecha Ácido urico<br>– K <sup>+</sup> – Diapason<br><b>Contraindicaciones:</b><br>1. Uropatía obstructiva.<br>2. Hipersensibilidad.                                     |
| <b>DIURET. AHORRADORES DE POTASIO</b><br><b>Amiloride + Hidrocloro Tz</b><br><b>Triamterene + Acetazolamida</b> | Hiper K <sup>+</sup><br>Ginecomastia<br><b>Ameride®</b><br><b>Triniagar®</b>                          | – Riesgo de Hiper K <sup>+</sup> e insuficiencia renal en enfermos tratados con IECA o AINE.<br>– Contraindicados en<br>1. Litiasis renal<br>2. Hiperpotasemia                                                                                                                                           |

TABLA XVI.c.Fármacos antihipertensivos. –Bloqueantes.( –B.)

| FARMACOS<br>–BLOQUEANTES                                                                                                                                                                                              | EFFECTOS SECUNDARIOS<br>y Nombre comercial                                                                                                                                                                                                    | PRECAUCIONES Y<br>CONSIDERACIONES<br>ESPECIALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u><b>Cardioselectivos</b></u><br><br><u><b>SIN ISA</b></u><br><br><b>Atenolol</b><br><br><b>Bisoprolol</b><br><br><b>Metoprolol</b><br><br><u><b>CON ISA</b></u><br><br><b>Acebutolol</b><br><br><b>Celiprolol</b>   | <b>Blokium,Tenormin,Neatenol</b><br><br><b>Atenolol.®</b><br><br><b>Emconcor,Euradal.®</b><br><br><b>Seloken,Lopresor®</b><br><br>Hiper TG,Dismin.HDL<br><br><b>Sectral–400®</b><br><br><b>Cardem®</b>                                        | –Contraindicados en :<br><br>1.Asma.<br><br>2.E.P.O.C.<br><br>3.Insuficiencia Cardíaca.<br><br>4.En-fer-medad de Raynaud.<br><br>5.Bloqueo A–V.<br><br>6.Bradicardia.<br><br>–Precaución en:<br><br>1.Hiperlipemias.<br><br>2.Vasculopatía periférica.<br><br>3.D.B.M.I.D.<br><br>–No suprimir bruscamente<br><br>el Tto, puede traducirse en<br><br>ta-qui-cardia e hipertensión, sobre todo en<br><br>enfermos con cardiopatía is-qué-mica. |
| <u><b>NO Cardioselectivos</b></u><br><br><u><b>SIN ISA</b></u><br><br><b>Nadolol</b><br><br><b>Propranolol</b><br><br><u><b>CON ISA</b></u><br><br><b>Carteolol</b><br><br><b>Oxprenolol</b><br><br><b>Penbutolol</b> | Broncoespasmo,insuf. vasc.<br>periférica.<br><br>Exacerv.de insuficiencia<br>cardíaca,Hiperglucemia,<br><br>Bradicardia,Fen.Raynaud,<br><br>Enmascaramiento de<br><br>Hipo-glucemias.<br><br>Impotencia,Fatiga,<br><br>pesadi-llas,calambres, | –Útiles en HTA asociada a angina de<br>esfuerzo, ansiedad, migraña, y<br><br>cie-rtas arritmias.<br><br>–Reducen la H.V.I.<br><br>–Útiles en profilax.2ª de la<br><br>ca-r-di-o-pa-tía is-qué-mi-ca<br><br>–La efectividad del propranolol<br><br>di-s-mi-nu-ye en fu-ma-do-res                                                                                                                                                               |



|  |                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Visión borrosa,Alopecia.<br><br><b>Corgard,Solgol®</b><br><br><b>Sumial retard®</b><br><br><b>Mikelan,Arteolol®</b><br><br><b>Trasicor retard®</b><br><br><b>Blocotin®</b> | <b>CONTROLES:</b><br><br>1.Pulso en cada visita.<br><br>2.Glucosa.<br><br>3.Fosfatasa alcalina.<br><br>4.Urea.<br><br>5.GOT / GPT.<br><br>6.LDH.<br><br>7.Trigliceridos.<br><br>8.HDL – Colesterol.<br><br>9.E.C.G.<br><br>En la 1ª visita y 1 / año del 2 al 9. |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

TABLA XVI.c.Fármacos antihipertensivos.Adrenergicos.

| FARMACOS                 | EFFECTOS SECUNDARIOS                                                                                             | CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES                             |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| ADRENERGICOS             | y Nombre comercial                                                                                               |                                                               |
| <b>DE ACCION CENTRAL</b> | Somnolencia,sedación,sequedadde boca,fatiga,disf.sexual, impotencia, Anemia hemolítica autoinmune, Coommbs (+).  | –Contraindicada                                               |
| <b>metilDopa</b>         |                                                                                                                  | 1.Hepatopatía o en                                            |
| <b>BLOQUEADORES 1</b>    |                                                                                                                  | 2.De-pre-sión.                                                |
| <b>Prazosin</b>          | <b>Aldomet®</b>                                                                                                  | 3.Feocromocitoma.                                             |
| <b>Doxazosin</b>         | Síncope de la 1ª dosis, hipotensión,debilidad, palpitaciones,erupción, incontinencia urinaria, pseudotolerancia. | –Utilizar a dosis bajas en ancianos.                          |
|                          | <b>Minipres®</b>                                                                                                 | –Con precaución en ancianos debido a la hipotensión postural. |
|                          | Síncope de la 1ª dosis, hipotensión ortostatica, ce-falea,sedación,                                              | –Util en hiperlipemias                                        |
|                          |                                                                                                                  | – CONTROLES.                                                  |
|                          |                                                                                                                  | 1.Hematocrito.                                                |
|                          |                                                                                                                  | 2.GOT /GPT.                                                   |
|                          |                                                                                                                  | Si sospecha de Anemia y Hepatitis.                            |

|  |                  |  |
|--|------------------|--|
|  | estreñimiento    |  |
|  | <b>Carduran®</b> |  |

TABLA XVI.d.Fármacos antihipertensivos.Vasodilatadores.

| FARMACOS           | EFECTOS SECUNDARIOS                         |                                            |
|--------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------|
| VASODILATADORES    | y Nombre comercial                          |                                            |
| <b>Hidralazina</b> | Cefaleas,taquicardia, retención hidrosalina |                                            |
| <b>Minoxidil</b>   | hipotensión postural                        | –Puede desencadenar angina en              |
|                    | Síndrome tipo lupus,                        | enfermos con cardiop. isquem. o aneurisma  |
|                    | ANA (+)                                     | disecante de aorta.                        |
|                    | <b>Hidrapres®</b>                           | –Puede causar o agravar derrames pleurales |
|                    | Hipertricosis.                              | y pericardicos                             |
|                    | <b>Loniten®</b>                             |                                            |

#### L.2.C.TRATAMIENTO Farmacológico DE LA HTA EN SITUACIONES ESPECIALES.

##### L.2.C.1.En el ANCIANO.

##### L.2.C.2.HTA en PACIENTES con PATOLOGIA CARDIACA.

##### L.2.C.2.A.ANGOR e INFARTO.

##### L.2.C.2.B.Trastornos del RITMO.

##### L.2.C.2.C.Insuficiencia Cardíaca.

##### L.2.C.2.D.Hipertrofia Ventricular Izquierda (H.V.I.)

##### L.2.C.3.ENF.VASCULAR.

##### L.2.C.3.A.Enf.vasc.CEREBRAL.

##### L.2.C.3.B.Enf.vasc.PERIFERICA.

##### L.2.C.4.DEPRESION.

##### L.2.C.5.ANSIEDAD.

##### L.2.C.6.ENF.RENAL.

##### L.2.C.7.HIPERLIPEMIA.

L.2.C.8.DIABETES MELLITUS.

L.2.C.9.ASMA y E.P.O.C.

L.2.C.10.SISTOLICA AISLADA.

L.2.C.11.URGENCIA HIPERTENSIVA.

L.2.C.12.REFRACTARIA.

L.2.C.1.En el **ANCIANO**.

Existen suficientes evidencias de la eficacia del tratamiento de la HTA diastólica del anciano en la prevención de episodios cardiovasculares.

Pese a su clara condición de factor de riesgo, hasta el momento no hay ninguna demostración definitiva de los beneficios del tratamiento en pacientes mayores de 80 años.

Respecto a la toma de TA en el anciano, hay que tener en cuenta dos consideraciones:

1.–El posible **pozo auscultatorio** que obliga a elevar la presión del manguito hasta 250 mm Hg.

2.–La posibilidad de **pseudo HTA**, debido a la dificultad del manguito para comprimir una arteria arteriosclerótica rígida, por lo que siempre se debe proceder a la palpación de las mismas.

El objetivo del Tto en el anciano es **mantener las cifras de TAS entre 140 y 160 y las cifras de TAD entre 85 y 95 mm Hg**. No es conveniente descender las cifras más, ya que ello va ligado a un aumento de morbimortalidad (Curva en J).

En los ancianos hipertensos con enfermedad coronaria se hace especialmente evidente la relación en J entre presión arterial y morbimortalidad cardiovascular, por lo que deben evitarse descensos bruscos y excesivos de aquella con el fin de no comprometer la circulación coronaria.

La actuación terapéutica en la HTA del anciano, recomendada en el consenso para el control de la HTA en España, es la siguiente:

a.–Sujetos con **TAS entre 160–180 y /o TAD 95–104:**

Iniciar Tto no farmacológico.

Si fracasa tras 6 meses: iniciar Tto farmacológico.

b.–Sujetos con valores de **TA superiores** o pacientes del grupo anterior con alto riesgo vascular:

Asociar desde el inicio Tto farmacológico.

c.–Sujetos de 80 o más años:

HTA **severa**: Tto farmacológico.

HTA **moderada**: Valoración individual de riesgo/beneficio

El Tto de la HTA en el anciano debe iniciarse habitualmente con medidas no farmacológicas a no ser que la asociación de otros factores de riesgo, la repercusión visceral de la HTA (Cardio-patía isquémica, Insuf. Cardíaca, Acc. Cer. vasc.), o la excesiva elevación de las cifras, indique lo contrario.

En cuanto a los fármacos a utilizar en el Tto, pueden ser tanto los diuréticos, como los

–bloqueantes, calcio–antagonistas e IECA. También podrían utilizarse los a– bloqueantes.

De los diuréticos es preferible utilizar tiazidas a dosis bajas del tipo de indapamida o xipamida, ya sean solos o asociados a un diurético distal ahorrador de potasio.

Aunque su eficacia terapéutica es menor que en el hipertenso joven o de edad media, los –bloqueantes, especialmente los cardiosselectivos son eficaces y bien tolerados.

De todas formas, los fármacos más adecuados para el Tto en el anciano son los antagonistas del calcio y los IECA.

Por lo que respecta a las situaciones de emergencia hipertensiva en el anciano nunca se debe reducir bruscamente la TA (por los peligros isquémicos cerebrales y coronarios que conlleva), salvo en situaciones de:

**Encefalopatía hipertensiva.**

**Insuficiencia ventricular izquierda.**

**Aneurisma disecante aórtico.**

L.2.C.2. HTA en PACIENTES con **PATOLOGÍA CARDIACA.**

L.2.C.2.A. **ANGOR e INFARTO.**

La HTA en sí misma, constituye una causa importante de angor. No obstante hemos de tener en cuenta que la situación más frecuente es la coexistencia de HTA e isquemia miocárdica en la que juega un papel la arteriopatía coronaria, que junto a la HTA e Hipertrofia miocárdica van a condicionar una mayor incidencia en la aparición de I.A.M.

L.2.C.2.B. Trastornos del **RITMO.**

**Bloqueo A–V de 2º y 3º grado:** contraindicados los –bloqueantes y el Verapamil.

**Bloqueo A–V de 1º grado:** se podrían utilizar los –bloqueantes, si son fármacos seleccionados por otro motivo, pero siempre bajo una estrecha vigilancia.

En ambos casos son de elección los diuréticos, IECA y los fármacos de acción central.

L.2.C.2.C. **Insuficiencia Cardíaca.**

Contraindicación absoluta:

–bloqueantes y Verapamil

Fármacos de elección:

I.E.C.A.:Ejercen efecto vasodilatador y diurético importante en estos pacientes.

Diuréticos.

Tambien pueden utilizarse vasodilatadores,bloqueantes  $\alpha$ -1 y antagonistas del Calcio (excepto verapamil).

#### **L.2.C.2.D.Hipertrofia Ventricular Izquierda (H.V.I.)**

La HVI se considera factor de riesgo cardiovascular independiente.

La clínica y el ECG permiten una valoración aproximada,-siendo necesario hacer ecografía en algunos casos.

El hipertenso con HVI puede obtener una regresión de la misma,si se emplean fármacos como: simpaticolíticos-,IECA,A.Ca., -B.,con ASI negativa y quizá algunos diuréticos antialdoster. (Amiloride).

#### **L.2.C.3.ENF.VASCULAR.**

##### **L.2.C.3.A.Enf.vasc.CEREBRAL.**

Hay que tener en cuenta que una caída rápida de la TA puede favorecer la aparición de accidentes isquémicos con infarto cerebral 2º.

En estos pacientes hay que evitar fármacos que produzcan hipotensión ortostática(bloq.del simpático,diuréticos a altas dosis).

##### **L.2.C.3.B.Enf.vasc.PERIFERICA.**

El mantenimiento de una HTA controlada es la mayor causa de claudicación intermitente como manifestación secundaria de una arteriopatía vascular periférica.

Fármacos contraindicados: -bloqueantes.

Fármacos de elección:Calcio-antagonistas e I.E.C.A.

#### **L.2.C.4.DEPRESION.**

No se deben utilizar -bloqueantes, -metildopa, clonidina no reserpina,siendo de elección los IECA ,antagonistas del calcio y vasodilatadores.

#### **L.2.C.5.ANSIEDAD.**

Si se trata de una HTA ya establecida,se aconseja el uso de -bloqueantes por su efecto sobre los síntomas somáticos de la ansiedad.

#### **L.2.C.6.ENF.RENAL.**

##### **L.2.C.6.A.Enf.Renal INTRINSECA.**

El Tto en estos casos es el que se usa convencionalmente en la HTA esencial, teniendo siempre a no bajar la TA de forma brusca, lo cual a través de una disminución de flujo,podrá causar daño renal.

##### **L.2.C.6.B.Enf.Renal CRONICA.**

No utilizar diuréticos ahorradores de Potasio (Amiloride,-Triamterene o espirolactona) ni diuréticos tiazidicos,cuya eficacia está disminuida en este caso (Insuficiencia renal severa y moderada).

Tampoco es recomendable el uso de  $\alpha$ -bloqueantes no cardiose-lecti-vos,que disminuyen el flujo plasmático renal.

Los fármacos de elección son:

Diuréticos de asa (ins.ren.severa):

Furosemida,ac.etacrinico.

I.E.C.A.(capaces de frenar la progresión de la I.R.)

Antagonistas del calcio.

Si se debe el uso de ieca en pacientes ancianos debe monitori-zarse estrechamente la función renal,ya que en casos de estenosis bilateral de arteria renal y en esteno-sis unilaterales en riñon único puede producir rápidos deterioros de la misma.

#### **L.2.C.7.HIPERLIPEMIA.**

La hiperlipemia,en principio,contraindica el empleo de diuréti-cos y  $\alpha$ -bloqueantes por el aumento de Trigliceridos, colesterol total y LDL-colesterol producido a largo plazo por los primeros y por el aumento de TG y descenso de HDL-colesterol de los segundos.

$\alpha$ -bloqueantes,IECA y A.Ca no presentan efectos adversos sobre el perfil lipídico.

Ultimamente los  $\alpha$ -1 inhibidores (prazosin,doxazosin), parecen haberse convertido en los fármacos de elección (aumento de HDL-colesterol y reducción de colesterol total y LDL-colesterol).

#### **L.2.C.8.DIABETES MELLITUS.**

Los diuréticos no son aconsejables,sobretudo a dosis elevadas.

Los  $\alpha$ -Bloqueantes pueden producir hipoglucemias por potenciar la acción de la insulina y pueden enmascarar los signos clínicos de éstas.

Los fármacos de elección son:

IECA

A.Ca.

$\alpha$ -bloqueantes (Prazosisn,Doxazosin).

Los  $\alpha$ -bloqueantes y el Captopril reducen la resistencia a la insulina.

En el caso de que coexistan HTA y Nefropatía diabetica , el efecto de IECA, ha sido descrito como beneficioso ya que disminuye proteinuria y las cifras de Ta,sin modificar las tasas de filtrado glomerular.

#### **L.2.C.9.ASMA y E.P.O.C.**

Existe contraindicación absoluta para los  $\alpha$ -bloqueantes.

Los A.C.a. y los IECA son los fármacos de elección, especialmente los primeros, debido al efecto broncodilatador que poseen.

#### **L.2.C.10.SISTOLICA AISLADA.**

En los ancianos al tratamiento higiénico-dietético es aconsejable añadir IECA o Diuréticos tiazídicos.

#### **L.2.C.11.URGENCIA HIPERTENSIVA.**

Tratamiento extrahospitalario:

Nifedipina 10 mg s.l. que puede repetirse a los 30 min. si es necesario o  $\dot{A}$

Captopril 25 mg s.l. pudiendo repetirse a los 30 min.

En el caso de HTA severa sin sintomatología acompañante, sin criterios para ser considerada como crisis hipertensiva, también está indicada Tto con Nifedipina s.l. 10 mg pudiéndose repetir a los 30 min, si las cifras de TA, no han descendido.

Si se controla la TA, citar al día siguiente para revisión.

Si a pesar del Tto las cifras de TA no descienden, se remitirán Urgente al Hospital.

#### **L.2.C.12.REFRACTARIA.**

Una HTA puede considerarse como resistente cuando a pesar de haber utilizado una triple terapia de forma racional (incluyendo un diurético en dosis adecuadas), las cifras de TA no alcanzan valores por debajo de 150/100.

El Tto con 3 fármacos es necesario en aproximadamente un 10 % de la población HTA; el porcentaje de hipertensos refractarios es aproximadamente del 5 %.

En sentido estricto la HTA refractaria es rara y en la mayoría de las ocasiones se debe al mal cumplimiento por parte del paciente. Por tanto ante la HTA refractaria es preciso descartar:

Mal cumplimiento terapéutico.

Presencia de una HTA 2ª no Dgda.

Tto inadecuado.

Interacciones farmacológicas.

Existencia de la llamada HTA "de la bata blanca".

En cuanto al Tto de HTA refractaria, una vez descartada las causas anteriormente descritas, el 1º paso consistirá en ajustar la terapéutica diurética. Si el beneficio adicional del incremento de la dosis de la tiazida es pequeño o si la creatinina sérica está elevada ( $>$  de 2mg %), puede sustituirse la tiazida por la furosemida.

Si la creatinina es normal se añadirá a la tiazida, espirolactona en dosis de 100 mg si con esta medida no es

suficiente será preciso utilizar fármacos anti-HTA potentes como el minoxidil.

Esquemas terapéuticos para el Tto de la HTA refractaria.

Cuadruple terapeutica añadiendo un 4º fármaco a los hasta entonces utilizados.

Sustitución del 3º fármaco por minoxidil.

Sustitución del 3º fármaco por IECA añadiendo si es necesario un diurético. Caso de ser necesario puede añadirse minoxidil o A.Ca.

#### **L.2.C.12. EMBARAZO.**

La HTA en el embarazo plantea graves problemas para el feto y para la madre.

La clasificación más urgente y clara sobre los estados hiper-tensivos es la siguiente:

Preeclampsia.

HTA crónica o coincidente con el embarazo.

HTA crónica agravada por el embarazo. (con preeclampsia o eclampsia superpuesta).

HTA tardía transitoria o gestacional.

Todos ellos deben ser derivados a 2º nivel.

#### **L.2.D. INDICACIONES del TRATAMIENTO Farmacológico.**

Además de las medidas higiénico-dietéticas, que siempre debe formar parte de todo hipertenso, siguiendo las recomendaciones siguientes:

##### **L.2.D.1. De comienzo:**

**HTA moderada y severa.**

**HTA ligera complicada.**

(Con afección de órganos diana o enfermedad cardiovascular)

**HTA sistólica aislada.**

(En > de 65 a.) con TAS > 180)

##### **L.2.D.2. Tras seguir Tto higiénico-dietético:**

**L.2.D.2.A. Si a los TRES MESES :**

TAD. > 100 mm Hg.

TAD. > 95 mm Hg. + F.R.C.V.



coexistencia de otros factores de riesgo asociado F.R.C.V.:

TAS elevada.

Edad < 40 a.

Varón.

Afección órgano diana

H.V.I.

Proteinuria.

Retinop. III / IV

Hª fam de Ictus o card.isquem.

Otros fact.

Hipercolesterolemia.

Hábito tabaquico.

Diabetes mellitus.

L.2.D.2.B.Si a los SEIS MESES persiste:

TAD. > 95 mm Hg.

TAD. 90 – 94 + factores de riesgo reseñados.

TAS. aislada > 160 mm Hg.(En el adulto)

Estrategia de tratamiento.

Actualmente los fármacos recomendados para el TRATAMIENTO INICIAL de la HTA son:

- Diuréticos .....(D)
- $\alpha$ -bloqueantes .....(  $\alpha$ -B)
- $\beta$ -bloqueantes .....(  $\beta$ -B)
- Antagonistas del calcio .....(ACa)
- Inh.de la enz.conv.de la A...(IECA)

La SELECCIÓN DEL FÁRMACO INICIAL deberá ser individualizada,-teniendo en cuenta ALGUNOS FACTORES señalados en la tabla XVI.

Edad:Los ancianos (> 65 a.) responden mejor a los (D) y (ACa) en los < de 65 a. es preferible utilizar (  $\alpha$ -B) o

(IECA).

Gravedad de la HTA.

Patología o FRCV.

Efectos 2º clínicos o bioquímicos de los fármacos.

Hábitos de vida del paciente.

Tratamientos concomitantes.

La introducción de medidas farmacológicas para el control de las cifras tensionales debe de hacerse de forma recomendándose el siguiente esquema:

|          | F A R M A C O S                                            |                     |             |      |                 |
|----------|------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|------|-----------------|
| 1º NIVEL | Diuréticos                                                 | Bloqueante          | Blo-queante | IECA | Ant.Calcio      |
| 2º NIVEL | + Otro 1ºescalón                                           | + D I U R E T I C O |             |      | + IECA<br>ó -B. |
|          | o sustituir el 1º fármaco por otro distinto del 1º escalón |                     |             |      |                 |
| 3º NIVEL | Añadir un 3º fármaco (1º nivel o vasodilatador)            |                     |             |      |                 |

Si no se logra el control tras el esquema anterior, se puede añadir un 4º fármaco, en medio hospitalario.

Recomendaciones generales:

La terapéutica farmacológica debe iniciarse con un sólo fármaco y únicamente en situaciones de especial gravedad está justificado iniciar el tratamiento con 2 o más fármacos.

En los casos donde se observe una respuesta parcial pero no satisfactoria de las cifras de TA se aconseja elevar la dosis, si no es así conviene sustituir el fármaco elegido en primer lugar por otro que actúe por un mecanismo patogénico diferente.

Salvo en el caso de que la situación clínica del paciente lo requiera, los intervalos de tiempo que habrá que esperar para aumentar la dosis de un fármaco, sustituirlo o asociarlo a otro serán de 4 a 8 semanas.

En los casos de monoterapia extradiurética, los diuréticos deben utilizarse como segunda línea cuando el primer fármaco no controle adecuadamente las cifras de TA.

No hay duda de la eficacia de la asociación del

(D) + (-B) o (IECA). En cambio su utilidad es dudosa asociado a Nifedipina (El Verapamil si puede beneficiarse de la asociación).

Es preferible no agotar de entrada la dosis total del primer fármaco y antes combinar el diurético, para intentar minimizar los efectos adversos.

El tratamiento sustitutivo tiene sus indicaciones en el grupo de hipertensos ligeros en los que la complejidad del tratamiento aditivo dificulta la cumplimentación.

Los pacientes con TA en el rango superior son candidatos al tratamiento aditivo, siendo las asociaciones más universalmente admitidas y más recomendables las siguientes:

(D) + ( -B)

(D) + (IECA)

(Aca) + (IECA)

(ACa)(Dihidropiridinas) + ( -B)

Una vez controladas las cifras de TA está justificado utilizar preparados con asociación farmacológica a dosis fijas.

Una TA persistentemente normal, en los casos de HTA ligera tras 1 año de control por lo menos, merece probar la retirada progresiva del tratamiento, siempre que exista garantía de cumplimiento de las medidas no farmacológicas.

#### **M.1.SEGUIMIENTO INICIAL.**

Esta actividad tiene como objetivo conseguir el control de las cifras de TA, para lo cual tras haber sido estudiado el paciente hipertenso y haberse instaurado el plan terapéutico, se le cita periódicamente a consulta médica programada o de enfermería, según el tipo de tratamiento instaurado.

Consideramos control de las cifras de TA.

**ADULTO** :Cifras Inferiores a 140/90 (sin descender demasiado por debajo de los 85 de TAD en pacientes con enfermedad coronaria preexistente).

Puede aceptarse como control, cifras de TAD entre 90-94 en adultos sin factores de riesgo añadidos y en tratamiento higiénico-dietético, tras 3-6 meses de cumplimiento de dicho tratamiento.

**ANCIANO** :Cifras < a 160/95 y > a 140/85.

En dependencia de si el tratamiento es sólo con medidas HD o con éstas más fármacos, el seguimiento será efectuado en consulta de enfermería en el primer caso o en consulta médica programada en el segundo.

Una vez controladas las cifras según los criterios expuestos anteriormente, se volverá a citar al paciente, a la consulta en la que estaba siendo controlado.

Si continúa con las cifras de TA normalizadas, pasará a revisiones periódicas según se detalla en el apartado de "SEGUIMIENTO TRAS CONTROL".

#### **M.1.A.-PAUTA DE SEGUIMIENTO INICIAL.**

##### **M.1.A.1.Hipertenso en TTO HIGIÉNICO-DIETÉTICO.**

#### **M.1.A.1.A.HTA LIGERA SIN F.R.C.V.**

Se citará cada MES en C.Médica Programada para iniciar Tto Farmacológico.

Si NO se consigue CONTROL se actuará con los siguientes criterios:

TAD > 100: Se remite a C.Médica programada para iniciar Tto Farmacológico.

TAD entre 95–99: Se seguirá con la misma pauta cada mes en C.Enfermería hasta el control, o en caso contrario hasta 3 meses, al cabo de los cuales se remitirá a consulta médica programada si la TAD es > 95 para iniciar Tto Farmacológico.

TAD 90–94: Controles según el apartado "SEGUIMIENTO TRAS CONTROL".

#### **M.1.A.1.B.HTA LIGERA + F.R.C.V.**

Se citará cada mes a C.Enfermería durante 3 meses actuando entonces según las cifras de TA

TAD > 95: Remisión a C.Médica programada en unos días para iniciar Tto Farmacológico.

TAD entre 90–94: Se mantendrá el control mensual en C.Enfermería y si a los 3 meses se mantienen estas cifras se remitirá a C.Médica programada para Tto farmacológico.

TAD ≤ 90 en cualquier determinación: Control de TA al mes en C.Enfermería y si persiste ≤ 90 seguir pauta de seguimiento tras control.

#### **M.1.A.1.C.HTA SISTOLICA.**

TAS. media entre 140–159:

Seguimiento en C.Enfermería cada 6 meses:

Si se controlan las cifras se continuará con las revisiones según la edad.....

Si persisten cifras entre 140–159 se seguirán con revisiones semestrales en C.Enfermería. En individuos menores de 45 a. se intercalará, además una C.Médica programada cada 2 años. (Valoración de R.C.V., exploración general, solicitud de pruebas complementarias si precisa)

TAS. entre 160–179 :

Seguimiento en C.Enfermería cada 3 meses, si tras 6 meses de adecuada cumplimentación de las medidas HD persisten las mismas cifras remitir a C.Médica programada para valorar Tto farmacológico.

TAS. media > 180 derivar a consulta Médica Programada.

#### **M.1.A.2.Hipertenso en Tto HD Y FARMACOLÓGICO.**

Las indicaciones del Tto farmacológico se han detallado en apdo. L.2.D.

Estos pacientes serán controlados en consulta programada médica con una u otra pauta en función de las características del paciente y las cifras de TA

#### M.1.A.2.A.Según cifras de TAD.

TAD < 115 sin F.R.C.V. Se realizará una nueva toma de TA al MES, actuando según la nueva cifra obtenida

TAD < 95 "Seguimiento tras control"

TAD 95–114 Nuevo control de TA a los 15 días, si persiste la misma cifra valorar la modificación del tratamiento y si es < 95 continuar "Seguimiento tras control"

TAD entre 105–114 : Se realizará nueva toma de TA a los 15 días, actuando igual que en el caso anterior en función de la nueva cifra obtenida.

TAD < 115 + F.R.C.V.

TAD 90–99: Nueva toma de TA al MES, actuando según la nueva cifra obtenida:

TAD < 90: "S.T.C."

TAD 90–114: Nueva toma TA a los 15 días, si persiste la misma cifra valorar la modificación del Tto y si es < 90 continuar la pauta "S.T.C."

TAD 100–114: Nueva toma TA a los 15 días, actuando igual que en caso anterior, en función de la nueva cifra obtenida.

TAD 115–129:

**Sin Síntomas:** Modificar Tto y realizar 2 nuevas determinaciones a las 48 y 96 h.:

TAD < 115: Actuar según aptdo anteriores según existan F.R.C.V.

TAD 115–129: Modificar Tto y realizar dos nuevos controles a las 48 y 96 h.; si persisten las mismas cifras remitir al especialista y si están < 115 actuar como en el caso anterior.

TAD > 130: Actuar como crisis HTA.

Nifedipina 10 mg o Captopril 25 mg s. pudiendo repetir dosis a los 30 min. si no se ha conseguido el control de las cifras tensionales. Si tras esta actuación persiste TAD > 130 remitir al Hospital y si es inferior a 130, seguir como en el caso anterior.

**Con síntomas:** Actuar como en el caso de TAD > 130 y si persisten síntomas y/o la TAD se mantiene por encima de 115, remitir al Hospital.

Si No hay síntomas y/o la TAD es < a 115, realizar dos nuevos controles ( a 24 y 72 h.), y si persisten < 115 actuar como se indica anteriormente.

TAD > 130, Actuar como en la crisis HTA, independientemente de si existen o no síntomas clínicos.

#### M.1.A.2.B. SEGÚN CIFRAS DE T.A.S.

TAS > 200: Si hay síntomas actuar como en la crisis HTA; si no los hay, modificar el Tto y citar a los 7 días.

TAS < 200: Continuar según pauta.

TAS > 200 :Modificar el Tto y citar semanalmente hasta TAS < 200.

### **M.1.B.CONSULTA DE ENFERMERIA** (ver tabla VI)

#### **M.1.B.1.VALORACION.**

de cada localidad será función de cada enfermera

Cumplimentación en la **Historia clínica** de:

#### **Hábitos:**

Valorar el cumplimiento de las medidas HD

- Dieta.Hipocalórica.Baja en :Sodio. Lípi-dos.Co-leste-rol.
- Tabaco en nº de cigarrillos /día .En cada visita.
- Alcohol.Nº de gr/día o nº de dosis /día.

#### **Cifras de:**

- TA
- Peso e I.Q.(I.M.C.)
- Talla
- Frecuencia cardíaca.

Valorar el cumplimiento del Tratamiento Farmacológico

y los efectos secundarios e interacciones.

Resumen de **analítica anómala**.

reflejandolo en hoja de seguimiento.

M.1.B.2.Elaboración del listado de problemas en función de la valoración.

M.1.B.3.Plan de cuidados.

### **M.1.C.CONSULTA MEDICA PROGRAMADA.**

#### **Cifras de:**

- TA
- Peso e I.Q.(I.M.C.)
- Talla

- Frecuencia cardíaca.

### **Hábitos:**

Valorar el cumplimiento de las medidas HD

- Dieta.Hipocalórica.Baja en :Sodio.
- Lípidos.Colesterol.
- Tabaco en nº de cigarrillos /día .En cada visita.
- Alcohol.Nº de gr/día o nº de dosis /día.

Valorar el cumplimiento del Tratamiento Farmacológico

y los efectos secundarios,intolerancias e interacciones.

Valorar la efectividad del tratamiento,modificar las

dosis, añadir otro fármaco o sustituirlo.

Reforzar tratamiento.

En pacientes con tratamiento diurético y /o IECA , solicitar analítica de sangre para determinar el Potasio a los 3 meses de haberse iniciado la terapeutica.

Citación para la próxima consulta.

## **M.2.SEGUIMIENTO TRAS CONTROL**

Después de conseguirse la normalización de las cifras de tensión arterial,se programarán revisiones periodicas y continuadas por el médico y la enfermera para mantener el adecuado control del hipertenso,incidiendo en la cumplimentación del tratamiento,reforzando el plan terapéutico y realizando educación sanitaria en cada contacto.

### **M.2.A.PAUTA DE SEGUIMIENTO.**

El seguimiento se realizará en consulta programada y en consulta de enfermería,con la siguiente pauta.

**M.2.A.1.HTA en Tto con medidas HD:**Se citará al paciente **cada 6 meses**,alternando el **médico** y la **enfermera** (1 vez al año en C.Enfermería y 1 vez al año en C.Programada médica).

**M.2.A.2.HTA en Tto HD + Farmacológico.:**Se citará al paciente **cada 3 meses** ,alternando **médico y enfermera** (cada 6 meses en consulta de enfermería y cada 6 meses en C.Médica programada)

**Si** la TA se mantiene **controlada** se continuará la **misma pauta** de seguimiento, cada 6 meses a los pacientes en tratamiento higiénico–dietetico y cada 3 meses a los pacientes en Tto HD y Farmacológico.

**Si** en los controles realizados en consulta de enfermería se observan **cifras elevadas** de la TA se actuará en función de éstas:

TA > 180 / 115:

Se remitirá a consulta Médica en el **día**.

TA entre 140 / 90 y 170 / 114.

Se citará al paciente para **2 nuevas tomas** separadas de **15 días**, en consulta de enfermería, valorando la cumplimentación del tratamiento y los efectos secundarios y reforzando los contenidos de E.P.S.

Si el control es adecuado se continuará la pauta de seguimiento tras control y si no se ha conseguido éste, se derivará a consulta médica programada.

## **M.2.B. CONSULTA DE ENFERMERIA**

### **M.2.B.1. VALORACION.**

#### **M.2.B.1.a. Valoración del Tratamiento.**

Higiénico–Dietético:

Valorar el cumplimiento de las medidas HD

– Alimentación: Dieta hiposódica e hipocalórica si  
sobrepeso, e hipolipémica.

– Tabaco. Abandono del hábito.

– Alcohol. Disminución de la ingesta por debajo de  
35 U./semana en el varón y de  
21 U./semana en mujer.

Valorar el cumplimiento del Tratamiento Farmacológico  
y los efectos secundarios e interacciones.

#### **M.2.B.1.b. Signos y síntomas.**

**Cifras de:**

– TA

– Peso e I.Q.(I.M.C.)

– Frecuencia cardíaca.(Importante si toma –B)

Resumen de **analítica anómala**.

reflejándolo en hoja de seguimiento.



### **M.2.B.1.c.Elaboración del listado de problemas en función de la valoración.**

#### **M.2.B.1.d.Plan de cuidados.**

- Evaluar plan anterior.
- Realizar nuevo plan de cuidados si procede en función de la valoración.
- Realizar E.P.S. de forma individual,cuyo objetivo será obtener la cooperación del paciente para lograr un correcto Tto y por tanto un mejor control de sus cifras tensionales:

Información general de lo que es la HTA.

Destacar la importancia del Tto Farmacol.

Insistir en la reducción del sobrepeso y mantenerlo posteriormente.

Insistir en dieta hiposódica,abandonar hábito tabaquico-,así como disminuir la ingesta de alcohol y practica regular de ejercicio físico.

- Petición de pruebas complementarias en la consulta previa al control médico anual.

Analítica de sangre:Glucosa,creatinina, acido úrico,co-lesterol,trigliceridos,hemograma,VSG,está en Tto diurético y /o IECA además Sodio y Potasio.J(En el perfil de HTA del laboratorio de Medina del Campo no se contempla creati-nina ni ionograma).

Orina:Sistematico y sedimento.

ECG

Fondo de ojo

Oscilometria (Según criterio médico–SCM)

### **M.1.C.CONSULTA MEDICA PROGRAMADA.**

#### **M.1.C.1.Consulta SEMESTRAL.**

Revisión de la Hª clínica.

**Cifras de:**

- TA
- Peso e I.Q.(I.M.C.)
- Frecuencia cardíaca.

**Hábitos:**

Reforzar el cumplimiento de las medidas HDdadas por enfermería:

- Dieta.Hipocalórica.Baja en :Sodio.

Lípidos.Colesterol.

- Tabaco en nº de cigarrillos /día .En cada visita.

- Alcohol.Nº de gr/día o nº de dosis /día.

Valorar el cumplimiento del Tratamiento Farmacológico

y los efectos secundarios,intolerancias e interacciones.

Reforzar el Tratamiento.

Valorar la efectividad del tratamiento,modificar las

dosis, añadir otro fármaco o sustituirlo.

Preguntar por sintomatología de descompensación clínica o complicaciones:

- Disnea,angor.

- Edemas.

- Claudicación intermitente.

- Cefaleas,vertigo.

- etc.

Reforzar tratamiento.

Citación para la próxima consulta.

### **M.1.C.2.Consulta ANUAL.**

Tendrá el mismo contenido que la consulta semestral pero además se realizará una exploración física general,que debe incluir fundamentalmente:

Auscultación cardiopulmonar.

Palpación de pulsos perifericos.

Valoración de las pruebas complementarias solicitadas en la consulta de enfermería previa a esta revisión:

- Analítica de sangre y orina.

- ECG

- Fondo de ojo,etc.

### **N.CRITERIOS DE DERIVACION.**

## **N.1.De consulta de enfermería a consulta Médica.**

### **N.1.A.Según CIFRAS DE TA**

Si un paciente bien controlado, presenta TA elevada, se actuará en función de las cifras detectadas:

TA > 180 / 115 :Se remitirá en el día a C.Médica.

TAS 140–180 / 90–115:Se valorará el cumplimiento del Tto HD y Farmacolog., se insistirá en la importancia de la correcta cumplimentación terapéutica para el control de la TA.

Se volverá a citar a consulta de enfermería 2 veces consecutivas separadas por intervalo de 15 días. Si el paciente cumple el Tto y la TA sigue sin controlar, tras este periodo, se remitirá a consulta Médica Programada.

### **N.1.B.Presencia de efectos secundarios.**

Se remitirá al paciente a consulta Médica Programada.

Si se detecta bradicardia (< 50 l.p.m.) en el día.

### **N.1.C.Aparición de síntomas de descompensación**

clínica o complicaciones:

Disnea, edemas.

Dolor precordial, palpitaciones.

Claudicación intermitente.

Cefaleas, mareos, pérdida de visión.

Pérdida de fuerza en extremidades.

En estos casos se remitirá al paciente a consulta médica en el día.

## **N.2.De consulta de enfermería y/o consulta Médica a Trabajador Social**

### **De consulta de enfermería y/o consulta Médica a Trabajador social.**

En los casos que pueden existir problemática social asociada, o sea necesaria la intervención del trabajador social para la realización de actuaciones específicas.

## **N.3.De consulta Médica a Nivel especializado.**

Menores de 35 años con HTA moderada o severa.

HTA en la embarazada.

Casos de sospecha o confirma el diagnóstico de HTA secundaria y de etiología medicamentosa.

Pacientes HTA severa refractaria, en los que no se consigue el control (>110, después de agotar las

posibilidades terapéuticas, correspondientes al 3º escalón farmacológico, con observancia correcta).

#### **N.4. De consulta Médica al HOSPITAL.**

**Emergencia hipertensiva.** Elevación tensional que comporta un compromiso vital inmediato y que debe corregirse en el plazo máximo de una hora.

Puede cursar con:

- Encefalopatía hipertensiva.
- Hemorragia intracraneal.
- Insuficiencia ventricular izqda aguda con edema agudo de pulmón.
- Aneurisma disecante de aorta.
- Eclampsia.
- Infarto agudo de miocardio, Angor inestable.

#### **Urgencia hipertensiva.**

Elevación tensional que no cede con el reposo y que por no tener un compromiso vital inmediato, puede corregirse en el plazo de unas horas o días.

- HTA acelerada: HTA severa (TAD >130) con exudados y hemorragias recientes en fondo de ojo.

Síntomas: Cefalea intensa, mareo, cansancio.

- HTA Maligna: Continuación de la anterior con edema de papila en fondo de ojo y / o insuf. cardíaca.

Síntomas: Cefalea intensa y trastornos visuales.

**Pacientes asintomáticos con cifras > 200/130**, en los que la TA no desciende a pesar de instaurar adecuado tratamiento ambulatorio de urgencia.

#### **O. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL**

Utilizaremos criterios de:

Estructura Proceso y Resultados.

##### **O.1. De ESTRUCTURA.**

O.1.a. Que se haya reunido al menos tres veces la Comisión del

Programa para evaluar el seguimiento del mismo.

O.1.b. Que se realice al año al menos dos sesiones para

actualización del conocimiento y para presentar los resultados con las medidas correctoras que se crean necesarias.

O.1.c. Que cada doce meses se hayan calibrado los  
esfigmomanómetros aneroides.

O.2. De **PROCESO**.

O.2.a. Que se conozca la prevalencia de HTA en mayores de 20 años.

O.2.b. En los pacientes historiados > de 20 años debe constar en la H.C. al menos una toma de P.A.

O.2.c. En los pacientes diagnosticados de HTA ,deberán constar como realizados los siguientes aspectos:

O.2.c.1. Antecedentes familiares.

2.c.1.1. HTA.

2.c.1.2. Diabetes.

2.c.1.3. AVC.

O.2.c.2. Antecedentes personales.

2.c.2.1. HTA.

2.c.2.2. Diabetes.

2.c.2.3. AVC.

O.2.c.3. Hábitos tóxicos.

2.c.3.1. Tabaco.

2.c.3.2. Alcohol.

O.2.c.4. Exploración física.

2.c.4.1. Peso.

2.c.4.2. Talla.

2.c.4.3. Auscultación cardiorespiratoria.

2.c.4.4. Pulsos periféricos.

O.2.c.5. Exploraciones complementarias.

2.c.5.1. Iones.

2.c.5.2. Colesterol.

2.c.5.3.Creatinina.

2.c.5.4.ECG

2.c.5.5.Fondo de Ojo.

O.2.d.Cumplimiento de las visitas.

O.2.d.1.Pacientes con seguimiento deficiente

2.d.1.1.HTA No controlada:Pacientes en que han transcurrido más de dos meses entre visita y visita.

2.d.1.2.HTA Controlada:Pacientes en que ha transcurrido más de seis meses entre visita y visita.

O.2.d.2.Pacientes que han abandonado el seguimiento.

Mismos criterios que 2.d.1.1. y 2.d.1.2.

O.3.De **RESULTADOS**.

Pacientes con HTA que tienen las cifras en el año

controlada la media de las visitas.Este criterio sirve para monitorización de conjunto en el Programa de Garantía de Calidad.

Entendiendo por Controlada en cifras de P.A.S.< 160 y

P.A.D.<90

Para toda la evaluación se extraeran 30 historias de cada

profesional por año, distribuyendo el trabajo los responsables del Programa.Colaborarán tanto enfermería como médicos en el vaciado de datos.

Estos datos se presentarán al finalizar el año planteando

nuevos objetivos si fueran necesarios,proponiendo medidas correctoras ,entre las que pueden figurar: Sesiones clínicas y bibliográficas,nuevos criterios de derivación,etc.

Los datos se presentarán por cupos médico – enfermera anónimos, sal-vo que cada minie-quipo quiera conocer los suyos.

**O.4.EVALUACION DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA.**

0.4.A..–Que se haya captado al 70 % de la población hipertensa esperada,Mayor de 14 años, en la Z.B.S.I.en 5 años.

Fecha prevista 2º semestre 1.997

(Población esperada,De 7.340 personas por encima de 18 y por debajo de 75 años esperamos conocer 484 hipertensos)

O.4.B.–Que se haya aumentado el número de pacientes hipertensos controlados, a un standard del 85 %.

Fecha de evaluación anual.

O.4.C.–Que se haya ofrecido educación para la salud individual al 90 % de los pacientes que acuden a consulta para despistaje en 5 años.

Fecha de evaluación en 1.997.

O.4.D.–Que se haya ofrecido educación para la salud de forma colectiva al 50 % de Hipertensos, en 3 años.

Fecha prevista de la evaluación 1.995.

O.4.E.–Que se haya disminuido la mortalidad proporcional de enfermedades cardiovasculares en un 15 % en 10 años, reduciéndolo por debajo de un 30 %

(Actualmente por encima de un 43 %).

Fecha prevista de evaluación 2.002.

O.5. Vigilar el cumplimiento de los criterios mínimos de la

**Cartera de Servicios** (Servicio A.20)

(Puntos 60,61,62,63,64,65,66,67,68 y 69):

60. Diagnóstico. En la Hª Clínica figurarán 3 mediciones separadas en un periodo máximo de 3 meses y cuyo promedio haya sido > 140/90.

61. En la Hª Clínica figurará el

Peso.

Talla.

Auscultación pulmonar.

62. Analítica. Figurará el resultado de :

Hemograma.

Creatinina.

Colesterol.

Acido Úrico.

Glucemia.

Iones.

Triglicéridos.

Orina elemental.

63.Realización de un ECG Con la Valoración del mismo.

64.Clasificación.

Ligera(90–104).

Moderada(105–114).

Grave(>115).

65.Educación Sanitaria.

Consejo de medidas HD(explicadas ya ant.)

Ingesta de alcohol.

Exceso de sal

Sobrepeso

Sedentarismo

Stres

66.Tratamiento.El tratamiento tras Dgtco.fué con monoterapia.

67.De Resultados.Media de las dos últimas determinaciones de

TA > 140 / 90 en < de 65 a.y

> 160 / 95 en > de 65 a.

68.Que conste el plan terapeutico:

Medidas HD y Medicación si precisa.

Ingesta de alcohol.

Exceso de sal

Sobrepeso

Sedentarismo

Stres

69.Seguimiento.

Realización de 2 controles anuales con TA y adherencia al tratamiento.



TABLA XVII.

**CRONOGRAMA DE EVALUACION DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA**

|      |         |       |       |       |       |
|------|---------|-------|-------|-------|-------|
| Año  | 1.992   | 1.993 | 1.994 | 1.995 | 1.996 |
| Crit | 2       | 2     | 2     | 2 y 4 | 2     |
| Año  | 1.997   | 1.998 | 1.999 | 2.000 | 2.001 |
| Crit | 1,2 y 3 | 2     | 2     | 2     | 2     |

|      |        |
|------|--------|
| Año  | 2.002  |
| Crit | 2 y 5. |

TABLA V. **DESPISTAJE** Pauta de actuación según las cifras

|     |       |                                                                                             |                                                                  |
|-----|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| TAS | > 200 | C.medica en el día                                                                          |                                                                  |
|     | 199   | 2 tomas de TA + en dos semanas consecutivas                                                 | media >160 Dgto HTA S.aisladaDeriv a C.Medica Programada         |
|     | 160   |                                                                                             |                                                                  |
|     | 159   | 2 tomas de TA + semanal                                                                     | Media 140–159 HTA S.LimiteMedidas H.Dieteticas                   |
|     | 140   | 1ª semana / 2ª semana                                                                       | + Seguimiento Inicial                                            |
| TAD | 130   | Puede ser Urgencia o Emergencia Hipertensiva Si se ha tomado en C.E. derivar en el momento. | C.M.Valorar y Hospital si = C.E. Deriv.a C.Médica inmediatamente |
|     | 129   | Deriv.a Med.en el día                                                                       | >130 C.M.inmediatamente                                          |
|     | 115   | 2ª toma a 30 ' Sentado y tranquilo                                                          | 115–130 Dgto HTA SEVERACM                                        |
|     | < 115 | C.E. 2 tomas + de TA En dos sem.consecut. 1ª semana/2ªsemana                                | Med.>140 / 90 Dgto HTA 15 d. Deriv.C.Medica                      |

TABLA XVIII.a. **SEGUIMIENTO EN TRATAMIENTO HIGIENICO-DIETETICO**

|     |      |                                                                                     |                                                          |
|-----|------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| TAS | >180 | Derivar a :<br>Consulta Medica Programada.(CMP)                                     | En Consulta Medica Programada<br>Valorar Tto Farmacolog. |
|     | 160  | C.Enfermería cada 3 meses<br>Si tras 6 m. sigue = C.M.P. Consulta Medica Programada |                                                          |
|     | 140  | C.Enfermería cada 6 m. Y C.Médica / 2a                                              |                                                          |

**TABLA XVII.b.SEGUIMIENTO EN TRATAMIENTO HIGIENICO-DIETETICO**

|     |     |                                                                      |  |                                                          |
|-----|-----|----------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------|
|     | 100 | Remitir a C.Médica Programada para valorar TTO Farmacológico         |  | Si existen FRCV considerarlo como si tuviera 5 mmHg más. |
| TAD | 99  | Repetir cada mes durante 3 meses                                     |  |                                                          |
|     | 95  | Si persiste cifra 95 – 99 Derivar a C.M.P.Consulta médica Programada |  |                                                          |
|     | 94  | Pauta SEGUIMIENTO TRAS CONTROL (S.T.C.)                              |  |                                                          |
|     | 90  |                                                                      |  |                                                          |

**TABLA XIX.a.**

**SEGUIMIENTO EN TRATAMIENTO HIGIENICO-DIETETICO + Farmacológico**

|     |     |                                                            |                                                     |                                                                                               |                                |
|-----|-----|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| TAS | 200 | Deriv.en el díaC.M. Consulta Medica.                       |                                                     |                                                                                               |                                |
|     | 180 | Si hay sintomas<br><br>No hay sint                         | Crisis HTA<br><br>2 tomas +<br><br>de TA 15d / 15.d | Derivación C.Med.en día<br><br>180-199<br><br>2 cont.+ =<br><br>CE < 180<br><br>Seg.C.Enferm. | Si sigue=<br><br>C.Med Mod.TTO |
|     | 160 | Controles en C.Enfermería<br><br>cada 1 mes Si persiste    |                                                     | Valorar Mo-dificar<br><br>Tto Farma-cológico.                                                 |                                |
|     | 140 | C.Programada :<br><br>< 45 a. cad 2a<br><br>> 45 a. cad 1a |                                                     |                                                                                               |                                |

**TABLA XIX.b.**

**SEGUIMIENTO EN TRATAMIENTO HIGIENICO-DIETETICO + FARMACOLÓGICO.**

|       |      |                            |                |                                                                |
|-------|------|----------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------|
|       | >130 | Crisis HTA Va-lorar a 30 ' | Si sigue = (*) | (*) HOSPITALIZACION                                            |
| T.A.D | 129  | Modificar TTO              | >130 (*)       | Si existen F.R.C.V.<br>considerarlo en un escalón<br>SUPERIOR. |
|       | 115  | Farmacológico              | 115-130        |                                                                |

|  |     |                 |                             |                            |
|--|-----|-----------------|-----------------------------|----------------------------|
|  |     | Valorar 48/96 h | (*) 48/96 h. Si sigue = (*) |                            |
|  |     |                 | 105-115 (*)                 |                            |
|  | 114 |                 | 95-115                      |                            |
|  | 105 | TA 15 d.        | TA a 15 dias                | Si 95-115 (*) Modif.de TTO |
|  |     |                 | <95 STC                     |                            |
|  | 104 | TA al MES       | Si < 95 ® STC               | (*)                        |

#### ANEXO I. HOJA INFORMATIVA AL PACIENTE.

La enfermedad que Vd.padece es una enfermedad para toda la vida,es una enfermedad que no le va a producir molestias y muchas personas con tensión muy alta se encuentran,en princi-pio, perfectamente.

La tensión arterial es distinta de unas personas a otras, cambia de una hora a otra y de uno a otro día.

Es conveniente que Vd. no juzgue sus cifras de tensión, ni las de sus vecinos y conocidos y deje esta tarea al médico o enfermera.

Existen una serie de factores que van a favorecer la aparición de tensión elevada.:

Herencia. Obesidad.

Consumo de sal Diabetes.

Stress. Falta de ejercicio.

Consumo excesivo de alcohol y tabaco.

Para tratar la tensión arterial,no siempre es necesario tomar medicamentos,a veces será suficiente con perder peso, y restringir la ingesta de sal.

Cuando tenga que tomar medicamentos, recuerde que va Vd. a ser hipertenso para toda la vida, que a veces estará controlados sin necesidad de medicamentos.

Alimentos con ALTO contenido en SAL que vd. debe EVITAR.

Salazones y mariscos. Anchoas. Embutidos.

Pescados congelados. Tocino. Nata.

Jamon serrano. Conservas. Leche.

Jamón york. Patatas fritas.

Palomitas maiz. Harina y pan blanco.

Aperitivos preparados. Carne congelada.

Vegetales en conserva. Carne seca,envasada.

Quesos de todas clases. Salsas preparadas.

Tomate en conserva Mantequilla.

Perritos calientes Hamburguesas

Frutos secos y salados. Platos preparados.

Pizza y empanada. Sopas de sobre.

Aceitunas. Pepinillos .

Cubitos tipo: Starlux,Avecrem,etc.

En general se recomienda consumir productos frescos,preparados sin sal y evitar salsas, así como conservas edulcorantes.

#### MODIFICAR HABITOS:

Renuncie al hábito de fumar.

Evitar la ingesta de bebidas alcoholicas.

Reducir la ingesta de café (1 taza al día).

#### TIPO DE VIDA.

Es conveniente el realizar:

8 horas de sueño,8 horas de ocio,8 de trabajo.

Ejercicio físico moderado y continuado, no hacer deportes de competición (4–5 Km. de paseo diario).

#### ANEXO II. Normas para TOMAR ADECUADAMENTE LA T.A.

Local con **temperatura agradable**,alrededor de 20° C.

**Ropa** que **no comprima** el brazo.

**Treinta minutos** antes de la toma:

- **No** hacer **ejercicio**.
- **No** haber **comido**.
- **No** haber **fumado**.
- Haber evacuado la vejiga.

Siempre se tomará en el **mismo brazo**,aunque la **1ª visita** se tome en los **dos** y se elija como **brazo control** el que tenga la **TA más alta**.

Antebrazo **bien apoyado**, con el paciente **sentado**, **borde inferior del manguito a 2–3 cm. por encima del pliegue del codo**. Se hincha el manguito, y **a la vez que se palpa el pulso radial, hasta 20–30 mm. después de dejarse de palpar el pulso**. Posteriormente **se desinfla** paulatinamente a una velocidad uniforme ( **2mm / sg.**). **PAS** corresponde a la percepción del **primer sonido** arterial (**Fase I** de Korotkoff).

– La **PAD** corresponde al punto en que **desaparece el último sonido** arterial (**fase V** de Korotkoff). En caso **de no existir dicha fase V**, como en embarazadas y otros estados hipercinéticos, se toma como **TAD la fase IV** de Korotkoff, que es en el momento en que **el sonido pierde su naturaleza percutoria y se va difuminando**. Si esto ocurre se hará constar en la hoja de diagnóstico.

El aparato ha de estar en buenas condiciones de funcionamiento, se utilizarán **preferentemente aparatos de mercurio**, si no, se utilizarán **aneroides**, que han de ser **equilibrados** periódicamente (**cada 6 meses**). Sería conveniente cotejarlo con uno de mercurio cada 6 meses, y a todos los niveles de presión.

En **caso de arritmia** se tomará **varias veces**, para obtener una aproximación satisfactoria. Si se hace esto debe espaciarse la medición un mínimo de 15 sg., habiendo vaciado completamente la cámara de aire.

El fonendoscopio **nunca se colocará debajo del manguito**, que comprima la arteria.

Se anotarán las **cifras reales** que se aprecien en la escala, no redondeando en 0,5 ni cifras aproximadas.

Se anotará preferentemente en mm Hg.

## ANEXO II. (Cont.)

Para la medida de la TA en adultos conviene disponer de tres tipos de manguitos (de 12, 15 y 18 cm ) con diferentes anchuras de brazal.

En caso de no disponer de ellos se utilizará la tabla de corrección siguiente en función de la circunferencia del brazo del paciente.

| ANCHURA DEL MANGUITO           | 12   |      | 15  |     | 18  |     |
|--------------------------------|------|------|-----|-----|-----|-----|
| Factores de corrección         | TAS  | TAD  | TAS | TAD | TAS | TAD |
| Circunferencia del brazo (cm.) | mm   | mm   | mm  | mm  | mm  | mm  |
| 26                             | + 5  | + 3  | + 7 | + 5 | + 9 | + 5 |
| 28                             | + 3  | + 2  | + 5 | + 4 | + 8 | + 4 |
| 30                             | 0    | 0    | + 4 | + 3 | + 7 | + 4 |
| 32                             | – 2  | – 1  | + 3 | + 2 | + 6 | + 4 |
| 34                             | – 4  | – 3  | + 2 | + 1 | + 5 | + 3 |
| 36                             | – 6  | – 4  | 0   | + 1 | + 5 | + 3 |
| 38                             | – 8  | – 6  | – 1 | 0   | + 4 | + 2 |
| 40                             | – 10 | – 7  | – 2 | – 1 | + 3 | + 1 |
| 42                             | – 12 | – 9  | – 4 | – 2 | + 2 | + 1 |
| 44                             | – 14 | – 10 | – 5 | – 3 | + 1 | 0   |
| 46                             | – 16 | – 11 | – 6 | – 3 | 0   | 0   |
| 48                             | – 18 | – 13 | – 7 | – 4 | – 1 | – 1 |
| 50                             | – 21 | – 14 | – 9 | – 5 | – 1 | – 1 |

## ANEXO. III. DIETAS. Casos Especiales.

- 1.- Dislipemia mixta + HTA Sin Sobrepeso
- 2.- Dislipemia mixta + HTA + Sobrepeso
- 3.- Hipercolesterolemia + HTA + Sobrepeso
- 4.- Hipercolesterolemia + HTA Sin Sobrepeso
- 5.- Hipertrigliceridemia + HTA + Sobrepeso

**¡Error!No se encuentran elementos de tabla de ilustraciones.**

## INDICE

Accidente cerebro vascular

(ACVA) 3,17

Acido úrico 16,21,33,34

>Control 34

>Solicitud 21

Acebutolol 35

Aceitunas 27

Acovil,Carasel.

Ramipril 33

ACTH 7

Actuación terapéutica

Anciano 38

Adalat

Nifedipina 33

Admon

Nimodipino 33

Adrenergicos 36

AINE 7,18,34

Alcohol 5,14,15,25,26,49

Aldomet 36,39

Alfa Metil DOPA 36

Alfa-1 inhibidores 40

Alfa metil DOPA 36,39

Alimentación

C.Enfermería 14

Alopecia 35

Alopresil

Alopresil 33

Alterac.de la visión 20

Ameride 18,34,40

Amilor.+ Hidrclorotzd 34

Amiloride 18,34,40

Amlodipino 33

ANA (+) 36

Analítica 16,21

Anómala 49

Anamnesis 16,17

Recogida 17

Anciano 31,37

Anemia 1<sup>a</sup>

Detección 21

Anemia hemolít.autoimmune 36

Aneurisma aórtico abdominal >36,38

>Exploración 20

>Emergencia hipert. 55

Angina de esfuerzo 33,35

Angor 17,20,38

Angor inestable 55

Emerg.hipert. 55

Ansiedad 35,39

Antagonistas del Calcio

>29,32,33,39

>Efectos 2º 32,33

>Insuf. cardíaca 39

Antecedentes personales fa-mil.15

Anticonc.hormonales

5,7,18,25.

Anamnesis 18

Antidepr.tricicl. 7

Anamnesis 18

Arritmias 35

Arteolol

Carteolol 35

ASMA 31,35,41

Asociaciones Medicament. 30

Astenia

Feocromocitoma 19

Atenolol 35

Auscultación 16

Automedicación 26



Baypresol

Nitrendipino 33

Benazepril 33

Beta-Bloqueantes 21,29,35,39

>ECG 21

>Efect.2º 32

>Insuf.Cardiac.39

>Ritmo 39

Bicarbonato sódico 7,18

Bisoprolol 35

Blocotin

Penbutolol 35

Blokium

Atenolol 35

Bloqueantes  $\alpha$ -1

Insufic.card. 39

Bloque A-V 33,35,39

Broncoespasmo 35

Bumetamida 34

Calambres 35

Hiperaldost.1º 19

Capoten

Captopril 33

Captación 12

Captopril 33

Urg.hipertens. 41

Carasel 25,33

Ramipril 33

Cardem

Celiprolol 35

Cardíacas 10,11

complicación 11

Cardiodepresión 33

Cardiopatía Isquémica 31, 35, 36

>como complicación 17

Carduran

Doxazosina 36

Carteolol 35

Cartera de Servicios 16

Carvedilol 35

Cefalea 20,33,36

>Coartación aorta 19

>Efecto 2º 32

>Intensa:Feocromoc.19

>Síntomas–Signos 20

Celiprolol 35

Cerebrales

complicación 11

Cesplon

Captopril 33

Chorizo 27

Cibacen

Benazepril 33

Cilazapril 33

Clasificación 6, 7

Claudicación Intermitente

>Coartación aorta 19

>Síntomas–signos 20

Clonidina 39

Clortalidona 34

Coartación aorta 8,19

HTA 2ª 19

Coito

Variabil.Tens. 9

Colesterol 15, 16

Control 34

Combs (+) 36

Completar la Hª Clínica

Valorac.diagnost. 18

Complicaciones 11

Complicada

>Historia Natural de la

>HTA 10

Conn 19

Consecuen. en salud 10

Consulta de Enfermería 14,15, 47,49,52,60,61

Contenido en Captación 14

>Funciones 15

>Seguim.tras control 52

Consulta Médica 46,47,50,60.

Deriv.de la c.enferm. 13

>Programada

>Seguimiento tras con-trol 53

Control de cifras de TA 46

Cordilan

Nifedipina 33

Corgard

Nadolol 35

Coropres

Carvedilol 35

Corticoides 25

>Anamnesis 18

>Fact.condicion. 5

Coversyl

Perindopril 33

Creatinina 7,16,42

Crinoren

Enalapril 33

Crisis hipertensivas

Feocromocitoma 19

Crisis isquémica transitoria

Síntomas–signos 20

Criterios de Derivacion 54

Aparición de sínt.

de descomp.clínica 54

De consulta Médica

Nivel espec. 54.

De consulta Médica

al HOSPITAL 55

De consulta de enferme-ría

a cons.Mé-di-ca 54

A trabajo social 54

Por Presencia de efectos

se-cundarios 54

Según CIFRAS TA 54

Curva en J 37

Cushing 8

HTA 2ª 19

De consulta de enfermeríaa >consulta Médica

>Criter.de derivación 54

Debilidad muscular

S.Cushing 19

Definición 6

Depresión 31, 36

particularidades 39

Derrames pleurales 36

Derrames pericardicos 36

Despistaje 13

>Codificación 6

>Grup según TAS/TAD 13

Diabetes Mellitus

>5,17,18-, 25,31,34,35,40

>Anamnesis 18

>Antecedentes 17

>como complicación 17

>Factor condicionante 5

>particularidades 40

Diagnóstico de HTA 15,23

Diarrea

Hipertiroidismo 19

Dieta 14,15,26,65 y

siguien-tes.

Hábitos 49

Dietas Especiales

65 y Siguietes

Dihidropiridinas

Antag.del calcio 33

Dilabar

Captopril 33

Dilcor

Nifedipina 33

Diltiacem 33

Dinisor

Diltiazem 33

Diondel

Metolazona 34

Dirigida

Captación 12

Disgeusia 33

Dislipemia 18,25,31

>Anamnesis 1

>Factor condicion. 5

Disminución de fuerza

Síntomas–signos 20

Disnea

>Efecto 2º 32

>Sintomas–signos 20

Ditensor

Enalapril 33

Diureticos 29,32,34,39

>Ahorrad.de Potasio 34,40

e IECA 34

>Diureticos de Asa 34

e Insufic.cardíaca 39

Diuréticos tiazidicos 40

Diurex

Xipamida 34

Dolor

Variabilidad tensional 9

Doppler 22

Doxazosin 36,40

ECG 7, 16

Solicitud e Interpret.21

Eclampsia

Emerg. hiperten.55

Ecografía

>Nefropatía interst.19

>Vasculo–renal 19

>Abdominal 22

Edad 9

Marcad.de riesgo 6

Edema 19,20,32,33

>Efecto 2º 32

>Angioneurotico 33

>Glomerulonefr.19

>Síntomas–signos 20

Educación para la salud 2,16

Objetivos 2

Efectos secundarios 11,32

Ejercicio físico 26

>C.Enfermería 14

>Variab.tensional 9

Embarazo 8,31,33

>Antecedentes 17

>Particularidades 42

Embutidos 27

Emconcor

Bisoprolol 35



Emergencia hipertensiva 55

>Aneurisma disecante de

>ao-rta 55

>Angor inestable 55

>Eclampsia 55

>Encefalopatía

>hipertensi-va 55

>Hemorragia intracr. 55

>Inf.ag.de miocardio 55

>IVI + ed.agud.pulm. 55

Emociones

Variabil.tensional 9

Enalapril 33

Encefalopatía hiperten. 7, 38

Emerg. hipertensiva 55

Endocrina 8

Enfermedad Cardiovascular 18

Enfermedad coronaria 38,46

Anciano 38

Enfermedad endocrinológica

Anamnesis 18

Enfermedad renal 18,40

Enfermedad vascular cerebral

particularidades 39

Enfermedad vascular

>Periferica 31,39

>particularidades 39

Enfermedad Paget ósea 8

Enfermedad Raynaud 35

Enfermedad Renal

Anamnesis 18

Enfriam.partes acras

Efecto 2º 32

Enrojecim.cutáneo 33

EPOC 35

Erupción 36

Espiro lactona 40

Estenosis renal 31,33

Estrateg.de tratamiento

Trat.inic.de HTA 44

Estreñimiento 33, 36

Estrías violáceas

>S.Cushing 19

>Exploración 20

Euradal

Bisoprolol 35

Evaluac.de la calidad 56

>Cartera de Serv. 58

>Cronograma evaluación

>Ob-jetivos 59

>Estructura 56

>Evaluación Objetiv.del

>Pr-ograma 57

>Proceso 56

>Resultados 57

Exploración física 16,20,21

Complementarias 21

Extremidades frías

Síntomas–signos 20

Factores Condicion. 5

Factores de riesgo 25

Factores condicionan. 5

Factores de Riesgo Cardio >Vascular.(F.R.C.V.)

>5,22-,25,43

>Valoración 22

Falta o descenso de pulsos >perifericos

>Vasculo–renal 19

Fármacos 24,25,29

Fármacos Vasodilatad. 36

Fatiga 35, 36

Felodipina 33

Feocromocitoma 8,19,36

HTA 2ª 19

Ficha de edad sexo 15

Fístula y ductus arterioveno-so 8

Flushing 33

Fondo de ojo 23

Fordiuran

Bumetanida 34

Fosilopril 33

Fumadores y Propranolol

Betabloqueantes 35

Furosemida 42,34

Gabonal

Captopril 33

Galletas dulces 27

Galletas saladas 27

Ginecomastia 34

Glomerulonefritis 8,19

HTA 2ª 19

Glucemia 16

>S.Cushing 19

>Solicitud 21

>Controles 34

Glucosuria

Detección 21

GOT/GGT/GPT

Bioquímica 21

Gota 31

>Anamnesis 18

>Efecto 2º 32

H.V.I. Ver Hipertrofia Ven-tricular.Izqda

Hábitos 15

Consulta enfermería 49

Hamburguesas 27

HDL-colesterol 40

Hematocrito 21

Hematuria 17,19,20,21

>Detección 21

>Glomerulonefritis 19

>Síntomas-signos 20

>Antecedentes 17

Hemoglobina 21

Hemograma 16, 21

Hemorragia cerebral 7

Hemorragia intracraneal

>Emerg.hipertensiva 55

>Complicación 11

Hepatopatía 36

Herencia

Marcador de riesgo 6

Hidralazina 36

Hidrapres

Hidralazina 36

Hidroclorotiazida 34

Hidronefrosis 8

Hidrosaluteril

Hidroclorotiaz.34

Higrotona

Clortalidona 34

Hiper K + 33,34

Hipertiroidismo

HTA 2ª 19

HiperTrigliceridemia

Beta-bloqueant 35

Hiperaldosteronismo 1º 8,19

HTA 2ª 19

Hipercalemia 33,34

Hiperglucemia 35

Hiperlipemia 33,35,36,40

particular.40

Hipertensión 35

Hipertensión NO Complicada

Hª Natural HTA 10

Hipertenso en TTO HD y Farma-cológ.48

Hipertenso en TTO

>Hi-gién.Die-tético

>Seguim.Inicial 46

Hipertriosis 36

Hipertrofia Ventricular

>Iz-quierda 7,21,33

>Particularid. 39

>ECG 21

>Clasificación 7

Hiperuricemia 34

Hipo K+ 34

Intoxic.digitálica 34

Hipoglucemias

Enmascaramiento 35

Hipotensión 33, 36

Hipotens. postural 19,20,36

>Feocromocitoma 19

>Efecto 2º 32

Historia clínica 15

Hoja Informat.al paciente 62

HTA 17

>Mortal.–Tabla 3

>Codificación 6

HTA "de la bata blanca" 42

HTA 2ª

Síntom.y signos 19

HTA acelerada

Urgen.hiperten.55

HTA CON reperc.orgánica

HTA crónica 42

HTA en Tto con medidas HD

Seguim.tras control 50

HTA en Tto HD +Farmacológico

Seguim.tras control 50

HTA Esencial o Primaria 7

HTA LIGERA + F.R.C.V. 47

HTA ligera complicada 43

HTA LIGERA SIN F.R.C.V.

En Tto H-D 46

HTA Maligna

Urgencia hipertens. 55

HTA malignizada

HTA Vasculorenal 19

HTA moderada y severa 43

HTA Secundaria 7

HTA SIN reperc.orgánica

Codificación 6

HTA Sistólica 8,43,47

Hipertiroidismo 19

HTA tardía transitoria o ges-tacional 42

I.A.M.

Mortalidad-Tabla 3

I.E.C.A. 29, 39

>Fármacos 33

>Insuficiencia

>cardíaca 39

I.M.C.

Consulta de enferm.49

I.Q.(I.M.C.)

C.Enfermería 15,49

IAM

ECG 21

IECA 34



Efectos 2º 32

Impotencia 35, 36

Efecto 2º 32

Incontinencia urinaria 36

Indapamida 34

Indicaciones del Tratamiento Farmacológico 43

Infarto agudo de miocardio 3,17,21,55

Emerg. hipertensiva 55

Infecciones urinarias 17,19

como antecedentes 17

Codificación 6

Inhibace

Cilizapril 33

Inhibidores de la E.C.A.

>en-zima.convertidora

>angio-ten-sina

>29,32,33,34

>Fármacos 33

Insuf.Cardíaca 31,33–35

particularidades 39

Insuf.Renal 8,33,34,40

>Crónica 40

>Severa 40

Insuf.Valv. aortica 8

Insuf.Vent.izqda 7,38,55

>Edem.ag.de pulmón 55

>E-mer-g.hipert. 55

>ECG 21

Iones 16

Isquemia coronaria

ECG 21

Isradipina

Vaslan 33

Jamón serr.lomo embuch. 27

Jamón York 27

JUSTIFICACIÓN 1

K +

>Hiperaldosteron.1º 19

>HTA 2ª 19

>S.Cushing 19

>Controles 34

Keith–Wegener.

Clasificación 23

Ketchup 27

Labopal

Benazepril 33

Lacidipino 33

Lacimen

Lacidipino 33

Lacipil

Lacidipino 33

LDL–colesterol 40

Lecibral

Nicardipino 33

Letargia

Efecto 2º 32

Leucocitos

S.Cushing 19

Limitaciones del empleo de fármacos hipotens. 31

Lincil

Nicardipino 33

Lisinopril 33

Listado de problemas

Consulta enfermería 49

Litiasis

Nefropatía interstic.19

Loniten

Minoxidil 36

Lopresor

Metoprolol 35

Manidon

Verapamil 33

Maniobra de Valsalva

Variabilidad tension. 9

Marcadores de riesgo

Factores condicionant 6

Mareo 33

Mariscos 27

Masas 20

>Pulsátiles 20

>Masas renales

>Nefropat.interstic. 19

Masdil

Diltiazem 33

Medidas HD 16

Medidas higienico dieteticas 24,25

Metolazona 34

Metoprolol 35

Migraña 35

Mikelan

Carteolol 35

Minipres

Prazosin 36

Minoxidil 36,42

Morbi-Mortalidad 1

Mortadela 27

Mortalidad 11

>En zona de Salud 3

>Objetivos 2

Motens

Lacidipino 33

Muerte súbita

Anamnesis 18

Multistix

Solicitud 21

Nacor

Enalapril 33

Nadolol 35

Neatenol

Atenolol 35

Nefropatía Intersticial

Anamnesis 19

Neotensil

Enalapril 33

Nerdipina

Nicardipino 33

Nerviosismo

Hipertiroidismo 19

Neurológica 8

Neutropenia 33

Nicardipino 33

Nicturia

>Nefropatía interst. 19

>Síntomas–signos 20

Nifedipina 33,41

Urgen.hipertensiva 41

Nimodipina 33

Nimotop

Nimodipino 33

Nitrendipino 33

No farmacológicas 24

Normas para  
tomar adecuada la TA 63

Normotensos

Despistaje y seguim. 13

Norvas

Amlodipino 33

Obesidad 25, 26

Anamnesis 18

Exploración 20

Factores condicion. 5

Obesidad troncular

S.Cushing 19

Objetivos 2

Oculares complicación 11

Oligomenorrea

S.Cushing 19

Oportunista

captación 12

Ototoxicidad 34

Oxprenolol 35

Pacientes jóvenes

>Coartación de aorta 19

>Palidez

>Glomerulonefr. 19

Palpitaciones 36

>Feocromocitoma 19

>Hipertiroidismo 19

>Síntomas–signos 20

Pan 27

Panceta 27

Parestesias

Hiperaldosteron.1º 19

Patatas fritas 27

Patés 27

Patología Cardíaca

Particularidades 38

Perbilen

Piretanida 34

Pérdida de peso

>Feocromocitoma 19

>Hipertiroidismo 19

Perindopril 33

Pesadillas 35

Pescados 27

Peso 14

Peticion de Analítica

Consulta de enferm. 14

Pielonefritis 8

Piretanida 34

Pleudil

Felodipina 33

Población Diana 12

Policitemia

S.Cushing 19

Poliquistosis renal 8

Anamnesis 18

Poliuria

>Hiperaldosteron.1º 19

>Nefropatía interst. 19

>Síntomas–signos 20

Potasio 19,28,33,34

Factores condic. 5

Pozo auscultatorio 37

Prazosin 36,40

Preeclampsia 42

Prevalencia 1

Zona Iscar 4

Prinivil

Lisinopril 33

Productores de renina 8

Propanolol 35

Proteinuria 7, 33

Detección 21

Glomerulonefritis 19

Pseudo HTA 37

Pseudotolerancia 36

Pulmonar



auscultación 20

Pulso 14,19

Disminud. o ausentes femo-ral

Coartación aorta 19

Palpación 20

Quesos 27

R.X.Abd

Vasculo–renal 19

Ramipril 33

Rash 33

Raynaud 35

Reca

Enalapril 33

Refractaria

Particularidades 42

Regaliz 7

Anamnesis 18

Renal 8,10,11

>complicación 11

>Evolución en fases 10

Renitec

Enalapril 33

Retención hidrosalina 36

Retinianos 7,10,23

Rigidez aortica 8

Ritmo

Trastornos 39

Rubor facial

Efecto 2º 32

Sal

Consumo y prevalencia 5

Salchichón 27

Salus–Gunn

Signo 23

Sectral

Acebutolol 35

Sedación 36

Sedentarismo 14, 25

Factores condic. 5

Sedimento

Glomerulonefritis 19

Seguimiento del paciente  
con-trolado 15

Seguimiento Inicial 46

Seguimiento tras control 50

Consulta de enferm. 52

Consulta medica progr.53

Según cifras de TAD 48

Según cifras de TAS 49

Seguril

Furosemida 34

Seloken

Metoprolol 35

Sensibilidad en miembros

Síntomas–signos 20

Sequedad de boca 36

Sexo

Marcador de riesgo 6

Simpaticomiméticos 7

Síncope de la 1ª dosis 36

Síndrome tipo lupus 36

Sistemático 21

Sistólica Aislada

particularidades 41

Sobrepeso 25, 26

Factores condicion. 5

Sodio 15, 25, 27

Factores condicion. 5

Sodio y Potasio

Solicitud 21

Sofocos

Hipertiroidismo 19

Solgel

Nadolol 35

Somnolencia 36

Soplo 19,20

Vasculo–renal 19

Carotídeo 20

Sprays nasales 7

Stress 14, 25

Factor condicionante 5

Sudoración

Feocromocitoma 19

Hipertiroidismo 19

Sueño

Variab.tensional 9

Sumial retard

Propranolol 35

Syscor

Nisoldipina 33

T3 T4 TSH

Hipertiroidismo 19

Tabaco 14, 15, 26

Hábitos 49

Tabaquismo

Antecedentes 17

Talla 14

Taquicardia 33, 35, 36

Tasa de mortalidad

Iscar 4

Tenormin

Atenolol 35

Tenso Stop

Fosinopril 33

Tertensif

Indapamida 34

Tiazida 42

Tiazídicos 34

Tiroides 8,19,20

>Palpación 20

>Hipertiroidismo 19

>Tirotoxicosis 8

Tos 33

Efecto 2º 32

Trasicor retard

Oxprenolol 35

Trastornos del Ritmo

particularidades 39

Tratamiento 24

Escalonado 29

Indicaciones 43

TRATAMIENTO DE LA HTA EN

>SITUACIONES ESPECIALES

>Anciano 37

>Ansiedad 37

>Asma y EPOC 37

>Depresión 37

>Diabetes mellitus 37

>Enfermedad renal 37

>Enfermedad vascular 37

>Hiperlipemia 37

>Patología cardíaca 37

>Refractaria 37

>Sistólica aislada 37

>Urgencia Hipertens. 37

Tratamiento no farmacológ. 25

Traumatismo lumbar

Anamnesis 18

HTA 2ª 19

Triamterene 39,40

Triamterene + Altiazida 34

Triglicéridos 16

Triniagar

Triamter. + Altiazida 34

Trombosis

Complicación 11

Tuberculosis renal 8

Urgencia hipertensiva 55

>HTA acelerada 55

>HTA Maligna 55

>Particularidades 41

Urgencia o Emergencia >Hiper-tensiva

>Consulta enfermería 13

VALORACION 49

Diagnostica 18

Variabilidad tensional 8

Vasculares

Complicación 11

Vasculitis 8

Vasculo–renal

HTA 2ª 19

Vasculopatía 33

Vasculopatía periférica 35

Vasodilatadores 39

Insufic.cardíaca 39

VCM

Hemograma 21

Vegetales enlatados 27

Verapamil 33

>Insufic.cardíaca 39

>Ritmo 39

Vértigos

Síntomas–signos 20

Visión borrosa 35

Xipamida 34

Yatrogenas 7

Zestril

Lisinopril 33

Accidente cerebro vascular

(ACVA) 3,17

Acido úrico 16,21,33,34

>Control 34

>Solicitud 21

Acebutolol 35

Aceitunas 27

Acovil,Carasel.

Ramipril 33

ACTH 7

Actuación terapéutica

Anciano 38

Adalat

Nifedipina 33

Admon

Nimodipino 33

Adrenergicos 36

AINE 7,18,34

Alcohol 5,14,15,25,26,49

Aldomet 36,39

Alfa Metil DOPA 36

Alfa-1 inhibidores 40

Alfa metil DOPA 36,39

Alimentación

C.Enfermería 14

Alopecia 35

Alopresil

Alopresil 33



Alterac.de la visión 20

Ameride 18,34,40

Amilor.+ Hidrclorotzd 34

Amiloride 18,34,40

Amlodipino 33

ANA (+) 36

Analítica 16,21

Anómala 49

Anamnesis 16,17

Recogida 17

Anciano 31,37

Anemia 1<sup>a</sup>

Detección 21

Anemia hemolít.autoinmune 36

Aneurisma aórtico abdominal >36,38

>Exploración 20

>Emergencia hipert. 55

Angina de esfuerzo 33,35

Angor 17,20,38

Angor inestable 55

Emerg.hipert. 55

Ansiedad 35,39

Antagonistas del Calcio

>29,32,33,39

>Efectos 2º 32,33

>Insuf. cardíaca 39

Antecedentes personales fa-mil.15

Anticonc.hormonales

5,7,18,25.

Anamnesis 18

Antidepr.tricícl. 7

Anamnesis 18

Arritmias 35

Arteolol

Carteolol 35

ASMA 31,35,41

Asociaciones Medicament. 30

Astenia

Feocromocitoma 19

Atenolol 35

Auscultación 16

Automedicación 26

Baypresol

Nitrendipino 33

Benazepril 33

Beta-Bloqueantes 21,29,35,39

>ECG 21

>Efect.2º 32

>Insuf.Cardiac.39

>Ritmo 39

Bicarbonato sódico 7,18

Bisoprolol 35

Blocotin

Penbutolol 35

Blokium

Atenolol 35

Bloqueantes  $\alpha$ -1

Insufic.card. 39

Bloque A-V 33,35,39

Broncoespasmo 35

Bumetamida 34

Calambres 35

Hiperaldost.1º 19

Capoten

Captopril 33

Captación 12

Captopril 33

Urg.hipertens. 41

Carasel 25,33

Ramipril 33

Cardem

Celiprolol 35

Cardíacas 10,11

complicación 11

Cardiodepresión 33

Cardiopatía Isquémica 31, >35, 36

>como complicación 17

Carduran

Doxazosina 36

Carteolol 35

Cartera de Servicios 16

Carvedilol 35

Cefalea 20,33,36

>Coartación aorta 19

>Efecto 2º 32

>Intensa:Feocromoc.19

>Síntomas–Signos 20

Celiprolol 35

Cerebrales

complicación 11

Cesplon

Captopril 33

Chorizo 27

Cibacen

Benazepril 33

Cilazapril 33

Clasificación 6, 7

Claudicación Intermitente

>Coartación aorta 19

>Síntomas–signos 20

Clonidina 39

Clortalidona 34

Coartación aorta 8,19

HTA 2ª 19

Coito

Variabil.Tens. 9

Colesterol 15, 16

Control 34

Commbs (+) 36

Completar la Hª Clínica

Valorac.diagnost. 18

Complicaciones 11

Complicada

>Historia Natural de la

>HTA 10

Conn 19

Consecuen. en salud 10

Consulta de Enfermería 14,15, 47,49,52,60,61

Contenido en Captación 14

>Funciones 15

>Seguim.tras control 52

Consulta Médica 46,47,50,60.

Deriv.de la c.enferm. 13

>Programada

>Seguimiento tras

>con-trol 53

Control de cifras de TA 46

Cordilan

Nifedipina 33

Corgard

Nadolol 35

Coropres

Carvedilol 35

Corticoides 25

>Anamnesis 18

>Fact.condicion. 5

Coversyl

Perindopril 33

Creatinina 7,16,42

Crinoren

Enalapril 33

Crisis hipertensivas

Feocromocitoma 19

Crisis isquémica transitoria

Síntomas–signos 20

Criterios de Derivac. 54

> Aparición de sínt.

>de descomp.clínica 54

> De consulta Médica a >Nivel espec. 54.

> De consulta Médica

>al HOSPITAL 55

> De consulta de

>enferme-ría ®® a

>cons.Mé-di-ca 54

> A trabasocial 54

> Presencia de efectos

>se-cundarios 54

> Según CIFRAS TA 54

Curva en J 37

Cushing 8

HTA 2ª 19

De consulta de enfermería ® a >consulta Médica

>Criter.de derivación 54

Debilidad muscular

S.Cushing 19

Definición 6

Depresión 31, 36

particularidades 39

Derrames pleurales 36

Derrames pericardicos 36

Despistaje 13

>Codificación 6

>Grup según TAS/TAD 13

Diabetes Mellitus

>5,17,18-, 25,31,34,35,40

>Anamnesis 18

>Antecedentes 17

>como complicación 17

>Factor condicionante 5

>particularidades 40

Diagnóstico de HTA 15,23

Diarrea

Hipertiroidismo 19

Dieta 14,15,26,65 y

siguién-tes.

Hábitos 49

Dietas Especiales

65 y Siguiénte

Dihidropiridinas

Antag.del calcio 33

Dilabar

Captopril 33

Dilcor

Nifedipina 33

Diltiacem 33

Dinisor

Diltiazem 33

Diondel

Metolazona 34

Dirigida

Captación 12

Disgeusia 33

Dislipemia 18,25,31

>Anamnesis 1

>Factor condicion. 5

Disminución de fuerza

Síntomas–signos 20

Disnea



>Efecto 2º 32

>Síntomas–signos 20

Ditensor

Enalapril 33

Diuréticos 29,32,34,39

>Ahorrad.de Potasio

>34,40

>IECA 34

>Diuréticos de Asa 34

>Insufic.cardíaca 39

Diuréticos tiazídicos 40

Diurex

Xipamida 34

Dolor

Variabilidad tensional 9

Doppler 22

Doxazosin 36,40

ECG 7, 16

Solic.Interpret.21

Eclampsia

Emerg. hiperten.55

Ecografía

>Nefropatía interst.19

>Vasculo–renal 19

>Abdominal 22

Edad 9

Marcad.de riesgo 6

Edema 19,20,32,33

>Efecto 2º 32

>Angioneurotico 33

>Glomerulonefr.19

>Síntomas–signos 20

Educación para la salud 2,16

Objetivos 2

Efectos secundarios 11,32

Ejercicio 26

>C.Enfermería 14

>Físico 26

>Variab.tensional 9

Embarazo 8,31,33

>Antecedentes 17

>Particularidades 42

Embutidos 27

Emconcor

Bisoprolol 35

Emergencia hipertensiva 55

>Aneurisma disecante de

>ao-rta 55

>Angor inestable 55

>Eclampsia 55

>Encefalopatía

>hipertensi-va 55

>Hemorragia intracr. 55

>Inf.ag.de miocardio 55

>IVI + ed.agud.pulm. 55

Emociones

Variabil.tensional 9

Enalapril 33

Encefalopatía hiperten. 7, 38

Emerg. hipertensiva 55

Endocrina 8

Enfermedad Cardiovascular 18

Enfermedad coronaria 38,46

Anciano 38

Enfermedad endocrinológica

Anamnesis 18

Enfermedad renal 18,40

Enfermedad vascular cerebral

particularidades 39

Enfermedad vascular

>Periferica 31,39

>particularidades 39

Enfermedad Paget ósea 8

Enfermedad Raynaud 35

Enfermedad Renal

Anamnesis 18

Enfriam.partes acras

Efecto 2º 32

Enrojecim.cutáneo 33

EPOC 35

Erupción 36

Espiro lactona 40

Estenosis renal 31,33

Estrateg.de tratamiento

Trat.inic.de HTA 44

Estreñimiento 33, 36

Estrías violáceas

>S.Cushing 19

>Exploración 20

Euradal

Bisoprolol 35

Evaluac.de la calidad 56

>Cartera de Serv. 58

>Cronograma evaluación

>Ob-jetivos 59

>Estructura 56

>Evaluación Objetiv.del

>Pr-ograma 57

>Proceso 56

>Resultados 57

Exploración física 16,20,21

Complementarias 21

Extremidades frías

Síntomas–signos 20

Factores Condicion. 5

Factores de riesgo 25

Factores condicionan. 5

Factores de Riesgo Cardio >Vascular.(F.R.C.V.)

>5,22-,25,43

>Valoración 22

Falta o descenso de pulsos >perifericos

>Vasculo–renal 19

Fármacos 24,25,29

Fármacos Vasodilatad. 36

Fatiga 35, 36

Felodipina 33

Feocromocitoma 8,19,36

HTA 2ª 19

Ficha de edad sexo 15

Fístula y ductus arterioveno-so 8

Flushing 33

Fondo de ojo 23

Fordiuran

Bumetanida 34

Fosilopril 33

Fumadores y Propranolol

Betabloqueantes 35

Furosemida 42,34

Gabonal

Captopril 33

Galletas dulces 27

Galletas saladas 27

Ginecomastia 34

Glomerulonefritis 8,19

HTA 2ª 19

Glucemia 16

>S.Cushing 19

>Solicitud 21

>Controles 34

Glucosuria

Detección 21

GOT/GGT/GPT

Bioquímica 21

Gota 31

>Anamnesis 18

>Efecto 2º 32

H.V.I. Ver Hipertrofia Ven-tricular.Izqda

Hábitos 15

Consulta enfermería 49

Hamburguesas 27

HDL-colesterol 40

Hematocrito 21

Hematuria 17,19,20,21

>Detección 21

>Glomerulonefritis 19

>Síntomas-signos 20

>Antecedentes 17

Hemoglobina 21

Hemograma 16, 21

Hemorragia cerebral 7

Hemorragia intracraneal

>Emerg.hipertensiva 55

>Complicación 11

Hepatopatía 36

Herencia

Marcador de riesgo 6

Hidralazina 36

Hidrapres

Hidralazina 36

Hidroclorotiazida 34

Hidronefrosis 8

Hidrosaluteril

Hidroclorotiaz.34

Higrotona

Clortalidona 34

Hiper K + 33,34

Hipertiroidismo

HTA 2ª 19

HiperTrigliceridemia

Beta-bloqueant 35

Hiperaldosteronismo 1º 8,19

HTA 2ª 19

Hipercalcemia 33,34

Hiperglucemia 35

Hiperlipemia 33,35,36,40

particular.40

Hipertensión 35

Hipertensión NO Complicada

Hª Natural HTA 10

Hipertenso en TTO HD y Farma-cológ.48

Hipertenso en TTO

>Hi-gién.Die-tético

>Seguim.Inicial 46

Hipertriosis 36

Hipertrofia Ventricular

>Iz-quierda 7,21,33

>Particularid. 39

>ECG 21

>Clasificación 7

Hiperuricemia 34

Hipo K+ 34

Intoxic.digitálica 34

Hipoglucemias

Enmascaramiento 35

Hipotensión 33, 36

Hipotens. postural 19,20,36

>Feocromocitoma 19

>Efecto 2º 32



Historia clínica 15

Hoja Informat.al paciente 62

HTA 17

>Mortal.-Tabla 3

>Codificación 6

HTA "de la bata blanca" 42

HTA 2ª

Síntom.y signos 19

HTA acelerada

Urgen.hiperten.55

HTA CON reperc.orgánica

HTA crónica 42

HTA en Tto con medidas HD

Seguim.tras control 50

HTA en Tto HD +Farmacológico

Seguim.tras control 50

HTA Esencial o Primaria 7

HTA LIGERA + F.R.C.V. 47

HTA ligera complicada 43

HTA LIGERA SIN F.R.C.V.

En Tto H-D 46

HTA Maligna

Urgencia hipertens. 55

HTA malignizada

HTA Vasculorenal 19

HTA moderada y severa 43

HTA Secundaria 7

HTA SIN reperc.orgánica

Codificación 6

HTA Sistólica 8,43,47

Hipertiroidismo 19

HTA tardía transitoria o ges-tacional 42

I.A.M.

Mortalidad-Tabla 3

I.E.C.A. 29, 39

>Fármacos 33

>Insuficiencia

>cardíaca 39

I.M.C.

Consulta de enferm.49

I.Q.

Consulta enfermería 49

I.Q.(I.M.C.)

C.Enfermeria 15

IAM

ECG 21

IECA 34

Efectos 2º 32

Impotencia 35, 36

Efecto 2º 32

Incontinencia urinaria 36

Indapamida 34

Indicaciones del Tratamiento Farmacológico 43

Infarto agudo de miocardio 3,17,21,55

Emerg. hipertensiva 55

Infecciones urinarias 17,19

como antecedentes 17

Codificación 6

Inhibace

Cilizapril 33

Inhibidores de la E.C.A.

>en-zima.convertidora

>angio-ten-sina

>29,32,33,34

>Fármacos 33

Insuf.Cardíaca 31,33–35

particularidades 39

Insuf.Renal 8,33,34,40

>Crónica 40

>Severa 40

Insuf.Valv. aortica 8

Insuf.Vent.izqda 7,38,55

>Edem.ag.de pulmón 55

>E-mer-g.hipert. 55

>ECG 21

Iones 16

Isquemia coronaria

ECG 21

Isradipina

Vaslan 33

Jamón serr.lomo embuch. 27

Jamón York 27

JUSTIFICACIÓN 1

K +

>Hiperaldosteron.1º 19

>HTA 2ª 19

>S.Cushing 19

>Controles 34

Keith–Wegener.

Clasificación 23

Ketchup 27

Labopal

Benazepril 33

Lacidipino 33

Lacimen

Lacidipino 33

Lacipil

Lacidipino 33

LDL–colesterol 40

Lecibral

Nicardipino 33

Letargia

Efecto 2º 32

Leucocitos

S.Cushing 19

Limitaciones del empleo de fármacos hipotens. 31

Lincil

Nicardipino 33

Lisinopril 33

Listado de problemas

Consulta enfermería 49

Litiasis

Nefropatía interstic.19

Loniten

Minoxidil 36

Lopresor

Metoprolol 35

Manidon

Verapamil 33

Maniobra de Valsalva

Variabilidad tension. 9

Marcadores de riesgo

Factores condicionant 6

Mareo 33

Mariscos 27

Masas 20

>Pulsátiles 20

>Masas renales

>Nefropat.interstic. 19

Masdil

Diltiazem 33

Medidas HD 16

Medidas higienico dieteticas 24,25

Metolazona 34

Metoprolol 35

Migraña 35

Mikelan

Carteolol 35

Minipres

Prazosin 36

Minoxidil 36,42

Morbi-Mortalidad 1

Mortadela 27

Mortalidad 11

>En zona de Salud 3

>Objetivos 2

Motens

Lacidipino 33

Muerte súbita

Anamnesis 18

Multistix

Solicitud 21

Nacor

Enalapril 33

Nadolol 35

Neatenol

Atenolol 35

Nefropatía Intersticial

Anamnesis 19

Neotensil

Enalapril 33

Nerdipina

Nicardipino 33

Nerviosismo

Hipertiroidismo 19

Neurológica 8

Neutropenia 33

Nicardipino 33

Nicturia

>Nefropatía interst. 19

>Síntomas–signos 20

Nifedipina 33,41

Urgen.hipertensiva 41

Nimodipina 33

Nimotop

Nimodipino 33

Nitrendipino 33

No farmacológicas 24

Normas para

tomar adecuada- la TA 63

Normotensos

Despistaje y seguim. 13

Norvas

Amlodipino 33

Obesidad 25, 26

Anamnesis 18

Exploración 20

Factores condicion. 5

Obesidad troncular

S.Cushing 19

Objetivos 2

Oculares complicación 11

Oligomenorrea

S.Cushing 19

Oportunista

captación 12

Ototoxicidad 34

Oxprenolol 35

Pacientes jóvenes

>Coartación de aorta 19

>Palidez

>Glomerulonefr. 19

Palpitaciones 36

>Feocromocitoma 19

>Hipertiroidismo 19

>Síntomas–signos 20

Pan 27

Panceta 27



Parestesias

Hiperaldosteron.1º 19

Patatas fritas 27

Patés 27

Patología Cardíaca

Particularidades 38

Perbilen

Piretanida 34

Pérdida de peso

>Feocromocitoma 19

>Hipertiroidismo 19

Perindopril 33

Pesadillas 35

Pescados 27

Peso 14

Peticion de Analítica

Consulta de enferm. 14

Pielonefritis 8

Piretanida 34

Pleudil

Felodipina 33

Población Diana 12

Policitemia

S.Cushing 19

Poliquistosis renal 8

Anamnesis 18

Poliuria

>Hiperaldosteron.1º 19

>Nefropatía interst. 19

>Síntomas–signos 20

Potasio 19,28,33,34

Factores condic. 5

Pozo auscultatorio 37

Prazosin 36,40

Preeclampsia 42

Prevalencia 1

Zona Iscar 4

Prinivil

Lisinopril 33

Productores de renina 8

Propanolol 35

Proteinuria 7, 33

Detección 21

Glomerulonefritis 19

Pseudo HTA 37

Pseudotolerancia 36

Pulmonar

auscultación 20

Pulso 14,19

Disminud. o ausentes femo-ral

Coartación aorta 19

Palpación 20

Quesos 27

R.X.Abd

Vasculo–renal 19

Ramipril 33

Rash 33

Raynaud 35

Reca

Enalapril 33

Refractaria

Particularidades 42

Regaliz 7

Anamnesis 18

Renal 8,10,11

>complicación 11

>Evolución en fases 10

Renitec

Enalapril 33

Retención hidrosalina 36

Retinianos 7,10,23

Rigidez aortica 8

Ritmo

Trastornos 39

Rubor facial

Efecto 2º 32

Sal

Consumo y prevalencia 5

Salchichón 27

Salus–Gunn

Signo 23

Sectral

Acebutolol 35

Sedación 36

Sedentarismo 14, 25

Factores condic. 5

Sedimento

Glomerulonefritis 19

Seguimiento del paciente  
con-trolado 15

Seguimiento Inicial 46

Seguimiento tras control 50

Consulta de enferm. 52

Consulta medica progr.53

Según cifras de TAD 48

Según cifras de TAS 49

Seguril

Furosemida 34

Seloken

Metoprolol 35

Sensibilidad en miembros

Síntomas–signos 20

Sequedad de boca 36

Sexo

Marcador de riesgo 6

Simpaticomiméticos 7

Síncope de la 1ª dosis 36

Síndrome tipo lupus 36

Sistemático 21

Sistólica Aislada

particularidades 41

Sobrepeso 25, 26

Factores condicion. 5

Sodio 15, 25, 27

Factores condicion. 5

Sodio y Potasio

Solicitud 21

Sofocos

Hipertiroidismo 19

Solgol

Nadolol 35

Somnolencia 36

Soplo 19,20

Vasculo–renal 19

Carotídeo 20

Sprays nasales 7

Stress 14, 25

Factor condicionante 5

Sudoración

Feocromocitoma 19

Hipertiroidismo 19

Sueño

Variab.tensional 9

Sumial retard

Propranolol 35

Syscor

Nisoldipina 33

T3 T4 TSH

Hipertiroidismo 19

Tabaco 14, 15, 26

Hábitos 49

Tabaquismo

Antecedentes 17

Talla 14

Taquicardia 33, 35, 36

Tasa de mortalidad

Iscar 4

Tenormin

Atenolol 35

Tenso Stop

Fosinopril 33

Tertensif

Indapamida 34

Tiazida 42

Tiazídicos 34

Tiroides 8,19,20

>Palpación 20

>Hipertiroidismo 19

>Tirotoxicosis 8

Tos 33

Efecto 2º 32

Trasicor retard

Oxprenolol 35

Trastornos del Ritmo

particularidades 39

Tratamiento 24

Escalonado 29

Indicaciones 43

TRATAMIENTO DE LA HTA EN

>SITUACIONES ESPECIALES

>Anciano 37

>Ansiedad 37

>Asma y EPOC 37

>Depresión 37

>Diabetes mellitus 37

>Enfermedad renal 37

>Enfermedad vascular 37

>Hiperlipemia 37

>Patología cardíaca 37

>Refractaria 37

>Sistólica aislada 37

>Urgencia Hipertens. 37

Tratamiento no farmacológ. 25

Traumatismo lumbar

Anamnesis 18

HTA 2ª 19

Triamterene 39,40

Triamterene + Altiazida 34

Trigliceridos 16

Triniagar

Triamter. + Altiazida 34

Trombosis

Complicación 11

Tuberculosis renal 8

Urgencia hipertensiva 55

>HTA acelerada 55

>HTA Maligna 55

>Particularidades 41

Urgencia o Emergencia >Hiper-tensiva

>Consulta enfermería 13

VALORACION 49

Diagnostica 18

Variabilidad tensional 8

Vasculares

Complicación 11

Vasculitis 8

Vasculo-renal

HTA 2ª 19



Vasculopatía 33

Vasculopatía periférica 35

Vasodilatadores 39

Insufic.cardíaca 39

VCM

Hemograma 21

Vegetales enlatados 27

Verapamil 33

>Insufic.cardíaca 39

>Ritmo 39

Vértigos

Síntomas–signos 20

Visión borrosa 35

Xipamida 34

Yatrogenas 7

Zestril

Lisinopril 33

Página 27 **Fernando Mondéjar**

Programa de Hipertensión Arterial del Centro de Salud de Iscar (Valladolid)

Programa de Hipertensión Arterial del Centro de Salud de Iscar (Valladolid)