



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE  
MADRID

# PAPEL DEL FARMACÉUTICO EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

**Trabajo Fin de Grado**

Lis Algora Gallardo

51127993-M

Tutora: M<sup>a</sup> Soledad Fernández Alfonso

Febrero 2015

**FACULTAD DE FARMACIA**

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

---

- RESUMEN.....2
- INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES.....3
- OBJETIVOS.....9
- METODOLOGÍA.....9
- RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....10
  - 1. Detección de posibles pacientes hipertensos.
  - 2. Seguimiento de pacientes hipertensos.
- CONCLUSIONES.....18
- BIBLIOGRAFÍA.....19

## RESUMEN

---

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad que afecta a una considerable parte de la población, la cual puede tener repercusiones negativas frente a diversos órganos diana, al igual que a la salud cardiovascular del paciente, ya que es un importante factor de riesgo. Al tratarse de una condición asintomática, no es infrecuente encontrar casos de hipertensión sin diagnosticar o de baja adherencia al tratamiento farmacológico. Es por ello que el farmacéutico tiene un papel crucial contribuyendo al control de esta enfermedad.

El objetivo de este trabajo es analizar el papel del farmacéutico tanto en la detección de casos de hipertensión sin diagnosticar, como en el seguimiento de pacientes ya diagnosticados como hipertensos. Para ello se llevó a cabo una revisión bibliográfica de artículos y guías de actuación farmacéutica. Se concluyó que el farmacéutico, tras la realización de medidas de presión arterial, puede diagnosticar casos de HTA, así como llevar un seguimiento y control de la efectividad del tratamiento farmacológico, también puede detectar posibles problemas y resultados negativos asociados a la medicación y derivar al médico siempre que sea necesario. Además, el farmacéutico puede instaurar un tratamiento no farmacológico cuando lo considere oportuno, mediante la promoción de modificaciones del estilo de vida cotidiano y aportando educación apropiada para mejorar la salud cardiovascular del paciente.

## INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

---

Durante la última mitad del siglo XX, las enfermedades cardiovasculares se han convertido en la primera causa de muerte en todos los países del mundo industrializado. El control de los factores de riesgo cardiovascular y la prevención de la enfermedad cardiovascular requieren la implicación y coordinación de todos los profesionales de salud que asisten al paciente. Los farmacéuticos comunitarios, desde sus oficinas de farmacia, son los profesionales formados más accesibles al paciente, es por ello que se encuentran en una excelente posición para desarrollar una labor decisiva para alcanzar estos propósitos.

Los principales “factores de riesgo cardiovascular” observados en estudios epidemiológicos son la hipertensión arterial, la hiperlipidemia, la intolerancia a la glucosa, el estilo de vida, el tabaco y la predisposición hereditaria. Entre ellos cabe destacar la hipertensión arterial, ya que se estima que presenta una prevalencia considerable en los países desarrollados, afectando a casi el 40% de los adultos y pudiendo atribuírsele el 30% del total de defunciones [1]. Por ello es considerado uno de los mayores problemas de salud pública en la actualidad.

### **Definición de hipertensión arterial. [2]**

La presión arterial (PA) es la fuerza o tensión que ejerce la sangre contra las paredes de sus vasos. Esta fuerza es generada por el corazón en su función de bombeo y puede ser modificada por diversos factores, produciéndose una subida de tensión.

La hipertensión arterial (HTA), clínicamente se define como la elevación persistente de la presión arterial por encima de unos límites considerados como normales.

La HTA puede clasificarse atendiendo a tres criterios: la etiología, las cifras de presión sistólica y diastólica, y la importancia de las lesiones orgánicas. En el 95% de los pacientes hipertensos, la etiología no puede ser identificada, se considera en este caso HTA primaria, mientras que se define como HTA secundaria en aquellos en la que ésta es conocida. Los términos de HTA “ligera”, “moderada” y “grave” refiere a los valores de PA, pero nunca a la gravedad de la situación clínica.

Una de las clasificaciones más utilizadas y reconocidas es la aportada por el Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood

Pressure [1], clasifica la presión arterial para adultos que no tomen antihipertensivos ni sufran enfermedad aguda en las categorías que se muestran en la **Figura 1**.

PRESIÓN ARTERIAL			
Categoría	Sistólica (mmHg)		Diastólica (mmHg)
Óptima	< 120	y	<80
Normal	<130	y	<85
Normal- alta	130-139	ó	85-89
Hipertensión			
Estadio 1	140- 159	ó	90-99
Estadio 2	160-179	ó	100-109
Estadio 3	≥ 180	ó	≥ 110

*Figura 1. Categorías de clasificación de la presión arterial. [1]*

#### **Factores que influyen sobre el nivel medio de la presión arterial. [2]**

1. Edad: La presión arterial tiende a aumentar progresivamente con la edad
2. Sexo: Al comenzar la adolescencia los varones tienden a presentar mayores niveles de PA, posteriormente las diferencias se reducen.
3. Nivel socio-económico
4. Sobrepeso y obesidad: La prevalencia de HPA en individuos obesos es el doble en relación a la encontrada en individuos normopesos. Por otro lado, una reducción en el peso, se acompaña generalmente, de una disminución de la PA, incluso en personas con peso y presión normales.
5. Ingesta de sal. Existe una relación positiva entre ingesta de sodio y PA.
6. Consumo excesivo de alcohol: Su consumo habitual en cantidades superiores a la contenida en dos bebidas habituales al día, produce un aumento de la PA dependiente de la dosis.
7. Sedentarismo también tiene un papel importante en el aumento de la presión arterial y en la hipertensión.
8. Consumo de tabaco

### **Repercusión orgánica de la HTA. [2]**

La HTA tiene una repercusión orgánica que afecta principalmente a: vasos, corazón, cerebro y riñones.

- **Vasos:** La HTA se caracteriza hemodinámicamente por una elevación de la resistencia vascular periférica, con gasto cardíaco normalizado y una vez establecida la HTA, los cambios estructurales cardíacos y vasculares contribuyen al mantenimiento de la misma. Predominantemente afecta al territorio vascular arterial pudiendo llevar a complicaciones como engrosamiento arteriolar, ateroma, aneurismas o hiperplasia fibromuscular.
- **Corazón:** uno de los principales órganos diana de la HTA. Las entidades resultantes de esa repercusión son la cardiopatía isquémica, la hipertrofia ventricular izquierda y la disfunción ventricular.
- **Cerebro:** Una HTA mantenida produce hipertrofia de la capa media de las paredes vasculares y cambios degenerativos en la paredes arteriolas, tales como necrosis fibrinoide, arteriosclerosis hialina y aneurismas. Las consecuencias patológicas cerebrales de la HTA muestran las siguientes manifestaciones: hemorragias cerebral y subaracnoidea, ictus y demencias.
- **Riñón:** La insuficiencia renal está relacionada con la HTA, existiendo diversos indicadores como pueden ser: hiperuricemia, glucosaminidasas, microalbuminuria y creatinina en plasma

### **Hipertensión arterial como factor de riesgo. [2]**

Como anteriormente se ha mencionado, la hipertensión arterial es un factor de riesgo que hay que controlar para evitar la aparición o agravamiento de otros problemas de salud:

- Cardiopatía isquémica
- Insuficiencia cardíaca
- Arritmias
- Diabetes: la HTA en el paciente diabético puede conducir al agravamiento de las nefropatías y lesiones renales que provocan.

### **Tratamiento de la HTA. [3]**

Una HTA confirmada necesita tratamiento de por vida, y este tratamiento se mantendrá aun cuando las cifras de presión arterial se normalicen.

El tratamiento antihipertensivo debe establecerse de forma individualizada, adaptando las recomendaciones de los protocolos disponibles en función de las condiciones particulares de cada paciente, las cifras de PA, los factores de riesgo asociados y la presencia de lesiones orgánicas.

- Tratamiento no farmacológico:

En muchos casos se puede mejorar la situación de los pacientes mediante la modificación de estilos de vida no saludables. En pacientes jóvenes con HTA moderada, es la primera medida que debe emplearse.

Las modificaciones del estilo de vida que propone el Joint National Committee<sup>1</sup>:

1. Perder peso en caso de que exista sobrepeso (IMC de 18,5 a 24,9 Kg/m<sup>2</sup>).
2. Limitar la ingesta de alcohol a un máximo de dos copas al día para varones y no más de una copa para mujeres o personas de bajo peso.
3. Incrementar la actividad física regular aeróbica.
4. Reducir la ingesta de sal por debajo de 2,4g de sodio o 6g de sal.
5. Mantener una adecuada ingesta de potasio en la dieta.
6. Mantener una adecuada ingesta de calcio y magnesio en la dieta.
7. Dejar de fumar si es el caso.
8. Reducir la ingesta de grasas saturadas y colesterol para una salud cardiovascular global.

- Tratamiento farmacológico:

Se debe recurrir al tratamiento con medicamentos antihipertensivos en caso de que el las modificaciones en el estilo de vida no sean suficientes para tratar la enfermedad.

Clasificación de antihipertensivos orales. [1]

- Diuréticos tiazidas
- Diuréticos del asa
- Diuréticos ahorradores de potasio
- $\beta$ -bloqueantes adrenérgicos.

- IECAs.
- ARA II.
- Antagonistas del calcio.
- Vasodilatadores directos.

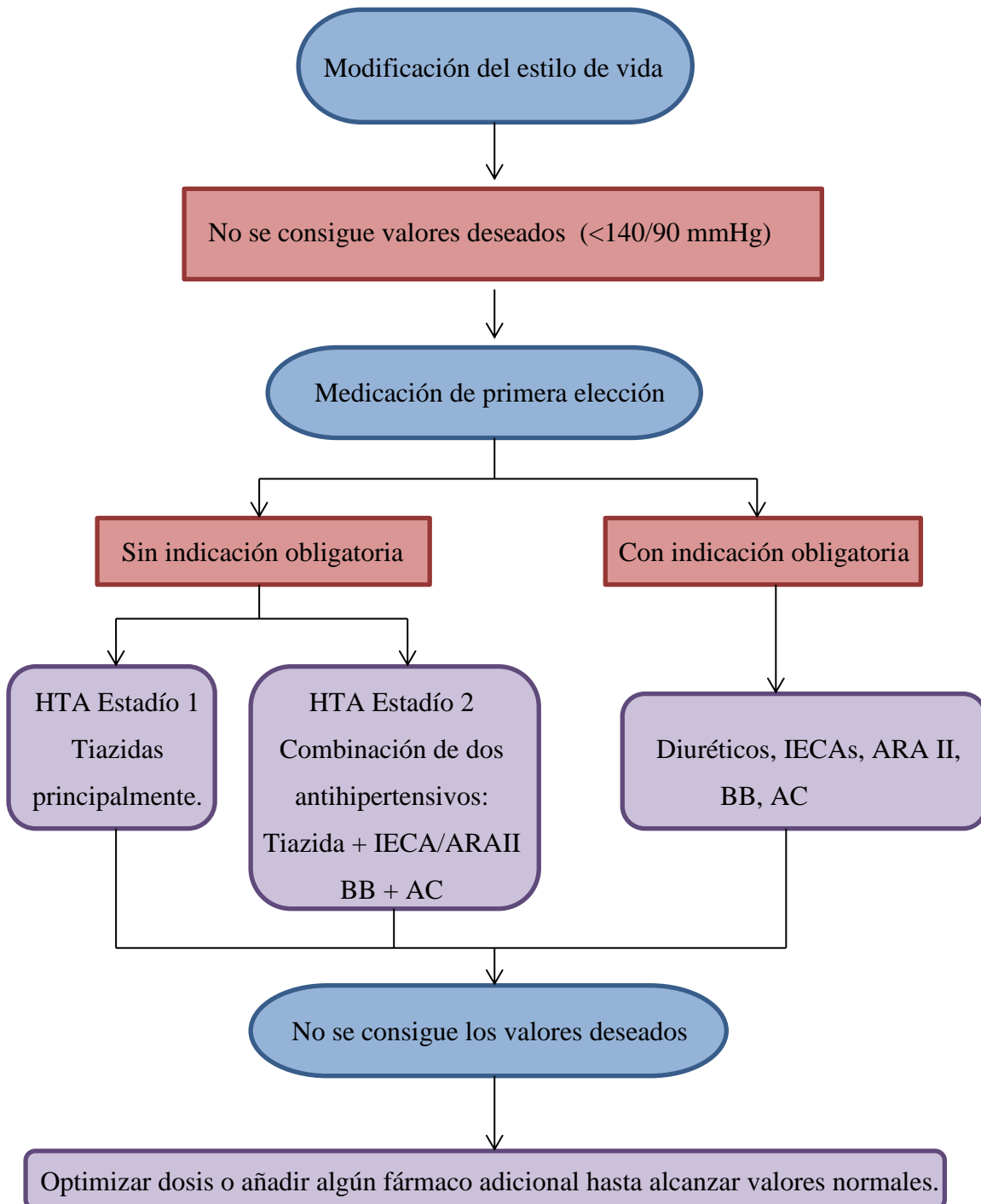


Figura 2. Algoritmo para el tratamiento de la HTA [1]

**Datos epidemiológicos. [4]**

En los países desarrollados, la HTA presenta una prevalencia considerable afectando a casi el 40% de los adultos. En España, la prevalencia se aproxima al 35% en la población adulta al 40% en edades medias y a más del 60% en los mayores de 60 años, afectando en total a unos 10 millones de individuos adultos.

Aunque la tasa de tratamiento y de cumplimiento terapéutico ha mejorado en los últimos años, en ningún caso supera el 50% de la población afectada. Dicha tasa es mucho menor cuando de cambiar estilos de vida se trata, así sólo entre el 10% y el 20% de los hipertensos cumplen dichas modificaciones, entre las que se incluye dieta sin sal y actividad física regular.

	1980	1990	1998	2002
Prevalencia población hipertensa	30%	35%	35%	35%
Conocimiento en hipertensos	40%	50%	60%	65%
Tratamiento farmacológico en hipertensos conocidos	40%	72%	78%	85%
Tratamiento en el total de hipertensos	16%	36%	50%	55%
Control en hipertensos tratados	10%	13%	16%	25%
Control en hipertensos conocidos	4%	9%	13%	21%
Control en el total de hipertensos	2%	5%	8%	14%

***Tabla 1. Prevalencia, conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión en adultos en España en las dos últimas décadas.***

A pesar de que el control de la HTA ha mejorado considerablemente en los últimos años, diversos estudios demuestran que la proporción de hipertensos no diagnosticados sigue siendo alta (Tabla 1) y que, de entre los diagnosticados, hay un alto porcentaje (más del 80%) que no consiguen cifras de PA dentro de los márgenes de control de la HTA. Se estima que menos de un 20% de la población hipertensa de los países desarrollados se encuentra en situación de controlarla. Por lo tanto, la prevención y el control de la HTA es actualmente un objetivo básico a nivel nacional e internacional, que justifica la realización de una serie de intervenciones comunitarias enfocadas a mejorar el manejo de la HTA.

## OBJETIVOS

---

- Describir el papel del farmacéutico en la detección de casos de hipertensión arterial.
- Describir el papel del farmacéutico en el seguimiento de pacientes hipertensos.
- Evaluar la importancia de la educación sanitaria transmitida por el farmacéutico para el control de la hipertensión.

## METODOLOGÍA

---

Se ha realizado una revisión bibliográfica de una serie de guías de actuación, libros, artículos y otros trabajos científicos sobre las características y el manejo de la hipertensión arterial, a los cuales se ha llegado a ellos mediante la búsqueda in internet o bien desde bibliotecas de la Universidad Complutense de Madrid.

Se ha tenido especial interés en el informe publicado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EEUU: *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*. Y a la *Guía de actuación para el farmacéutico comunitario en pacientes con hipertensión arterial y riesgo cardiovascular*, publicada en la revista de divulgación científica: “Hipertensión y Riesgo Vascular”.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

---

El farmacéutico tiene la función de colaborar con el médico en el control de la enfermedad hipertensiva. Para realizarlo adecuadamente, es muy importante en primer lugar entender qué relevancia e importancia relativa tiene esta enfermedad en el paciente concreto. Es decir, no es lo mismo un paciente diagnosticado, sometido a tratamiento no farmacológico, con tratamiento farmacológico pero sin factores de riesgo asociados, o incluso pacientes que, aún sin valores elevados de presión arterial, padezcan una patología para la que determinadas cifras puedan ser consideradas como factor de riesgo adicional. [4]

La HTA tiene una importancia distinta y una valoración diferente según el paciente al que afecta, por lo que no se podrán extrapolar decisiones sin tener en cuenta las características individuales. Por ello se pueden distinguir dos maneras de abordar la situación dependiendo del diagnóstico previo del paciente hipertenso.

### **1. DETECCIÓN DE POSIBLES PACIENTES HIPERTENSOS. [5]**

El farmacéutico puede detectar casos de HTA aprovechando visitas ocasionales a la farmacia, pudiéndose seguir las recomendaciones del PAPPs (Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud) [6]: se recomienda tomar la presión arterial al menos una vez hasta los 14 años de edad, cada cuatro o cinco años desde los 14 hasta los 40 años de edad y cada dos años a partir de los 40 años, sin límite superior de edad.

#### **Medida de la presión arterial**

Requiere la aplicación de una serie de recomendaciones establecidas en las guías internacionales para una correcta medida de la PA, que en general consisten en: [7]

1. Medir la PA en al menos 3 visitas programadas durante 2-3 semanas.
2. Realizar mínimo 2 medidas separadas 1-2 minutos entre sí en cada visita.
3. Promediar todos los valores de cada visita.
4. Considerar como límites de normalidad cifras promedio de PAS/PAD < 140/90 mmHg.

Para favorecer la detección de una HTA sostenida, se sugiere complementar los resultados con valores obtenidos fuera de la farmacia, ya sea mediante AMPA (automedida domiciliar de la presión arterial) o MAPA (monitorización ambulatoria de

la presión arterial) ya que pudiera existir la posibilidad de desacuerdo y el paciente podría recibir tratamientos o ajustes innecesarios, con el consecuente incremento del riesgo de sufrir efectos adversos derivados de los medicamentos.

➔ **AMPA:** es la medida realizada por el propio paciente o cuidador en su domicilio ofreciendo posibilidad de obtener un gran número de medidas de PA en diferentes momentos del día en unas condiciones muy próximas a la realidad. Las cifras de PA domiciliarias aceptadas para el diagnóstico de la HTA son PAS  $\geq 135$ mmHg y/o PAD  $\geq 85$ mmHg. [8]

➔ **MAPA:** permiten obtener un amplio número de lecturas cada 20 o 30 minutos, durante periodos de 24 a 48 horas, que reflejan con detalle los cambios dinámicos de PA durante la actividad cotidiana del paciente.

Control de la PA en la farmacia	Control de la PA fuera de la farmacia (AMPA/MAPA)	
	Valores normales	Valores de HTA
Valores normales	Normotensión	Hipertensión enmascarada en la farmacia
Valores de HTA	Hipertensión aislada en la farmacia	Hipertensión sostenida

*Tabla 2. Clasificación de los pacientes según el control de la PA dentro y fuera de la farmacia comunitaria. [5]*

### **Actuación farmacéutica:**

Una vez obtenidas las medidas de PA del paciente el farmacéutico decidirá derivar al médico siguiendo los siguientes criterios.

- Pacientes en los que no se recomienda el uso de medicación antihipertensiva:  
 Pacientes con PA: normal, normal-alta y HTA estadio 1 y sin alto riesgo cardiovascular. El farmacéutico promoverá cambios en el estilo de vida relacionados con la reducción de la PA. Transcurrido un periodo de tiempo razonable, se comprobará nuevamente el estado de las cifras de PA del paciente. En personas con HTA de grado 1 y riesgo moderado (de 1 a 2 factores de riesgo cardiovascular), 6 semanas es un límite de tiempo aceptable para realizar dicha

comprobación, mientras que en pacientes con HTA de grado 1 y riesgo bajo, lo razonable son 6 meses. Si las modificaciones del estilo de vida no consiguen normalizar las cifras de PA, es recomendable derivar al médico para que éste valore la posibilidad de iniciar el tratamiento farmacológico antihipertensivo.

- Pacientes en los que se recomienda el inicio del tratamiento farmacológico:  
Pacientes con HTA estadio 1 con alto riesgo (3 o más factores de riesgo vascular, síndrome metabólico, lesión de órgano diana o diabetes), HTA estadio 2 y HTA estadio 3. El farmacéutico derivará al paciente al médico para que éste realice la correspondiente evaluación clínica y tome las decisiones más oportunas. En cualquier caso siempre se deben fomentar las modificaciones del estilo de vida que puedan beneficiar al paciente. Cuando el médico decida dar inicio al tratamiento farmacológico, el farmacéutico debe promover la adherencia al tratamiento desde el primer momento.

### **Modificaciones del estilo de vida y educación para la salud.**

Todos los pacientes que presentes valores de PA mayores de los considerados normales deben instaurar un tratamiento no farmacológico que promueva un descenso de las cifras de PA, ya esté acompañado o no con medicación antihipertensiva. Los objetivos de este tratamiento son:

1. Reducir la PA
2. Reducir el riesgo de que aparezca HTA en pacientes con PA normal-alta.
3. Controlar otros factores de riesgo.
4. Reducir el número y/o las dosis de fármacos antihipertensivos administrados.

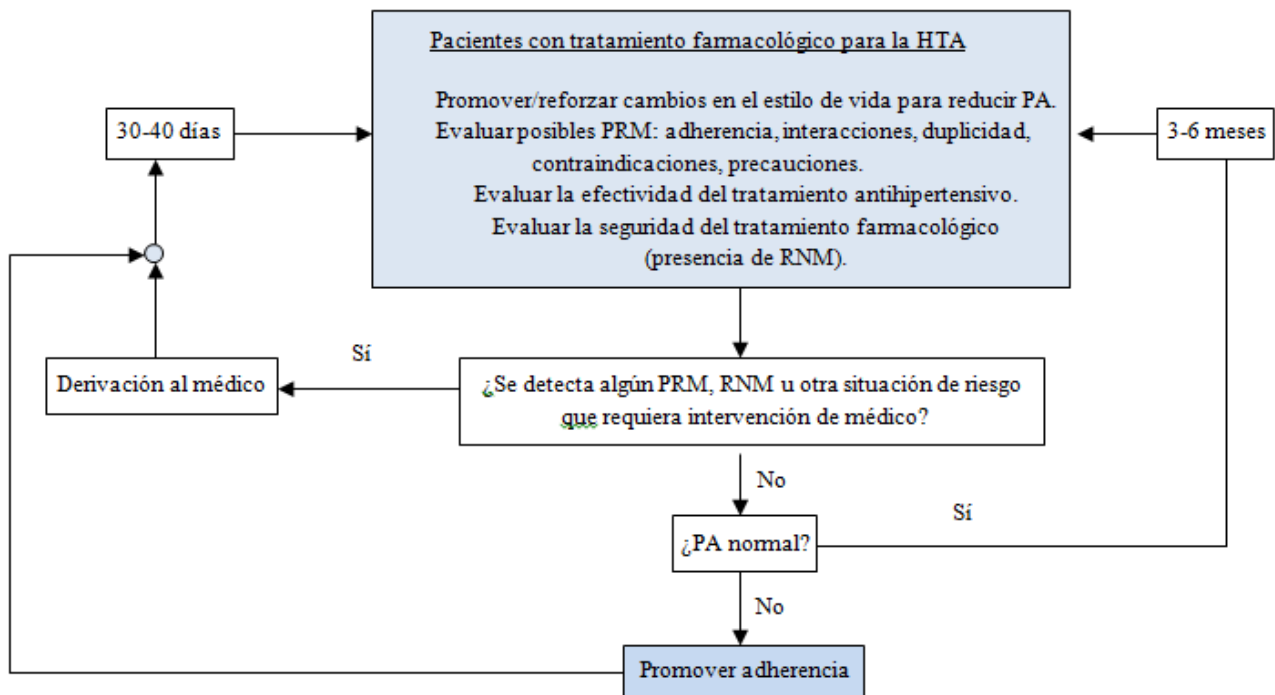
Para ello el farmacéutico debe incentivar un descenso de peso en personas con IMC mayores de 25 con una restricción de la ingesta calórica la realización de ejercicio aeróbico regular moderado como andar a ritmo ligero, nadar, bailar, montar en bicicleta, etc. También promover un consumo restringido de sodio, grasas saturadas, colesterol, alcohol en la dieta y en caso de ser fumador de tabaco, promover la supresión del mismo.

## 2. SEGUIMIENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS. [5]

Los objetivos del plan de seguimiento de pacientes con tratamiento antihipertensivo son:

1. Evaluar la efectividad de la terapia antihipertensiva.
2. Promover el control de las cifras de PA mediante la modificación del estilo de vida y otras medidas adicionales como reforzar la adherencia al tratamiento.
3. Informar al médico de la aparición de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM).

En la **Figura 2**, se puede observar un esquema general del plan de seguimiento del paciente hipertenso, el cual se irá detallando a continuación.



*Figura 2. Esquema del plan de seguimiento del paciente hipertenso [5]*

### **Medida de la presión arterial:**

En la farmacia comunitaria, al igual que en el caso de diagnóstico de un posible caso de hipertensión, la medida en pacientes ya diagnosticados, se deben obtener 3 veces en como mínimo 3 visitas antes de tomar medidas de actuación farmacéutica, y siempre complementarlas con las lecturas de AMPA y MAPA:

- En pacientes bajo tratamiento antihipertensivo resulta crucial la realización de lecturas AMPA, especialmente en personas con elevado riesgo cardiovascular. Para evaluar la efectividad del tratamiento se deben realizar preferiblemente medidas de 3 a 7 días consecutivos. Se acepta que la PA domiciliaria se encuentra elevada cuando PAS>135mmHg. y/o PAD>85mmHg. En el seguimiento a largo plazo, se sugiere hacer AMPA de una a dos veces por semana. [9]
- La MAPA también resulta de especial interés, ya que muestra con precisión los cambios inducidos por el tratamiento antihipertensivo: inicio, duración y caída del efecto.

### **Evaluación del tratamiento antihipertensivo.**

La evaluación continuada del tratamiento por parte del farmacéutico comunitario, resulta como un complemento de la atención sanitaria que puede ayudar al médico a tomar las decisiones más oportunas. El objetivo es contribuir a un uso efectivo y seguro de la medicación a través de la detección de PRM y RNM.

La identificación de **PRM** que ocurren en el proceso de uso del medicamento y que pueden llegar a causar RNM, incluye la evaluación de las siguientes situaciones:

- *Uso y administración de los medicamentos: adherencia al tratamiento.* Es importante preguntar y conocer en qué grado asume el paciente las indicaciones y recomendaciones respecto al cambio del estilo de vida y la administración de medicamentos.
- *Adecuación del tratamiento farmacológico antihipertensivo.* Ya que cada grupo farmacológico puede presentar inconvenientes frente a otros, según la situación clínica del paciente, el farmacéutico debe informar al médico si detecta alguna circunstancia en la que el tratamiento prescrito suponga una situación de riesgo para el paciente.
- *Interacciones con medicamentos, alimentos u otras sustancias* que puedan modificar el efecto antihipertensivo de los fármacos o puedan potenciar su toxicidad.
- *Duplicidad del tratamiento.* Para descartar que no se estén utilizando dos fármacos con el mismo principio activo que puedan llevar a

sobredosificación. Aunque también se prestará atención en caso de ser principios activos diferentes pero con el mismo mecanismo de acción.

Los **RNM** son estados de salud no deseados atribuibles al uso de los medicamentos, bien porque no se ha alcanzado el objetivo terapéutico o porque se está produciendo un daño adicional. Para su identificación, el farmacéutico ha de proceder a la comprobación de las cifras de PA para evaluar la efectividad y analizar la posible relación entre el uso del medicamento antihipertensivo y la aparición o agravamiento de síntomas, signos u otros parámetro no deseados.

Por último, para obtener una prevención global del riesgo cardiovascular, el farmacéutico deberá obtener información y evaluar cualquier factor asociado al tratamiento y comunicar al médico cualquier incidente que detecte.

### **Actuación farmacéutica.**

- Criterios de derivación al médico.

El farmacéutico derivara al médico en los siguientes casos

- Se detecta alguna interacción de relevancia que pueda comprometer la efectividad o seguridad de los medicamentos empleados por el paciente.
- Se identifica algún efecto adverso que ocasiona algún daño adicional al paciente.
- Se detectan valores de PAS/PAD >180/11mmHg, >140/90mmHg en mujeres embarazadas o >160/100mmHg en pacientes con enfermedad renal, antecedentes de ECV o diabetes.
- Paciente con hipotensión ortostática o hipotensión sintomática.
- Paciente con frecuencia cardíaca < 50 pulsaciones por minuto.

- Periodicidad de seguimiento:

Dependerá del control de las cifras de PA, del riesgo cardiovascular, del tipo de intervención que estén recibiendo y de los ajusten en el tratamiento.

Por lo general se puede diferenciar:

- *Pacientes que inician tratamiento farmacológico antihipertensivo, los cuales han recibido ajustes en el tratamiento que ya utilizaban o en los que se inicia una intervención para reforzar la adherencia al tratamiento:* el objetivo es alcanzar el control de la PA, lo cual requiere visitas frecuentes para evaluar la efectividad de las medidas tomadas y la posible aparición de efectos adversos.
- *Pacientes con buen control de la PA:* pacientes con bajo riesgo o con hipertensión de grado 1 pueden ser citados cada 3 meses para evaluar y reforzar la adherencia al tratamiento y comprobar la efectividad del mismo.

### **Tratamiento no farmacológico y educación para la salud.**

- *Promover modificaciones del estilo de vida.* Como se ha indicado anteriormente, todos los pacientes bajo tratamiento antihipertensivo han de acompañarlo con una serie de modificaciones como coadyuvantes al descenso de PA.
- *Promocionar la adherencia al tratamiento.* Para ello se han de tener en cuenta las causas del incumplimiento, como el desconocimiento de la enfermedad, olvido de tomas, presencia de reacciones adversas, o insuficiente apoyo por parte del entorno y/o profesionales de salud.

Los dos puntos principales que se hará comprender al paciente son:

- ✓ **La HTA es una enfermedad crónica**, que además puede ocasionar lesiones en órganos diana y otras enfermedades cardiovasculares, y eso por ellos que el tratamiento antihipertensivo ha de ser administrado de por vida.
- ✓ **La HTA es asintomática** y la única forma de conocer su evolución es midiendo la PA de manera periódica.

En el caso de incumplimiento, el farmacéutico debe informar al médico a fin de iniciar acciones conjuntas y coordinadas y que éste pueda tomar las decisiones oportunas, esto es de especial interés cuando el motivo del incumplimiento puede ser solucionado con la modificación en el tratamiento. Aunque se pueden abordar varios motivos de falta de adherencia desde la misma farmacia, como por ejemplo aportar información sobre la enfermedad y los medicamentos.

En cualquier caso el farmacéutico podrá iniciar la intervención educativa de forma inmediata y se dejará transcurrir el tiempo oportuno (de 30 a 40 días) para evaluar la aplicación de la intervención por parte del paciente y el efecto derivado de la misma. Si transcurrido este tiempo la situación persiste, el paciente será remitido al médico.

- *Automedida de la PA.* La AMPA promueve la implicación del paciente con su enfermedad, incrementa la adherencia y favorece el control de la PA. **[10]** Además, provee información valiosa para conocer el grado de control de la PA y ajustar el tratamiento.
- *Periodicidad de los controles médicos* para llevar un control y seguimiento adecuado

## CONCLUSIONES

---

- Los farmacéuticos, desde sus oficinas de farmacia, son los profesionales de salud más accesibles para llevar un control del problema de la hipertensión arterial.
- El farmacéutico tiene la habilidad de detectar un posible caso de hipertensión arterial y el criterio suficiente para derivar al médico si fuese necesario.
- En la farmacia se puede realizar un seguimiento del tratamiento de pacientes diagnosticados con hipertensión arterial, bien monitorizando sus valores de PA, manejando la terapia de cada paciente, identificando posibles problemas y efectos adversos y valorando su adhesión al tratamiento.
- El farmacéutico tiene la capacidad de fomentar la adopción de estilos de vidas saludables que puedan beneficiar al paciente hipertenso, al igual que aportar conocimiento y concienciación frente al problema al que el mismo se enfrenta.
- Considerando la HTA como factor de riesgo cardiovascular, el control realizado por el farmacéutico supone una medida de prevención para fomentar una salud cardiovascular global.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure.
2. MACHUCA M, PARRAS M. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre Hipertensión. Universidad de Granada
3. ALPUENTE CLIMENT M. Evaluación del tratamiento de la hipertensión arterial en diferentes grupos poblacionales. Papel del farmacéutico en la detección y control.
4. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS. Guía Práctica de Atención Farmacéutica en Hipertensión.
5. SABATER-HERNÁNDEZ D, DE LA SIERRA A, BELLVER-MONZÓ O, DIVISÓN JA, GOROSTIDI M, PERSEGUER-TORROSA Z, SEGURA J, TOUS S. Guía de actuación para el farmacéutico comunitario en pacientes con hipertensión arterial y riesgo cardiovascular. Documento de consenso. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2011; 3(2): 69-83
6. MAIQUES GALÁN A, VILLAR ÁLVAREZ F, BROTONS CUIXART C, TORCAL LAGUNA J, OROZCO-BELTRÁN D, NAVARRO PÉREZ J, et al. Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud *Recomendaciones preventivas cardiovasculares Aten. Primaria*. 2007;39 Suppl 3:15---26.
7. MANCIA G, DE BACKER G, DOMINICZAK A, CIFKOVA R, FAGARD R, GERMANO G, et al. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). 2007 *Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: J Hypertens*. 2007;25:1105---87.
8. MARTÍNEZ PEREZ SR. Efectos de la Intervención Farmacéutica en Pacientes con Presión Arterial Elevada sin Tratamiento Farmacológico para la Hipertensión. Granada 2008.
9. PARATI G, STERGIOU GS, ASMAR R, BILO G, DE LEEUW P, IMAI Y, et al. European Society of Hypertension Practice Guidelines for home blood pressure monitoring. *J Hum Hypertens*. 2010;24:779---85.
10. STERGIOU G, MENGDEN T, PADFIELD PL, PARATI G, O'BRIEN E. Self-monitoring of blood pressure at home. *BMJ*. 2004;329: 870---1.