

PROTOCOLO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

1. Objetivos.

Detección y control de los hipertensos

2. Criterios de inclusión.

Cualquier persona que pertenezca a la zona de salud y que acuda al sistema sanitario por cualquier motivo.

3. Captación.

Se determinarán los niveles de presión en cualquier persona que acuda a consulta por cualquier motivo.

4. Actividades.

CONTROLES CLINICOS.

Aspectos terapéuticos .

a) Tratamiento no Farmacológico.

- Consumo energético orientado a la reducción ponderal (trabajo conjunto con nutricionista).
- Consumo de sal: reducir el consumo de sal a 4-6 gr./día. No añadiendo sal a los alimentos en la mesa, reduciendo moderadamente la sal como condimento de cocina, no consumiendo alimentos ricos en sal o aquellos que precisan mucha sal para su conservación.
- Potasio: Es recomendable que el hipertenso consuma alimentos ricos en potasio, como frutas, verduras, legumbres, etc.
- Alcohol: no se fomentará consumo alguno.
- Café: no se excederá de dos cafés al día.
- Tabaco: Educación Sanitaria, ver protocolo de deshabituación tabáquica.
- Ejercicio: Estimular la práctica en función de las posibilidades aconsejando siempre la caminata.

b) Tratamiento Farmacológico.

Normas Generales.

En todos los pacientes que presenten cifras de Tensión Arterial iguales o superiores de 160/100 mmHg. En vista que los únicos tratamientos validados para disminuir la morbi-mortalidad por HTA esencial son los betabloqueantes y diuréticos hoy en día, en consenso y siguiendo los criterios de la OMS (1993), se considera como fármacos de primera línea: **Diuréticos, Betabloqueantes, IECA, Calcioantagonistas, y Bloqueantes Alfaadrenérgicos.**

Como **Meta Terapéutica**, está el alcanzar cifras de TA, iguales o inferiores a 140/90 mmHg.

El tratamiento se iniciará con un solo fármaco a la menor dosis recomendada, y se aumentará en función a la respuesta en 15-30 días. La sustitución por otro fármaco se realizará al llegar a las dosis máximas sin obtener respuesta. Es preferible intentar el control de la TA con la utilización combinada de dos fármacos en dosis menores de cada uno.

Evaluación Médica del Hipertenso.

- Al inicio del programa.
 - Se confirma la presencia de hipertensión. Cuando exista una duda acerca del diagnóstico previo de HTA, se podrá verificar el mismo previo retiro de la medicación siempre que se cumpla con las siguientes condiciones:
 - Cifras de TA. Normales en el último año: <140/90 mmHg.
 - Mantener las medidas no farmacológicas.
 - Seguimiento a las 2-3 semanas.
 - Realizar exploración clínica (detallándola en la historia clínica).
 - Descartar Hipertensión secundaria.
 - Establecer un perfil de riesgo cardiovascular.
 - En caso de que se asocie Diabetes, solicitar microalbuminuria.
 - Educación sanitaria.
- Seguimiento
 - Paciente controlado: Será suficiente una visita anual con control clínico y de laboratorio completo. El ECG, será cada dos años si no hay problemas o enfermedades asociadas. El Fondo de ojo será anual si la HTA, se asocia con Diabetes, y a discreción según la evolución de la enfermedad.
 - Paciente no controlado:
 - Si inicia con HTA leve, se actuará según el esquema 2. Si el seguimiento muestra la necesidad de instaurar tratamiento ver apartado posterior.
 - Si inicia con HTA moderada – grave, una vez establecidas las medidas no farmacológicas y el tratamiento, se citará para nuevo control en 15-30 días, el cual se repetirá las veces necesarias hasta obtener un control satisfactorio, y mientras se hayan modificado las indicaciones. Conseguido el control se citará al paciente para control trimestral en dos ocasiones y posteriormente anual.
- Evaluación de Enfermería del Hipertenso.
 - Inicio del Programa.
 - Seguimiento y confirmación de HTA: según esquema.
 - Completar Historia Clínica.
 - Solicitar pruebas analíticas (Hemograma, glicemia, creatinina, Ac. Urico, Colesterol, Triglicéridos, TGO, TGP, Ionograma, Calcio, Fósforo, Orina Completa).
 - ECG.
 - Educación Sanitaria.
 - Remitir a médico para evaluación.
 - Seguimiento y control del Paciente hipertenso.
 - HTA leve; según esquema 2.
 - HTA moderada y grave sin control consulta a médico.
 - HTA de cualquier grado controlada: visita programada con una periodicidad de 3 a 6 meses, en la que se tendrá en cuenta los siguientes apartados.
 - Frecuencia cardíaca.
 - Peso (en obesos).
 - Tomar la tensión en dos ocasiones en el mismo brazo de control.
 - Evaluar el cumplimiento terapéutico.
 - Detectar efectos secundarios con una entrevista dirigida.
 - Registrar el hábito tabáquico y el consumo de alcohol.
 - Educación sanitaria.
 - HTA anteriormente controlada que se desestabiliza sin causa aparente: consulta con el médico.

Criterios de Derivación:

- En caso de requerir diagnóstico por: a) sospecha clínica de HTA de bata blanca, b) Evaluación de HTA refractaria, c) HTA sintomática en pacientes tratados, d) Discordancia entre las cifras de TA y daño orgánico.
- Crisis hipertensiva refractaria.
- Sospecha de hipertensión secundaria.

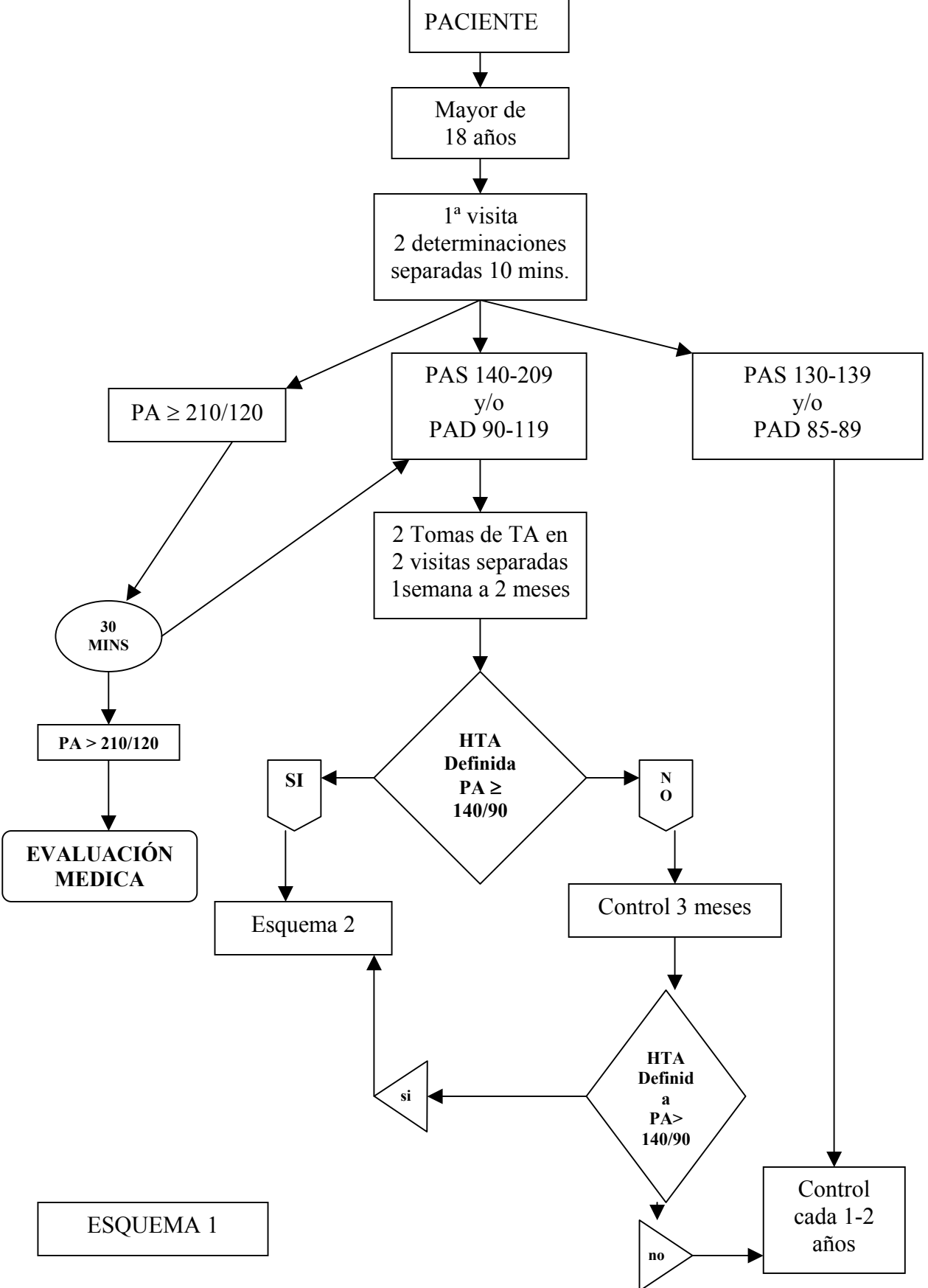
Sistema de Registro.

Según esquema de seguimiento (a confeccionar hoja ad-hoc Anexo 1).

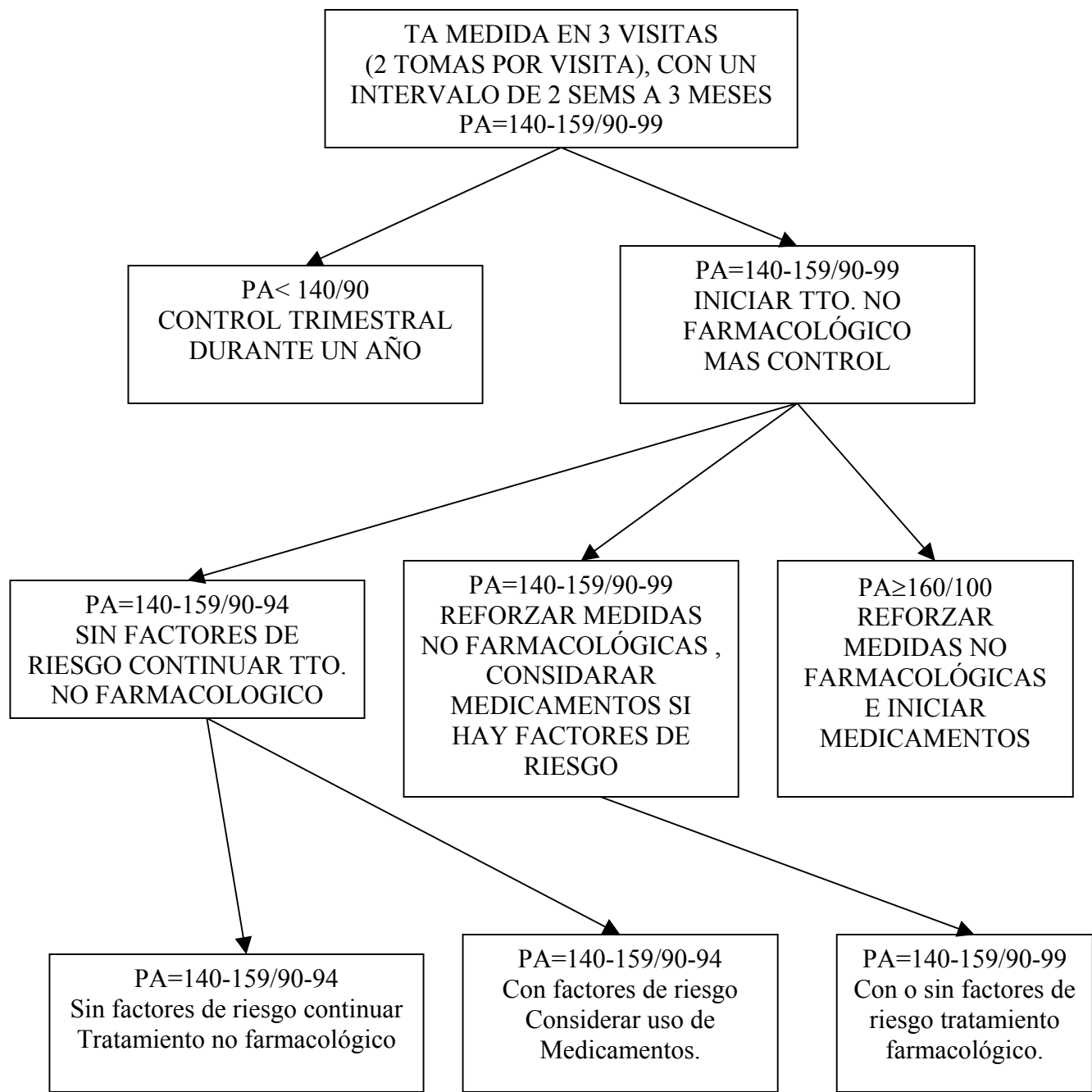
Criterios de Evaluación.

- Haber sido diagnosticado mediante tres tomas de presión separadas como máximo tres meses.
- Tener un anamnesis, sobre otros factores de riesgo.
- Contar con exploración básica: peso, Altura, y auscultación cardiopulmonar.
- Contar con analítica básica y ECG.
- Contar con un plan terapéutico.

PROTOCOLO HIPERTENSIÓN ARTERIAL



PROCOLO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.



ESQUEMA 2 TRATAMIENTO Y VIGILANCIA DE HTA LEVE.