

Guía Práctica para el Manejo de la Hipertensión Arterial en las Farmacias



Sociedad
Argentina de
Hipertensión Arterial



CONFEDERACIÓN FARMACÉUTICA ARGENTINA

ISBN 978-987-48669-1-2



9 789874 866912

L í n e a

CARDIOMETABOLISMO





Esta guía está destinada a ofrecer al farmacéutico conocimientos teóricos básicos sobre hipertensión arterial (HTA), integrándolos a su práctica diaria y permitiéndole ejercer un rol importante en la educación y control del paciente hipertenso.

- *La HTA es un serio problema de salud pública.*
- *Es el principal factor de riesgo (FR) para mortalidad cardiovascular.*
- *Más de un tercio de los adultos de nuestro país tiene HTA.*
- *Solo dos de cada diez hipertensos están bien controlados.*
- *El farmacéutico puede marcar la diferencia.*

Estudios de investigación demostraron que la atención de la HTA basada en equipos que involucran la intervención del farmacéutico se asoció a un mejor control de la presión arterial (PA) en comparación con la atención habitual.



EL PROBLEMA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de morbimortalidad a nivel global. En nuestro país fallecen casi 100.000 personas por año debido a ellas, lo que representa 1/3 de las muertes totales. Para reducir exitosamente la morbimortalidad por ECV se requiere coordinar acciones de:

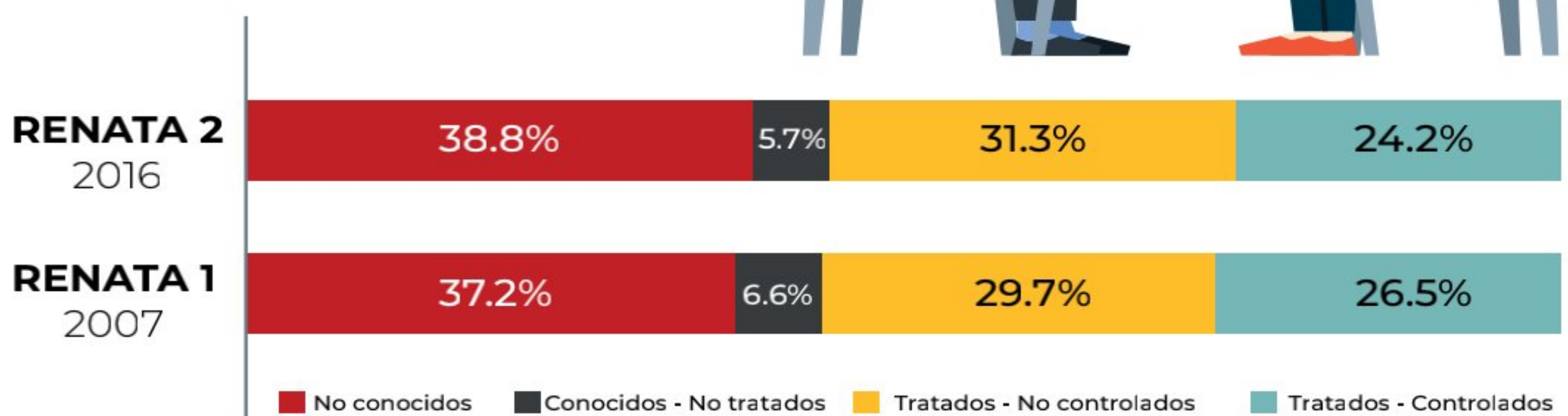
- **Prevención primordial:** Evitar la aparición de los FR.
- **Prevención primaria:** Tratar los FR antes de que se produzca la ECV.
- **Prevención secundaria:** Evitar la aparición de un nuevo evento en pacientes con ECV previa.
- **Prevención terciaria:** Rehabilitar cuando sea necesario.

La prevalencia de HTA en Argentina es de aproximadamente el 35%, similar a otros países.

Es más frecuente en hombres hasta la sexta década de vida, donde se equilibra para ser luego más frecuente en la mujer.

La PA y con ella, la prevalencia de HTA, aumentan con la edad.

Como lo demuestran los estudios RENATA 1 y 2, alrededor del 40% de los hipertensos desconoce que lo es y solo 1 de cada 4 tiene su PA adecuadamente controlada.



EL PROBLEMA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La HTA afecta al organismo tanto por el efecto directo del aumento de la PA como por favorecer el desarrollo de aterosclerosis. El daño asociado a la HTA se denomina daño de órgano blanco (DOB) y es el responsable de las graves consecuencias vinculadas a la HTA. Los principales órganos afectados son el corazón, las arterias, el riñón, el cerebro y los ojos. En la Tabla siguiente se enumeran las principales manifestaciones clínicas asociadas.

ÓRGANO AFECTADO	DOB - MANIFESTACIONES CLÍNICAS
Corazón	Hipertrofia ventricular izquierda Enfermedad coronaria (infarto de miocardio) Arritmias cardíacas Fibrilación auricular
Arterias	Pérdida de elasticidad arterial Arteriopatía periférica Aneurisma de aorta Disfunción sexual
Riñón	Insuficiencia renal
Cerebro	Accidente isquémico transitorio Accidente cerebrovascular Deterioro cognitivo y demencia
Ojos	Pérdida de visión

La HTA es:

- *La principal causa de accidente cerebrovascular (ACV)*
- *La segunda causa de infarto de miocardio (IAM)*
- *La segunda causa de enfermedad renal crónica (ERC)*

MEDICIÓN Y MONITOREO DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Para un correcto diagnóstico y un adecuado manejo terapéutico de la HTA es indispensable que las mediciones de la PA sean realizadas con la técnica adecuada para asegurar la precisión de las mismas. Una técnica incorrecta genera mediciones erróneas y por ende diagnósticos y conductas terapéuticas equivocadas.

Existen dos tipos de mediciones de PA, las manuales y las automáticas. Las mediciones manuales son las que utilizan el método auscultatorio y dispositivos como el esfigmomanómetro aneroide, mientras que las mediciones automáticas utilizan el método oscilométrico.

Se recomienda el uso de equipos automáticos validados ([ver listado de equipos validados en www.saha.org.ar](http://www.saha.org.ar)), puntualizando la importancia de la adherencia a una correcta técnica de medición de la PA. A pesar de que la utilización de estos dispositivos simplifica las mediciones, los errores en la técnica de las mismas no han desaparecido, siendo el más común el uso de manguitos de tamaño no ajustado al tamaño del brazo de los pacientes. Un manguito o brazalete más grande o más chico que el requerido puede inducir errores en los registros de hasta 10 mmHg.

7 pasos claves para una medición precisa de la PA

1. *Revisar el cumplimiento de las condiciones previas a la medición de la PA.*
2. *Asegurar la correcta posición del paciente.*
3. *Dejar el brazo descubierto y utilizar el brazalete adecuado al tamaño del mismo.*
4. *Realizar un número adecuado de mediciones (al menos 2).*
5. *Registrar PA sistólica (PAS), diastólica (PAD) y frecuencia cardíaca (FC).*
6. *Considerar el promedio de los registros obtenidos.*
7. *Informar al paciente.*

NOTA: En personas mayores o con diabetes, se recomienda medir la PA de pie (además de la medición convencional) para evaluar la presencia de hipotensión ortostática (disminución de la PAS 20 mm/Hg o de la PAD \geq 10 mm/Hg, a los 3 minutos de cambiar de la posición supina a vertical).



MEDICIÓN Y MONITOREO DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Técnica para una medición adecuada de la PA en el ámbito de la farmacia

La SAHA recomienda el uso de dispositivos automáticos validados con manguitos para brazo para el registro de la PA

El ambiente donde se registre la PA debería ser silencioso y mantener una temperatura templada. Se debe contar con una silla con respaldo para la correcta posición del individuo, y una mesa con la altura apropiada para garantizar el correcto apoyo del brazo donde se coloca el brazalete, y ubicar el dispositivo de medición.

Para una medición precisa de la PA se recomienda seguir los siguientes pasos:

- 1. Condiciones previas:** el individuo debe vaciar su vejiga y evitar ingerir cafeína, realizar ejercicio físico y fumar en los 30 minutos previos a la medición de la PA.
- 2. Posición correcta y reposo:** el individuo debe permanecer quieto, sentado con la espalda recta con apoyo dorsal, las piernas sin cruzar y los pies apoyados en el piso. Debe respetarse un reposo previo de 5 minutos antes del primer registro.
- 3. Colocación del brazalete:** el brazo debe estar descubierto, apoyado en una superficie plana y a la altura aproximada del corazón. Colocar un brazalete adecuado al tamaño del brazo del paciente, asegurando que siempre se encuentre por encima del pliegue del codo.
- 4. Uso del equipo adecuado:** utilizar un dispositivo de medición de PA preferentemente automático y debidamente validado.
- 5. Realizar dos o tres registros** con 1 minuto de diferencia. Registrar PAS, PAD y FC.
- 6. Considerar el promedio** de 2 de las últimas lecturas obtenidas para estimar el nivel de PA del individuo.
- 7. Informar al paciente,** verbalmente y por escrito el resultado de los registros de la PA.

IMPORTANTE: Durante todo el proceso de medición de la PA, tanto el paciente como el operador deberán permanecer en silencio.

MEDICIÓN Y MONITOREO DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Autocontrol de la PA – mediciones ambulatorias



El autocontrol de la PA por parte del paciente puede ayudar a confirmar el diagnóstico de HTA y asegurar la adecuada respuesta al tratamiento antihipertensivo. En el autocontrol, la supervisión por parte del personal sanitario debe estar centrada en:

- *La capacitación del paciente en la correcta técnica de medición de la PA (ver “Claves para una medición precisa de la PA”).*
- *La evaluación de la calidad del dispositivo utilizado en el domicilio (validación).*
- *Brindar instrucciones detalladas en relación a las mediciones protocolizadas como el Monitoreo Domiciliario de la PA (MDPA).*

El monitoreo ambulatorio de PA de 24 hs (MAPA) y el MDPA son técnicas de medición de la PA protocolizadas que se realizan fuera del consultorio médico.

La mayor capacidad para predecir eventos cardiovasculares respecto a las mediciones convencionales, convierte a este tipo de registros en herramientas diagnósticas importantes en muchas situaciones clínicas.

Valores de corte para definir HTA por mediciones ambulatorias

MAPA	PA 24 horas	$\geq 130/80$ mmHg
	PA diurna	$\geq 135/85$ mmHg
	PA nocturna	$\geq 120/70$ mmHg
MDPA		$\geq 135/85$ mmHg

CLASIFICACIÓN DE LA PA EN CONSULTORIO

La SAHA propone la siguiente clasificación en categorías de PA para todo individuo mayor de 16 años

CATEGORÍA	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
PA Normal	< 130	< 85
PA Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensión Arterial		
HTA Nivel 1	140-159	90-99
HTA Nivel 2	160-179	100-109
HTA Nivel 3	≥ 180	≥ 110
HTA Sistólica aislada	≥ 140	< 90

Sin tomar fármacos antihipertensivos y sin enfermedad aguda. Cuando la PAS y la PAD califican en categorías diferentes, se debe elegir la más alta. Basados en el promedio de tres lecturas obtenidas en dos o más visitas luego del examen inicial.

La medición de la PA en el consultorio continúa siendo el pilar fundamental para el diagnóstico y seguimiento de la HTA en razón de su bajo costo, amplia disponibilidad y por haber sido la técnica universalmente utilizada en los estudios clínicos que demostraron los riesgos asociados a la HTA y el beneficio del tratamiento antihipertensivo.

LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

La HTA se asocia frecuentemente a otros FR, como obesidad, hipercolesterolemia, sedentarismo o tabaquismo.



Los FR se dividen en modificables y no modificables:

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

- Tabaquismo
- Dislipemia
 - Colesterol total > 200 mg/dl
 - LDL- c > 130 mg/dl
 - HDL- c ♂ < 40 mg/dl
♀ < 50 mg/dl
 - Triglicéridos > 150 mg/dl
- Prueba de tolerancia oral a la glucosa alterada
- Sedentarismo
- Obesidad abdominal: Perímetro de cintura en ♂ ≥ 94 cm y ♀ ≥ 88 cm
- Factores psicosociales

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

- Edad > 55 años en ♂
> 65 años en ♀
- Historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura:
 - ♂ < 55 años
 - ♀ < 65 años

IMPORTANTE

La reducción del riesgo cardiovascular sólo se logra con el adecuado control de todos los FR, incluyendo la PA.

ESTRATIFICANDO EL RIESGO CARDIOVASCULAR

En los pacientes hipertensos, la correcta estratificación del riesgo cardiovascular es fundamental para establecer el tratamiento adecuado a cada paciente. Esta estratificación se basa en cuatro pilares:

- El valor de PA
- Los FR asociados
- La presencia o ausencia de DOB
- El antecedente de condiciones clínicas asociadas (CCA) como ACV, IM, ERC, etc.

Una forma rápida de evaluar el riesgo cardiovascular en las personas con HTA es a través de la siguiente tabla de doble entrada:

FR ADICIONALES DM - DOB - CCA	PA LÍMITROFE PAS 130-139 PAD 85-89 (mmHg)	NIVEL 1 PAS 140-159 PAD 90-99 (mmHg)	NIVEL 2 PAS 160-179 PAD 100-109 (mmHg)	NIVEL 3 PAS 180 PAD 110 (mmHg)
Sin FR	Riesgo promedio	Bajo riesgo	Moderado riesgo	Alto riesgo
1 o 2 FR adicionales	Bajo riesgo	Moderado riesgo	Moderado riesgo	Muy alto riesgo
3 FR, DOB asintomático o DM	Alto riesgo	Alto riesgo	Alto riesgo	Muy alto riesgo
Condición clínica asociada	Muy alto riesgo	Muy alto riesgo	Muy alto riesgo	Muy alto riesgo

REFERENCIAS: FR: factores de riesgo; DM: Diabetes Mellitus; DOB: Daño de Órgano Blanco; CCA: Condición Clínica Asociada; PA: Presión Arterial; PAS: Presión Arterial Sistólica; PAD: Presión Arterial Diastólica.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomienda evaluar el riesgo cardiovascular en todas las personas entre 40-74 años, utilizando para ello una calculadora de riesgo cardiovascular a 10 años, ajustada para cada país de Latinoamérica (Disponible en: <https://www.paho.org/es/hearts-americas/calculadora-riesgo-cardiovascular>).

De acuerdo a la OPS el riesgo se clasifica en:



- Bajo: < 5%
- Moderado: 5-10%
- Alto: 10-20%
- Muy alto: 20-30%
- Crítico: > 30%

HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA

Las causas secundarias son responsables de la HTA en aproximadamente el 10% de los pacientes hipertensos.



La HTA secundaria puede tener causas curables o corregibles.

Se debe sospechar HTA secundaria en las siguientes situaciones:

- *HTA resistente.*
- *Índices de sospecha clínica: hipokalemia, alteraciones en la función renal, ronquidos, somnolencia diurna, crisis de HTA asociadas a cefaleas, palpitaciones y sudoración, calambres, etc.*
- *Edad menor de 40 años con HTA moderada.*

CAUSAS MÁS COMUNES DE HTA SECUNDARIA	CAUSAS MENOS FRECUENTES DE HTA SECUNDARIA
Hipertensión Renovascular	Feocromocitoma/Paraganglioma
Apnea Obstructiva del Sueño	Hipo e Hipertiroidismo
Aldosteronismo Primario	Síndrome de Cushing
Enfermedad Parenquimatosa Renal	Coartación de Aorta

SUSTANCIAS QUE PUEDEN ELEVAR LA PRESIÓN ARTERIAL

- Algunos fármacos, drogas de abuso e incluso productos naturales pueden generar aumentos de la PA. Pueden ser una causa de HTA, generar cuadros de crisis hipertensivas o interferir con el tratamiento antihipertensivo.
- En el interrogatorio del paciente se debe preguntar sobre el consumo de estas sustancias y en los casos necesarios sugerir la suspensión de las mismas o la consulta con un profesional en caso de fármacos recetados por otras razones médicas.

Fármacos y sustancias que pueden aumentar la PA

GRUPO FARMACOLÓGICO	FÁRMACOS
Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)	Aspirina, ibuprofeno, naproxeno, diclofenac, celecoxib, etc
Esteroides	Corticosteroides y estrógenos
Agentes estimulantes y anorexígenos	Anfetamina y dextroanfetamina, atomoxetina, metilfenidato
Agentes descongestivos	Pseudoefedrina, fenilefrina, pseudofenilefrina, nafazolina
Factor estimulante eritropoyético	Eritropoyetina
Inhibidores de calcineurina	Ciclosporina, tacrolimus
Antidepresivos	Venlafaxina, tranilcipromina, moclobemida
Agentes antiangiogénicos	Bevacizumab, sorafenib, sunitinib, etc
Derivados ergóticos	Ergotamina, bromocriptina
Suplementos herbarios	Arnica, Ginkgo, Ginseng, Guaraná, Regaliz, Hierba de San Juan, Yohimbina, Efedra

- La ingesta excesiva de alcohol induce un incremento dosis dependiente de la PA. Se recomienda limitar la ingesta diaria de alcohol a una cantidad máxima de 20 ml de etanol (equivalente a una copa de vino o 750 cc de cerveza o 1 medida de bebida blanca).
- El consumo de tabaco se asocia con elevaciones transitorias de la PA.
- La intoxicación con cocaína se caracteriza por sobreactividad simpática con elevación de la PA, que en ocasiones puede ser severa.

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS (CAMBIOS DEL ESTILO DE VIDA)

Los cambios del estilo de vida representan un pilar esencial para lograr la reducción de las cifras de la PA. Sin embargo, nunca deben demorar el inicio del tratamiento farmacológico en los pacientes con riesgo cardiovascular elevado. Suelen ser difíciles de implementar y esto obedece a que implican cambios de hábitos y de conductas que, generalmente, están profundamente enraizados en los individuos.



Restringir el consumo de sodio en la dieta



Aumentar el aporte dietario de potasio



Cumplir una dieta saludable rica en frutas y verduras y reducida en grasas saturadas



Realizar actividad física en forma regular



Evitar el tabaquismo



Disminuir el consumo de alcohol y bebidas que contienen cafeína.



Lograr un peso corporal adecuado

A tener en cuenta:

- *Las medidas no farmacológicas (MNF) son útiles y forman parte integral del tratamiento de la HTA, incluso en los pacientes que se encuentran en tratamiento farmacológico.*
- *En pacientes con HTA leve y bajo riesgo cardiovascular global se puede iniciar el tratamiento con MNF. Si la PA no se normaliza dentro de los 6 meses, deberían adicionarse medicamentos antihipertensivos.*

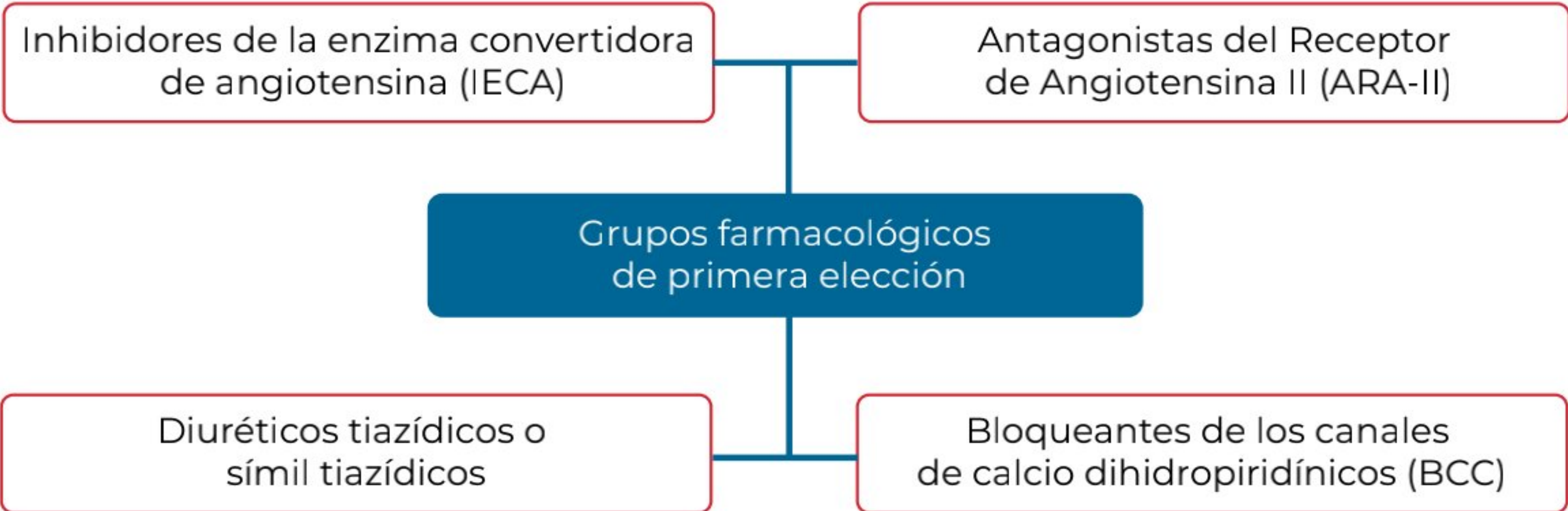
PARA RECORDAR

La adherencia a las MNF es un proceso lento y continuo que requiere una información clara y sencilla. El refuerzo en la información en todas las ocasiones que sea necesario puede incrementar la adherencia a estas medidas y contribuir fuertemente a mejorar los valores tensionales y por ende, el control de la HTA.

El rol del farmacéutico en esta instancia resulta fundamental y puede constituirse en una herramienta muy importante para mejorar el control de la HTA en la población.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA HTA

El objetivo fundamental del tratamiento antihipertensivo es disminuir la morbimortalidad cardiovascular, cerebral y renal a través del descenso de la PA



Algoritmo de tratamiento recomendado en pacientes con HTA esencial



1) Considerar betabloqueantes (BB) de 2da o 3ra generación en pacientes con contraindicaciones para el uso de IECA/ARA II o indicaciones específicas de BB.
 2) En caso de contraindicaciones para el uso de espironolactona, considerar eplerenona, alfabloqueantes o BB si aún no fueron utilizados.

En la mayoría de los pacientes se debe iniciar el tratamiento con combinaciones de dos agentes antihipertensivos, preferentemente en un único comprimido.



La monoterapia está indicada como inicio de tratamiento en pacientes con HTA Grado 1 de bajo riesgo, en mayores de 80 años o en ancianos frágiles.



Se recomienda el uso de fármacos o formas farmacéuticas de acción prolongada que permiten el tratamiento en una única dosis diaria, para facilitar la adherencia.



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA HTA

GRUPO FARMACOLÓGICO	DROGAS	PRECAUCIONES	EFECTOS ADVERSOS
BLOQUEANTES DEL SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA	INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE LA ANGIOTENSINA: Enalapril, Perindopril, Lisinopril, Ramipril,	Embarazo Mujeres en edad fértil	Tos seca irritativa Angioedema (<1%)
	ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANG II: Losartán, Valsartán, Telmisartán, Candesartán, Olmesartán, Irbesartán	Embarazo Mujeres en edad fértil	Angioedema (<1%)
ANTAGONISTAS CÁLCICOS	DIHIDROPIRIDÍNICOS: Amlodipina, Nifedipina, Felodipina, Lercanidipina	IC con deterioro de la fracción de eyección Taquicardia	Edema en miembros inferiores Rubor facial, Cefalea
	NO DIHIDROPIRIDÍNICOS: Verapamilo, Diltiazem	Bloqueo AV de 2do o 3er Grado, Embarazo, IC con deterioro de la fracción de eyección	Constipación Reflujo gastroesofágico
DIURÉTICOS TIAZÍDICOS Y SÍMIL- TIAZÍDICOS	TIAZÍDICOS: Hidroclorotiazida	Hiponatremia Hipersensibilidad a sulfas	Calambres Cansancio Disfunción sexual
	SÍMIL-TIAZÍDICOS: Clortalidona, Indapamida	Crisis gotosa, Hipokalemia persistente, Lactancia	Hiper glucemia Hipercolesterolemia Hipertrigliceridemia
BETABLOQUEANTES	1º GENERACIÓN (NO SELECTIVOS): Propranolol	Bloqueo AV de 2do o 3er Grado Bradicardia sinusal (< 50 lpm), Asma Bronquial (excepto nebivolol y bisoprolol) EPOC Enfermedad de Raynaud	Cansancio Astenia Disnea Broncoespasmo Disfunción sexual Frialdad en miembros inferiores
	2º GENERACIÓN (CARDIOSELECTIVOS): Atenolol, Metoprolol, Bisoprolol		
	3º GENERACIÓN (VASODILATADORES): Labetalol, Carvedilol, Nebivolol		



HTA Y COMORBILIDADES. METAS A LOGRAR

- *La mayor parte de los hipertensos presentan comorbilidades asociadas, ya sea en forma de enfermedades definidas o factores de riesgo concomitantes.*
- *En algunas poblaciones particulares como ancianos, diabéticos, embarazadas, etc., las metas de PA a alcanzar y los esquemas de tratamiento pueden variar.*

Metas de tratamiento en diferentes poblaciones de hipertensos

CONDICIÓN	OBJETIVO TERAPÉUTICO
HTA esencial no complicada (> 16 y < 80 años de edad)	< 140/90 mmHg
HTA esencial no complicada (≥ 80 años de edad)	< 150/90 mmHg
HTA + Embarazo	< 140/90 mmHg (no < 110/70 mmHg)
HTA + Diabetes	< 140/90 mmHg
HTA + ERC	< 140/90 mmHg (puede considerarse un objetivo más bajo en jóvenes con proteinuria)
HTA + ACV/AIT	< 140/90 mmHg
HTA + EC/IC	< 140/90 mmHg

REFERENCIAS: HTA, Hipertensión Arterial; ERC, Enfermedad Renal Crónica; ACV, Accidente Cerebrovascular; AIT, Accidente Isquémico Transitorio; EC, Enfermedad Coronaria; IC, Insuficiencia Cardíaca.

URGENCIAS Y EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS

Las llamadas crisis hipertensivas, usualmente divididas como urgencias y emergencias, constituyen uno de los principales motivos de consulta en Servicios de Emergencia en todo el mundo.

Definimos como crisis hipertensiva a la presencia de valores de PA \geq 180/120 mmHg, los cuales pueden o no acompañarse con signos de DOB agudo (corazón, cerebro, riñón, etc.).

EMERGENCIA HIPERTENSIVA

CON
daño agudo de órgano blanco

Se recomienda el tratamiento por vía endovenosa e internación en áreas cerradas (Terapia Intensiva, Unidad Coronaria, etc.)

URGENCIA HIPERTENSIVA

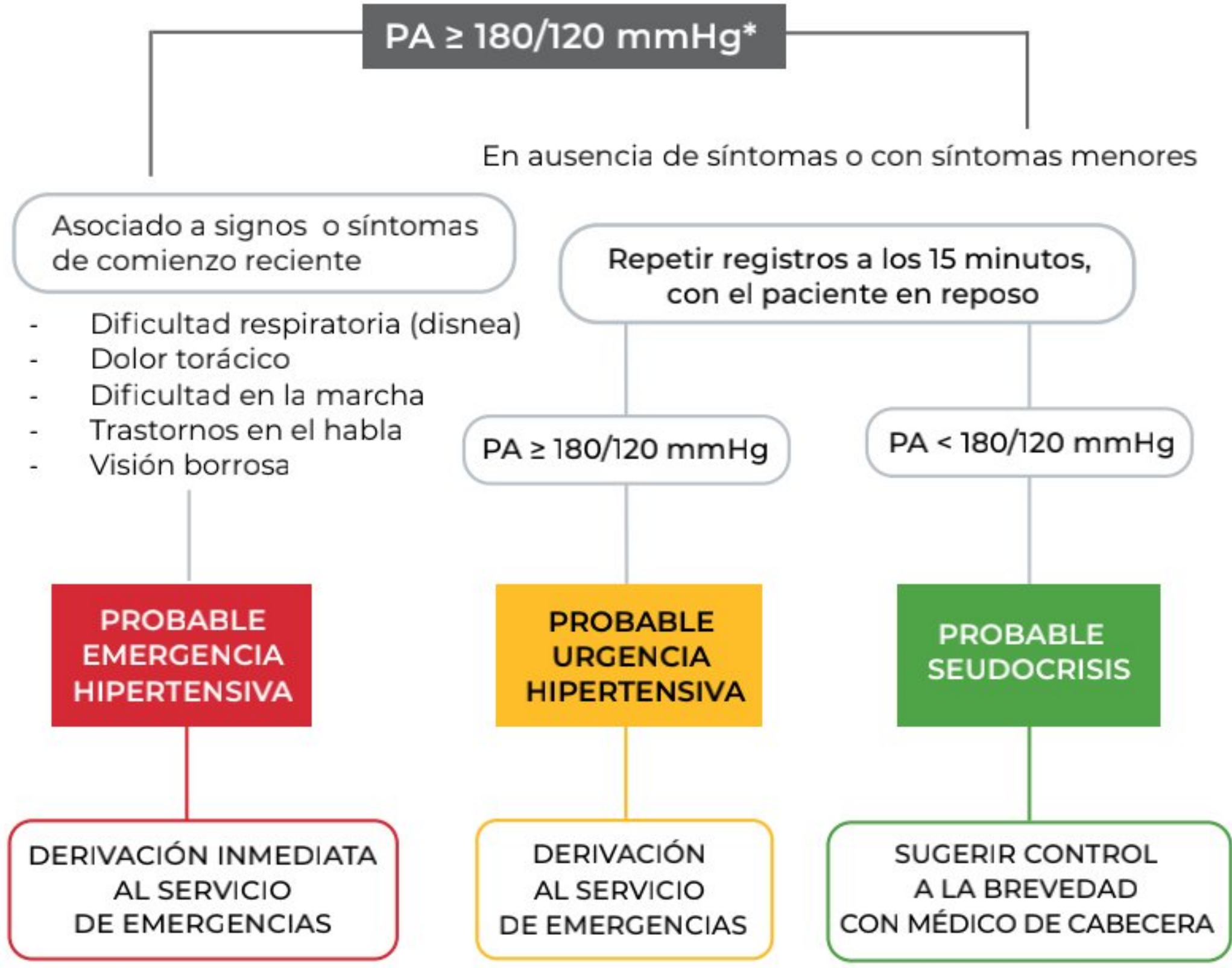
SIN
daño agudo de órgano blanco

Se recomienda tratamiento por vía oral, generalmente en el Servicio de Emergencias

En todos los casos el tratamiento de las crisis hipertensivas debe ser realizado bajo estricta supervisión médica, ya que se trata de cuadros clínicos potencialmente riesgosos para la vida del paciente, incluso en el caso de las urgencias hipertensivas, si no se establece una conducta adecuada.

No es recomendable iniciar un tratamiento en un ámbito que no permita el control frecuente del paciente.

Algoritmo para el manejo de las crisis hipertensivas en la farmacia



Evitar en todos los casos la administración de antihipertensivos sin supervisión médica.

ROL DEL FARMACÉUTICO EN EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL

El farmacéutico puede ser un actor fundamental en el control de la HTA, a través de su contribución en tres aspectos clave:

1 - Frecuencia de control de la presión arterial



La medición correcta de la PA con la frecuencia adecuada es muy importante en el seguimiento del paciente hipertenso y el farmacéutico puede tener un rol clave en este aspecto.

El control frecuente de la PA permite evaluar la eficacia del tratamiento antihipertensivo, detectar precozmente fallas terapéuticas y pesquisar probables efectos adversos del tratamiento, que deberán ser informados al médico tratante.

2 - Adherencia a la medicación antihipertensiva



En pacientes con HTA, sólo la mitad cumple adecuadamente el tratamiento al año de indicado el mismo. La falta de adherencia al tratamiento se vincula a un deficiente control de la PA.

El farmacéutico puede ser un aporte importante en distintas estrategias que mejoren la adherencia, entre ellas:

- *Educar a los pacientes sobre la HTA, sus consecuencias y eventuales efectos secundarios del tratamiento.*
- *Colaborar con los pacientes para establecer los objetivos de la terapia y el plan de atención.*
- *Promover el uso de fármacos combinados a dosis fijas y en un solo comprimido.*
- *Integrar la toma de píldoras en las actividades rutinarias de la vida diaria con herramientas de apoyo como recordatorios, pastilleros, envases y otras ayudas.*
- *Reconocer y felicitar a los pacientes por lograr los objetivos del tratamiento.*

3 - Cambios en el estilo de vida



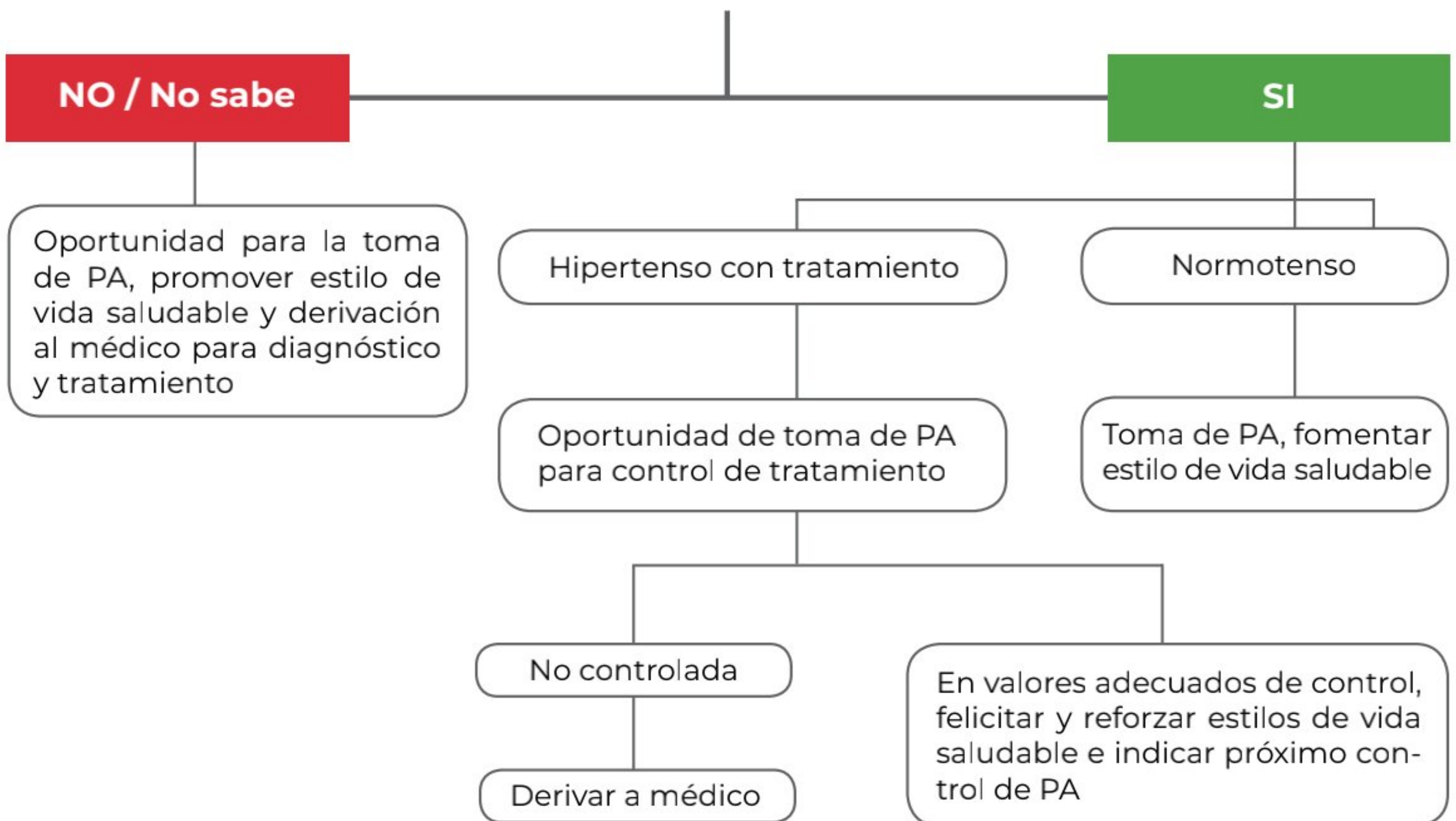
Los pacientes que adoptan y mantienen un estilo de vida saludable logran mejorar la PA. Por este motivo, es importante fomentar estrategias que ayuden a promover un comportamiento saludable.

La consulta con el farmacéutico puede ser un ámbito clave donde se ayude al paciente a fijar y revisar sus metas, programar un seguimiento permanente y utilizar intervenciones que favorezcan la motivación.

ROL DEL FARMACÉUTICO EN EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL

RELACIÓN PACIENTE - FARMACÉUTICO

¿Se tomó o conoce su presión arterial?



La frecuencia de control para reevaluar la PA y el monitoreo de la adherencia y respuesta al tratamiento deben programarse regularmente de acuerdo con las recomendaciones actuales.

Se aconseja el uso de estrategias de autocontrol y la atención integral del equipo de salud. La visita a la farmacia es una oportunidad para el seguimiento y control de la presión arterial.

10 PUNTOS PARA NO OLVIDAR

1 La HTA es el principal FR cardiovascular.

2 Uno de cada 3 argentinos padece HTA y su prevalencia aumenta con la edad.

3 Casi el 40% desconoce que es hipertenso y solo 2 de cada 10 está bien controlado.

4 Una medición adecuada de la PA es el primer paso para lograr un adecuado control de la HTA.

5 En todo hipertenso se debe evaluar el riesgo cardiovascular global.

6 En todo hipertenso entre 16 y 80 años se debe alcanzar una meta de PA < 140/90 mmHg.

7 Siempre deben recomendarse cambios al estilo de vida.

8 Fármacos de elección: IECA – ARA II – BCC – Diuréticos tiazídicos o símlitiazídicos.

9 La medición de la PA en la farmacia es clave para detectar nuevos casos de HTA.

10 El farmacéutico cumple un rol fundamental para mejorar la adherencia al tratamiento en el paciente hipertenso.



BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA:

- Consenso Argentino de Hipertensión Arterial 2018. Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial-Sociedad Argentina de Cardiología-Federación Argentina de Cardiología.
- Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial 2019. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Presidencia de la Nación.
- Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults 2021. World Health Organization.
- Unger t, Borghi C, Charchar F, Et al. International Society of Hypertension/Global Hypertension Practice Guidelines 2020. Hypertension. 2020;75:1334-1337.
- Green BB, Cook AJ, Ralston JD, et al. Effectiveness of Home Blood Pressure Monitoring, Web Communication, and Pharmacist Care on Hypertension Control: A Randomized Controlled Trial. JAMA. 2008;299(24):2857–2867.
- Santschi V., Chiolero A, Colosimo A, Platt R , Taffé P, Burnier B, Burnand B , Paradis G. Improving blood pressure control through pharmacist interventions: a metaanalysis of randomized controlled trials. Journal of the American Heart Association 2014, 3: 2 e000718.
- Delage C, Lelong H, Brion F, Blacher J. Effect of a pharmacist-led educational intervention on clinical outcomes: a randomised controlled study in patients with hypertension, type 2 diabetes and hypercholesterolaemia. Eur J Hosp Pharm 2021 Nov;28 (Suppl 2): e197-e202.

COLABORARON EN LA ELABORACIÓN DE ESTE MATERIAL:

Dr. Lucas Aparicio
Dr. Gustavo Blanco
Dra. Laura Brandani
Dr. Marcelo Choi
Dr. Alejandro Delucchi
Dr. Walter Espeche
Dr. Christian Höcht
Dr. Marcos Marín
Farm. Ricardo Pesenti
Dr. Nicolás Renna
Dr. Pablo Rodríguez
Dr. Martín Salazar

AUTORIDADES:



Presidente
Dr. Marcos J. Marin

Presidenta Anterior
Dra. Irene Ennis

Vicepresidente 1°
Dr. Nicolás Renna

Vicepresidente 2°
Dr. Marcelo Choi

Secretario
Dr. Pablo Darío Rodríguez

Pro-Secretaria
Dra. Jessica Barochiner

Tesorero
Dr. Diego Fernández

Pro-Tesorero
Dr. Alejandro Aiello

Vocales
Dra. Carolina Caniffi
Dr. Carlos Castellaro
Dr. Alejandro de Cerchio
Dr. Alejandro Delucchi
Dr. Walter Espeche
Dra. Albertina Ghelfi
Dra. Adriana Iturzaeta
Dr. Diego Márquez Ullivarri
Dr. Rodrigo Sabio
Dr. Joaquín Serra
Dr. Sergio Gerardo Vissani
Dr. Ariel Volmaro



Presidente
Farm. Ricardo Pesenti

Vicepresidente
Farm. Jorge Bordón

Secretaria
Farm. Claudia Martino

Pro-Secretaria
Farm. María Isabel Reinoso

Tesorero
Farm. Roberto Aranguren

Pro-Tesorero
Farm. Luis Salvi

Revisores
de Cuentas Titulares
Farm. Emilio Álvez
Farm. María Inés Arévalo
Farm. Eduardo Molina

Revisor de Cuentas Suplente
Farm. Luciana Gutiérrez

Queda expresamente prohibida, sin la autorización escrita de los titulares del copyright, bajo las sanciones establecidas por las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento.

Número de Registro en Derecho de Autor EX-2023-27753816 -APN-DNDA#MJ
ISBN: 978-987-48669-1-2



CASASCO

Desde 1876 con
Responsabilidad Farmacéutica.

