

Protocolo para el Seguimiento
Farmacológico Individualizado
de personas con Riesgo Vascular
en Tratamiento con

Hipolipemiantes y/o Antihipertensivos



Protocolo para el Seguimiento
Farmacológico Individualizado de
personas con RV en
**Tratamiento con
Hipolipemiantes y/o
Antihipertensivos.**



PROTOCOLO para el seguimiento farmacológico individualizado de personas con riesgo vascular en tratamiento con hipolipemiantes y/o antihipertensivos [Recurso electrónico] / coordinación, Concepción Padilla Marín, Marina Gómez Arcas. -- [Sevilla] : Consejería de Salud y Bienestar Social, 2012

Texto electrónico (pdf), 57 p.

1. Protocolos clínicos 2. Hipolipemiantes-Uso terapéutico 3. Antihipertensivos-Uso terapéutico 4. Manejo de atención al paciente 5. Andalucía I. Padilla Marín, Concepción II. Gómez Arcas, Marina III. Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social IV. Protocolo para el seguimiento farmacológico individualizado de personas con RV en tratamiento con hipolipemiantes y/o antihipertensivos.

QU 85

QV 151



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-Sin obras derivadas 3.0 España

1ª edición, 2012

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social.

COORDINACIÓN:

Concepción Padilla Marin. Directora de la Estrategia de Cuidados de Andalucía. Conserjería de Salud y Bienestar Social.

Marina Gómez Arcas. Estrategia de Cuidados de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social.

GRUPO DE TRABAJO:

Luis Baró Rodríguez

Farmacéutico. Servicio de Farmacia D. S. Costa del Sol

Alfonso García Guerrero.

Enfermero. Coordinador de cuidados UGC Colonia Santa Inés-Teatinos. D .S Málaga.

Lisardo García Matarín

Medico de Familia. Director de UGC Puebla de Víçar .D. S. Poniente. Almería

Sonia Martínez Trujillo

Enfermera. Coordinadora de Cuidados UGC Churriana de la Vega D. S Metropolitano de Granada

Francisco Martos Pérez

Medico Internista. Director Área Médica. HARE de Benalmádena

M^a Dolores Peláez Cerón

Enfermera. Unidad de Residencias .UGC Paciente Frágil AGS Norte de Málaga.

Petra Plaza Riu

Farmacéutica Servicio de Farmacia. D.S. Córdoba

M^a Aurora Quero Cabeza

Enfermera Gestora de Casos .UGC Porcuna y Torredonjimeno .D S Jaén Sur

Silvia Rodríguez Moreno

Medico de Familia UGC Colonia Santa Inés-Teatinos. D .S Málaga.

Ana Sánchez Silvestre

Médico de Familia .UGC Trinidad D.S Málaga.

COLABORADORES:

M^o Isabel Carrascosa García

Enfermera. Jefe de bloque de Formación de Complejo Hospitalario de Jaén.

Teresa Molina López. Subdirección de Farmacia de SAS.

Marisa Dotor Gracia. Consejería de Salud y Bienestar Social.

Reyes Sanz Amores. Consejería de Salud y Bienestar Social.

REVISIÓN EXTERNA:

Francisco Javier Navarro Moya. Enfermero. D S. Málaga. Coordinador del Proceso Asistencial Integrado Riesgo Vascular.

Soledad Marquez Romero. Medico de Familia . DS Málaga.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ASENHOA

SAMFYC

ASANEC

Índice

1	Introducción	→5
2	Criterios generales de aplicación	→7
3	Marco Conceptual	→9
4	Normas de calidad en relación al protocolo de seguimiento farmacológico en personas con riesgo vascular	→11
5	Protocolo para el seguimiento farmacológico individualizado en pacientes con rv en tratamiento con hipolipemiantes.	→14
6	Protocolo para el seguimiento farmacológico en personas con rv en tratamiento con antihipertensivos	→22
7	Indicadores de calidad en relación al protocolo para el seguimiento farmacológico en personas con rv en tratamiento con hipolipemiantes y/o antihipertensivos	→36
8	Definición de términos	→40
9	Anexos	→41
10	Bibliografía	→54

1 Introducción

El “Decreto por el que se define la actuación de las enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía”, tiene como finalidad prioritaria la mejora de la seguridad y el beneficio de los pacientes, desde el reconocimiento de que el ejercicio de la práctica profesional de las enfermeras implica necesariamente la utilización de medicamentos y productos sanitarios. Por lo tanto, las enfermeras y enfermeros pueden:

- Indicar y prescribir los productos sanitarios (efectos y accesorios) incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía a los pacientes a los que presten sus cuidados.
- Usar e indicar los medicamentos que no requieren receta médica.
- Colaborar con los profesionales médicos y odontólogos en programas de seguimiento protocolizado.

Por consiguiente conviene destacar lo siguiente:

- Enfermería tiene la misión de prestar cuidados orientados a la promoción, el mantenimiento y recuperación de la salud, así como la prevención de enfermedades y discapacidades. Por ello, reciben una adecuada formación clínica y farmacológica, en su formación pre y postgrado.
- Las/los enfermeras/os son los responsables finales del proceso del cuidar por lo que, dentro de sus competencias, está la resolución de situaciones donde sea necesaria la prescripción de productos sanitarios (efectos y accesorios) y de medicamentos que no requieren receta, así como el seguimiento protocolizado de determinados tratamientos farmacológicos individualizados, en el marco de la actuación del equipo de salud.
- La prescripción de productos sanitarios por parte de enfermería pretende mejorar la accesibilidad y la continuidad de la asistencia, tanto para los pacientes como para los cuidadores, ofreciendo una atención integral, optimizando los tiempos de atención y el uso de los recursos.

1. Introducción



- La actuación de las enfermeras y de los enfermeros se encuadra en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público Andaluz, basada ésta en criterios terapéuticos de evidencia científica demostrada, de eficiencia y de trabajo en equipo.
- Los principios que inspiran el nuevo Decreto sobre la actuación de las enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía se basa en las competencias que, en materia de asistencia sanitaria, ostentan las Comunidades Autónomas, y responden al objetivo de proporcionar una mejor atención sanitaria a los ciudadanos.

Los valores que inspiran el nuevo decreto son la mejora de la accesibilidad de los usuarios, la normalización de la cooperación multidisciplinar y la sostenibilidad de nuestro Sistema Sanitario Público a través de un uso eficiente de los recursos disponibles.

2 Criterios generales

de aplicación

En relación al Protocolo para el Seguimiento Farmacológico Individualizado en Personas con RV en Tratamiento con Hipolopemiantes y /o Antihipertensivos

Este documento contempla el “**Seguimiento Protocolizado Farmacológico Individualizado En Personas Con Tratamiento Hipolipemiante**”, como desarrollo del “Decreto por el que define actuación de las enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía”, donde se recoge lo siguiente:

“Artículo 1. Objeto y ámbito de aplicación.

Constituye el objeto del presente Decreto definir actuaciones específicas de las enfermeras y enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Artículo 4. Seguimiento protocolizado de tratamientos farmacológicos individualizados.

- 1. Las enfermeras y enfermeros del Sistema Sanitario Público de Andalucía acreditadas , al efecto por la Consejería competente en materia de salud, en el ejercicio de su actuación profesional, tanto en el ámbito de los cuidados generales como en los especializados y en el marco de los principios de atención integral de salud y para la continuidad asistencial, podrán cooperar en el seguimiento protocolizado de determinados tratamientos individualizados, que se establezcan en una previa indicación y prescripción médica u odontológica.*
- 2. Corresponde al profesional de la medicina o de la odontología, que prescribe el tratamiento al paciente, autorizar, expresamente, la realización del correspondiente seguimiento protocolizado a que hace referencia el apartado 1.*
- 3. A los efectos previstos en este artículo, será obligatorio dejar constancia, en la historia clínica del paciente, de una descripción detallada del tratamiento inicial y la identificación del profesional de la medicina o de la odontología que lo prescribe; de la autorización expresa de éste para que sea seguido y, en su caso, modificado, por una enfermera o enfermero, conforme al protocolo establecido o autorizado por la Consejería competente en materia de salud, así como, de la correcta identificación de todos y cada uno de los cambios que se introduzcan en el citado tratamiento y del profesional que los ordena, debiendo hacer constar la fecha y hora en que se produce cada anotación. Todo ello deberá realizarse en una hoja de tratamiento única y compartida por los y las profesionales que atienden al paciente.*

* Con carácter previo a la aplicación del “Protocolo de Seguimiento Farmacológico Individualizado en personas con RV”, las enfermeras deben reunir los criterios que las acrediten para el desarrollo de esta nueva competencia.

2. Criterios generales de aplicación

4. *En el caso de que el acceso al medicamento deba realizarse a través de oficinas de farmacia, el seguimiento protocolizado del tratamiento, sólo podrá realizarse si la prescripción médica u odontológica correspondiente, se ha producido a través del sistema de receta médica electrónica.*
5. *Corresponde a la Consejería competente en materia de salud establecer los tratamientos farmacológicos susceptibles de seguimiento por parte de las enfermeras y enfermeros y autorizar o establecer sus correspondientes protocolos, así como fijar los requisitos específicos y procedimientos para la acreditación, contando, para todo ello, con la correspondiente participación profesional y el asesoramiento de las sociedades científicas y organizaciones profesionales.*

Los protocolos, establecidos o autorizados por la Consejería de Salud, contemplaran, al menos, los parámetros del tratamiento ajustables por dichos profesionales y los rangos de ajuste autorizados para cada uno. En ningún caso podrá modificarse el principio activo o la marca del medicamento prescrito por el profesional de la medicina o de la odontología”.

3 Marco conceptual

En relación al Protocolo para el Seguimiento Farmacológico Individualizado en Personas con RV en Tratamiento con Hipolopemiantes y /o Antihipertensivos

Los protocolos para el seguimiento farmacológicos individualizado, se enmarcan dentro de los Procesos Asistenciales Integrados (PAI) del SSPA. La Gestión por Procesos es una herramienta con la que se analizan los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria, para ordenar los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen ciudadanas, ciudadanos y profesionales, e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones en salud hasta lograr un grado de homogeneidad óptimo. Se trata pues, de impulsar un cambio en la organización basado en la fuerte implicación de los profesionales y en su capacidad de introducir la idea de mejora continua de la calidad, y de llevarlo a cabo desde un enfoque centrado en la persona, el paciente, usuario/a, ciudadano/a y su entorno familiar y social. En este caso este protocolo se encuadra como documento de apoyo del Proceso Asistencial Integrado de Riesgo Vascular editado por la Consejería de Salud en el año 2010³.

Las enfermedades vasculares (EV), entre las que se incluyen fundamentalmente la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad arterial periférica, constituyen una de las principales causas de morbilidad y discapacidad y la primera causa de muerte en los países occidentales⁴.

La elevación de la mortalidad en términos absolutos y de la morbilidad hace esperar que el impacto sanitario de estas enfermedades continúe aumentando en los próximos años.

Andalucía es una de las comunidades autónomas (CCAA) que presenta las tasas de mortalidad estandarizadas por edad más altas de España. La elevada prevalencia de FRV en nuestra comunidad justifica en parte esta situación, a pesar de ser una de las CCAA menos envejecidas de España.

Como bien define el proceso asistencial Integrado de RV en Andalucía la puerta de entrada del usuario al Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) es la Atención Primaria (AP), por lo tanto se puede identificar como la manera más eficiente para llevar a cabo la detección de los FRV en la población aprovechándose de los múltiples contactos y motivos de consulta de los individuos con los servicios de AP, tanto por el médico de familia como por la enfermera. La garantía de accesibilidad y longitudinalidad de estos servicios los hacen el lugar idóneo para realizar la mayor

³http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csald/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/riesgo_vascular/riesgo_vascular.pdf

⁴Villar F, Banegas JR, de Mata Donado J, Rodríguez Artalejo F. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras. Informe SEA 2.007. Sociedad Española de Arteriosclerosis

3. Marco conceptual

parte de las actividades relacionadas con la detección, diagnóstico , tratamiento y seguimiento de los FRV⁵ .

El principio general que sustenta este protocolo basado en el PAI Riesgo Vascular, es que ningún factor de riesgo vascular debe de ser analizado separadamente. Los factores de riesgo tienden a agruparse y a actuar sinérgicamente, por lo que los individuos con varios factores tienen un riesgo de presentar un evento vascular superior a la suma de cada uno de ellos; por este motivo vemos de suma importancia la incorporación de las enfermeras y enfermeros en el seguimiento de estos pacientes dentro las funciones de seguimiento, que ya viene realizando en la consulta.

Según esto , siguiendo con las recomendaciones PAI de RV, se llevará a cabo intervenciones preventivas generales (IPG), para modificación del estilo de vida constituyendo éstas la base fundamental del tratamiento en prevención vascular y son tan importantes como las medidas farmacológicas y en muchos casos con efectividad superior, mejorando el control de los FRV la morbilidad y mortalidad vascular, por lo que deben recomendarse y mantenerse en todos los pacientes ,de forma especial en mujeres, con independencia de que reciban o no tratamiento farmacológico .

Los protocolos, no pretenden reemplazar el juicio clínico en cada caso individual del paciente, las decisiones en los cuidados de salud, deben tener en cuenta los siguientes elementos:

- La situación clínica del individuo, su edad y la presencia de otras enfermedades.
- Las creencias y preferencias personales y de la familia.
- La mejor práctica clínica basada en las últimas evidencias disponibles proporcionadas por la investigación.
- El entorno clínico en el que se trabaja y los recursos de que se dispone.
- El juicio clínico (incluyendo las habilidades y la experiencia) del profesional, es la clave para integrar estos elementos.

El seguimiento protocolizado del tratamiento farmacológico individualizado, debe incorporarse como una herramienta de excelencia dentro de las consultas de enfermería y el seguimiento de los pacientes crónicos. Este protocolo pretende dar respuesta a las demandas de acto único que el ciudadano espera del profesional sanitario .Una respuesta efectiva para resolver sus problemas de salud.

⁵Plan Integral de Atención a las Cardiopatías de Andalucía 2.005-2.009. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 2.005

4 Normas de calidad

En relación al Protocolo para el Seguimiento Farmacológico Individualizado en Personas con RV en Tratamiento con Hipolopemiantes y /o Antihipertensivos

4.1. Aspectos relacionados con la seguridad del paciente.

La ficha técnica de un medicamento es el documento oficial dirigido a los profesionales sanitarios, en el que se recogen las indicaciones y las condiciones autorizadas de uso. La calidad, la eficacia y la seguridad de un medicamento sólo han sido evaluadas en las indicaciones y las condiciones de uso que figuran en la ficha técnica. La ficha técnica no es un documento estático, su contenido va modificándose de acuerdo a la nueva información disponible sobre el medicamento: datos de seguridad que identifican reacciones adversas previamente no detectadas, nuevas contraindicaciones o advertencias, nuevas indicaciones, cambios en la pauta de administración, etc. Por todos estos motivos, todo profesional sanitario debe conocer la ficha técnica de un medicamento antes de prescribirlo. El resumen de contraindicaciones, efectos secundarios e interacciones descrito a continuación, no sustituye en ningún caso, la consulta de la ficha técnica actualizada.

4.2. Plan terapéutico

Los objetivos de intervención y seguimiento estarán en función del nivel de prevención (primaria/secundaria) y de estratificación del RV (alto/bajo), así como también el estadio motivacional en el que se encuentra la persona.

Según esto se llevarán a cabo intervenciones preventivas generales (IPG), para modificación del estilo de vida, constituyendo éstas la base fundamental del tratamiento. En prevención vascular, son tan importantes como las medidas farmacológicas y, en muchos casos tienen una mayor efectividad, mejorando el control de los FRV y la morbilidad y mortalidad vascular, por lo que deben recomendarse y mantenerse en todos los pacientes (de forma especial en mujeres) con independencia de que reciban o no tratamiento farmacológico (PAI).

El profesional de Enfermería debe de realizar un plan terapéutico individualizado, según las características del paciente. Para ello, se valorará a la persona y se incidirá en las capacidades de aprendizaje y conocimientos, así como el estado motivacional para afrontar el régimen terapéutico, teniendo en cuenta las diferentes intervenciones mencionadas en el párrafo anterior según la estratificación del riesgo y su nivel de prevención, los diagnósticos de enfermería principales sugeridos son: Manejo eficaz del régimen terapéutico personal y manejo ineficaz del régimen terapéutico personal⁶.

⁶NANDA International. (2010). Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2009-2011.

4. Normas de calidad

Tal como indica el PAI de Riesgo Vascular, los planes de cuidados irán orientados a conseguir resultados en salud identificados dentro de la taxonomía (NOC)⁷ como; Conocimiento del régimen terapéutico (NOC 1813) y Control del riesgo: salud cardiovascular (1914) conocimiento: Medicación (1808)(anexo V)

Las intervenciones que se recomiendan dentro del plan de cuidados, se identifican según con la taxonomía NIC ⁸:

- Enseñanza: Actividad/ejercicio prescrita.
- Enseñanza: Dieta prescrita.
- Enseñanza: Medicamentos prescritos.
- Enseñanza: proceso enfermedad.
- Facilitar el aprendizaje.
- Modificación de la conductas.

⁷NANDA International. (2010). Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2009-2011. Madrid: Elsevier.

⁸Moorhead, S; Johnson, M y Maas, M. (2005). Nursing Outcomes Classification (NOC). Madrid. Elsevier.

Protocolo Farmacológico
Individualizado en Personas con
RV en tratamiento con Hipolipemiantes.



Simvastatina

5 Seguimiento protocolizado farmacológico individualizado en personas en tratamiento con simvastatina



La dislipemia, y más concretamente la hipercolesterolemia, es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular modificables.

El inicio de tratamiento farmacológico no debe iniciarse sistemáticamente sino después de una cuidadosa valoración clínica del paciente y de una correcta modificación de estilos de vida, además deberemos tener en cuenta la estratificación del RV del individuo así como el nivel de prevención (primaria/secundaria), por lo que el comienzo del tratamiento no dependerá sólo del colesterol total o de las cifras de colesterol LDL. Para el cálculo del RV utilizaremos el modelo SCORE (Anexo I), que tiene en cuenta edad, sexo, presión arterial sistólica (PAS), colesterol total (CT) y hábito tabáquico. Se establece un umbral de alto riesgo cuando se obtiene un riesgo mayor o igual a un 5% en dicha escala.

El fármaco hipolipemiente de elección, dentro del grupo de las estatinas, por su relación coste efectividad, es la simvastatina (20 -40mg/día). No existen datos de superioridad de unas estatinas sobre otras a dosis equipotentes (1) (anexo III). En aquellos casos en que se requiera un descenso de LDL, que supere el techo terapéutico de la simvastatina se puede valorar el uso de atorvastatina.

5.1 Protocolo para el Seguimiento Farmacológico Individualizado en Personas con RCV en Tratamiento con Simvastatina



Definición.

Guiar el seguimiento protocolizado farmacológico por enfermeras y enfermeros, tras indicación y prescripción médica, del tratamiento con simvastatina, ajustado a los niveles de objetivos terapéuticos en función de su riesgo vascular.

Procesos Asistenciales que debe de integrarse.

RV.

DIABETES.

IAM.

ICTUS.

DOLOR TORÁCICO.

Inclusión en Protocolo.

El paciente es derivado previa indicación de tratamiento médico, para seguimiento colaborativo, indicándolo así en la casilla de derivación correspondiente del sistema de historia única digital. Se incluyen:

- Pacientes en prevención secundaria en tratamiento con simvastatina, con niveles de LDL dentro de los objetivos (anexo II).
- Personas en prevención primaria con RV alto y cLDL ≥ 160 mg/dl, o con RV bajo (próximo al 5%) y cLDL ≥ 190 mg/dl (o CT ≥ 300 mg/dl), sobre todo si existen otros FRV no incluidos en el cálculo del RV, como obesidad o sedentarismo.

Exclusión del Protocolo.

Insuficiencia Renal.

Insuficiencia Hepática.

Hipertrigliceridemia aislada.

Dislipemias Familiares aterogénicas.

Finalización del Seguimiento Protocolizado.

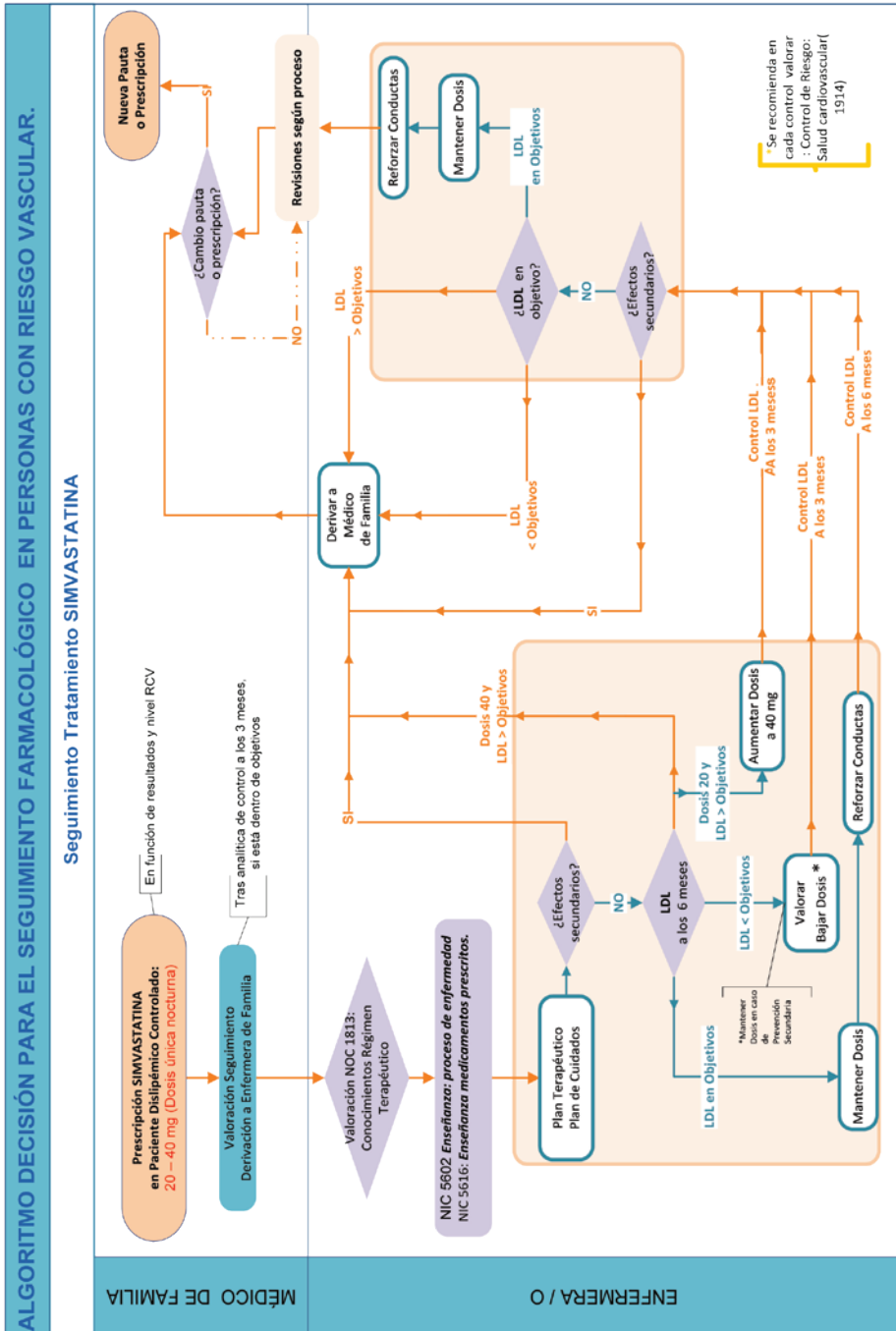
Suspensión del tratamiento por el médico.

Efectos secundarios de la medicación.

Embarazo y lactancia.

Fallecimiento.

5.1. Protocolo para el seguimiento farmacológico individualizado en personas con RV en tratamiento con Simvastatina



5.1. Protocolo para el seguimiento farmacológico individualizado en personas con RCV en tratamiento con Simvastatina

5.1.1 Margenes de Uso y Seguimiento Terapeutico de la Simvastatina

El médico inicia tratamiento con Simvastatina 20/40 mg. en función de nivel de prevención (primaria secundaria), estratificación del RV y niveles de colesterol.

Una vez controlado el paciente con cifras de colesterol total colesterol LDL dentro de objetivos, se deriva a enfermería para valoración y seguimiento.

El enfermero realizará apertura del plan terapéutico, plan de cuidados y solicitud de prueba analítica a los 6 meses en prevención secundaria y en prevención primaria con RV alto. En pacientes en prevención primaria con RV bajo, la solicitud de prueba analítica se realizará, a los 12 meses.

- Valorar los niveles de LDL;
 - Si la cifra de LDL está por encima de los objetivos y la dosis actual es 20 mg, se debe aumentar a 40 mg y realizar un control a los tres meses.
 - Si la cifra de LDL, está por encima de los objetivos y la dosis actual es 40 mg, se debe derivar al paciente al médico de referencia
 - Si la cifra de LDL está por debajo de los objetivos valorar reducir la dosis y realizar una analítica en 3 meses.
- En los pacientes en Prevención Secundaria se mantiene la dosis aunque los niveles de LDL estén por debajo de objetivos terapéuticos.
- En pacientes en prevención primaria, si persisten los niveles bajos, serán derivadas al médico referente.
- En ambos casos se derivará el paciente al médico si los valores mínimos están fuera del rango del laboratorio de referencia.

En cada seguimiento en consulta de Enfermería, se valorará como hemos referido anteriormente, el criterio de resultados en salud; Control del Riesgo: Salud Cardiovascular.

Se realizará derivación a consulta médica si aparecen efectos secundarios y/o en caso de elevaciones de las transaminasas por encima de 3 veces los límites superiores de la normalidad.

En la solicitud de analítica se seguirán los criterios de calidad indicados en el protocolo.

5.1. Protocolo para el seguimiento farmacológico individualizado en personas con RCV en tratamiento con Simvastatina

5.1.2 Criterios de indicadores de uso racional de medicamento del tratamiento con simvastatina.

Los medicamentos hipolipemiantes de primera elección son las estatinas.

La estatina de elección debería ser aquella molécula que cumpla los siguientes criterios:

- Que haya demostrado disminuir la morbimortalidad cardiovascular en pacientes con enfermedad cardiovascular o riesgo alto de padecerla.
- Que el medicamento tenga un perfil de efectos secundarios suficientemente conocido, una antigüedad en el mercado superior a 3 años, al menos.

Las estatinas comercializadas actualmente en España cumplen los dos criterios de selección y a dosis equipotentes no existen datos de superioridad de unas sobre otras. En estas circunstancias y en un entorno de Sistema Público de Salud se deben valorar las ventajas en términos de costes, que suponen cada una de las alternativas existentes para el sistema sanitario.

Por su relación coste-efectividad y considerando los costes del medicamento, para reducciones de hasta el 45% en c-LDL, SIMVASTATINA (20-40 mg/día) debe ser de elección en la mayoría de los pacientes, salvo que existan otras razones justificadas:

- Intolerancia a Simvastatina
- Interacciones clínicamente significativas: SIM+Amiodarona, Macrólidos, Ac Fusídico, Azoles Antifúngicos, Antiretrovirales, Ciclosporina, Rifampicina.

El objetivo terapéutico es conseguir al menos una reducción del 30 % de c-LDL o del colesterol total de partida (Anexo IV).

Actualmente todas las estatinas han sido ensayadas tanto en prevención primaria como secundaria, con la excepción de fluvastatina que sólo dispone de estudios en prevención secundaria.

En base al amplio margen de seguridad de estos fármacos y a una eficacia similar, a la hora de seleccionar un tratamiento, tanto en prevención primaria como en secundaria, el criterio que debe prevalecer es la minimización de costes, para cada objetivo de reducción de cLDL establecido.

La guía NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) recomienda seleccionar la estatina que para conseguir los objetivos terapéuticos, marcados implique menores costes directos.

5.1. Protocolo para el seguimiento farmacológico individualizado en personas con RCV en tratamiento con Simvastatina

5.1.3 Criterios de indicadores de uso racional de medicamento del tratamiento con simvastatina.

La dosis habitual de simvastatina es 20 a 40 mg/día, administrada en una dosis única por la noche. El tratamiento farmacológico debe administrarse junto a la implementación de las medidas de dieta y ejercicio.

En pacientes que toman ciclosporina, danazol, gemfibrocilo o fibratos, excepto fenofibrato, la dosis de simvastatina no debe exceder de 10 mg/día.

En pacientes que toman amiodarona o verapamilo la dosis de Simvastatina no debe exceder de 20 mg/día.

En pacientes que toman diltiazem o amlodipino, la dosis de simvastatina no debe de exceder de 40 mg/día. Se está a la espera de una referencias de la FDA en cuanto a criterios de seguridad de la dosis, hasta ese momento el protocolo se mantendrá vigente, en el momento se remita un cambio en el mismo se realizará la modificación del protocolo.

Las estatinas son fármacos bastante seguros si se respetan las condiciones de uso. Todas las estatinas potencian el efecto de los anticoagulantes orales, aunque este efecto es menor con la pravastatina.

a / Efecto Secundarios Estatinas

- Síntomas musculares: mialgias y debilidad muscular.
- Miositis: síntomas musculares más CPK aumentada.
- Rbdomiolisis Alerta.
- Hipertransaminemia.
- Fallo hepático.
- Enfermedad pulmonar intersticial.

Se han notificado, también casos de trastornos del sueño, pérdida de memoria y disfunción sexual.

El riesgo de Rbdomiolisis, aumenta cuando se administran las estatinas conjuntamente con otros medicamentos que se detallan en la Tabla de interacciones En pacientes con IR moderada no debe ser necesario modificar la dosis. En pacientes con IR grave (< 30 ml/minuto) debe considerarse la administración de dosis >10 mg/día, y si es así con precaución. Se han notificado casos de miopatía y rbdomiolisis al administrar colchicina y simvastatina.

No es necesario ajustar la dosis en ancianos.

5.1. Protocolo para el seguimiento farmacológico individualizado en personas con RCV en tratamiento con Simvastatina

Debe indicarse a los pacientes que comuniquen rápidamente cualquier síntoma de dolor, calambres o debilidad, especialmente si se acompaña de fiebre o malestar.

En ese caso se deben determinar los niveles de CPK y considerar disminuir la dosis o suspender el tratamiento, si los valores de CPK > 5 veces los normales o si los síntomas alteran la calidad de vida del paciente.

B / Interacciones

Evitar el zumo de pomelo y el ácido fusídico cuando se toman estatinas.

La administración por periodos largos de Rifampicina puede disminuir los niveles de las estatinas.

La toma de cantidades moderadas de alcohol disminuye la efectividad de las estatinas. Pravastatina presenta un perfil de interacciones menor que el resto de estatinas.

	Lovastatina	Simvastatina	Pravastatina	Fluvastatina	Atorvastatina	Rosuvastatina	Efectos
Macrólidos	X	X	Precaución	X	X	X	Riesgo Miopatía o Rabdomiolisis
Antifúngicos	X	X	No	No	X	Precaución	
Ciclosporina	X	X	Precaución	Precaución	X	X	
Diltiazem Verapamilo	X	X	No	ND	ND	ND	
Digoxina	Precaución	X	No	X	X	Precaución	Puede + nivel digoxina
Anticoagulantes orales	X	X	No	X	Precaución	X	Riesgo sangrado
Fibratos	X	X	X	X	X	X	Riesgo Miopatía o Rabdomiolisis

* Tabla realización propia. X: Interacción. ND: No documentada. No: No interacción.

C / Contraindicaciones

La administración de estatinas está contraindicada durante el embarazo, la lactancia, en mujeres en edad fértil que no tomen medidas anticonceptivas adecuadas y en enfermedad hepática activa.

5.1. Protocolo para el seguimiento farmacológico individualizado en personas con RCV en tratamiento con Simvastatina

d/ Solicitud de Pruebas Analíticas.

Tras consenso del grupo de trabajo que ha participado en este protocolo se recomienda determinación analítica:

- En pacientes en prevención secundaria o en prevención primaria y RV alto, se realizarán controles analíticos cada 6 meses.
- En pacientes en prevención primaria y RV bajo haremos controles analíticos y valoración del RV de forma anual
- En caso de modificar dosis, solicitaremos analítica a los tres meses.
- En la petición analítica solicitaremos:
 - CT,HDL,TG,LDL.
 - GOT,GPT,GGT.
 - CREATININA.
 - FILTRADO GLOMERULAR , MICROALBUMINURIA.
 - Si el paciente es diabético; glucemia BASAL Y HbA1C.

6 Protocolo Farmacológico Individualizado en Personas con RV en tratamiento con Antihipertensivos.



lecas
Tiazidas
Antagonistas del calcio

6 Protocolo para el Seguimiento Farmacológico Individualizado en Personas con RV en Tratamiento con Antihipertensivos.



Las enfermedades cardiovasculares son la 1ª causa de fallecimientos en la población general. La elevada prevalencia de la HTA y sus complicaciones, hace de su correcto control un reto para todos los profesionales sanitarios.

Se estima que el 20% de la población mayor de 18 años es hipertensa, aumentando esta cifra con la edad, llegando esta prevalencia al 65% entre los mayores de 60 años. El tratamiento anti-HTA debe ser individualizado y acorde a edad, patología de base de cada individuo, teniendo en cuenta que las necesidades para el control de la TA están sujetas a cambios continuos, por eventos ya previsibles o imprevisibles.

Como base para este protocolo y basándonos en los principios de uso racional del medicamento, hemos seleccionado 3 grupos farmacológicos para inclusión en este protocolo:

- IECA; Enalapril, Ramipril.
- Diuréticos tiazídicos; Clortalidona
- Antagonista del calcio hidropiridínicos; Amlodipino.

Entre los consejos sobre dieta, es especialmente importante la restricción del consumo de sal sódica (grado de recomendación A), fomentando el consumo habitual de alimentos ricos en potasio.

En los pacientes con RV bajo e HTA grado I y II (grado de recomendación A) se valorará el inicio de fármacos cuando tras un periodo de tratamiento no farmacológico (modificación de estilos de vida) no se consigan los objetivos de PA.

Se ofrecerá tratamiento farmacológico a:

- Pacientes en prevención secundaria o con RV alto y PA >140/90 mmHg (grado de recomendación A).
- Pacientes con RV bajo e HTA grado III. Los fármacos de primera elección son las tiazidas, los IECA y los antagonistas del calcio (grado de recomendación A).

6.1 Protocolo para el Seguimiento Farmacológico Individualizado en Personas con RV en Tratamiento con IECAS



Definición

Guiar el seguimiento protocolizado por enfermeras, tras indicación y prescripción médica, del tratamiento con IECAS:” enalapril y ramipril” en pacientes donde se ha indicado e iniciado el tratamiento con antihipertensivos. Ajustado a los niveles de objetivos terapéuticos en función de su riesgo vascular.

Procesos Asistenciales Integrados En Los Que Debe Integrarse

Proceso Riesgo Vascular.

Inclusión En Seguimiento Protocolizado

Paciente Hipertenso Controlado.

Exclusión Del Protocolo

Pacientes con HTA con riesgo vascular alto.

Pacientes en prevención secundaria.

Finalización Del Seguimiento Protocolizado

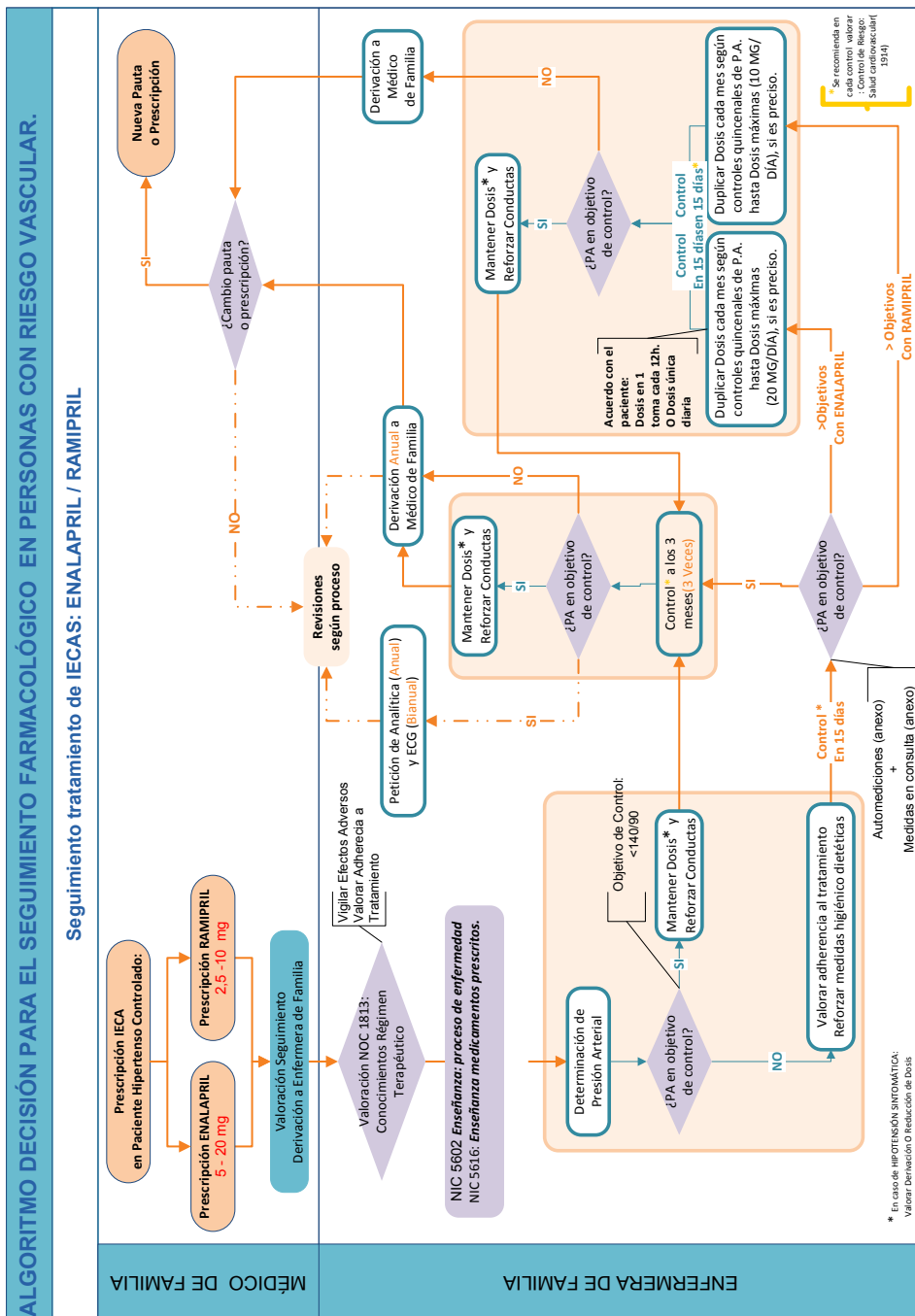
Suspensión del tratamiento por el médico.

Efectos secundarios de medicación.

Embarazo y lactancia.

Fallecimiento.

6.1. Protocolo para el Seguimiento Farmacológico Individualizado en Personas con RV en Tratamiento con Antihipertensivos.



6.1. Protocolo para el Seguimiento Farmacológico Individualizado en Personas con RV en Tratamiento con Antihipertensivos.

6.1.1 Márgenes de uso y seguimiento terapéutico. IECAS

Los denominados “Inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina” (IECAs) disminuyen la presión arterial mediante la inhibición de la enzima convertidora de angiotensina (ECA), lo que produce un descenso de la angiotensina II en plasma, que provoca un aumento de la actividad de la renina plasmática y una disminución de la secreción de aldosterona. Paralelamente, favorecen la actividad vasodilatadora de la bradiquinina al inhibir su metabolización.

Los márgenes de uso son los siguientes:

Enalapril	Ramipril
Dosis inicial: 5-20 mg/día	Dosis inicial: 2.5 mg/día e incrementar según respuesta
Dosis mantenimiento: 20 mg/día	Dosis mantenimiento: 2.5-10 mg/día
Dosis máxima 40 mg/día	Dosis máxima 10 mg/día

El paciente con presión arterial controlada dentro de objetivos, tras decisión del médico de familia, se deriva a enfermería para valoración y seguimiento. El objetivo terapéutico control es de una presión arterial (PA) sistólica menor de 140mmHg y una presión arterial diastólica menor de 90 mmHg (PA < 140/90 mmHg). Valorar el resultado de las determinaciones de la PA:

- Si la PA está dentro de objetivos, mantener dosis y reforzar conductas. Realizar controles por triplicado cada tres meses. En caso de aparición de hipotensión sintomática valorar derivación a médico de familia o reducción de dosis. Además, realizar las revisiones según proceso (Petición anual de analítica y bianual de ECG) así como la derivación anual al médico de familia.
- Si la presión arterial no está dentro de objetivo control, valorar la adherencia al tratamiento y reforzar las medidas higiénico-dietéticas. Realizar control en 15 días, teniendo en cuenta tanto las automediciones como las mediciones en consulta (anexo VI)
- Si es superior al objetivo, duplicar dosis cada mes según controles quincenales de PA hasta dosis de 20 mg/día de enalapril, en una única dosis diaria o una toma cada 12 horas. En el caso de que el paciente esta con ramipril duplicar dosis cada mes según controles quincenales de PA hasta dosis de 10 mg/día de ramipril. Realizar control en 15 días y si la PA no está en objetivo derivar al medico de familia. En caso de alcanzar el objetivo, mantener dosis y realizar controles trimestrales.

6.1. Protocolo para el Seguimiento Farmacológico Individualizado en Personas con RV en Tratamiento con Antihipertensivos.

6.1.2 Aspectos relacionados con la seguridad del paciente. IECAS

Efectos secundarios IECAS

Tos (5%-20%), hiperpotasemia, deterioro agudo de la función renal, hipotensión de primera dosis en pacientes con depleción de volumen, rash, disgeusia, edema angioneurótico, cefalea, mareos, astenia.

Contraindicaciones IECAS

- Hipersensibilidad a enalapril o ramipril, a cualquiera de los excipientes o a cualquier otro inhibidor de la ECA.
- Antecedentes de angioedema.
- Estenosis de la arteria renal hemodinámicamente significativa, bilateral o unilateral en caso de riñón único.
- Embarazo.

Interacciones IECAS

- Diuréticos ahorradores de potasio o suplementos de potasio: hiperpotasemia.
- Litio: aumento de las concentraciones séricas de litio.
- Antiinflamatorios no esteroideos (incluyendo Cox-2): atenuación del efecto antihipertensivo.
- Antidepresivos tricíclicos/Antipsicóticos/Anestésicos/Estupefacientes: Posible potenciación efecto antihipertensivo.
- Alcohol: potenciación efecto antihipertensivo.
- Vasopresores simpaticomiméticos: reducción del efecto antihipertensivo.

Pauta administración.

Los IECAs además, de la hipertensión arterial, tienen aprobadas otras indicaciones terapéuticas como insuficiencia cardiaca, nefropatía, prevención secundaria vascular, con distintas pautas de administración. A continuación recogemos las pautas de administración para el tratamiento de la hipertensión;

Enalapril

La dosificación inicial en hipertensión es de 5 mg hasta un máximo de 20 mg .Se suele iniciar con la dosis habitual de mantenimiento es 20 mg/día. La dosis máxima de mantenimiento es de 40 mg al día.Se administra una vez al día.

Los alimentos no afectan la absorción de Enalapril.

Generalmente, la actividad antihipertensiva se inicia al cabo de una hora, y la disminución máxima de la presión arterial ocurre de 4 a 6 horas después de la administración. La duración del efecto es dependiente de la dosis. Sin embargo, a las dosis recomendadas, los efectos antihipertensivos y hemodinámicos se mantienen durante por lo menos 24 horas.

6.1. Protocolo para el Seguimiento Farmacológico Individualizado en Personas con RCV en Tratamiento con Antihipertensivos.

Ramipril

Dosis inicial recomendada en hipertensión: 2,5 mg de ramipril una vez al día. La dosis puede incrementarse según la respuesta del paciente. El procedimiento recomendado para incrementar la dosis, consiste en doblarla a intervalos de 2 a 3 semanas. La dosis usual de mantenimiento es de 2,5 a 5 mg de ramipril al día.

La dosis máxima diaria permitida es de 10 mg de ramipril.

En pacientes pre-tratados con un diurético, antes de comenzar el tratamiento con ramipril, deberá considerarse la interrupción de la administración del diurético, como mínimo durante 2 ó 3 días o durante un período más largo (dependiendo de la duración de la acción) o bien la reducción de la dosis de diurético. La dosis diaria inicial en pacientes pretratados con un diurético es de 1,25 mg de ramipril.

6.2 Protocolo para el Seguimiento Farmacológico Individualizado en Personas con RV en Tratamiento con Tiazidas; **Clortalidona**



Definición

Guiar el seguimiento protocolizado por enfermeras, tras indicación y prescripción médica, del tratamiento con TIAZIDAS; Clortalidona, en personas donde se ha indicado e iniciado el tratamiento con antihipertensivos ajustado a los niveles de objetivos terapéuticos en función de su riesgo vascular.

Procesos asistenciales integrados en los que debe integrarse

Proceso Riesgo Vascular

Inclusión en seguimiento protocolizado

Paciente Hipertenso Controlado.

Exclusión del protocolo.

Pacientes con HTA con riesgo vascular alto.

Pacientes en prevención secundaria.

Finalización del seguimiento protocolizado

Suspensión del tratamiento por el médico.

Efectos secundarios de medicación.

Embarazo y lactancia.

Fallecimiento.

6.2. Protocolo para el Seguimiento Farmacológico Individualizado en Personas con RV en Tratamiento con Tiazidas;Clortalidona

6.2.1 Márgenes de uso y seguimiento terapéutico .Tiazidas

La clortalidona es un diurético sulfamídico, relacionado estructuralmente con las tiazidas. Su mecanismo de acción no está bien determinado, pero parece secretarse activamente al lumen de la nefrona, desde donde bloquea los sistemas de transporte iónico a nivel de los túbulos contorneados distales (TCD). El incremento de la carga osmótica del filtrado ocasiona la liberación de más agua. La clortalidona se engloba dentro de los diuréticos de bajo techo. Favorece la eliminación del 5-10% del sodio total filtrado, así como la de potasio, magnesio y bicarbonato, aunque no suele modificar el pH urinario. No obstante, se han descrito casos de alcalosis metabólica hipopotasémica o hipoclorémica.

La dosis de inicio de Clortalidona puede ser 12,5 mg, 25mg o 50 mg diarios. Aunque lo habitual es iniciar toma de 50 mg.

Intervalo de dosificación Clortalidona debe administrarse en una sola toma diaria por la mañana.

Clortalidona está comercializado en comprimidos de 50 mg.

El paciente con presión arterial controlada dentro de objetivos, tras decisión del médico de familia, se deriva a enfermería para valoración y seguimiento.

El objetivo terapéutico control es de una presión arterial sistólica menor de 140mmHg y una presión arterial diastólica menor de 90 mmHg (PA < 140/90 mmHg). Valorar el resultado de las determinaciones de la PA:

- Si la PA está dentro de objetivos, mantener dosis y reforzar conductas. Realizar controles por triplicado cada tres meses.
- En caso de aparición de hipotensión sintomática valorar derivación a medico de familia o reducción de dosis. Además, realizar las revisiones según proceso (Petición anual de analítica y bianual de ECG) así como la derivación anual al medico de familia.
- Si la presión arterial no está dentro de objetivo control, valorar la adherencia al tratamiento y reforzar las medidas higiénico-dietéticas. Realizar control en 15 días, teniendo en cuenta tanto las automediciones como las mediciones en consulta (anexoVI).
- Si es superior al objetivo, duplicar dosis cada mes según controles quincenales de PA hasta dosis máximas. Realizar control en 15 días y si la PA no está en objetivo derivar al medico de familia. En caso de alcanzar el objetivo, mantener dosis y realizar controles trimestrales.

6.2. Protocolo para el Seguimiento Farmacológico Individualizado en Personas con RCV en Tratamiento con Tiazidas;Clortalidona

6.2.2 Aspectos relacionados con la seguridad del paciente. Tiazidas

Efectos secundarios Tiazidas.

Deshidratación, hipotensión ortostática, hiponatremia, hipopotasemia, hipocloremia, hiperuricemia, intolerancia a glucosa, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, impotencia, hipercalcemia.

Interacciones Tiazidas.

Clortalidona puede potencializar o aumentar el efecto de los otros antihipertensivos, especialmente de los bloqueadores adrenérgicos.

Los digitálicos pueden afectar los electrolitos séricos, por lo que el paciente puede presentar boca seca, mareo, letargia, dolores o temblores musculares, fatiga muscular, oliguria, hipotensión, taquicardia, náusea y vómito. La terapia digitálica puede exagerar la disminución de potasio sobre todo en la actividad miocárdica.

Los requerimientos de insulina pueden alterarse con la utilización de tiazidas en pacientes diabéticos, debido al efecto de éstas en el metabolismo de la glucosa y en la secreción de insulina.

No se recomienda el uso conjunto de las tiazidas con litio, debido a que puede producirse toxicidad por el reducido aclaramiento renal y los efectos nefrotóxicos del litio. Las tiazidas disminuyen los efectos anticoagulantes de los uricosúricos, sulfonilureas e insulina.

Las tiazidas incrementan los efectos de los anestésicos, diazóxido, glucósido, otros diuréticos y de vitamina D.

La administración conjunta de AINE disminuye la eficacia de las tiazidas.

Contraindicaciones Tiazidas.

Insuficiencia renal grave , hipersensibilidad a clortalidona o derivados sulfamídicos.

6.3 Protocolo para el Seguimiento Farmacológico Individualizado en Personas con RV en Tratamiento con Antagonistas del Calcio;

Amlodipino



Definición.

Guiar el seguimiento protocolizado por enfermeras, tras indicación y prescripción médica, del tratamiento con Antagonista del calcio, Amlodipino, en personas donde se ha indicado e iniciado el tratamiento con Hipotensores ajustado a los niveles de objetivos terapéuticos en función de su riesgo vascular.

Procesos asistenciales en los que debe integrarse

Proceso Asistencial Integrado de Riesgo Vascular.

Inclusión en seguimiento protocolizado.

Paciente Hipertenso Controlado derivado para seguimiento por enfermería.

Exclusión del protocolo.

Pacientes con HTA con riesgo vascular alto.

Pacientes en prevención secundaria.

Finalización del seguimiento protocolizado.

Suspensión del tratamiento por el médico.

Efectos secundarios de medicación.

Embarazo y lactancia.

Fallecimiento.

6.3 Protocolo para el Seguimiento Farmacológico Individualizado en Personas con RV en Tratamiento con Antagonistas del Calcio. Amlodipino

6.3.1 Márgenes de uso y seguimiento terapéutico de los antagonistas del calcio. Amlodipino.

El amlodipino es un calcioantagonista, bloqueador de los canales lentos del calcio o antagonista de los iones calcio, del grupo de las dihidropiridinas, que impide el paso de los iones calcio a través de la membrana al músculo liso y cardíaco. La acción antihipertensiva de la amlodipino es debida a un efecto relajador directo del músculo liso vascular;

- La dosis de inicio de Amlodipino puede ser 2,5 mg, 5 mg o 10 mg diarios.
- El Amlodipino debe administrarse en una sola toma diaria en cualquier momento del día.
- Amlodipino está comercializado en comprimidos de 5 mg y 10 mg.
- El paciente con presión arterial controlada dentro de objetivos, tras decisión del médico de familia, se deriva a enfermería para valoración y seguimiento.

El objetivo terapéutico control es de una presión arterial sistólica menor de 140mmHg y una presión arterial diastólica menor de 90 mmHg (PA < 140/90 mmHg). Valorar el resultado de las determinaciones de la PA:

- Si la PA está dentro de objetivos, mantener régimen terapéutico. Se hará un control en 3 meses (3 veces) reforzando conductas. Posteriormente se seguirá un control anual por médico, y la petición de analítica anual y electrocardiograma bianual por enfermera. Se seguirán las recomendaciones de seguimiento del procesos riesgo vascular o las correspondientes al proceso aplicable a la comorbilidad del paciente.
- En caso de aparición de hipotensión sintomática valorar derivación a medico de familia o reducción de dosis. Además, realizar las revisiones según PAI de RV, así como la derivación anual al medico de familia.
- Si la presión arterial no está dentro de objetivo control, valorar la adherencia al tratamiento y reforzar las medidas higiénico-dietéticas. Realizar control en 15 días, teniendo en cuenta tanto las automediciones como las mediciones en consulta (ver anexo IV):
- Si dosis de amlodipino 10 mg: derivar a médico.
- Si dosis de amlodipino 5 mg: aumentar a 10 mg y control de tensión arterial en 15 días, siguiendo el algoritmo de nuevo.
- Hipotensión sintomática: valorar reducción de dosis o derivación al médico.

6.3.2 Aspectos relacionados con la seguridad del paciente.

Efectos secundarios del Amlodipino.

Hipotensión, edemas maleolares, rubefacción, estos dos últimos efectos son los mas frecuentes y los que con mayor frecuencia ocasionan cambios de tratatamiento Si los edemas maleolares son ligeros y la rubefacción es tolerable, no es preciso suspender amlodipino. Otros efectos secundarios menos frecuentes son: palpitaciones, taquicardia, cefalea, nauseas.

7 Indicadores de calidad

En relación al Protocolo de seguimiento farmacológico de Personas con RV en tratamiento con Hipolipemiantes y/o Antihipertensivos.

PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DISLIPEMIA E INCORPORADOS AL PROTOCOLO COLABORATIVA	
Criterio de Calidad	Porcentaje de pacientes derivados a la consulta de enfermería.
Indicador	PROCESO
Descripción	Mide el nivel de coordinación del equipo básico de atención primaria en relación a pacientes con RV en Trtº con simvastatina.
Fórmula	$\frac{\text{nº de pacientes derivados a la consulta de enfermería, con criterios de inclusión en protocolo de Hipolipemiantes}}{\text{nº de pacientes en tratamiento hipolipemiente que cumplen criterios de derivación}}$
Fuente de datos	Historia del paciente.

RESULTADOS DE SALUD EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES POR EL PROTOCOLO COLABORATIVO DE HIPOLIPEMIANTES.	
Criterio de Calidad	Los pacientes tendrán un criterio de resultado NOC de Cumplimiento de régimen de medicación de 4-5.
Indicador	RESULTADO.
Descripción	Mide el resultado de los pacientes plan de cuidados y Criterio NOC de Cumple el régimen de medicación.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes con Cumplimiento del régimen medicación (4-5)}}{\text{nº de pacientes con valoración del grado de Cumplimiento del régimen terapéutico}} \times 100$
Fuente de datos	Historia del paciente.

7. Indicadores de Calidad

CONTROL DE LIPIDOS 2	
Criterio de Calidad	Se evaluará el número de personas que está en protocolo colaborativo con un ldl < 100 mg/dl. en prevención secundaria.
Indicador	Resultado.
Descripción	Conocer el número de personas incluidas en el proceso de RV que mantiene en prevención secundaria, niveles de LDL adecuados incorporados en el protocolo colaborativo.
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes en seguimiento protocolizado de tratamiento farmacológico individualizado con Hipolipemiantes que mantienen unos niveles de LDL} < 100 \text{ mg/dl}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes en seguimiento protocolizado de tratamiento farmacológico individualizado con Hipolipemiantes.}}$
Fuente de datos	Historia Unica digital del Paciente.

RESULTADOS DE IMPLANTACION DE DEMANDA COMPARTIDA	
Criterio de Calidad	Se evalua el grado de implantación de la demanda compartida en el sspa como respuesta a la accesibilidad y calidad de la asistencia sanitaria rivados a Enfermera referente para SPT.
Indicador	Proceso.
Descripción	Mide el nivel de implantación de los protocolos de SPTFI, en relación a los pacientes Hipertensos.
Fórmula	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes derivados a Enfermería para SPTFI de Hipertensión}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes Hipertensos que cumplen criterios de derivación.}}$
Fuente de datos	Historia Unica Digital del Paciente.

7. Indicadores de Calidad

CUMPLIMIENTO DEL REGIMEN TERAPEUTICO	
Criterio de Calidad	Los pacientes tendrán un criterio de resultado NOC de Cumplimiento de régimen de medicación en valores (4-5)referente para SPT
Indicador	RESULTADO
Descripción	Valoración cuantitativa de resultado de los pacientes incorporados en el proceso de RV dentro de su plan de cuidados a traves de un indicador de resultado Noc; Cumple el régimen de medicación
Fórmula	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes con Cumplimiento del régimen medicación (4-5)}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes con valoración del grado de Cumplimiento del régimen terapéutico}} \times 100$
Fuente de datos	Historia única Digital del paciente

CONTROL DE LOS NIVELES DE TENSIÓN ARTERIAL	
Criterio de Calidad	Los pacientes incorporados al proceso de demanda compartida para el seguimiento farmacologico individualizado tendrán un grado de control de tensión arterial superior al 80%rente para SPT
Indicador	RESULTADO
Descripción	mide el resultado clínico del tratamiento antihipertensivo y su seguimiento por enfermeras
Fórmula	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes con tensión arterial por debajo de } 140/90 \text{ mmHg}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes en seguimiento protocolizado}} \times 100$
Fuente de datos	Historia del paciente

7. Indicadores de Calidad

CONTROL DE LOS NIVELES DE TENSIÓN ARTERIAL	
Criterio de Calidad	Ajuste correcto de dosis en más del 90 % de la personas con RV con Hipertensión derivadas para seguimiento Farmacológico.
Indicador	RESULTADO
Descripción	Mide el grado de implementación del protocolo. de pacientes con controles de tensión arterial por encima de 140/90 mmHg en los que se implementa el protocolo de modificación de dosis (o derivación a médico en caso de dosis máxima)
Fórmula	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes con TA por encima de 140/90 mmHg en los controles por enfermera en los que se realiza ajuste de dosis (o derivación a médico en caso de dosis máxima)}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes con tensión por encima de 140/90 mmHg en los controles por enfermera}} \times 100$
Fuente de datos	Historia del paciente

CONTROL DE LOS NIVELES DE TENSIÓN ARTERIAL	
Criterio de Calidad	% Intervención ante eventos adversos en el 100% de los casos de casos rente para SPT
Indicador	Indicador de Proceso
Descripción	mide el grado de implementación del protocolo en relación a Seguridad de paciente para identificación de eventos adversos
Fórmula	$\frac{\text{número de pacientes con eventos adversos en relación a la medicación o hipotensión sintomática, en los que se reduce dosis (hipotensión) o se deriva a médico (otros eventos adversos)}}{\text{número pacientes con eventos adversos en relación a la medicación o hipotensión sintomática}} \times 100$
Fuente de datos	Historia del paciente

8 Definición de términos

ACV: Accidente Cerebrovascular.

AIT: Accidente isquémico transitorio.

AO: Anticoagulación Oral.

C-HDL: Cholesterol high density lipoprotein. Colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad.

C-LDL: Cholesterol low density lipoprotein. Colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad.

TG: TRIGLICERIDOS.

CT: Colesterol total.

CV: Cardiovascular.

ECV: Enfermedad Cardiovascular. ERC: Enfermedad Renal Crónica.

FA: Fibrilación Auricular.

FCH: Hiperlipidemias Familiar Combinada.

FRCV: Factores de Riesgo Cardiovascular.

HC: Hipercolesterolemia.

HTA: Hipertensión Arterial.

IAM: Infarto agudo de miocardio.

IC: Insuficiencia cardíaca.

ICA: Índice Albúmina/Creatinina.

IR: Insuficiencia Renal.

LOD: Lesión en Órganos Diana.

Lp(a): Lipoproteína (a).

MA: Microalbuminuria.

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association.

NIC: Nursing Interventions classification. (Clasificación de Intervenciones de Enfermería).

NOC: Nursing outcomes classification (Clasificación de Resultados de Enfermería).

PAI: Proceso asistencial integrado.

RV: Riesgo Vascular.

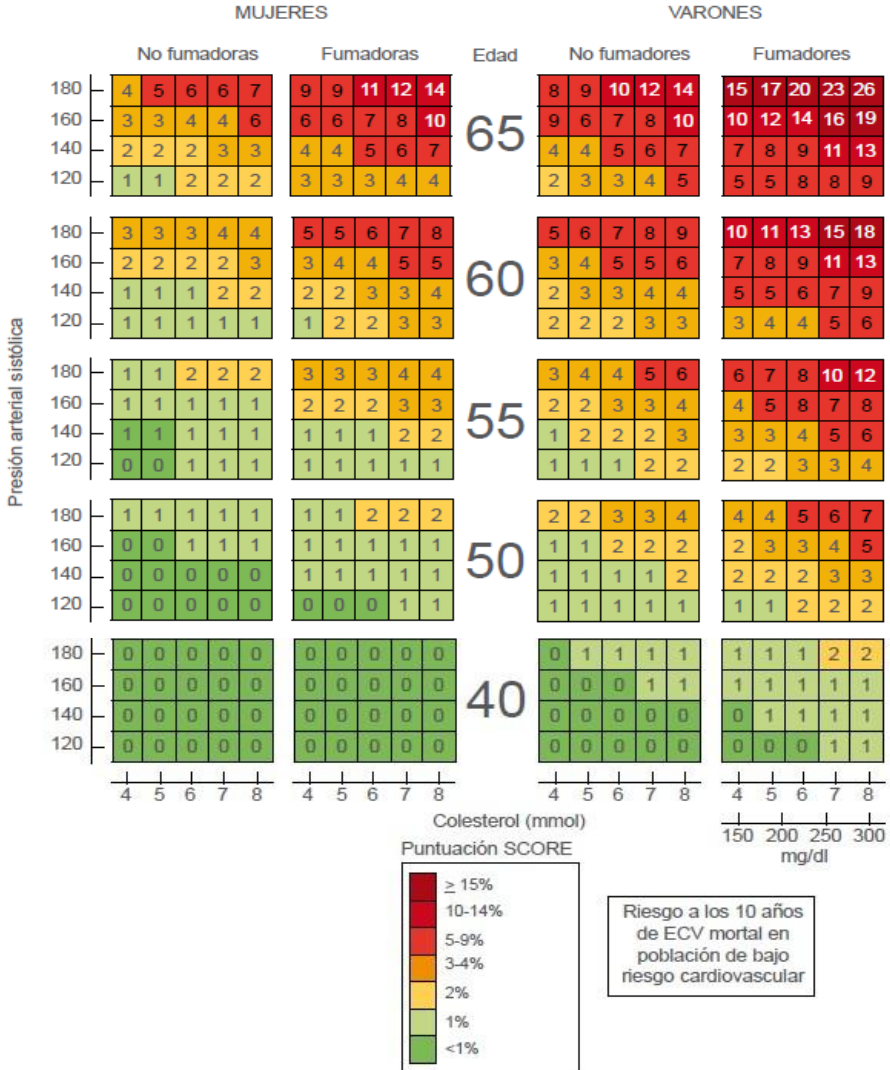
PA: Presión arterial.

PAS: Presión arterial sistólica.

PAD: Presión arterial diastólica.

SCORE: Systematic Coronary Risk Evaluation.

Anexo I
SCORE. Tabla de medición de riesgo vascular.



Adaptado de: the SCORE Project Group. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project 2003

ANEXO II

Objetivos terapéuticos

Lípidos	Nivel de riesgo	Objetivos	Intervenciones recomendadas
	Prevención Secundaria	cLDL < 100 mg/dl ó reducción 30% sobre basal	Fármacos Modificaciones estilo de vida
	Prevención Primaria RV Alto	Reducción 30 % sobre cLDL basal	Modificaciones estilo de vida Considerar fármacos si cLDL ≥ 160 mg/dl (≥ 100 mg/dl en diabetes)
	Prevención Primaria RV Bajo	Sin evidencias	Modificaciones estilo de vida Considerar fármacos si cLDL si ≥ 190 mg/dl (≥ 160 mg/dl en diabetes) o CT ≥ 300 mg/dl

Tabla de objetivos terapéuticos recogido del Proceso Asistencial Integrado de RV, editado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. RIESGO vascular: proceso asistencial integrado/ [Autoría, coordinador, Navarro Moya, Francisco Javier; Carnero Pardo, Cristóbal... et al.]. -- [Sevilla]: Consejería de Salud, [2010] 160

http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/cs salud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/riesgo_vascular/guia_rapida_riesgo_vascular.pdf

9. Anexos

Anexo III

TABLA DE EQUIVALENCIAS SIMVASTATINA Y ATORVASTATINA*.

% reducción	Atorvastatina	Fluvastatina	Lovastatina	Pravastatina	Rosubastatina	Simvastatina
LDL	-	20mg	-		-	-
10-20%	-	40mg	10mg	10mg	-	5mg
20-30%	-	80mg	20mg	20mg	5mg	10mg
30-40%	10mg	-	40mg	40mg	5-10mg	20mg
40-45%	20mg	-	80mg	80mg	10-20mg	40mg
45-50%	40mg	-	-	-	20mg	80mg
50-55%	80mg	-	-	-	40mg	-
55-60%	--		-	-	-	-

*Lago Deibe F. Guia clinica 2010;10(4). Fistera .com .

Serrano CumAplido. I.T. Sistema Nacional de Salud. Vol. 34 n°2. 2010

ANEXO IV

Criterios de resultados de enfermería.

1 CONOCIMIENTO: MEDICACIÓN (1808)

Definición: Grado de la comprensión transmitida sobre el uso seguro de la medicación					
Indicadores					
180802	Declaración del nombre correcto de la medicación	1	2	3	4 5
180806	Descripción de las precauciones la de medicación	1	2	3	4 5
180807	Descripción de sistemas de ayuda para recordar	1	2	3	4 5
180810	Descripción de la administración correcta de la medicación	1	2	3	4 5

1 Ninguno 2 Escaso 3 Moderado 4 Sustancia 5 Extenso

2 CONOCIMIENTO: RÉGIMEN TERAPEÚTICO (1813)

Definición: Grado de comprensión transmitido sobre el régimen terapéutico específico					
Indicadores					
181301	Descripción de la justificación del régimen terapéutico	1	2	3	4 5
181305	Descripción de la dieta prescrita	1	2	3	4 5
181308	Descripción del ejercicio prescrito	1	2	3	4 5
181309	Descripción de los procedimientos prescritos	1	2	3	4 5
181310	Descripción del proceso de la enfermedad	1	2	3	4 5
181312	Ejecución del procedimiento terapéutico	1	2	3	4 5
181313	Selección de comidas recomendadas en la dieta	1	2	3	4 5

1 Ninguno 2 Escaso 3 Moderado 4 Sustancia 5 Extenso

9. Anexos

CONTROL DEL RIESGO: SALUD RIESGO CARDIOVASCULAR (1914)

Definición: Acciones para eliminar o reducir las amenazas para la salud cardiovascular					
Indicadores					
191401	Reconoce el riesgo de la enfermedad cardiovascular	1	2	3	4 5
191402	Reconoce la capacidad de cambiar la conducta	1	2	3	4 5
191403	Evita el consume de cigarrillos	1	2	3	4 5
191404	Controla la presión arterial	1	2	3	4 5
191407	Sigue las estrategias de control de peso	1	2	3	4 5
191408	Sigue la dieta recomendada	1	2	3	4 5
191411	Busca información sobre los métodos para mantener la salud cardiovascular	1	2	3	4 5
191413	Participa en la determinación del colesterol	1	2	3	4 5

1 Ninguno 2 Escaso 3 Moderado 4 Sustancia 5 Extenso

ANEXO V

CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Desde el punto de vista etiopatogénico, la HTA se clasifica en:

- Primaria o esencial
- Secundaria

Tabla 7: Clasificación de la hipertensión arterial según su gravedad

Categoría	PA Sistólica (mm Hg)		PA Diastólica (mm Hg)
Óptima	< 120	y	< 80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal-Alta	130-139	y/o	85-89
HTA Grado 1	140-159	y/o	90-99
HTA Grado 2	160-179	y/o	100-109
HTA Grado 3	≥ 180	y/o	≥ 110
Hipertensión Sistólica Aislada (HSA)	≥ 140	y	< 90

Esta clasificación es válida para adultos >18 años que no tomen fármacos antihipertensivos y sin ningún proceso agudo concomitante. Cuando las PAS y PAD caigan en distintas categorías, se considerará la mayor de ellas

La PA normal-alta presenta un RV elevado en relación a una PA óptima (riesgo relativo de 2,5 en mujeres y 1,6 en hombres).

La HTA se clasificará en estadios del 1 al 3, según los valores de PAS.

Fuente: Guía 2007 para el manejo de la hipertensión esencial. Grupo de trabajo para el manejo de la hipertensión arterial de la European Society of Hipertensión (ESH) y la European Society of Cardiology (ESC)

Anexo VI

Tabla extraída del proceso Asistencial Integrado de Riesgo Vascular de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

<http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/procesos/documentos.asp?idp=142>

Tabla 9: Clasificación de la HTA según la concordancia entre las PA de consulta y las PA ambulatorias

		PA en consulta	
		< 140/90	≥ 140/90
PA ambulatorias	< 135/85	Normotensión	Hipertensión aislada en la consulta ("Hipertensión de Bata Blanca")
	≥ 135/85	Hipertensión de bata blanca inversa (Normotensión de bata blanca o Hipertensión "enmascarada")	Hipertensión mantenida

Se consideran valores normales de PA Ambulatoria cifras inferiores a 135/85 mm Hg (PA sistólica/PA diastólica).

La HTA "enmascarada" o Hipertensión de Bata Blanca inversa es un fenómeno poco conocido que parece afectar sobre todo a varones jóvenes, con frecuencia fumadores.

Adaptado de: PAI Riesgo Vascular. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 2003⁴⁸

ANEXO VII.

MEDICIONES de PA .Automedida Domiciliaria de PA (AMPA) y Monitorización Ambulatoria de PA (MAPA) .

Aunque el diagnóstico de HTA se basa en los valores de PA obtenidos en la consulta por el método auscultatorio tradicional, esta práctica se ve limitada por los errores propios de una técnica indirecta de medida y por las continuas variaciones que experimenta la PA en respuesta a multitud de circunstancias fisiológicas y estímulos externos (tabla 1). Además, la propia medición en sí puede inducir una reacción de alerta en el sujeto que se manifieste por una elevación transitoria, variable y poco predecible de la PA o Efecto de bata blanca (EBB) que distorsione su “verdadero” valor en las condiciones normales de vida.

Principales causas de error en la medida de la presión arterial		
Sobrestimación	Error Bidireccional	Infraestimación
Manguito de pequeño tamaño Ejercicio, tabaco, alcohol o café recientes Distensión vesical Ansiedad o dolor Manguito por debajo del nivel del corazón	Preferencia por dígitos (0 y 5) Aparato mal calibrado Temperatura ambiente no adecuada	Post-ejercicio intenso Vacío auscultatorio Fumador abstinentes Brazo en abducción o por encima del nivel del corazón

Tabla 1. Adaptado de: PAI Riesgo Vascular. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 2003

Para controlar la variabilidad tensional y que no se vea distorsionada por el EBB, la aproximación más razonable es la repetición de las lecturas en el entorno del paciente con aparatos electrónicos (medida ambulatoria de la PA). En su versión más sencilla, denominada Automedida Domiciliaria de PA (AMPA), el propio paciente o sus allegados miden la PA en su domicilio con aparatos de medida semiautomáticos, en momentos diferentes de distintos días. Una segunda estrategia, conocida como Monitorización Ambulatoria de PA (MAPA), permite practicar lecturas preprogramadas durante un día completo, en el curso de las actividades habituales del paciente e incluso durante el sueño, con dispositivos totalmente automatizados.

Las medidas ambulatorias obtenidas por AMPA o por MAPA son, en conjunto más reproducibles que las obtenidas en consulta, tanto a corto como a largo plazo. Por otra parte, se correlacionan mejor con varias formas de afectación orgánica hipertensiva y con la morbilidad y mortalidad cardiovascular.

En la actualidad, los grupos de expertos recomiendan que las medidas ambulatorias de la PA se contemplen más bien como complemento que como sustituto de las medidas en consulta. Ambas permiten comprobar si las elevaciones de PA que se detectan en la consulta se mantienen también fuera de ella, y valorar la respuesta al tratamiento antihipertensivo. No son adecuadas como método exclusivo de diagnóstico de la HTA, pero sí son especialmente útiles en el seguimiento y control del hipertenso. Adicionalmente, la MAPA proporciona una importante información sobre la carga tensional a la que está sometido el sistema vascular y sobre el comportamiento de la PA en relación con las actividades normales del individuo y con el sueño.

Normas de AMPA

Antes de empezar:

- No hacer las automedidas: después de comer, después de practicar ejercicio físico, en situaciones de estrés o con dolor o con la vejiga urinaria llena
- Evitar el café, alcohol y tabaco durante la hora previa a la toma
- Permanecer sentado al menos durante cinco minutos antes
- Adoptar una postura cómoda y relajada, con la espalda apoyada y evitando cruzar las piernas

Para medir:

- Utilizar sólo aparatos para automedidas validados. La mayoría de los aparatos de medida en la muñeca y en el dedo no son recomendables en la actualidad por su falta de exactitud y/o precisión
- Colocar el manguito en el centro del brazo, 2-3 centímetros por encima del pliegue del codo
- Apoyar el brazo sobre la mesa, sin ropa que comprima, y mantenerlo a la altura del corazón
- Seguir las instrucciones del aparato para realizar la medición
- No mover ni apretar el brazo mientras se esté midiendo la presión
- Leer bien las cifras o los datos que aparezcan en la pantalla del monitor, que corresponden a la presión máxima (sistólica), a la mínima (diastólica) y a las pulsaciones por minuto (frecuencia cardiaca)
- Anotar siempre los datos anteriores, junto con la fecha y la hora de la medición

Pautas de medida:

- Medir varias veces en el mismo día:
- Por la mañana, al levantarse o antes de tomar la medicación (valora efecto residual del tratamiento farmacológico en pacientes tratados)
- Por la noche, antes de la cena (valora la duración del tratamiento farmacológico y la necesidad de una segunda dosis vespertina)
- En ocasiones, pueden ser necesarias tomas antes de la comida principal (valoran efecto máximo o "pico" del tratamiento farmacológico)
- Hacer 2 o 3 tomas, esperando al menos 2 minutos entre ellas, y promediar los valores obtenidos
- Periodicidad variable según la situación clínica:
- Con fines diagnósticos y para los ajustes del tratamiento, pueden utilizarse los valores medios obtenidos en 6 días no consecutivos durante dos semanas. Una pauta más corta de 3 días laborables no consecutivos, descartando los valores del primer día, puede ser también suficiente
- En situaciones estables, controles quincenales o mensuales

Recordar:

- Si el pulso es irregular, hacer varias mediciones (de tres a cinco)
- Los valores normales de la PA para las automedidas son < 135/85 mm Hg
- Revisar y calibrar los aparatos periódicamente

Adaptado de: Martínez-López MA, García-Puig J en representación del Grupo MAPA-Madrid 200649 y PAI Riesgo Vascular. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 200347

9. Anexos



La AMPA debe considerarse como un método destinado a mejorar el control de la PA, siempre que se lleve a cabo en pacientes motivados e informados, bajo la supervisión de su medico-enfermera. Con estas premisas, se trata de una técnica sencilla, barata y de fácil acceso, suficientemente exacta y precisa, y que no consume recursos humanos y materiales en exceso, por lo que su empleo debe incrementarse sin duda con el transcurso del tiempo.

ANEXO VIII

AUTOMEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL EN DOMICILIO (AMPA) RECOMENDACIONES

- 1) Realizar la medida de PA en el brazo que aporte cifras más elevadas. "Brazo Dominante." Si es necesario la primera vez puede solicitarse ayuda, al personal sanitario que le atiende. Tenga presente que en muchas ocasiones la primera lectura de PA es siempre mayor que las siguientes, por lo que no es suficiente dos lecturas alternas para decidir cuál es el brazo que da valores más elevados. En general, suelen haber pocas diferencias.
- 2) No realizar la medida después de comer o de realizar un ejercicio físico intenso.
- 3) Evitar realizar la medida en situaciones de estrés y/o de dolor.
- 4) Vaciar la vejiga de la orina antes de medir la PA.
- 5) Evitar el consumo de café, alcohol o tabaco en los minutos previos a la medida (a ser posible una hora como mínimo).
- 6) Realizar la lectura en una habitación tranquila, sin ruidos, con una temperatura agradable.
- 7) Antes de realizar la lectura permanecer en reposo sentado, un mínimo de 5 minutos.
- 8) El manguito debe estar colocado a la altura del corazón. Pequeñas variaciones en este sentido pueden dar valores más elevados (por debajo del corazón) o mas bajos (por encima del corazón). Para ello es preferible que el brazo esté apoyado sobre una mesa y evitar que la ropa comprima al mismo. En los aparatos de muñeca se ha de seguir todavía con más rigor la posición de la misma a nivel del corazón. Lea atentamente el manual del fabricante. Con estos aparatos los errores pueden ser muy grandes sino se respeta este principio.
- 9) La postura ha de ser cómoda y relajada. Espalda apoyada. Evite cruzar las piernas.
- 10) Colocar el manguito con la marca verde situada a dos dedos por encima de la flexura del codo. Ajuste el manguito al brazo.
- 11) Utilice el manguito apropiado al tamaño del brazo.
- 12) No mover el brazo o la muñeca mientras se efectúa la medida. No hable.
- 13) Leer y anotar los tres valores que aparecen en la pantalla del monitor. Corresponden a la máxima (o PAS, o SBP, o presión arterial sistólica, o tensión arterial sistólica), a la mínima (o PAD, o DBP, o presión arterial diastólica, o tensión arterial diastólica) y al pulso (o P FC o HR o frecuencia cardíaca). Anote siempre estos valores inmediatamente después de realizar una lectura, no confíe en su memoria.
- 14) En caso de que el pulso sea irregular, realice varias medidas.
- 15) Espere siempre entre dos medidas de PA un intervalo de 2 minutos.
- 16) De forma general se recomiendan 3 medidas por la mañana (antes de tomar la medicación), y 3 medidas por la tarde/noche (antes de cenar), 3 o 5 días en semana.
- 17) Para un diagnóstico de HTA se recomiendan 5 días en semana. Para un seguimiento 1 DIA en semana, aunque estas medidas pueden ser variadas por el personal sanitario de referencia en función de sus necesidades.

ANEXO IX

HOJA DE RECOGIDA DE AUTOMEDIDAS

NOMBRE DEL PACIENTE:.....

1 ^{er} Día	MAÑANA			NOCHE		
Fecha:	1ª Lectura	2ª Lectura	3ª Lectura	1ª Lectura	2ª Lectura	3ª Lectura
PAS						
PAD						
FC						

2º Día	MAÑANA			NOCHE		
Fecha:	1ª Lectura	2ª Lectura	3ª Lectura	1ª Lectura	2ª Lectura	3ª Lectura
PAS						
PAD						
FC						

3 ^{er} Día	MAÑANA			NOCHE		
Fecha:	1ª Lectura	2ª Lectura	3ª Lectura	1ª Lectura	2ª Lectura	3ª Lectura
PAS						
PAD						
FC						

4º Día	MAÑANA			NOCHE		
Fecha:	1ª Lectura	2ª Lectura	3ª Lectura	1ª Lectura	2ª Lectura	3ª Lectura
PAS						
PAD						
FC						

5º Día	MAÑANA			NOCHE		
Fecha:	1ª Lectura	2ª Lectura	3ª Lectura	1ª Lectura	2ª Lectura	3ª Lectura
PAS						
PAD						
FC						

*Las celdas sombreadas son las que se consideran en el cálculo de los promedios, las que contienen las celdas con fondo blanco se desecharán (esta advertencia se quitará cuando hoja se entregue al paciente)

9. Anexos

	2º Día	3er Día	4º Día	5º Día	PROMEDIO DE CADA PERIODO	PROMEDIO FINAL
PROMEDIO DE PAS	Mañana:	Mañana:	Mañana:	Mañana:	Mañana:	
	Noche:	Noche:	Noche:	Noche:	Noche:	
PROMEDIO DE PAD	Mañana:	Mañana:	Mañana:	Mañana:	Mañana:	
	Noche:	Noche:	Noche:	Noche:	Noche:	

http://www.bhsoc.org/bp_monitors/automatic.stm (página de aparatos validados de la Sociedad Británica de Hipertensión)

10 Bibliografía

1. Alberti K, Zimmet P, Shaw J.: IDF Epidemiology Task Force Consensus Group. The metabolic syndrome: a new worldwide definition. *Lancet*, 2005; 366:1059-1062
2. Bulechek, G; Butcher, H y McCloskey, J. (2009). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 5ª Edición. Madrid: Mosby
3. Bernadette McGuinness, David Craig, Roger Bullock, Peter Passmore. *Estatinas para la prevención de la demencia (Revision Cochrane traducida)*. En: *Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3*. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2009 Issue 2 Art no. CD003160. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
4. *Clínica sobre el manejo de los lípidos como factor de riesgo cardiovascular*. Osakidetza. Vitoria-Gasteiz.
5. *Guía clínica basada en la evidencia. Valoración y tratamiento del riesgo cardiovascular*. Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud. Febrero 2008.
6. Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ* 2001; 323: 334-336.
7. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A et al. *Guía de 2007 para el manejo de la hipertensión arterial*. *Journal of Hypertension* 2007, Vol. 25 N°8
8. Martínez-López MA, García-Puig J en representación del Grupo MAPA-Madrid. *Medición de la presión arterial en el domicilio*. *Med Clin* 2006; 126: 105-109
9. Martín J.C., Simal F, Carretero JL, Bellido J, Arzua D, et al. *Prevalencia, grado de detección, tratamiento y control de la HTA en la población general*. *Estudio Hortega*. *HIPERTENSION* 2003;20
10. Moorhead, S; Johnson, M y Maas, M. (2005). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Madrid. Elsevier
11. NANDA International. (2010). *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación*. 2009-2011. Madrid: Elsevier
12. Prosser LA, Stinnett AA, Goldman PA, Williams LW, Hunink MGM, Goldman L, Weinstein MC. *Cost-Effectiveness of Cholesterol-Lowering Therapies according to Selected Patients Characteristics*. *Annals of Internal Medicine* 2000; 132(10): 769-779.
13. *Riesgo Cardiovascular: Guía de actuación en Atención Primaria*. Gerència Atenció Primària de Mallorca. Ib-salut. Balears.

10. Bibliografía

14. RIESGO vascular: proceso asistencial integrado/ [Autoría, coordinador, Navarro Moya, Francisco Javier; Carnero Pardo, Cristóbal... et al.]. -- [Sevilla]: Consejería de Salud, [2010]1http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_pprocesos_asistenciales_integrados/riesgo_vascular/guia_rapida_riesgo_vascular.pdf
15. San Vicente Blanco R., Pérez Irazusta I., Ibarra Amarica J., Berraondo Zabalegui I., Uribe Oyarbide.F., Urraca Garcia de Madinabeitia J., Samper Otxotorena.R., Aizpurua Imaz I., Almagro Mugica F., Andrés Novales J., Ugarte Libano R. Guía de Práctica
16. Schedlbauer A, Schroeder K, Peters TJ, Fahey T. Intervenciones para mejorar la adherencia a la medicación hipolipemiente (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
17. Zhou Z. et al. Are statins created equal? Evidence form randomised trials of pravastatin, simvastatin and atorvastatin for cardiovascular disease prevention. Am Heart J 2006; 151: 273-81.

