

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE: RIESGO CARDIOVASCULAR EN HTA

Grupo de Trabajo:

- JOSÉ IGNACIO CUENDE MELERO (AE)
- JOAQUÍN FUERTES ESTALLO (AP). Responsable de Cartera de Servicios y del Grupo de Procesos. GAP Palencia
- MERCEDES GONZÁLEZ GARCÍA (AP). Coordinadora de Equipos de AP, responsable de Calidad. GAP Palencia
- MANUELA MOREIRA RODRÍGUEZ (AE). Coordinadora de calidad del complejo hospitalario de Palencia.
- PILAR TRIGUEROS AGUADO (AP). Enfermera del C.S. "La Puebla". GAP Palencia

GRUPO DE REVISORES:

- M^a EUGENIA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ. Grupo Técnico Central. D.G. de Asistencia Sanitaria
- M^a ÁNGELES GONZÁLEZ FERNÁNDEZ. Grupo Técnico Central. D.G. de Asistencia Sanitaria
- ALEJANDRA GARCÍA ORTIZ. D.T. de Farmacia. D.G. de Asistencia Sanitaria

Fecha de elaboración: junio 2011. Revisión. Febrero 2012.

Validación: 24 mayo de 2012.

ÍNDICE

1. JUSTIFICACIÓN
2. OBJETIVO
3. POBLACIÓN DIANA
4. CRITERIO DE INCLUSIÓN
5. ACTUACIONES: GR, Responsable, Criterio de Calidad
 - a. Registro factores de riesgo C.V.
 - b. Valoración del paciente hipertenso
 - c. Clasificación de la HTA
 - d. Valoración del RCV
 - e. Intervención de acuerdo con el RCV
 - f. Intervención sobre el Estilo de Vida
 - g. Tratamiento farmacológico
 - h. Control y seguimiento
 - i. Interconsulta
 - j. Proceso de Atención de Enfermería: Estandarización de Cuidados
 - k. Plan de cuidados de enfermería: Recomendaciones y niveles de evidencia
6. CRITERIOS DE INTERCONSULTA
7. REFERENCIAS
8. ORGANIZACIÓN
9. EVALUACIÓN:
 - Indicador. Fórmula
 - Fuente de información/Medio de recogida
 - Estándar de Calidad
 - Periodicidad de la Evaluación
10. ANEXOS:
 - **Anexo I.A** **Tabla Score**
 - **Anexo I.B** **Estratificación riesgo SEH-LELHA**
 - **Anexo II** **Algoritmo para la intervención, teniendo en cuenta la valoración del RCV y la TA**
 - **Anexo III** **Niveles de evidencia y gradación de las recomendaciones.**
 - **Anexo IV** **Diagrama de flujo**
 - **Anexo V** **Itinerario**

JUSTIFICACIÓN.-

La participación de profesionales del área en el estudio poblacional de Riesgo Cardiovascular en Castilla y León en 2005, la publicación de la "Guía Clínica basada en la Evidencia: Valoración y Tratamiento del Riesgo Cardiovascular" de SACYL en 2008 y los planes de mejora de los Equipos en función del resultado de cifras de P.A. de pacientes hipertensos, llevó a plantear a esta Gerencia de A.P. de Palencia la necesidad de dar un paso más en el conocimiento y tratamiento de un abordaje más integral de los pacientes hipertensos.

En este sentido durante el año 2009 se recogieron datos del área de los pacientes hipertensos, que incluirán además de las cifras de P.A. otros factores de RCV, patologías concomitantes y abordaje terapéutico.

Esto fue el inicio del diseño del proceso de RCV en Hipertensión Arterial.

Si bien el RCV se trata de un proceso global y hay que entenderlo de una manera integral; la existencia de otras Gerencias trabajando en la diabetes, la dislipemia y la deshabituación tabáquica nos animó a seguir con el RCV en Hipertensos, de tal manera que una vez acabados los distintos procesos específicos se pudiera establecer una puesta en común de todos ellos, con la elaboración final de un proceso de RCV global que se nutriera de estos otros procesos asistenciales.

La participación de Atención Especializada en la elaboración de la ficha del proceso RCV en Hipertensión es dar sentido común a la continuidad de un proceso que no se debe extinguir en Atención Primaria.

En ocasiones se necesitará un enfoque y un abordaje desde la Atención Especializada, que enriquecerán la asistencia del paciente. Los distintos subprocesos que incluye la Atención Especializada, deberán ser abordados por los diferentes servicios o unidades afectados (Medicina Interna, Nefrología, RCV...).

El trabajo realizado durante estos meses ha sido el concretar criterios de derivación consensuados entre AP y AE, así como revisar todas las actuaciones con grados de evidencia y recomendación, basados en la bibliografía referenciada en la ficha del proceso.

La creación, en algunas áreas en Atención Especializada, de una consulta específica de Riesgo Cardiovascular, actualmente en periodo de pilotaje, hace que tenga más sentido la ficha de Riesgo Cardiovascular en Hipertensión.

El pilotaje en MEDORA de la ficha de RCV en Hipertensión coincidirá con la extensión de la Consulta de Riesgo Cardiovascular, como servicio ofertado, al resto de Centros de Salud.

Esperamos que el pilotaje nos muestre los puntos fuertes de la ficha de RCV en Hipertensión, que identifique el número de pacientes hipertensos derivados por un motivo en concreto, así como nos sugiera áreas de conexión con otros procesos relacionados.

Las expectativas en el pilotaje se acompañan de las expectativas de la informatización de toda la población atendida, fundamental para Atención Primaria, Atención Especializada y para el paciente.

La Gestión por Procesos nos permitirá añadir un valor a la atención que damos al paciente, siempre que parta de un mapa de procesos elaborado y conocido por toda la organización, que tenga en cuenta la permeabilidad continua entre Atención Primaria y Atención Especializada, y en donde cada proceso no se erija en un fin en sí mismo, sino en una sistematizada concatenación de actuaciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de nuestra población.

Ficha Resumen

Fecha: JUNIO 2011

Objetivo

OBJETIVO GENERAL:

Reducir en la práctica diaria la incidencia de nuevos eventos clínicos cardiovasculares, o su recurrencia, y de este modo **prevenir la muerte prematura por enfermedad cardiovascular (ECV).**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- En RCV MUY ELEVADO o ELEVADO alcanzar los niveles óptimos de los distintos factores de riesgo (FR). Los FR deben de ser tratados hasta los niveles considerados como buen control. **Conseguir un RCV <5%.**
- En RCV MODERADO o BAJO los factores de riesgo deben de ser tratados hasta los niveles considerados como buen control. **Conseguir reducir el RCV.**
- Disminuir y/o controlar la HTA y otros FRC asociados para reducir el Riesgo CV total.
 - **<140/90mm Hg.**
 - **<130/80mm Hg** en diabéticos con nefropatía y en las personas que presentan enfermedad renal crónica

Población diana

Pacientes hipertensos mayores de 15 años. Cuidadores de hipertensos dependientes.
Médicos de Familia/Enfermeros/as de Atención Primaria.
Médicos/Enfermeros/as de Atención Especializada
Farmacéuticos de AP

Criterio de inclusión

LÍMITE DE ENTRADA:

- Pacientes diagnosticados de hipertensión
- Pacientes a los que se incluya en el proceso de RCV por otro factor de riesgo, y en la valoración o seguimiento se diagnostique HTA.

(CRITERIO diagnóstico de la HTA: Se considera HTA cuando la media de tres tomas separadas en el tiempo de la P.A. es ≥ 140 mm Hg para la PAS y/o ≥ 90 mm Hg para la PAD. Si el paciente es menor de 19 años, el diagnóstico se establece con valores iguales o superiores al **percentil 95** correspondientes a la talla y sexo de cada caso).

LÍMITE FINAL:

Este proceso no tiene límite final; sólo finalizará en caso de fallecimiento del paciente.

LÍMITES MARGINALES:

- Otros factores de RCV.
- Estudio y tratamiento de la enfermedad vascular sintomática (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y arteriopatía periférica).

Actuaciones													
GR	Actuación	Responsable	Criterios de calidad										
C	MEDIR Y REGISTRAR LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR (Antecedentes familiares y personales)	MÉDICO/ ENFERMERA	<p><u>MEDICIÓN Y REGISTRO DE LOS SIGUIENTES DATOS CLÍNICOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Historia familiar de enfermedad cardiovascular precoz (enf. cardiovascular en familiares de 1^{er} grado antes de los 55 años en los varones o antes de los 65 años en las mujeres).. ▪ Origen étnico, edad y género. ▪ Medición de TA. Al menos tres controles anuales. ▪ Hábitos tóxicos: tabaco y alcohol. Una vez al año. ▪ Antecedentes personales de HTA, diabetes, dislipemias, obesidad y enfermedad C.V. <p>En las personas con diabetes debe anotarse la fecha del diagnóstico y determinar anualmente la Hemoglobina glicosilada, la presencia de albuminuria y la creatinina sérica.</p>										
C	VALORACIÓN DEL PACIENTE HIPERTENSO	MÉDICO/ ENFERMERA	<p><u>EXPLORACIÓN FÍSICA:</u> Anualmente</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Índices antropométricos</td> <td>Peso, talla, índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal</td> </tr> <tr> <td>Cabeza y cuello</td> <td>Palpación del tiroides, auscultación carotídea, ingurgitación yugular</td> </tr> <tr> <td>Tórax</td> <td>Auscultación cardiaca: frecuencia, ritmo, soplos, 3^o y 4^o ruidos, auscultación pulmonar</td> </tr> <tr> <td>Abdomen</td> <td>Masas, visceromegalias, soplos, estrías</td> </tr> <tr> <td>Extremidades</td> <td>Pulsos, edemas</td> </tr> </table> <p><u>PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:</u></p> <p>Hemograma. Cada 5 años</p> <p>Creatinina en suero, Na y K, Ácido úrico, Sedimento de orina, Glucosa, Perfil lipídico, e Índice de excreción urinaria de albúmina/creatinina. Cada año</p> <p>ECG. Cada dos años, si el anterior fue normal</p> <p>VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE MARJORY GORDON: PAE (Proceso de Atención de Enfermería). Anualmente</p>	Índices antropométricos	Peso, talla, índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal	Cabeza y cuello	Palpación del tiroides, auscultación carotídea, ingurgitación yugular	Tórax	Auscultación cardiaca: frecuencia, ritmo, soplos, 3 ^o y 4 ^o ruidos, auscultación pulmonar	Abdomen	Masas, visceromegalias, soplos, estrías	Extremidades	Pulsos, edemas
Índices antropométricos	Peso, talla, índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal												
Cabeza y cuello	Palpación del tiroides, auscultación carotídea, ingurgitación yugular												
Tórax	Auscultación cardiaca: frecuencia, ritmo, soplos, 3 ^o y 4 ^o ruidos, auscultación pulmonar												
Abdomen	Masas, visceromegalias, soplos, estrías												
Extremidades	Pulsos, edemas												

CLASIFICACIÓN DE LA HTA y periodicidad recomendada para el cribado y la confirmación diagnóstica según las cifras iniciales:

CATEGORÍA	PAS	PAD	RECOMENDACIÓN
ÓPTIMA	< 120	< 80	Reevaluar en 2 años
NORMAL	120-129	80-84	Reevaluar en 2 años
NORMAL – ALTA	130-139	85-89	Reevaluar en 1 año
HTA grado 1 (ligera)	140-159	90-99	Confirmar hipertensión en 2-3 meses
HTA grado 2 (moderada)	160-179	100-109	Confirmar en 3-4 semanas
HTA grado 3 (grave)	≥ 180	≥ 110	Evaluar inmediatamente o confirmar en 1 semana, según situación clínica
HTA sistólica aislada	≥ 140	< 90	Actuar según valores de PAS

Cuando la PAS y la PAD correspondan a categorías distintas, aplicar la más alta.
La hipertensión sistólica aislada se clasifica también en grados (1, 2 ó 3) según el valor de la PAS.

Percentiles 90 y 95 de PAS y PAD en menores de 19 años:

GRUPOS DE EDAD	PA	NIÑOS P90	P95	NIÑAS P90	P95
15 años	PAS PAD 5	132 76	136 82	128 76	132 80
16-18 años	PAS PAD 5	138 80	142 84	128 76	134 80

GR	Actuación	Responsable	Criterios de calidad
E	<p>VALORACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR, calculado según las tablas Score Tabla SCORE en Anexo IA</p>	MÉDICO/ ENFERMERA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CÓMO USAR LA TABLA SCORE: En la tabla se busca la celda más cercana a los valores de colesterol total (mg/dl;mmol/L) y de tensión arterial sistólica que tenga esa persona. ▪ Se establecen 4 niveles de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> - Riesgo bajo (<3%) - Riesgo moderado (3-4%) - Riesgo alto (5-7%) - Riesgo muy alto (>7%)*
<p>En los casos que surjan dudas sobre la adecuada clasificación del paciente con las tablas Score (p.e. edades extremas), utilizar la tabla de estratificación de riesgo de la SEH-LELHA (Anexo I-B)</p>			
<p>No se precisa aplicar tablas por presentar RCV >7%, clínicamente determinado, las personas que padecen enfermedad cardiovascular aterosclerótica: enfermedad coronaria, enfermedad arterial periférica o enfermedad cerebrovascular aterosclerótica (ictus isquémico o accidente isquémico transitorio). Tampoco lo precisan los pacientes con insuficiencia renal crónica, con nefropatía diabética, y los pacientes con hipercolesterolemia familiar, hiperlipidemia familiar combinada y otras dislipemias hereditarias.</p>			
C	<p>INTERVENCIÓN DE ACUERDO CON EL RCV:</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ RCV Clínicamente determinado y RCV >7% MUY ELEVADO 	MÉDICO/ ENFERMERA	<p>ESTILO DE VIDA: ESTABLECIMIENTO DE UN PLAN INDIVIDUALIZADO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA Educación intensiva sobre patrones dietéticos cardiosaludables, actividad física, y supresión del tabaco. La educación sanitaria debe proporcionarse de manera simultánea al tratamiento farmacológico. (A)</p> <p>TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: Antiagregación si no está contraindicada. Tratamiento farmacológico de los FR elevados y de la enfermedad cardiovascular. (B)</p> <p>SEGUIMIENTO: Valoración del riesgo cardiovascular al menos anualmente. Monitorización de los factores de riesgo cada 3-6 meses. (C)</p>
C	<ul style="list-style-type: none"> ♦ RCV: 5-7% ELEVADO 	MÉDICO/ ENFERMERA	<p>ESTILO DE VIDA: ESTABLECIMIENTO DE UN PLAN INDIVIDUALIZADO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA Educación intensiva sobre patrones dietéticos cardiosaludables, actividad física, y supresión del tabaco. La educación sanitaria debe proporcionarse de manera simultánea al tratamiento farmacológico. (A)</p> <p>TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: Antiagregación si no está contraindicada. Tratamiento farmacológico de todos los FR elevados. (B)</p> <p>SEGUIMIENTO: Valoración del RCV al menos anualmente. Monitorización de los factores de riesgo cada 3-6 meses. (C)</p>

C	♦ RCV: 3-4% MODERADO	MÉDICO/ ENFERMERA	<p>ESTILO DE VIDA: ESTABLECIMIENTO DE UN PLAN INDIVIDUALIZADO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA Educación intensiva sobre patrones dietéticos cardiosaludables, actividad física, y supresión del tabaco. Antes de iniciar tratamiento farmacológico, mantenerlo durante un periodo de 3-6 meses. (A)</p> <p>TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: Tratamiento farmacológico de los FR en función de las indicaciones específicas. (E)</p> <p>SEGUIMIENTO: Valoración del RCV al menos anualmente. Monitorización de los factores de riesgo cada 12 meses. (C)</p>
C	♦ RCV bajo BAJO RIESGO	ENFERMERA/ MÉDICO	<p>ESTILO DE VIDA: ESTABLECIMIENTO DE UN PLAN INDIVIDUALIZADO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA Educación sobre patrones dietéticos cardiosaludables, actividad física, y supresión del tabaco. (A)</p> <p>TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: Tto. no farmacológico salvo que alguno de los FR esté lo suficientemente elevado para justificarlo. (E)</p> <p>SEGUIMIENTO: Valoración del riesgo cardiovascular cada 5 años. (C)</p>
<p>TODAS LAS DECISIONES DE TRATAMIENTO DEBEN ESTAR BASADAS EN LA ESTIMACIÓN CONJUNTA DE RCV TOTAL Y DE LOS NIVELES DE TENSIÓN ARTERIAL. (Ver algoritmo de intervención según RCV y TA en Anexo II)</p>			

GR	Actuación	Responsable	Criterios de calidad
C	INTERVENCIÓN SOBRE EL ESTILO DE VIDA EpS Individualizada	ENFERMERA /MÉDICO	Cuanto más alto es el riesgo calculado de mortalidad CV, más intensa debe ser la intervención sobre los FRCV modificables, incluyendo la PA, ya que mayor es el beneficio.
A	INTERVENCIÓN SOBRE EL ESTILO DE VIDA	ENF/MED	La HTA se puede prevenir combinando cambios en el estilo de vida que incluyan evitar el sobrepeso, aumentar la actividad física, reducir el consumo de sal, de alcohol y otras medidas dietéticas. SEGUIMIENTO: Al menos tres veces al año hasta control PA, posteriormente cada 6 meses
A	INTERVENCIÓN SOBRE EL ESTILO DE VIDA	ENF/MED	Para el tratamiento integral de la HTA se aconseja una dieta con contenido bajo en grasa total, ácidos grasos saturados y colesterol, y rica en frutas frescas, vegetales y productos lácteos desnatados. SEGUIMIENTO: Al menos tres veces al año hasta control PA, posteriormente cada 6 meses
A	INTERVENCIÓN SOBRE EL ESTILO DE VIDA	ENF/MED	La HTA (PA \geq 140/90) en personas con diabetes debe ser tratada agresivamente con estilos de vida y medicación.
A	INTERVENCIÓN SOBRE EL ESTILO DE VIDA	ENF/MED	A las personas con HTA que presenten sobrepeso u obesidad se les debe dar recomendaciones apropiadas para la pérdida de peso. SEGUIMIENTO: Al menos tres veces al año hasta control PA, posteriormente cada 6 meses
A	INTERVENCIÓN SOBRE EL ESTILO DE VIDA	ENF/MED	En el tratamiento de la HTA el consumo excesivo de alcohol debe identificarse y aconsejar la reducción o sustitución por bebidas sin alcohol. SEGUIMIENTO: Al menos tres veces al año hasta control PA, posteriormente cada 6 meses
A	INTERVENCIÓN SOBRE EL ESTILO DE VIDA	ENF/MED	En el tratamiento de la HTA se debe reducir el consumo de sodio a no más de 2 g al día (cloruro de sodio 6 g). Ello supone limitar drásticamente todos los alimentos precocinados y las conservas, así como las bebidas efervescentes. SEGUIMIENTO: Al menos tres veces al año hasta control PA, posteriormente cada 6 meses
D	INTERVENCIÓN SOBRE EL ESTILO DE VIDA	ENF/MED	La educación individualizada de la dieta y otros cambios en los estilos de vida debe complementarse con la modificación de los FRCV y la prescripción de fármacos para reducir el RCV cuando los primeros sean insuficientes. SEGUIMIENTO: Al menos tres veces al año hasta control PA, posteriormente cada 6 meses

* Los niveles de evidencia y gradación de las recomendaciones en Anexo III

GR	Actuación	Responsable	Criterios de calidad
B	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	MÉDICO	En las personas que tengan un riesgo de mortalidad CV a diez años >5% el tratamiento debe pretender, al menos, reducir el riesgo a menos del 5% .
A	TTO. FARMACOLÓGICO	MÉDICO	La mayoría de los beneficios con el tratamiento se alcanzan si se logran cifras de PA: <140/90 mmHg en población general.
D	TTO. FARMACOLÓGICO	MÉDICO	Unas cifras de presión arterial por debajo de 130/80 mmHg son preferibles en diabéticos con nefropatía y en las personas que presentan enfermedad renal crónica.
A	TTO. FARMACOLÓGICO	MÉDICO	Los fármacos de primera elección son las tiazidas, los IECA y los antagonistas del calcio. Por su relación coste-efectividad, los diuréticos tiazídicos a dosis bajas (equivalentes a hidroclorotiazida 12,5-25 mg/día o clortalidona 50 mg/día) deberían ser los de elección, salvo que existan otras razones justificadas.
B	TTO. FARMACOLÓGICO	MÉDICO	En algunas personas con HTA se requiere más de un fármaco para bajar la PA a los niveles óptimos.
A	TTO. FARMACOLÓGICO	MÉDICO	Después de un infarto agudo de miocardio se debe considerar el tratamiento con un betabloqueante y un IECA independiente de las cifras de la PA, asociándolo a consejos intensivos sobre estilos de vida y otra medicación necesaria como AAS y estatinas.
A	TTO. FARMACOLÓGICO	MÉDICO	En las personas que han presentado un ACV o un AIT se debe comenzar a bajar la PA con medicación a menos que la persona tenga hipotensión sintomática, junto con educación intensiva sobre los estilos de vida, asociando antiagregantes o anticoagulantes según indicación y estatinas. Generalmente es recomendable esperar de 7 a 14 días antes de comenzar a bajar la PA con fármacos antihipertensivos.
D	TTO. FARMACOLÓGICO	MÉDICO	Todas las personas con diabetes debido al riesgo creciente de complicaciones renales requieren tratamiento intensivo de la PA.
B	TTO. FARMACOLÓGICO	MÉDICO	Las personas que presenten diabetes y nefropatía, o diabetes y otra enfermedad renal crónica deben comenzar tratamiento con un IECA o un ARA- II (salvo contraindicación), independientemente de las cifras de PA.
C	TTO. FARMACOLÓGICO	MÉDICO	Las personas con PA por encima de 160/100 mmHg de forma mantenida deben tener tratamiento con fármacos antihipertensivos (aunque tengan un RCV <5%) y plan de cuidados sobre los estilos de vida para bajar las cifras de PA desde el momento del diagnóstico.

B	TTO. FARMACOLÓGICO	MÉDICO	Con cifras de PA entre 140/90 y 159/99 mmHg todas las decisiones sobre el inicio del tratamiento con fármacos se deben basar en el riesgo de mortalidad CV individual.
D	TTO. FARMACOLÓGICO	MÉDICO	Los efectos secundarios de los fármacos antihipertensivos se deben comentar con el paciente antes del tratamiento.
A	TTO. FARMACOLÓGICO	MÉDICO	El hecho de simplificar los regímenes de dosificación aumenta el cumplimiento del tratamiento.

B	CONTROL Y SEGUIMIENTO	MÉDICO/ ENFERMERA	En las personas que estén con tratamiento farmacológico, la supervisión de la PA se recomienda cada 3 meses hasta que la PA esté controlada y entonces, cada 6 meses.
E	CONTROL Y SEGUIMIENTO	MÉDICO/ ENFERMERA	La periodicidad de las determinaciones analíticas estará condicionada al tipo de tipo medicación prescrita, así como a la existencia de otros factores de riesgo asociado (DM, Dislipemia, Cardiopatía isquémica, etc.). La supervisión en el seguimiento de la creatinina y de los electrólitos es recomendable en las personas con valores iniciales altos, PA elevada persistente o en los que toman diuréticos, IECA o ARA II.

E	INTERCONSULTA	MÉDICO/AP	Derivación desde Atención Primaria.- La derivación deberá realizarse según los criterios de interconsulta establecidos. En la hoja de interconsulta debe constar: Motivo de la derivación, anamnesis, exploración, pruebas complementarias realizadas (que se adjuntarán) y tratamientos prescritos.
E	INTERCONSULTA	MÉDICO/AE	Informe de Atención Especializada.- En el informe de Atención Especializada deberá constar de la valoración realizada, el plan de tratamiento prescrito y el seguimiento a realizar.
E	INTERCONSULTA SEGUIMIENTO	MÉDICO/ ENFERMERA/ AP	En los pacientes derivados a AE tras la recepción del informe del especialista, el paciente será visto conjuntamente por el médico y enfermera de AP para establecer un plan de seguimiento específico, y que incluirá como mínimo, un control mensual durante el 1 ^{er} trimestre.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: ESTANDARIZACIÓN DE CUIDADOS

GR	Actuación	Responsable	Criterios de calidad
E	VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD de Marjory Gordon	ENFERMERA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patrón percepción-control de la salud 2. Patrón nutricional-metabólico 3. Patrón de eliminación 4. Patrón actividad-ejercicio 5. Patrón sueño-descanso 6. Patrón cognitivo-perceptivo 7. Patrón autopercepción-autoconcepto 8. Patrón rol-relaciones 9. Patrón sexualidad-reproducción 10. Patrón adaptación-tolerancia al estrés 11. Patrón valoración-creencias <p>(Al menos se deberán valorar los patrones 1,2,4 y 6)</p>
D	ETAPAS DE LA MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO (Prochaska y Diclemente)	ENFERMERA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Precontemplación 2. Contemplación 3. Determinación 4. Acción 5. Mantenimiento 6. Recaída casual 7. Recaída permanente
D	DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	ENFERMERA	OBJETIVOS Y RESULTADOS NOC, INDICADORES NOC E INTERVENCIONES NIC

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA A LAS PERSONAS CON RIESGO CARDIOVASCULAR

RECOMENDACIONES:

Es conveniente no realizar intervenciones con modelos educativos, que solo se centren en ofrecer información.	A
Es necesario acercarse al conocimiento de las formas de incumplimiento de la persona para investigar sus causas y detectarlas mediante una entrevista clínica pormenorizada.	B
El abordaje del cumplimiento debe basarse en varias intervenciones organizadas según un plan de cuidados individualizado y seguimientos periódicos.	B
Los programas preventivos, deben incluir planes de cuidados individualizados que aborden entre otros el déficit de conocimientos de las personas.	D
Se recomienda el uso de estrategias conductistas y motivacionales en la educación y consejo, para conseguir y mantener el cambio dietético.	B
El hecho de simplificar los regímenes de dosificación aumenta el cumplimiento del tratamiento.	A
Parece conveniente para el abordaje del incumplimiento, basarse en la elaboración de un plan de cuidados individualizado según el modelo de estados del cambio de Prochaska y Diclemente, que incluyan varias estrategias de intervención.	D
Los planes de cuidados estandarizados se estructuran según las taxonomías NANDA, NIC, NOC.	D

NIVELES DE EVIDENCIA:

El cumplimiento de las personas en cuanto a las recomendaciones de tratamiento y del estilo de vida es bajo, en especial en el caso de las enfermedades crónicas.	2++
El conocimiento de la enfermedad se correlaciona con el comportamiento de la persona con respecto a algunos factores de riesgo, lo cual debe tenerse en cuenta en programas preventivos.	2+
Es necesario acercarse al conocimiento de las formas de incumplimiento de la persona para investigar sus causas y detectarlas mediante una entrevista clínica pormenorizada.	4
La intervención educativa por sí sola es poco efectiva.	1+
Los resultados de diversas intervenciones más complejas incluyendo las motivacionales son alentadoras, aunque no hay pruebas suficientes para sugerir un único enfoque.	1-
Las enfermedades que más se benefician de las estrategias de intervención son la HTA, la dislipemia y la diabetes.	1+
Las intervenciones efectivas para ayudar a las personas a adquirir las habilidades, motivación y apoyo necesario para alterar su patrón de dieta diaria en la preparación de la comida, combinan educación nutricional con consejos orientados al cambio de comportamiento.	1+
Diversas estrategias complejas que incluyen las combinaciones de instrucciones y asesoramientos más detallados dirigidos al paciente, recordatorios, seguimiento cercano, autovigilancia supervisada y recompensas para el éxito pueden mejorar el cumplimiento y los resultados del tratamiento.	1+
Tanto en dislipemias como en HTA se obtiene una mejoría del cumplimiento con una sola dosis diaria.	1+

Criterios de interconsulta

- Sospecha de HTA secundaria no farmacológica que requiera para su confirmación exploraciones diagnósticas especializadas. **(NEFROLOGÍA o Consulta RCV)**
- HTA con insuficiencia renal crónica (Creatinina > 2 mg/dl) y/u otras anomalías de la función renal. **(NEFROLOGÍA)**
- HTA refractaria o resistente*, una vez descartado el Efecto de la Bata Blanca y otras posibles causas de mala respuesta al tratamiento. **(NEFROLOGÍA o Consulta RCV)**
- HTA durante el embarazo. **(OBSTETRICIA-NEFROLOGÍA)**
- Indicación de MAPA (Medida Ambulatoria de la Presión Arterial), cuando no se disponga de aparatos para realizarla. **(NEFROLOGÍA o Consulta RCV)**
- Tratamiento de algunas urgencias hipertensivas y de las emergencias hipertensivas. **(URGENCIAS)**
- HTA con claudicación intermitente o sospecha de ella **(Consulta RCV, O ESPECIALISTA HOSPITALARIO)**
- Dificultad de control o manejo de paciente HTA con otros factores de RCV. **(Consulta RCV, O ESPECIALISTA HOSPITALARIO)**
- Se considera dificultad de control al paciente con cifras de PA que no alcanzan el objetivo de control tras verificar adherencia terapéutica y tras 6 meses de tratamiento idóneo. Se considera dificultad de manejo a pacientes con efectos secundarios o intolerancia a fármacos que dificulten el seguimiento del paciente **(Consulta RCV , O ESPECIALISTA HOSPITALARIO).**

*Se considerará la HTA como resistente cuando no se consigan los objetivos terapéuticos a pesar de una triple terapia farmacológica adecuada y a dosis plenas, que incluya un diurético.

Referencias

BIBLIOGRAFÍA

- Guía Clínica basada en la evidencia: Valoración y tratamiento del RCV. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. 2008
- PROCESO ASISTENCIAL Integrado: RCV. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2003
- Cartera de Servicios. (Servicios 304: Actividades preventivas en el adulto sano y 305: Atención a pacientes crónicos-HTA-). Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León 2010.
- Guía Terapéutica SACYL. Problemas de salud prevalentes en Medicina Familiar. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud. 2009.
- A. Maiques Galán et Al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Grupo de Prevención Cardiovascular del PAPPs. Aten. Primaria 2007; 39(Supl. 3): 15-26.
- De la Figuera, M, Delfó A. Hipertensión arterial. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. 6ª ed. Atención Primaria. Concepto, organización y práctica clínica 2008.
- Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, et al. Guía de 2007 para el manejo de la hipertensión arterial. Grupo de trabajo para el manejo de la hipertensión arterial de la European Society of Hypertension (ESH) y la European Society of Cardiology (ESC). Journal of Hypertension 2007, 25:1105-1187.
- RIESGO VASCULAR: PROCESO ASISTENCIAL Integrado. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2010
- Práctica clínica en la DM2. Análisis crítico de las evidencias por la RedGDPS. Barcelona 2011.

Organización Responsables/Coordinadores del proceso

- En el Equipo de Atención Primaria: Responsables de Cartera de Servicios y de Calidad.
- En la Gerencia de Atención Primaria: Responsables de Cartera de Servicios y de Calidad.
- En la Gerencia de Atención Especializada: Responsables de Calidad y Consulta de RCV.

Participantes en el proceso

Todos los profesionales (Médicos y Enfermeros) de los Equipos de Atención Primaria y todos los profesionales de Atención Especializada de los Servicios implicados en la derivación del paciente.

Adecuaciones organizativas

La CONSULTA DE RIESGO CARDIOVASCULAR en Atención Especializada, cuando proceda, permitirá completar la valoración del Riesgo Cardiovascular y el seguimiento integral de los pacientes hipertensos que cumplan ciertos criterios de derivación.

En Atención Primaria el Médico y Enfermero del paciente hipertenso serán los responsables de realizar la evaluación del RCV, así como de la intervención según el nivel de riesgo.

(No serán necesarios cambios en la organización habitual de los Equipos de Atención Primaria para llevar a cabo las actuaciones descritas).

Procesos de soporte relacionados

Enumeración de procesos organizativos que afecten al proceso, subprocesos, procedimientos administrativos, diagnósticos y terapéuticos

- DESARROLLO DE LA FICHA DE RCV EN EL PROGRAMA INFORMÁTICO MEDORA.
- REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN EN EL EAP DE PROTOCOLOS DE DERIVACIÓN ENTRE MÉDICO Y ENFERMERA (contenido de las consultas del seguimiento del hipertensos, periodicidad en las visitas...).
- FORMACIÓN CONTINUADA: varias sesiones en cada EAP sobre la Guía de valoración y tto. del RCV y sobre la implantación del Proceso de RCV en HTA.
- DESARROLLO DE PROTOCOLOS QUE MEJOREN LA ORGANIZACIÓN Y LA ACCESIBILIDAD A LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.
- REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLOS SOBRE MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL:
 - En la Consulta
 - Medida Ambulatoria de la PA con MAPA. (Ventajas e inconvenientes. Indicaciones y contraindicaciones).
 - Automedida de la Presión Arterial (AMPA). Ventajas e inconvenientes. Indicaciones.
 - Recomendaciones para medir correctamente las cifras de P.A.
- PROTOCOLOS DE COORDINACIÓN Y DERIVACIÓN a atención especializada en enfermedades cardiovasculares por las que haya que realizar interconsulta.

Criterios de Calidad e Indicadores para la Evaluación	
CRITERIO DE CALIDAD	<p>Indicador 1: PORCENTAJE DE PACIENTES HIPERTENSOS A LOS QUE SE REALIZA VALORACIÓN DEL RCV</p> <p>Fórmula:</p> $\frac{\text{Numerador: Pacientes hipertensos a los que se realiza valoración del RCV}}{\text{Denominador: Pacientes hipertensos}} \times 100$ <p>Fuente de información/medio recogida: –Historia Clínica informatizada o en papel –Listado de Hipertensos (Cartera de Servicios) Muestreo de Historias Clínicas. Autoevaluación por el Equipo y/o Auditoría externa</p> <p>Estándar de calidad de referencia: 85%</p> <p>Periodicidad de la evaluación: Anual</p> <p>Responsable: de la evaluación y/o del proceso</p>
CRITERIO DE CALIDAD	<p>Indicador 2: PORCENTAJE DE PACIENTES HIPERTENSOS <65 AÑOS A LOS QUE SE REALIZA VALORACIÓN DEL RCV</p> <p>Fórmula:</p> $\frac{\text{Numerador: Pacientes hipertensos <65 años a los que se realiza valoración del RCV}}{\text{Denominador: Pacientes hipertensos <65 años}} \times 100$ <p>Fuente de información: –Historia Clínica informatizada o en papel –Listado de Hipertensos (Cartera de Servicios) Muestreo de Historias Clínicas. Autoevaluación por el Equipo y/o Auditoría externa</p> <p>Estándar de calidad de referencia: 95%</p> <p>Periodicidad de la Evaluación: Anual</p> <p>Responsable: de la evaluación y/o del proceso</p>
CRITERIO DE CALIDAD	<p>Indicador 3: PORCENTAJE DE PACIENTES HIPERTENSOS DIABÉTICOS <65 AÑOS A LOS QUE SE REALIZA VALORACIÓN DEL RCV</p> <p>Fórmula:</p> $\frac{\text{Numerador: Pacientes hipertensos diabéticos <65 años a los que se realiza valoración del RCV}}{\text{Denominador: Pacientes hipertensos diabéticos}} \times 100$ <p>Fuente de información: –Historia Clínica informatizada o en papel –Listado de Hipertensos (Cartera de Servicios) Muestreo de Historias Clínicas. Autoevaluación por el Equipo y/o Auditoría externa</p> <p>Estándar de calidad de referencia: 95%</p> <p>Periodicidad de la Evaluación: Anual</p> <p>Responsable: de la evaluación y/o del proceso</p>

<p>CRITERIO DE CALIDAD</p>	<p>Indicador 4: PORCENTAJE DE PACIENTES HIPERTENSOS DISLIPÉMICOS <65 AÑOS A LOS QUE SE REALIZA VALORACIÓN DEL RCV</p> <p>Fórmula:</p> $\frac{\text{Pacientes hipertensos dislipémicos < 65 años a los que se realiza valoración del RCV}}{\text{Pacientes hipertensos dislipémicos}} \times 100$ <p>Fuente de información:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Historia Clínica informatizada o en papel -Listado de Hipertensos (Cartera de Servicios) <p>Muestreo de Historias Clínicas. Autoevaluación por el Equipo y/o Auditoría externa</p> <p>Estándar de calidad de referencia: 95%</p> <p>Periodicidad de la Evaluación: Anual</p> <p>Responsable: de la evaluación y/o del proceso</p>
<p>CRITERIO DE CALIDAD</p>	<p>Indicador 5: PORCENTAJE DE PACIENTES HIPERTENSOS CON NIVEL DE RCV ELEVADO O MUY ELEVADO A LOS QUE SE REALIZA PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA (PAE)</p> <p>Fórmula:</p> $\frac{\text{Numerador: Pacientes hipertensos con nivel de RCV elevado o muy elevado a los que se realiza PAE}}{\text{Denominador: Pacientes hipertensos con nivel de RCV elevado o muy elevado}} \times 100$ <p>Fuente de información/ medio recogida:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Historia Clínica informatizada o en papel -Listado de Hipertensos (Cartera de Servicios) <p>Muestreo de Historias Clínicas. Autoevaluación por el Equipo y/o Auditoría externa</p> <p>Estándar de calidad de referencia: 85%</p> <p>Periodicidad de la Evaluación: Anual</p> <p>Responsable: de la evaluación y/o del proceso</p>

<p>CRITERIO DE CALIDAD</p>	<p>Indicador 6: PORCENTAJE DE PACIENTES HIPERTENSOS CON RCV BAJO, MODERADO, ELEVADO Y MUY ELEVADO</p> <p>Fórmula:</p> <p>6.1 $\frac{\text{Pacientes hipertensos con RCV bajo}}{\text{Pacientes hipertensos con valoración de RCV}} \times 100$</p> <p>6.2 $\frac{\text{Pacientes hipertensos con RCV moderado}}{\text{Pacientes hipertensos con valoración de RCV}} \times 100$</p> <p>6.3 $\frac{\text{Pacientes hipertensos con RCV elevado}}{\text{Pacientes hipertensos con valoración de RCV}} \times 100$</p> <p>6.4 $\frac{\text{Pacientes hipertensos con RCV muy elevado}}{\text{Pacientes hipertensos con valoración de RCV}} \times 100$</p> <p>Fuente de información: –Historia Clínica informatizada o en papel –Listado de Hipertensos (Cartera de Servicios) Muestreo de Historias Clínicas. Autoevaluación por el Equipo y/o Auditoría externa</p> <p>Estándar de calidad de referencia:</p> <p>Periodicidad de la Evaluación: Anual</p> <p>Responsable: de la evaluación y/o del proceso</p>
<p>CRITERIO DE CALIDAD</p>	<p>Indicador 7: PORCENTAJE DE PACIENTES HIPERTENSOS CON VALORACIÓN DE RCV Y CON TA CONTROLADA</p> <p>Fórmula:</p> <p>$\frac{\text{Numerador: nº de pacientes hipertensos con valoración de RCV y con TA controlada}}{\text{Denominador: nº de pacientes hipertensos con valoración de RCV}} \times 100$</p> <p>Fuente de información: –Historia Clínica informatizada o en papel –Listado de Hipertensos (Cartera de Servicios) Muestreo de Historias Clínicas. Autoevaluación por el Equipo y/o Auditoría externa</p> <p>Estándar de calidad de referencia: 50%</p> <p>Periodicidad de la Evaluación: Anual</p> <p>Responsable: de la evaluación y/o del proceso</p>

<p>CRITERIO DE CALIDAD</p>	<p>Indicador 8: PORCENTAJE DE PACIENTES HIPERTENSOS CON RCV ELEVADO Y MUY ELEVADO QUE REDUCEN SU NIVEL DE RIESGO</p> <p>Fórmula:</p> $\frac{\text{Numerador: nº de pacientes hipertensos con RCV elevado y muy elevado que reducen su nivel de riesgo}}{\text{Denominador: nº de pacientes hipertensos con RCV elevado y muy elevado}} \times 100$ <p>Fuente de información:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Historia Clínica informatizada o en papel -Listado de Hipertensos (Cartera de Servicios) <p>Muestreo de Historias Clínicas. Autoevaluación por el Equipo y/o Auditoría externa</p> <p>Estándar de calidad de referencia: 20%</p> <p>Periodicidad de la Evaluación: Anual</p> <p>Responsable: de la evaluación y / ó del proceso</p>
<p>CRITERIO DE CALIDAD</p>	<p>Indicador 9: PORCENTAJE DE PACIENTES HIPERTENSOS DERIVADOS A ATENCIÓN ESPECIALIZADA</p> <p>Fórmula:</p> $\frac{\text{Numerador: nº de pacientes hipertensos derivados a AE}}{\text{Denominador: nº total de pacientes hipertensos}} \times 100$ <p>Fuente de información:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Registro interconsultas hospitalarias -Listado de Hipertensos(Cartera de Servicios) <p>Explotación automatizada</p> <p>Estándar de calidad de referencia:</p> <p>Periodicidad de la Evaluación: Anual</p> <p>Responsable: de la evaluación y / ó del proceso</p>
<p>CRITERIO DE CALIDAD</p>	<p>Indicador 10: PORCENTAJE DE PACIENTES HIPERTENSOS DIABÉTICOS DERIVADOS A ATENCIÓN ESPECIALIZADA</p> <p>Fórmula</p> $\frac{\text{Numerador: nº de pacientes hipertensos diabéticos derivados a AE}}{\text{Denominador: nº total de pacientes hipertensos diabéticos}} \times 100$ <p>Fuente de información:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Registro interconsultas hospitalarias -Listado de hipertensos diabéticos(Cartera de Servicios) <p>Explotación automatizada</p> <p>Estándar de calidad de referencia:</p> <p>Periodicidad de la Evaluación: Anual</p> <p>Responsable: de la evaluación y / ó del proceso</p>

<p>CRITERIO DE CALIDAD</p>	<p>Indicador 11: PORCENTAJE DE PACIENTES HIPERTENSOS DISLIPÉMICOS DERIVADOS A ATENCIÓN ESPECIALIZADA</p> <p>Fórmula:</p> $\frac{\text{Numerador: nº de pacientes hipertensos dislipémicos derivados a AE}}{\text{Denominador: nº total de pacientes hipertensos dislipémicos}} \times 100$ <p>Fuente de información:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Registro interconsultas hospitalarias -Listado de hipertensos dislipémicos(Cartera de Servicios) <p>Explotación automatizada</p> <p>Estándar de calidad de referencia:</p> <p>Periodicidad de la Evaluación: Anual</p> <p>Responsable: de la evaluación y / ó del proceso</p>
<p>CRITERIO DE CALIDAD</p>	<p>Indicador 12: PORCENTAJE DE PACIENTES HIPERTENSOS OBESOS DERIVADOS A ATENCIÓN ESPECIALIZADA</p> <p>Fórmula</p> $\frac{\text{Numerador: nº de pacientes hipertensos obesos derivados a AE}}{\text{Denominador: nº total de pacientes hipertensos obesos}} \times 100$ <p>Fuente de información:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Registro interconsultas hospitalarias -Listado de hipertensos obesos(Cartera de Servicios) <p>Explotación automatizada</p> <p>Estándar de calidad de referencia:</p> <p>Periodicidad de la Evaluación: Anual</p> <p>Responsable: de la evaluación y / ó del proceso</p>
<p>CRITERIO DE CALIDAD</p>	<p>Indicador 13: PORCENTAJE DE PACIENTES HIPERTENSOS DERIVADOS A NEFROLOGÍA</p> <p>Fórmula:</p> $\frac{\text{Numerador: nº de pacientes hipertensos derivados a Nefrología}}{\text{Denominador: nº total de pacientes hipertensos derivados a AE}} \times 100$ <p>Fuente de información:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Registro interconsultas hospitalarias -Listado de pacientes derivados (Cartera de Servicios) <p>Explotación automatizada</p> <p>Estándar de calidad de referencia:</p> <p>Periodicidad de la Evaluación: Anual</p> <p>Responsable: de la evaluación y / ó del proceso</p>

Anexo I-A:

Tabla Score adaptada: riesgo a los 10 años de ECV mortal en poblaciones europeas de bajo riesgo, en función del colesterol total, la PAS y el hábito tabáquico. (Adaptada)

		HOMBRES		MUJERES		Edad		Presión arterial sistólica		SCORE	
		No fumadores	Fumadores	No fumadoras	Fumadoras	65	60	55	50	40	
	180	8	9	4	5	9	9	3	3	1	1
	160	5	6	3	3	6	6	1	1	0	0
	140	4	4	2	2	4	4	1	1	0	0
	120	2	3	1	1	3	3	0	0	0	0
	180	5	6	3	3	5	5	1	1	0	0
	160	3	4	2	2	3	3	1	1	0	0
	140	2	3	1	1	2	2	0	0	0	0
	120	2	2	1	1	2	2	0	0	0	0
	180	3	4	1	1	3	3	1	1	0	0
	160	2	3	1	1	2	2	0	0	0	0
	140	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0
	120	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0
	180	2	3	1	1	2	2	1	1	0	0
	160	1	2	0	0	1	1	0	0	0	0
	140	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
	120	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
	180	2	3	0	0	2	2	1	1	0	0
	160	1	2	0	0	1	1	0	0	0	0
	140	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
	120	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
	180	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	180	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	180	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
	160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	180	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
	160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	180	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
	160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	180	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
	160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	180	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
	160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	180	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
	160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	180	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
	160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	180	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
	160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	180	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
	160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	180	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
	160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	180	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
	160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	180	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
	160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	180	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
	160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	180	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
	160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	180	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
	160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	180	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
	160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	180	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
	160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	180	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
	160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	180	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
	160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	180	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
	160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	180	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
	160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	180	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
	160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	180	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
	160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	180	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
	160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	180	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
	160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	180	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
	160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	180	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
	160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	180	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
	160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	180	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
	160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	180	1	1	0	0	1	1	0	0	0</	

Anexo I-B:

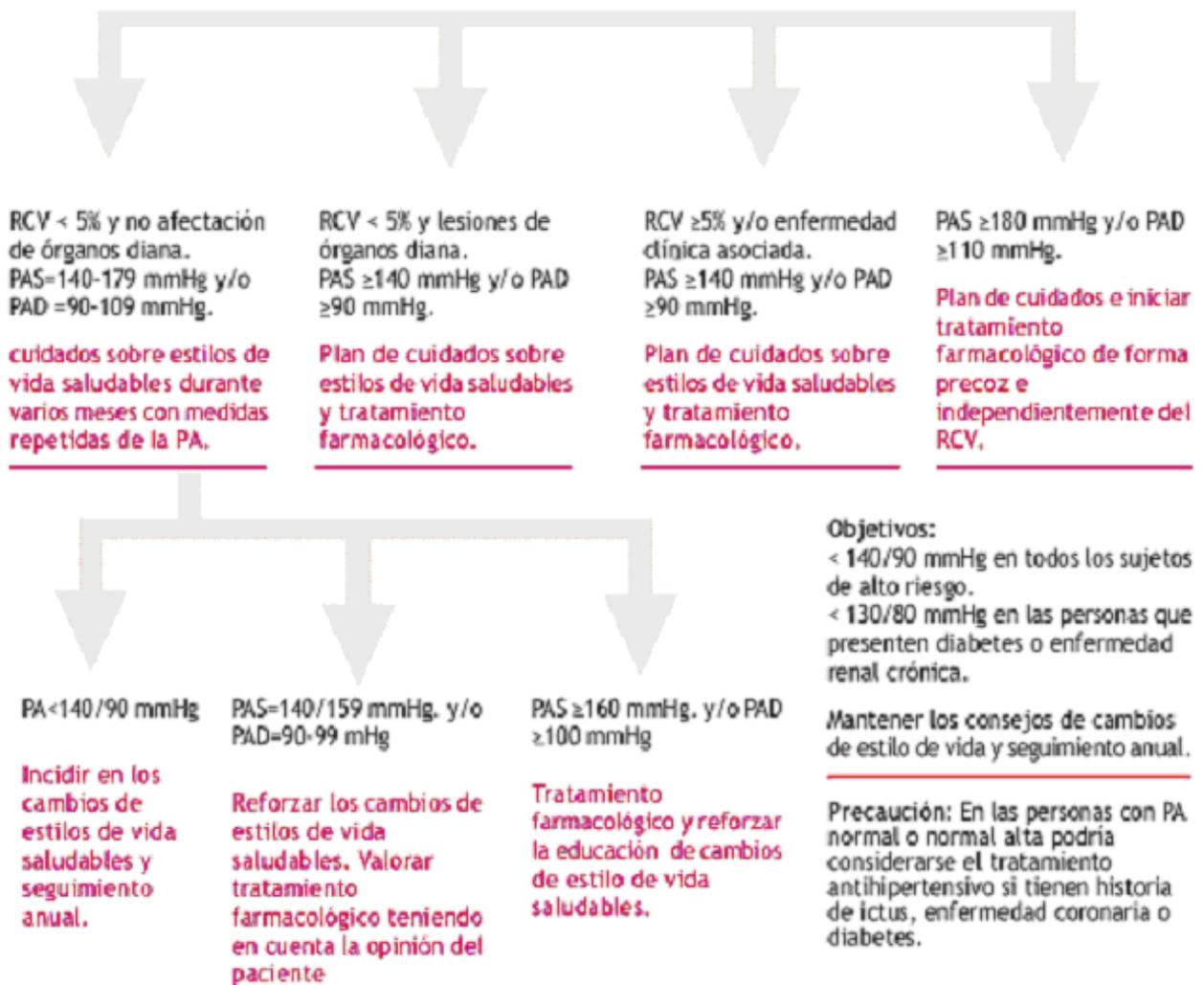
ESTRATIFICACIÓN RIESGO SEH-LELHA

Presión arterial (mmHg)					
Otros factores de riesgo, LO o enfermedad	Normal PAS 120-129 o PAD 80-84	Normal alta PAS 130-139 o PAD 85-89	HT grado 1 PAS 140-159 o PAD 90-99	HT grado 2 PAS 160-179 o PAD 100-109	HT grado 3 PAS \geq 180 o PAD \geq 110
Sin otros factores de riesgo	Riesgo medio	Riesgo medio	Riesgo adicional bajo	Riesgo adicional moderado	Riesgo adicional alto
1-2 factores de riesgo	Riesgo adicional bajo	Riesgo adicional bajo	Riesgo adicional moderado	Riesgo adicional moderado	Riesgo adicional muy alto
3 o más factores de riesgo, SM, LO o diabetes	Riesgo adicional moderado	Riesgo adicional alto	Riesgo adicional alto	Riesgo adicional alto	Riesgo adicional muy alto
Enfermedad cardiovascular o renal establecida	Riesgo adicional muy alto	Riesgo adicional muy alto	Riesgo adicional muy alto	Riesgo adicional muy alto	Riesgo adicional muy alto

Factores de riesgo	Lesión subclínica de órganos
Valores de PAS y PAD	HVI electrocardiográfica (Sokolow-Lyon $>$ 38 mm; Cornell $>$ 2.440 mm/ms) o:
Niveles de presión del pulso (en los ancianos)	HVI ecocardiográfica ^a (IMVI: varones, \geq 125 g/m ² ; mujeres, \geq 110 g/m ²)
Edad (varones, $>$ 55 años; mujeres, $>$ 65 años)	Engrosamiento de pared carotídea (GIM $>$ 0.9 mm) o placa
Tabaquismo	Velocidad de onda de pulso carotídeo-femoral $>$ 12 m/s
Dislipidemia	Índice de PA tobillo/brazo $<$ 0.9
CT $>$ 5,0 mmol/l (190 mg/dl) o:	Ligero aumento de creatinina plasmática:
cLDL $>$ 3,0 mmol/l (115 mg/dl) o:	Varones, 115-133 μ mol/l (1,3-1,5 mg/dl);
cHDL: varones, $<$ 1 mmol/l (40 mg/dl); mujeres, $<$ 1,2 mmol/l (46 mg/dl) o:	Mujeres, 107-124 μ mol/l (1,2-1,4 mg/dl)
TG $>$ 1,7 mmol/l (150 mg/dl)	Filtración glomerular estimada baja ^b ($<$ 60 ml/min/1,73 m ²) o aclaramiento de creatinina bajo ^c ($<$ 60 ml/min)
Glucosa plasmática en ayunas 5,6-6,9 mmol/l (102-125 mg/dl)	Microalbuminuria 30-300 mg/24 h o cociente albúmina-creatinina: \geq 22 (varones) o \geq 31 (mujeres) mg/g de creatinina
Prueba de tolerancia a la glucosa anormal	
Obesidad abdominal (perímetro de cintura $>$ 102 cm [varones] o $>$ 88 cm [mujeres])	
Antecedentes familiares de ECV prematura (varones a edad $<$ 55 años; mujeres, $<$ 65 años)	
Diabetes mellitus	ECV o renal establecida
Glucosa plasmática en ayunas \geq 7 mmol/l (126 mg/dl) en determinaciones repetidas o	Enfermedad cerebrovascular: ictus isquémico; hemorragia cerebral, accidente isquémico transitorio
Glucosa plasmática tras sobrecarga $>$ 11 mmol/l (198 mg/dl)	Cardiopatía: infarto de miocardio; angina; revascularización coronaria; insuficiencia cardíaca
	Enfermedad renal: nefropatía diabética; deterioro de la función renal (creatinina sérica: varones, $>$ 133; mujeres, $>$ 124 mmol/l); proteinuria ($>$ 300 mg/24 h)
	Enfermedad arterial periférica
	Retinopatía avanzada: hemorragias o exudados, edema de papila
<p>Nota. La agrupación de 3 de los 5 factores de riesgo —como obesidad abdominal, alteración de la glucosa plasmática en ayunas, PA $>$ 130/85 mmHg, cHDL bajo y TG altos (según lo definido antes)— indica síndrome metabólico.</p>	

Anexo II:

ALGORITMO PARA LA INTERVENCIÓN, TENIENDO EN CUENTA LA VALORACIÓN DEL RCV Y LA TA



Anexo III:

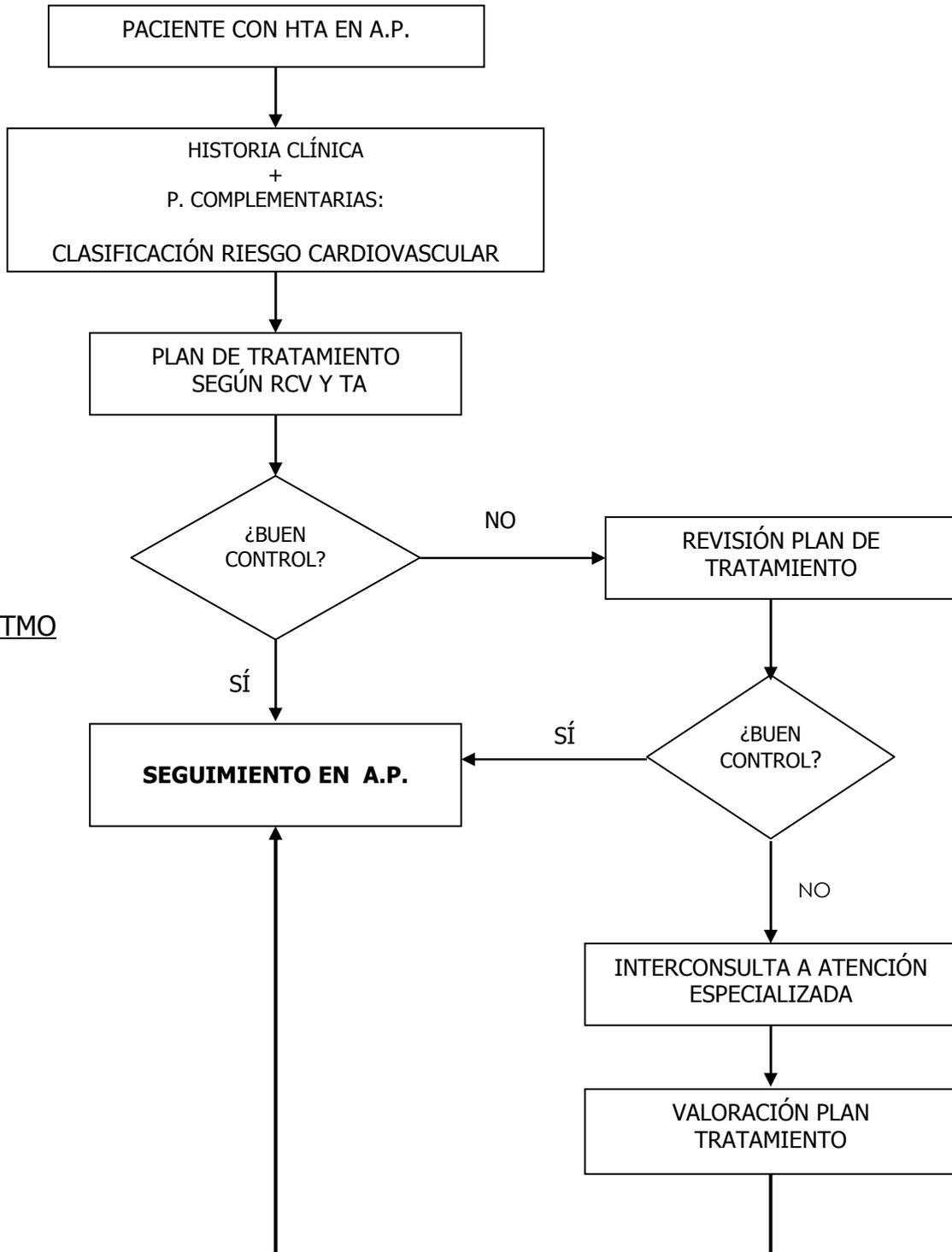
NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

NIVELES DE EVIDENCIA	
1++	Metanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ECA o ECA con muy bajo riesgo de sesgos.
1+	Metanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ECA o ECA con un riesgo bajo de sesgos.
1-	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ECA o ECA con riesgo alto de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de casos y controles o de cohortes. Estudios de alta calidad de casos y controles o de cohortes con bajo riesgo de error por variables de confusión de otros sesgos y errores producidos por el azar y con una probabilidad alta de que la relación sea causal.
2+	Estudios de casos y controles o de cohortes bien realizados con bajo riesgo de error por variables de confusión de otros sesgos y errores producidos por el azar y con una probabilidad moderada de que la relación sea causal.
2-	Estudios de casos y controles o de cohortes con alto riesgo de error por variables de confusión de otros sesgos y errores producidos por el azar y con un riesgo sustancial de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos, series de casos, etc.
4	Opiniones de expertos.
GRADACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES	
A	Al menos un metanálisis, revisión sistemática o ECA ponderado como 1++ y directamente aplicable a la población diana. Una revisión sistemática de ECA o un conjunto de evidencias de estudios de grado 1+ directamente aplicable a la población diana y que demuestren una consistencia global de los resultados.
B	Conjunto de evidencias de estudios de grado 2++ directamente aplicable a la población diana y que demuestren una consistencia global de los resultados o extrapolación de estudios ponderados como 1++ o 1+.
C	Conjunto de evidencias de estudios de grado 2+ directamente aplicable a la población diana y que demuestren una consistencia global de los resultados o extrapolación de estudios ponderados como 2++.
D	Niveles de evidencia 3 o 4 o evidencia extrapolada desde los estudios calificados como 2+.
E	Recomendaciones de buena práctica clínica basadas en la experiencia clínica de los miembros del grupo que elabora la guía.

Anexo IV:

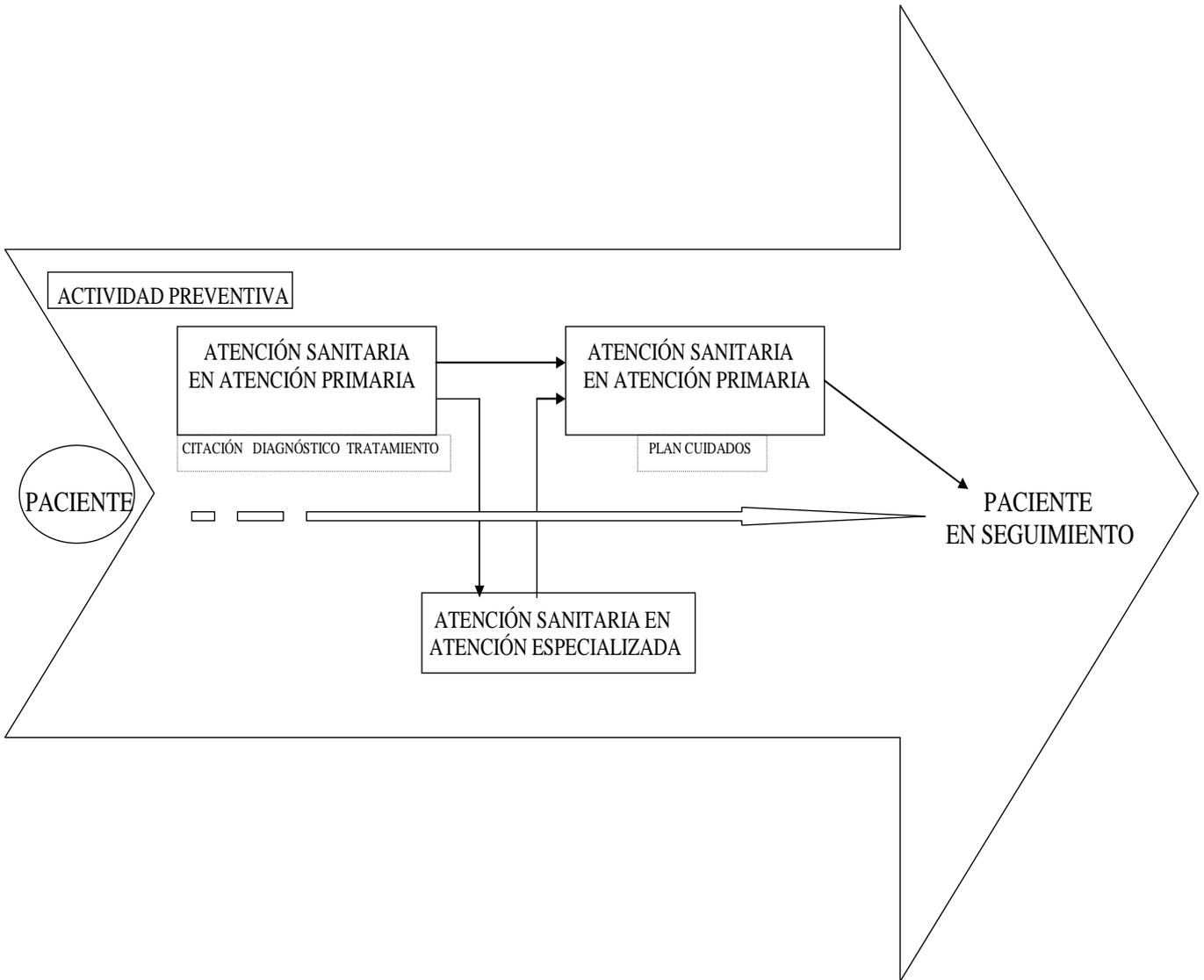
DIAGRAMA DE FLUJO. PROCESO DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL HIPERTENSO

ALGORITMO



Anexo V:

ITINERARIO DEL PACIENTE



GLOSARIO. ACLARACIONES

Fichas de procesos clínicos

El objetivo de la ficha es presentar los datos más relevantes de cada proceso, evitando las redundancias y resaltando la parte clínica de forma que puedan servir de base a las actuaciones más adecuadas en el trabajo de los centros de salud. Es conveniente incluir el grado de recomendación de cada actuación.

Proceso:

Nombre del proceso y Fecha de última revisión.

Objetivo

Objetivos clínicos principales de las actuaciones sobre el proceso.

Población diana

Población a la que van dirigidas las actuaciones.

Criterio de inclusión

Criterios diagnósticos u otros que determinan la entrada en el proceso.
Se especificarán los criterios de salida del proceso si procede.

Actuaciones

Formuladas como recomendaciones de actuaciones sobre el proceso. Se ordenarán con lógica clínica de consulta (SOAP).

Se especificará el grado de recomendación y los profesionales que pueden/deben llevarlas a cabo si procede.

Criterios de interconsulta

Especialidades a interconsultar y motivos de consulta concretos.

Referencias

Bibliografía y Guías de referencia.

Parte organizativa

Responsable del proceso

Puesto de la persona responsable del proceso. Si es oportuno se nombrará un responsable en cada nivel de atención.

Se responsabiliza de la gestión del proceso, obteniendo información de este, detectar áreas de mejora y plantear medidas de mejora y actualizaciones de los contenidos de la ficha de proceso.

Adecuaciones organizativas

Se detallarán cuando sea preciso realizar un tratamiento organizativo especial, o sean precisos cambios en la organización habitual para llevar a cabo las actuaciones.

Procesos de soporte relacionados

Evaluación

Indicador/es

Nombre del indicador, Es necesario que el nombre del indicador aclare el contenido de éste

Fórmula/s

Estándar/es de calidad de referencia

Se especificará si existe un estándar en la literatura. Si no existe, se puede establecer de forma empírica (media más una desviación...). Constituye el objetivo final a alcanzar.

Fuente de información/medio recogida

Los indicadores deben tener establecido tanto la fuente de información como el medio de recogida.

Anexo

Se añadirán si aclaran el flujo del proceso.