

Protocolo para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeras/os en Hipertensión

Introducción.....	1
Objetivo general y específico	2
Glosario	3
Estructura del protocolo.....	5
Procesos asistenciales, patologías y/o situaciones clínicas con las que se relaciona este protocolo.....	5
Población diana.	5
Tipo de intervenciones que realiza la/el enfermera/o.....	5
Inicio de tratamiento.....	6
Prórroga del tratamiento	7
Modificación de pauta de tratamiento	7
Interrupción temporal del tratamiento	8
Fichas resumen de los medicamentos incluidos en el protocolo.....	9
Diuréticos	9
Inhibidores del sistema renina-angiotensina (IECA y ARA II)	10
Calcioantagonistas	11
Betabloqueantes	12
Alfabloqueantes (doxazosina)	13
Bibliografía.....	14
Anexo I – Relación de medicamentos incluidos en este protocolo.....	15
Anexo II- Presentaciones de los medicamentos incluidos en la Guía	16

Introducción

La Resolución de 30 de junio de 2022, de la Dirección General de Salud Pública, por la que se validan las Guías para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeras/os de: Hipertensión (código de identificación: 202107-GENFHTA), establece el marco de referencia de las/los enfermeras/os

para la realización de actuaciones relacionadas con la medicación durante el seguimiento colaborativo en determinados tratamientos individualizados en pacientes con HTA mediante el uso de protocolos y/o guías asistenciales consensuados de manera multidisciplinar.

Los contenidos descritos en esta guía pretenden ser una ayuda a las/los profesionales para mejorar los resultados en salud de las personas que atienden, a través de una atención sanitaria integral, segura, colaborativa, de calidad, basada en la evidencia y centrada en la persona. A tal efecto, los criterios para la selección de la guía a desarrollar han sido la incidencia o prevalencia de las situaciones clínicas que abordan, la garantía de seguridad clínica en la aplicación de las guías y el valor añadido que pueda aportar un abordaje, precoz, equitativo y colaborativo de los síntomas y situaciones de salud a los que estas guías se refieren.

La aplicación de esta guía en la práctica asistencial ha de suponer, además, la optimización de las competencias profesionales de las/los enfermeras/os y el desarrollo de actuaciones de valor consistentes en:

- Educar a la persona y/o al cuidador/a en estilos de vida saludables y en el manejo del tratamiento farmacológico y de los cuidados asociados.
- Establecer estrategias para mejorar la adherencia terapéutica a la medicación a través del seguimiento y control del tratamiento y monitorización de los resultados en salud.
- Detectar e informar de efectos adversos relacionados con el tratamiento farmacológico.
- Realizar un seguimiento con el objetivo de prevenir la aparición de complicaciones asociadas al tratamiento y a la propia patología.
- Facilitar la accesibilidad para las actuaciones relacionadas con la medicación evitando o reduciendo citas innecesarias o demoras para el inicio, prórroga, modificación o interrupción de tratamientos.
- Reducir la variabilidad en la práctica clínica, adecuando y actualizando esta guía y los protocolos que se deriven de la misma en base a las últimas evidencias disponibles.
- Maximizar la eficiencia y efectividad de la atención sanitaria y los tratamientos que se derivan de la misma.

Objetivo general y específico

Objetivo general: desarrollar e implantar el protocolo autonómico de la Comunidad de Madrid para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeras/os de Hipertensión, tomando como

referencia la Guía 202107-GENFHTA de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad.

Objetivos específicos:

- Definir la población sobre la que procede aplicar el protocolo o guía.
- Definir los medicamentos autorizados para realizar el seguimiento que, necesariamente, deben estar incluidos en la Guía 202107-GENFHTA.
- Describir el tipo de intervenciones que realiza la/el enfermera/o para los medicamentos incluidos en la guía: inicio de tratamiento, prórroga, modificación de pauta y/o interrupción temporal del tratamiento
- Definir los parámetros del tratamiento ajustables por las/los enfermeras/os y los rangos de ajuste autorizados para cada uno de ellos.
- Señalar los criterios de reevaluación, así como los signos/síntomas de alarma para la valoración o derivación al médico de referencia.

Glosario

Hipertensión arterial (HTA). Se define como el hallazgo mantenido de cifras promedio de la presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mm Hg y/o de la presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mm Hg en mayores de 16 años (Williams B, 2018) en las medidas realizadas en la consulta. Se deben registrar 3 mediciones separadas por un periodo máximo de 3 meses cuyos resultados sean iguales o mayores a los indicados. También se debe diagnosticar como HTA el hallazgo en una toma de PAS ≥ 180 mm Hg y/o PAD ≥ 110 mm Hg ^{1,2}.

Crisis hipertensiva. Es la elevación aguda de la PA que motiva una consulta médica urgente por cifras de PAS por encima de 180 mmHg y/o PAD superior a 120 mmHg.

Emergencia hipertensiva. Es la elevación aguda de PA que se acompaña de lesión aguda de órgano diana con riesgo vital importante.

Enfermedad renal crónica. La Kidney Disease Improved Global Outcomes (KDIGO) define a la enfermedad renal crónica (ERC) como una disminución de la tasa de filtrado glomerular (TFG) por debajo de 60 ml/min acompañada por anomalías estructurales o funcionales presentes por más de tres meses, con implicaciones para la salud. Se clasifica en 5 diferentes estadios de acuerdo con la TFG y la albuminuria. Las etapas 1 a 4 requieren de un control y cuidados médicos y nutricios específicos. En el estadio 5, conocido como enfermedad renal crónica avanzada o terminal, el paciente requiere terapia de reemplazo renal, ya que si no se trata de manera efectiva puede conducir a la muerte de la persona afectada.³

Riesgo cardiovascular. Se define como la probabilidad de que una persona sufra un episodio de enfermedad cardiovascular (infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, etc) dentro

de un determinado plazo de tiempo. Esto va a depender fundamentalmente del número de factores de riesgo que estén presentes en el individuo⁴.

Enfermedad coronaria. Enfermedad en la que se produce un estrechamiento u obstrucción de las arterias coronarias (vasos sanguíneos que llevan sangre y oxígeno al corazón). La causa de la enfermedad arterial coronaria por lo general es la aterosclerosis, que es la acumulación de grasa y formación de placas dentro de las arterias coronarias⁵.

Enfermedad arterial periférica. Incluye todas las patologías relacionadas con la enfermedad aterosclerótica que afectan a diferentes lechos vasculares: aorta, carótidas, arterias mesentéricas, renales y de los miembros superiores e inferiores. Su presentación clínica abarca desde formas asintomáticas a isquemia crónica con ulceración y necesidad de amputación⁶.

Insuficiencia cardíaca. Síndrome clínico que consiste en síntomas cardinales (por ejemplo, disnea, edema de miembros inferiores y fatiga) que pueden ir acompañadas de signos (p. ej., aumento de la presión venosa yugular, crepitantes pulmonares y edema). Se debe a una anomalía estructural y/o funcional del corazón que da como resultado presiones intracardíacas elevadas y/o gasto cardíaco en reposo y/o durante el ejercicio (guía IC ESC 2021).

Medicamentos en situaciones especiales (indicaciones fuera de ficha técnica)

Requisitos para el acceso a medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas en España. *Artículo 13 del Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales.*

“La utilización de medicamentos autorizados en condiciones diferentes a las establecidas en su ficha técnica, tendrá carácter excepcional y se limitará a las situaciones en las que se carezca de alternativas terapéuticas autorizadas para un determinado paciente, respetando en su caso las restricciones que se hayan establecido ligadas a la prescripción y/o dispensación del medicamento y el protocolo terapéutico asistencial del centro sanitario”. Se debe:

- **Justificar convenientemente en la historia clínica** la necesidad del uso del medicamento
- **Informar al paciente** de los posibles beneficios y los riesgos potenciales, obteniendo su consentimiento conforme a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

Estructura del protocolo

A continuación, se describen las situaciones clínicas, población diana y tipos de intervención incluidos en este protocolo, según se establece en la guía 202107-GENFHTA.

Procesos asistenciales, patologías y/o situaciones clínicas con las que se relaciona este protocolo

Este protocolo complementa las actuaciones descritas en el “Servicio 406, atención a pacientes adultos con hipertensión arterial (HTA), incluido en la cartera de servicios estandarizados de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria”, así como los protocolos existentes en los hospitales para el manejo del paciente con hipertensión. Se incluyen las siguientes patologías:

- HTA.
- Otros procesos relacionados:
 - Riesgo cardiovascular.
 - Enfermedad coronaria.
 - Insuficiencia cardíaca.
 - Enfermedad renal crónica.
 - Enfermedad arterial periférica.

Población diana.

- Personas diagnosticadas de HTA en tratamiento con uno o más de los medicamentos contenidos en la guía 202107-GENFHTA, prescritos por su médico.
- Personas en situación de crisis hipertensiva definida de acuerdo a los criterios especificados en este protocolo y/o guía de práctica clínica o asistencial.

Este protocolo no resulta de aplicación a aquellas personas que no están diagnosticadas de HTA, o que acuden a las estructuras de atención primaria sin llegar a estar en situación de crisis hipertensiva. En estos casos serán atendidas conforme a la práctica asistencial habitual.

Tipo de intervenciones que realiza la/el enfermera/o.

Los enfermeros/as podrán llevar a cabo las siguientes actuaciones, de conformidad con este protocolo:

- Inicio del tratamiento

- Prórroga del tratamiento
- Modificación de pauta de tratamiento
- Interrupción temporal del tratamiento

Es necesario dejar constancia en la historia clínica del paciente la identificación de la/el enfermera/o que realiza las diferentes actuaciones en base a sus competencias y de acuerdo el presente protocolo.

Inicio de tratamiento

Los medicamentos incluidos en la en la guía 202107-GENFHTA se han clasificado en el presente protocolo en dos grupos, en función del tipo de intervención a realizar por los/las enfermeros/as:

- **Grupo 1. Uso de medicamentos SIN prescripción médica previa**, de conformidad con este protocolo, se contempla en la situación de crisis hipertensiva, el uso del siguiente medicamento para utilizar en estos casos:

- C09AA01 Captopril 25 mg, comprimidos de administración oral.

Objetivo inicial: disminuir la PA media en un 20% de su valor inicial, o la PA diastólica <110 mm Hg, en un periodo de 24-48 horas. Además, la disminución posterior debe ser gradual a fin de prevenir isquemia orgánica (cardíaca, cerebral).

Plan de tratamiento⁷⁻¹²:

- Reposo 5-10 minutos en un lugar tranquilo, lo ideal en decúbito supino y fuera de la sala de espera.
- Valorar si el aumento de PA es debida a ansiedad, dolor u otra causa y proponer tratamiento en consecuencia.
- Comprobar el nivel de PA.
- Es importante saber si el paciente estaba recibiendo tratamiento antihipertensivo previo o no, con el fin de proponer su reinicio o proponer una modificación de la dosis y/o asociación de antihipertensivos.
- Si se decide utilizar captopril (un comprimido vía oral, evitando la administración sublingual) se debe tener en cuenta que su acción comienza a los 15-30 minutos y su máximo efecto se consigue en 1-2 horas.

No se debe descender la PA por debajo de las cifras habituales del paciente.

En caso que la TA no descienda con estas medidas en el plazo máximo de 30 minutos desde la dispensación del captopril o aparezca sintomatología clínica asociada se derivará urgentemente al médico para descartar emergencia hipertensiva

– **Grupo 2. Inicio de tratamiento CON prescripción médica previa.**

Para los medicamentos incluidos en el anexo I, la autorización de dispensación cuando se lleva a cabo por primera vez por las/los enfermeras/os, requerirá de una prescripción médica previa.

Prórroga del tratamiento

Se ha de realizar en el marco del seguimiento colaborativo por los profesionales de referencia del paciente. Es necesaria una prescripción médica inicial para que el paciente sea seguido por la/el enfermera/o acreditada/o. Se puede prorrogar la indicación del fármaco por la/el enfermera/o siempre que:

- Se estén alcanzando con el medicamento los objetivos terapéuticos que se establecieron en el momento de la prescripción y el paciente lleva un seguimiento de conformidad con lo establecido en el “**Servicio 406: atención a pacientes adultos con hipertensión arterial**” de la última versión publicada de la Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid.
- La tolerabilidad al tratamiento del paciente es adecuada.
- La adherencia al tratamiento por parte del paciente es adecuada.
- No ha habido cambios relevantes en la situación clínica y características del paciente desde el inicio del tratamiento que puedan influir en la indicación del medicamento.
- Con la prórroga no se supera la duración del tratamiento establecida en la ficha técnica del medicamento y/o en el calendario de revisiones previsto en el citado **Servicio 406: atención a pacientes adultos con hipertensión arterial**.

Modificación de pauta de tratamiento

Se ha de realizar en el marco del seguimiento colaborativo por los profesionales de referencia del paciente siguiendo los criterios especificados en la ficha técnica y en este protocolo.

Se puede modificar la pauta del fármaco por la/el enfermera/o siempre que haya habido cambios en la situación clínica (control de síntomas, parámetros analíticos o constantes) y/o características del paciente desde el inicio del tratamiento. Para ello se tendrán en cuenta los

resultados de las revisiones periódicas del paciente, de conformidad con el **“Servicio 406: atención a pacientes adultos con hipertensión arterial”**.

Se contemplan las siguientes modificaciones de la pauta del tratamiento:

- Cambios que implican aumento de dosis. En estos casos se deben tener en cuenta los parámetros clínicos del paciente que permitan hacerlo con seguridad, teniendo en cuenta la medicación concomitante que toma el paciente. Se debe revisar cuáles son las dosis máximas de los antihipertensivos que toma el paciente según su ficha técnica, la tolerabilidad hacia los mismos y los posibles efectos secundarios (ver las fichas técnicas de los medicamentos y el anexo II y III del presente protocolo). Previamente, en el marco de trabajo multidisciplinar se deberá seleccionar aquellos medicamentos donde no se debe llegar pautar una dosis máxima sin una reevaluación previa del resultado del tratamiento pautado al paciente.
- Cambios que implican disminución de la dosis. Se prestará especial atención a los efectos secundarios provocados por las pautas previamente establecidas, siempre que no comprometan el efecto sobre patologías concomitantes, que sean tratadas por los mismos medicamentos antihipertensivos utilizados por el paciente.

No se contempla el cambio de la forma farmacéutica de los medicamentos prescritos a un paciente, sin la información previa al médico y su visto bueno, teniendo en cuenta la necesidad de individualizar en cada caso.

En ningún caso puede modificarse el principio activo prescrito por el/la médico de referencia.

Interrupción temporal del tratamiento

La interrupción temporal de un medicamento por parte de la/el enfermera/o debe estar justificada de acuerdo a los criterios establecidos en este protocolo:

- Cifras de presión arterial por debajo del rango establecido para ese paciente.
- Presencia de embarazo o lactancia (a no ser que exista indicación previa).
- Aparición de efectos adversos no deseables o no tolerables.
- Rechazo de la persona a la aplicación de las pautas indicadas en el protocolo y/o guía asistencial.

Cuando se realice esta interrupción temporal se pondrá en conocimiento al/la médico/a responsable para valorar la suspensión y el resto de actuaciones necesarias derivadas de la interrupción.

Fichas resumen de los medicamentos incluidos en el protocolo

Se insta a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: www.notificaram.es

Puede acceder a la información completa de las fichas técnicas de estos medicamentos en el buscador de los medicamentos para profesiones de la página web de la AEMPS¹³: [::: CIMA :::](#)
[Buscador avanzado de medicamentos \(aemps.es\)](#)

Diuréticos

Acción. Disminuyen la reabsorción renal de Na y otros iones, favoreciendo la diuresis y reduciendo la PA. Según su lugar de acción en la nefrona y su mecanismo de acción hay tres clases de diuréticos:

- Tiazidas y análogos: hidroclorotiazida, clortalidona, indapamida, xipamida.
- Diuréticos de alto techo: furosemida, torasemida.
- Diuréticos ahorradores de potasio: espironolactona. Este grupo no está incluido en este protocolo. Es un fármaco de tercera línea, sólo se utiliza en la HTA resistente.

Indicaciones. Son fármacos de primera línea en la HTA. Los de asa especialmente indicados en caso de edemas, ICC y/o insuficiencia renal. Los más utilizados en la HTA son las tiazidas.

Efectos secundarios. Riesgo bajo en hipertensos y en tratamientos a dosis bajas.

- Mareos, hipotensión, deshidratación, desequilibrio electrolítico (hiponatremia, hipopotasemia).
- Impotencia.
- Hiperuricemia (gota).
- Elevación ligera y transitoria de los niveles de colesterol y triglicéridos.

Contraindicaciones.

- Alergia a sulfamidas (diuréticos tiazídicos y de asa).
- Desequilibrio hidroelectrolítico grave no corregido: deshidratación, hipopotasemia, hiponatremia...

Interacciones y precauciones.

- Monitorizar función renal y electrolitos.

- Precaución en pacientes digitalizados, ya que la hipopotasemia potencia la toxicidad de los digitálicos.
- Para reducir el riesgo de hipopotasemia puede ser necesario dar suplementos de potasio o asociar un diurético ahorrador de potasio.
- Evitar el uso conjunto de diuréticos tiazídicos o del asa con plantas medicinales utilizadas como laxantes, ya que pueden aumentar el riesgo de hipopotasemia.

Inhibidores del sistema renina-angiotensina (IECA y ARA II)

Acción. Los inhibidores del sistema renina-angiotensina (ISRA) son fármacos que actúan bloqueando a distintos niveles la cascada del sistema renina-angiotensina-aldosterona, produciendo vasodilatación y aumento del flujo sanguíneo renal. Según el punto donde ejercen su acción hay tres tipos:

- Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA): inhiben la enzima convertidora de angiotensina (ECA), reduciendo la conversión de angiotensina I en angiotensina II reduciendo la resistencia periférica vasos sanguíneos.
- Antagonistas del receptor de angiotensina II (ARA II): bloquean la unión de la angiotensina II a los receptores AT1.
- Inhibidores de la renina: aliskireno. Este fármaco no está incluido en este protocolo.

Indicaciones. Son fármacos de primera línea en la HTA, en especial si infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca, diabetes, enfermedad renal (especialmente con albuminuria), enfermedad cerebrovascular.

Efectos secundarios.

- Cefalea, mareo, rubor.
- Tos seca (sólo IECA), por aumento de los niveles de bradiquinina. Tras descartar otras causas, se podría sustituir el IECA por un ARA II, que no producen tos.
- Angioedema: edema facial, parpebral y/o orofaríngeo. Es muy poco frecuente pero potencialmente muy grave. Se debe suspender el fármaco y no volver a prescribir.
- Insuficiencia renal aguda. Vigilar síntomas de hipovolemia.
- Hiperpotasemia: riesgo de arritmias ventriculares. Mayor riesgo en diabéticos, enfermedad renal, ICC, hipovolemia, ancianos, polimedicados (interacciones). En caso de hiperpotasemia evitar fármacos que interfieren la excreción renal de potasio (AINE, espironolactona, amilorida, trimetoprim...), dieta pobre en potasio, evitar sustitutos de la sal con potasio, evitar plantas medicinales ricas en potasio.

Contraindicaciones.

- Embarazo.
- Estenosis bilateral de arterias renales.
- Hiperpotasemia > 5,5 mEq/L.
- Antecedentes de angioedema (IECA).

Interacciones y precauciones.

- Evitar la asociación de IECA y ARA II. No combinar con aliskireno.
- Monitorizar función renal y potasio.
- Evitar interacción “triple whammy” (IECA o ARA II + diurético + AINE) por riesgo de fallo renal.
- La coadministración de AINEs (incluyendo los inhibidores de la COX-2) y los antagonistas del receptor de la angiotensina II o los inhibidores de la ECA tiene un efecto adicional sobre el incremento del potasio sérico y pueden provocar un deterioro de la función renal. Estos efectos generalmente son reversibles. Raramente puede producirse insuficiencia renal aguda, especialmente en pacientes con función renal comprometida (como ancianos o pacientes que tienen depleción de volumen, incluyendo aquellos en tratamiento con diuréticos).
- Pueden aumentar la toxicidad del litio y el efecto de los antidiabéticos.
- El efecto antihipertensivo de los antagonistas del receptor de la angiotensina II, de los inhibidores de la ECA o de los diuréticos puede verse disminuido por los AINEs, incluidos los inhibidores selectivos de la COX-2.
- El alcohol potencia el efecto hipotensor de los inhibidores de la ECA
- Si se va a iniciar un IECA, se recomienda revisar si el paciente utiliza o ha utilizado sacubitrilo/valsartan: se debe esperar 36 horas tras la última dosis de sacubitrilo/valsartan, para comenzar el nuevo tratamiento con un IECA

Calcioantagonistas

Acción. Los betabloqueantes actúan bloqueando el canal del calcio, impidiendo su entrada a las células. Ejercen su acción sobre las arterias, produciendo vasodilatación sistémica, cerebral y coronaria, y sobre el corazón, reduciendo la fuerza de contracción y la velocidad de conducción. Según su estructura química hay dos tipos:

- Dihidropiridínicos (DHP): amlodipino, manidipino, nifedipino, nitrendipino... Tienen mayor acción vasodilatadora coronaria y periférica.
- No DHP: verapamilo, con acción intensa sobre el miocardio y menor en arterias periféricas; y diltiazem, con acción miocárdica y periférica intermedias.

Indicaciones. Están indicados en la HTA, angina y arritmias (no DHP).

Efectos secundarios. Los más frecuentes están relacionados con:

- Vasodilatación periférica: sofocos, rubor facial, edemas periféricos, cefalea...
- Sequedad de mucosas: estreñimiento, sequedad de boca.
- Efectos cardíacos: angor, palpitaciones, disnea, desencadenamiento de ICC.

Contraindicaciones.

- No DHP: bloqueo aurículo-ventricular, IC con FE reducida, bradicardia, hipotensión.
- DHP: shock cardiogénico, edemas en miembros inferiores.

Interacciones y precauciones.

- Evitar la asociación de los no DHP con betabloqueantes.
- No tomar con zumo de pomelo.

Betabloqueantes

Acción. Los betabloqueantes actúan bloqueando los receptores beta-adrenérgicos, que se encuentran en el corazón y en otros órganos. Tienen efecto cronotrope e inotropo negativo. Hay 3 tipos según su afinidad por el tipo de receptor beta:

- Cardioselectivos β_1 : atenolol, metoprolol, bisoprolol, nebivolol.
- No cardioselectivos β_1 y β_2 : propranolol. Este grupo no está incluido en protocolo.
- Alfabetabloqueantes (α_1 y β): carvedilol, labetalol.

Indicaciones. Están indicados en la HTA, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y arritmias. Labetalol indicado en embarazo.

Efectos secundarios. Riesgo bajo en hipertensos y en tratamientos a dosis bajas.

- Hipotensión.
- Bradicardia, bloqueo AV.
- Fatiga, disnea, ICC.
- Los no cardioselectivos: broncoespasmo, vasoconstricción periférica (sensación de frío y parestesias en extremidades, excepto los alfabetabloqueantes), enmascaramiento de síntomas de hipoglucemia.

Contraindicaciones.

- Asma, broncoespasmo.
- Bloqueo aurículo-ventricular.
- Bradicardia.

- IC descompensada.

Interacciones y precauciones.

- Evitar la asociación con calcioantagonistas no dihidropiridínicos.
- Precaución en diabetes.

Alfabloqueantes (doxazosina)

Este grupo no está incluido en este protocolo. Fármacos: doxazosina, prazosina, terazosina.

Acción. Bloquean selectivamente los receptores α 1-adrenérgicos, produciendo vasodilatación de arteriolas y venas, reduciendo la resistencia periférica y el retorno venoso.

Indicaciones. HTA: no son de primera elección, suelen añadirse a otros antihipertensivos en HTA resistente. Hipertrofia benigna de próstata.

Efectos secundarios (más frecuentes en ancianos). Hipotensión de primera dosis, hipotensión ortostática (mareo, vértigo, inestabilidad, síncope, riesgo de caídas y fracturas), cefalea.

Bibliografía

- Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. Versión consolidada, disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-14028>
 - Resolución de 30 de junio de 2022, de la Dirección General de Salud Pública, por la que se validan las Guías para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeras/os de: Hipertensión, y la de: Diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2. «BOE» núm. 160, de 5 de julio de 2022 disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-11127
1. Williams B, et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Española Cardiol.* 2019;72(2):160.e1-e78
 2. Servicio 406, atención a pacientes adultos con hipertensión arterial (HTA). Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria. Comunidad de Madrid. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/atencionprimaria/nosotros/cartera-servicios>
 3. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int.* 2013; Suppl.3,1-150
 4. World Health Organization 2007. Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Directrices para la evaluación y el manejo del riesgo cardiovascular.
 5. L.J. Visseren, Frank, François Mach, Yvo M. Smulders, David Carballo, Konstantinos C. Koskinas, Maria Bäck, Athanase Benetos, et al. «Guía ESC 2021 sobre la prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica». *Revista Española de Cardiología* 75, n.º 5 (2022): 429.e1-429.e104. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.10.016>.
 6. Serrano Hernando, Francisco J, y Antonio Martín Conejero. «Enfermedad arterial periférica: aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos». *Revista Española de Cardiología* 60, n.º 9 (2007): 969-82. <https://doi.org/10.1157/13109651>.
 7. Guía Fisterra Hipertensión arterial – Fisterra [Internet]. [citado 19 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/hipertension-arterial/#>
 8. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* 2018;39(33):3021-3104. DOI: 10.1093/eurheartj/ehy339.
 9. Guía EHRICA 2022. Guía de manejo de fármacos en hipertensión arterial y riesgo cardiovascular para enfermería. Disponible en: <https://www.ehrica.org/guia-ehrica-de-manejo-de-farmacos-en-hta-y-rcv-para-enfermeria>
 10. Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en

- España, 2022. Hipertensión y riesgo vascular 2022; 39: 174-194. DOI: 10.1016/j.hipert.2022.09.002.
11. Bande J, Herrero-Puente P, Gorostidi M, Santamaría Olomo R. Crisis Hipertensivas. Sociedad Española de Nefrología; 2023.
 12. Jiménez M, Gavira JJ. Crisis hipertensiva. Guías de actuación en urgencias. 2018
 13. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Fichas técnicas CIMA. Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/buscadoravanzado.html>

Anexo I – Relación de medicamentos incluidos en este protocolo

De acuerdo con la Guía 202107-GENFHTA, los medicamentos incluidos son los siguientes:

- C03A Diuréticos de techo bajo: tiazidas.
- C03B Diuréticos de techo bajo, excluyendo tiazidas.
- C03C Diuréticos de techo alto: sulfonamidas*.
- C07AB Agentes beta-bloqueantes selectivos.
- C07AG Agentes bloqueantes alfa y beta.
- C08C Bloqueantes selectivos de canales de calcio con efectos principalmente vasculares**.
- C08D Bloqueantes selectivos de canales de calcio con efectos cardíacos directos.
- C09A Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA), monofármacos.
- C09C Antagonistas de los receptores de angiotensina II, monoterapia.
- C07B Agentes beta-bloqueantes y tiazidas.
- C07C Agentes beta-bloqueantes y otros diuréticos***.
- C09BA Inhibidores de la ECA y diuréticos.
- C09BB Inhibidores de la ECA y bloqueantes canales de calcio.
- C09DA Antagonistas de los receptores de angiotensina II y diuréticos.
- C09DB Antagonistas de los receptores de angiotensina II y bloqueantes canales de calcio.

* Los diuréticos de techo alto no son un tratamiento de primera elección en la hipertensión. No obstante, se incluyen en el listado ya que tienen la indicación autorizada para el tratamiento de la hipertensión y porque son fármacos de uso habitual para tratar situaciones clínicas relacionadas.

**Se excluyen los medicamentos que estando incluidos en los grupos anteriores no disponen de indicación en la hipertensión tal como el C08CA06 nimodipino y la presentación de Furosemida 250 mg/25 ml solución para perfusión (C03CA01).

*** Téngase en cuenta que en el momento de elaborar este protocolo, no existe ningún medicamento de este grupo comercializado en España

Anexo II- Presentaciones de los medicamentos incluidos en la Guía



(ver documento Excel)