Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 08/07/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

MAPA farma

Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA)

Hoja de Recogida de Datos del paciente

Nº provincia (PP):

Nº Farmacia (FFFF):

Nº de colegiado (del farmacéutico que se vaya a acreditar):

Contacto del investigador (Añade tu teléfono de contacto o tu correo electrónico):

DATOS DEL PACIENTE

Nombre:

Teléfono:

Email:

Nº de paciente:
(Nº asignado, consecutivos desde 001. Cuidado de no duplicar)

Fecha de realización del MAPA:

Nº de MAPA para ese paciente:
(En caso de repetir el MAPA a un mismo paciente, ya registrado, anotar el nº de orden. Dato No obligatorio)

Sexo:
Hombre Mujer

Edad:

IMC: _____ kg/m²

Hora habitual de levantarse:

Hora habitual de acostarse:

¿Duerme siesta normalmente? **Horario de la siesta:**

Perímetro Abdominal: _____ cm (Medida del contorno de la cintura a la altura del ombligo, en cm)

¿Toma más de dos bebidas alcohólicas (vino, cerveza...) al día?:
Sí No

¿Fumador?:
Sí No

Colesterol Total: _____ mg/dl (Última analítica o medida capilar antes de la prueba, en mg/dl)
(Dato No obligatorio)

¿Diabetes?
Sí No

¿Antecedentes familiares de H.T.A.?:
No
Padre
Madre
Ambos

¿Se ha manifestado la Enfermedad Vascular?:
(Si ha padecido: IAM, angina de pecho, A.C.V., insuficiencia renal, enfermedad vascular periférica, etc.)
Sí No

Criterio de inclusión:
Se selecciona una opción de entre los criterios de inclusión:
Sospecha de Hipertensión de Bata Blanca
T.A. con mucha variabilidad en diferentes tomas aisladas en consulta o farmacia
Paciente con mal control de la P.A. y con tratamiento farmacológico
HTA grado I y riesgo CV bajo

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 08/07/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

Sospecha de HTA enmascarada
Sospecha de episodios de Hipotensión (ancianos y diabéticos)
Valoración de la efectividad terapéutica
Pacientes de alto riesgo CV (enfermedad renal crónica, diabetes, episodios CV previos,...)
HTA en embarazo o preeclamsia
Sospecha de HTA secundaria
Sospecha alteraciones del sueño (apnea)
Obesidad y síndrome metabólico
Otro: _____

Medida de PAC antes de la MAPA: (Dato No obligatorio)
P.A. SISTÓLICA: _____ mmHg
P.A. DIASTÓLICA: _____ mmHg
FRECUENCIA CARDÍACA: _____ ppm

Si es > 65 años, se medirá además la PA y frecuencia cardíaca ortostática (Dato No obligatorio)
(Medida que se realizará después de estar 1 minuto de pie y en esta postura)
P.A. SISTÓLICA ORTOSTÁTICA: _____ mmHg
P.A. DIASTÓLICA ORTOSTÁTICA: _____ mmHg
FRECUENCIA CARDIACA ORTOSTÁTICA: _____ ppm

¿Acepta la realización de la MAPA?:
Sí No

¿Toma algún tratamiento para la Hipertensión Arterial?:
Sí No

Tratamiento para la HTA (Cumplimentar si la respuesta anterior es Sí)

Enumerar los Principios Activos que toma en cada comida aunque vayan en el mismo comprimido.
Si son más de uno, enumerarlos separados por un "+". Ej: enalapril+hidroclorotiazida+amlodipino

Nombre genérico de los Principios Activos que toma en el DESAYUNO:

Nombre genérico de los Principios Activos que toma en el ALMUERZO:

Nombre genérico de los Principios Activos que toma en la CENA:

COLOCACIÓN DEL MAPA Y RETIRADA EL DÍA SIGUIENTE. Verificación de horas.

Es muy importante confirmar que las horas de levantarse y acostarse han coincidido con lo programado, si no fue así hay que ajustar la hora real en el programa una vez descargados los datos del aparato.
En la pestaña "Opciones" / "Rangos de tiempo estadísticos", se debe ajustar a lo que ocurrió en la realidad.

VALIDEZ DE LA PRUEBA

¿Finalización del MAPA correcta?
Si se han registrado correctamente más del 70% de las mediciones y no han pasado menos de 2 horas consecutivas sin
ninguna medición
Sí No

DATOS DEL MAPA (Copiar del Informe de MAPA):

MAPA P. A. SISTÓLICA - Media 24h: _____ mmHg
MAPA P. A. DIASTÓLICA - Media 24h: _____ mmHg
MAPA FRECUENCIA CARDÍACA - Media 24h: _____ ppm

MAPA P. A. SISTÓLICA - Media Actividad (Día): _____ mmHg
MAPA P. A. DIASTÓLICA - Media Actividad (Día): _____ mmHg
MAPA FRECUENCIA CARDÍACA - Media Actividad (Día): _____ ppm

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 08/07/2025. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

MAPA P. A. SISTÓLICA - Media Descanso (Nocturna): _____ mmHg
MAPA P. A. DIASTÓLICA - Media Descanso (Nocturna): _____ mmHg
MAPA FRECUENCIA CARDÍACA - Media Descanso (Nocturna): _____ ppm

CARGA DE LA PA SISTÓLICA (como PAS PTE%) Día:
CARGA DE LA PA SISTÓLICA (como PAS PTE%) Noche:
CARGA DE LA PA DIASTÓLICA (como PAD PTE%) Día:
CARGA DE LA PA DIASTÓLICA (como PAD PTE%) Noche:

Profundidad Sistólica (PAS índice % D/N) Datos en %:
Profundidad Diastólica (PAD índice % D/N) Datos en %:

Clasificación: según los datos de Profundidad (descenso relativo en la media de descanso o nocturna de la PA con respecto a la media de actividad o diurna)

DIPPER (entre 10-20%) **DIPPER EXTREMO** (>20%)
NO-DIPPER (entre 0-10%) **RISER** (< 0%, P.A. nocturna > P.A. diurna)

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

¿Quién le ha indicado que se haga esta prueba?:
El Farmacéutico de la Farmacia
El Médico de Cabecera
El Médico Especialista
Un Familiar o Amigo

¿Cuál cree que es el lugar más accesible para hacerse este tipo de pruebas?:
La Farmacia
El Hospital
El Centro de Salud
Una consulta privada o Centro Médico

¿Ha tenido molestias durante la prueba?:
Picores
Irritación de la piel
Exceso de presión del brazalete
Sudoración excesiva
Otras molestias

Intensidad de la molestia:
Ninguna
Molestia leve
Molestia moderada
Molestia insoportable

¿Recomendaría este servicio de la Farmacia a un familiar o amigo en sus mismas circunstancias?:
Sí No

¿Cuál ha sido su satisfacción después de esta prueba, puntuando entre 1 y 10?:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Muy insatisfecho	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	Muy satisfecho

Precio abonado el paciente por la realización de esta prueba diagnóstica: _____ euros

Tiempo total invertido en la provisión del servicio de MAPA: _____ minutos.
(Suma del tiempo invertido desde la entrevista inicial, programación y colocación del aparato, descarga, estudio y elaboración del informe)

Gracias por participar en el Programa MAPAfarma, tus pacientes y tu profesión te lo agradecerán.

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos Personales, los datos que se faciliten se incorporarán al fichero de la farmacia con la única finalidad de ofrecer una mejor asistencia sanitaria y atención farmacéutica.