



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA

TITULACIÓN DE BIOQUÍMICO FARMACÉUTICO

Seguimiento del tratamiento farmacológico y elaboración de un programa de atención farmacéutica domiciliaria, a los grupos de pacientes hipertensos que acuden a la cadena de Farmacias Fybeca “La Pradera” de la ciudad de Loja en el periodo Abril-Junio 2014

TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN

AUTOR: Valarezo Orejuela, Ximena Alejandra

DIRECTOR: Ana Paulina Arévalo Jaramillo Mg

LOJA - ECUADOR

2015

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN

Magíster

Ana Paulina Arévalo Jaramillo

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de fin de titulación, denominado: **“Seguimiento del tratamiento farmacológico y elaboración de un programa de atención farmacéutica domiciliaria, a los grupos de pacientes hipertensos que acuden a la cadena de Farmacias Fybeca “La Pradera” de la ciudad de Loja en el periodo abril-junio 2014”** realizado por el profesional en formación: Sra. Ximena Alejandra Valarezo Orejuela cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para fines pertinentes.

Loja, Abril de 2015

f) _____

Mg. Ana Paulina Arévalo Jaramillo

DIRECTOR

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Ximena Alejandra Valarezo Orejuela declaro ser autora del presente trabajo de fin de titulación: Seguimiento del tratamiento farmacológico y elaboración de un programa de atención farmacéutica domiciliaria, a los grupos de pacientes hipertensos que acuden a la cadena de Farmacias Fybeca “La Pradera” de la ciudad de Loja en el periodo abril-junio 2014, de la Titulación de Bioquímica y Farmacia, siendo la Mg. Ana Paulina Arévalo Jaramillo directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales”. Además certifico que las ideas, conceptos procedimientos y resultados vertidos en el desarrollo del presente trabajo de investigación, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico, o institucional (operativo) de la Universidad”.

f) _____

Autor: Ximena Alejandra Valarezo Orejuela
Cédula: 1104599319

DEDICATORIA

A Dios, quien ilumina mi sendero y me da fortaleza en los momentos difíciles.

A mis padres, que me dieron la vida, formándome con buenos sentimientos, valores y por todo el amor y apoyo que me brindan cada día.

A mis hermanos, que en todo momento me acompañan a caminar por este duro sendero pero a la vez muy grato, este triunfo también es de ustedes.

A la Mg. Paulina Arévalo, por dirigir y asesorarme en este trabajo y acompañarme hasta el final, por compartir sus conocimientos conmigo e inspirar en mi mucha admiración.

Ximena Alejandra

AGRADECIMIENTO

A Dios todopoderoso, por darnos la oportunidad de existir, y la fortaleza cuando más lo he necesitado.

Por la confianza y el apoyo brindado por mis padres en el recorrido del presente trabajo, quienes con paciencia y esfuerzo han sabido guiarme en este camino universitario.

A la Mg. Paulina Arévalo mi más profundo agradecimiento por todo el apoyo y orientación en la elaboración de este trabajo.

Al personal directivo, administrativo y funcional de FYBECA por su colaboración en la realización de este estudio.

A la Universidad Técnica Particular de Loja, por ser formadora de juventudes.

A los pacientes hipertensos que acuden a FYBECA, por toda su colaboración.

A todas aquellas personas que de alguna u otra manera hicieron posible, llevar a cabo esta investigación.

Gracias

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA.....	I
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN.....	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	III
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	VI
RESUMEN.....	IX
ABSTRACT.....	X
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	3
2.1. Definición de Farmacia.....	3
2.1.1. Historia de las Farmacias.....	3
2.1.2. Labor de las Farmacias.....	4
2.2. Farmacoterapia.....	4
2.2.1. Atención Farmacéutica (AF).....	5
2.2.2. Práctica Farmacéutica.....	5
2.3. Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT).....	5
2.3.1. Tratamiento Farmacológico.....	6
2.3.2. Relaciones Interprofesionales.....	6
2.4. Equipo De Salud.....	7
2.4.1. Cuidados a Enfermos Graves.....	8
2.4.2. Cuidados Paliativos.....	8
2.5. Presión Arterial.....	9
2.5.1. Hipertensión y Prehipertensión arterial.....	9
2.5.2. Causas Orgánicas de la Hipertensión arterial.....	10
2.5.3. Síntomas de Hipertensión arterial.....	10
2.6. Aspectos epidemiológicos.....	10
2.6.1. Clasificación de la Hipertensión arterial (HTA).....	11
2.7. Riesgo Cardiovascular (RCV).....	12
2.8. Fármacos Antihipertensivos Orales.....	14

2.9.	Restablecimiento de la Salud.....	15
2.9.1.	Actividad Física.....	15
2.9.2.	Práctica de deportes.....	16
2.9.3.	Alimentación saludable.....	16
2.10.	Método Dáder.....	17
2.10.1.	Oferta de Servicio.....	18
2.10.2.	Entrevista Farmacéutica.....	20
2.10.3.	Estado de Situación.....	20
2.10.4.	Fase de Estudio.....	20
2.10.5.	Fase de Evaluación.....	21
2.10.6.	Fase de Intervención.....	21
2.11.	Problemas Relacionados con los medicamentos (PRM).....	21
2.11.1.	Listado de Problemas Relacionados con los medicamentos.....	22
2.11.2.	Necesidad.....	23
2.11.3.	Efectividad.....	23
2.11.4.	Seguridad.....	23
III.	MATERIALES Y METODOS.....	24
3.1.	Tipo de estudio.....	24
3.2.	Población.....	24
3.3.	Metodología.....	24
3.3.1.	Oferta de Servicio.....	25
3.3.2.	Primera entrevista.....	25
3.3.3.	Estado de Situación.....	26
3.3.4.	Fase de estudio y fase de evaluación.....	26
3.3.5.	Fase de intervención.....	26
3.4.	Análisis de Resultados.....	26
IV.	RESULTADOS.....	27
4.1.	Datos del Paciente.....	27
4.2.	Evaluación sobre hipertensión arterial.....	28
4.3.	Historia farmacoterapéutica.....	28
4.4.	Medicamentos para la hipertensión.....	29
4.5.	Evaluación.....	30
4.5.1.	Medicamento evaluado.....	31
4.5.2.	Causa del PRM.....	31
4.5.3.	¿Qué se pretende hacer para resolver el problema?.....	32

4.5.4. Vía de comunicación al paciente.....	32
4.5.5. Programa de atención farmacéutica domiciliaria.....	33
DISCUSIÓN.....	34
CONCLUSIONES.....	36
RECOMENDACIONES.....	37
ABREVIATURAS.....	38
BIBLIOGRAFÍA.....	39
ANEXOS.....	43

RESUMEN

El Seguimiento Farmacoterapéutico es un servicio que se presta al paciente bajo la responsabilidad del farmacéutico. El trabajo de los farmacéuticos tiene importancia esencial ya que aseguran la accesibilidad al medicamento en coordinación con el médico, en consecuencia es un trabajo de apoyo profesional a los pacientes, como parte de los procedimientos de atención farmacéutica, contribuyendo a asegurar la efectividad y seguridad de los medicamentos. El objetivo fue realizar el seguimiento farmacoterapéutico en un período de 3 meses.

Se utilizó el método Dáder por ser una práctica centrada en el paciente, que pretende ayudar a las necesidades relacionadas con la medicación que se toma. Se realizó el seguimiento a 55 pacientes, a los cuales en la primera fase se incluyó la entrevista, posteriormente las visitas domiciliarias. Como resultado del seguimiento se detectaron algunos problemas relacionados con los medicamentos: el 5% fue por necesidad (Incumplimiento de la medicación), el 2% por efectividad (Inefectividad no cuantitativa de la medicación), y un 7% por seguridad (Inseguridad no cuantitativa de un medicamento).

Finalmente se procedió a realizar la intervención, sobre temas de nutrición, actividad física para hipertensos y el papel de la familia ante los problemas de salud.

Palabras Clave: Método Dáder, Hipertensión Arterial, Seguimiento Farmacoterapéutico.

ABSTRACT

The Pharmaceutical care is a service for the patient with the responsibility of the pharmacist. The work of the pharmacists is fundamental since they ensure access to the drug in coordination with the doctor consequently it is a professional work to support to the patients, helping to ensure the effectiveness and safety of medicines. The objective was to make the pharmaceutical care in a period of three months.

We used the Dader method for pharmaceutical care that aims to help needs of the patients. We visited the 55 patients in your home, where we made the first interview. As a result some problems related to medicines were detected: 5% was for Need, 2% for Effectiveness, and 7% for Safety.

Finally we made the intervention, on nutrition, physical activity for hypertension and the role of the family with health problems.

Keywords: Method Dader, Hypertension, Pharmaceutical care.

INTRODUCCIÓN

Los medicamentos se han convertido en la herramienta terapéutica más popular y efectiva para controlar las enfermedades y mejorar la calidad de vida de las poblaciones. Sin embargo, este mayor acceso a ellos así como su uso extendido y generalizado han puesto de manifiesto una serie de problemas relacionados con su consumo inadecuado que acaban derivando en consultas de urgencias, ingresos hospitalarios e incluso en ocasiones, en situaciones que ponen en juego la vida de los pacientes, siendo estos hechos evitables en un 85% de los casos. Por este motivo, la sociedad actual está demandando cada vez más a profesionales sanitarios, en donde el farmacéutico como experto en medicamentos juega un papel fundamental, en las terapias farmacológicas instauradas en el tratamiento de las enfermedades.

El Seguimiento Farmacoterapéutico es un servicio que se presta al paciente bajo la responsabilidad del farmacéutico. El trabajo de los farmacéuticos tiene importancia esencial ya que aseguran la accesibilidad al medicamento, en coordinación con el médico, como parte de los procedimientos de atención farmacéutica, contribuyendo a asegurar la efectividad y seguridad de los medicamentos.

Es de conocimiento que la curación de la hipertensión arterial no es posible, pero mediante este seguimiento farmacológico se logró controlar consecuencias y síntomas, a un gran número de pacientes. Si bien los médicos tienen conocimiento de la existencia de un gran número de medicamentos cada vez más eficaces y seguros, los cuales constituyen el arma terapéutica más empleada para mejorar la salud de la población; sin embargo, no siempre los pacientes utilizan en forma responsable y consciente un medicamento, por ello los resultados no son óptimos, debiendo para ello recurrir a la ayuda del farmacéutico, la enfermera o el cuidador para que se administre adecuadamente los medicamentos y puedan obtenerse resultados favorables.

La realización de esta investigación, nos permite afirmar que la Atención Farmacéutica, aporta soluciones a los problemas de salud y constituye una respuesta efectiva para detectar, prevenir y resolver los fallos de la farmacoterapia. El Método Dáder es un procedimiento operativo sencillo que permite realizar el Seguimiento Farmacoterapéutico a cualquier paciente, en cualquier ámbito asistencial, de forma sistematizada, continuada y documentada.

En esta investigación uno de nuestros grandes objetivos es, vigilar el tratamiento farmacológico y elaborar un programa de atención farmacéutica domiciliaria, a los grupos de pacientes hipertensos que acuden a la cadena de Farmacias FYBECA “La Pradera” de la Ciudad de Loja, en el periodo Abril -Junio 2014, por tal razón nos interesaremos en el estudio, tratamiento y seguimiento de dichos pacientes y nos planteamos los siguientes objetivos específicos:

- a. Controlar el tratamiento farmacológico a los grupos de pacientes hipertensos que acuden a la cadena de Farmacias FYBECA “La Pradera” de la Ciudad de Loja, en el periodo Abril -Junio 2014.
- b. Elaborar un programa de atención farmacéutica domiciliaria a los grupos de pacientes hipertensos que acuden a la cadena de Farmacias FYBECA “La Pradera” de la Ciudad de Loja, en el periodo Abril -Junio 2014.
- c. Registrar la información farmacoterapéutica personalizada, para dar seguimiento del tratamiento farmacológico y detección de problemas relacionados con la ingesta de medicamentos.
- d. Sugerir a los Directivos de la carrera de Bioquímica y Farmacia de la UTPL, se inserten cursos complementarios referidos a la “Atención y Seguimiento Farmacéutico a los pacientes”

MARCO TEÓRICO

2.1. Definición de farmacia

El término farmacia proviene del griego “fármakon” que significa medicamento, veneno, tóxico. En la práctica se la define como la preparación, conservación, presentación y dispensación de medicamentos. También se la concibe como “el lugar donde se preparan, dispensan y venden productos medicinales”. Esta definición es la más universal vertida por Galeno médico griego del siglo II experto en preparar medicamentos. (Alain Le Hir, 1995)

Antes del siglo XX y principios del mismo, la formulación y preparación de medicamentos solamente lo hacía un farmacéutico. A partir del siglo XX, la elaboración de los medicamentos corre a cargo de la moderna industria farmacéutica y siguen siendo los farmacéuticos quienes coordinan e investigan la formulación y preparación de medicamentos en las grandes empresas farmacéuticas.

Hoy en día, la farmacia es un área de las ciencias de la salud que estudia la procedencia, naturaleza, propiedades y técnicas de preparación de medicamentos, para su correcto aprovechamiento terapéutico, así como el efecto de los medicamentos sobre el organismo, es decir tiene un triple componente, química-biológica-clínica. Se considera como práctica de las farmacias, atender al paciente en lo referente a la administración de la medicación. (Alain Le Hir, 1995)

2.1.1. Historia de las farmacias

Los orígenes de la historiografía farmacéutica se remontan al primer tercio del siglo XIX, que es cuando aparecen las primeras historiografías, que si bien no tocan todos los aspectos de la historia farmacéutica, son el punto de partida para el definitivo arranque de esta ciencia. Hasta el nacimiento de la farmacia como ciencia independiente, existe una evolución histórica, desde la antigüedad clásica hasta nuestros días que marca el curso de esta ciencia, siempre relacionada con la medicina.

“La Farmacia se ha desarrollado a partir de varias ciencias como la Química orgánica, la Bioquímica, la Fisiología, la Botánica, la Biología Celular y la Biología molecular”. En sus orígenes la práctica médica y la farmacéutica estaban fusionadas, luego se separaron y

divergieron, actualmente son complementarias, no se entiende una Medicina sin Farmacia y no tiene sentido una Farmacia sin Medicina. Así, la Farmacia es en verdad una reunión de múltiples disciplinas de la ciencia, y se puede dividir en dos ramas principales: Ciencias Farmacéuticas y Práctica Farmacéutica. (Armando, 2005)

3.3.1 Labor de las farmacias

Por su naturaleza las farmacias tienen como objetivo el cuidado de la salud de las personas, evitando así riesgos o complicaciones. Hoy en día los descubrimientos científicos prometen una mejor calidad de vida para gran parte de la población. Si bien el avance en las cadenas de producción es lento, la comercialización a través de Internet está cambiando los canales de distribución, además la fijación de precios sufre constantes ataques, la regulación se incrementa y la responsabilidad del fabricante va en aumento.

En la actualidad las compañías farmacéuticas para alcanzar el éxito en el cuidado de la salud, deben realizar adquisiciones, alianzas y contratos de licencia para mejorar el rendimiento, acelerar los periodos de desarrollo y controlar los crecientes costos. Durante muchos años, tanto fabricantes, distribuidores, investigadores y reguladores industriales permanecen a la vanguardia de las innovaciones y a la vez que manejan operaciones esenciales de forma eficiente y efectiva. (Barris & Faus, 2003)

2.2. Farmacoterapia

La Farmacoterapia engloba un gran número de medicamentos cada vez de mejor calidad, eficaces y seguros, los cuales constituyen el "arma terapéutica más empleada para mantener o mejorar la salud de la población". Se debe hacer hincapié que en muchas ocasiones la farmacoterapia falla y ello se produce cuando los medicamentos "no son seguros" y hacen daños a la salud, o cuando "no son efectivos" y no logran alcanzar el objetivo para el cual fueron prescritos. (Hernández, Silva & Faus, 2007)

Estudios realizados permiten conocer los fallos de la farmacoterapia, ello es preocupante porque a más de provocar pérdidas en la salud de los pacientes, también provocan pérdidas económicas a la colectividad. A la vez estos mismos estudios han puesto de manifiesto que son evitables en un alto porcentaje de allí que se justifica la práctica de Atención Farmacéutica, cuya labor es aportar soluciones a los problemas de salud, detectando y previniendo dichos fallos.

2.2.1. Atención farmacéutica

“La Atención Farmacéutica pretende aportar soluciones a los auténticos problemas de salud pública y ser una respuesta efectiva para detectar, prevenir y resolver los errores de la farmacoterapia.” Cabe resaltar que la “Atención Farmacéutica pretende conseguir la utilización de medicamentos para mejorar la calidad de vida de los pacientes, a través de la curación de las enfermedades o cuando esto no es posible, controlando sus consecuencias y sus síntomas”. (Hernández et al., 2007)

Esta práctica clínica está destinada a monitorear y evaluar en forma continua la salud del paciente, para esta actividad el profesional más calificado es el “farmacéutico” por su formación específica en materia de medicamentos, accesibilidad, motivación y porque su labor asistencial es reconocida.

Este servicio implica un compromiso que debe desempeñarse de “forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente”. (Hernández et al., 2007)

2.2.2. Práctica farmacéutica

El farmacéutico en la práctica desarrolla las siguientes actividades:

- 4 Detecta problemas relacionados con los medicamentos, para prevenir y resolver resultados negativos asociados a la medicación.
- 5 Asume un compromiso en forma continuada, sistematizada y documentada.
- 6 Colabora con el paciente y con el resto del equipo de salud.
- 7 Propicia el logro de resultados concretos que mejoren la calidad de vida de los pacientes.

2.3. Seguimiento farmacoterapéutico

El Seguimiento Farmacoterapéutico es un servicio que se presta al paciente bajo la responsabilidad del farmacéutico. Este trabajo es de vital importancia ya que aseguran la accesibilidad al medicamento, y en coordinación con el médico, contribuyen a asegurar la efectividad y seguridad de los mismos.

El Seguimiento Farmacoterapéutico “constituye una actividad profesional, en la cual el farmacéutico asume responsabilidades sobre las necesidades que los pacientes tienen con respecto a sus medicamentos, no se trata de una simple aplicación de conocimientos técnicos, sino que el farmacéutico tiene que ser capaz de intervenir, utilizar, aplicar los medicamentos y evaluar cada situación”. (Barris & Faus, 2003)

Esta actividad de intervención, utilización, prevención y aplicación de la medicación conlleva inevitablemente a la monitorización y evaluación en forma continua e ininterrumpida, para llegar a determinar los efectos de los medicamentos que utiliza el paciente. Esto convierte al seguimiento farmacoterapéutico en una actividad clínica, en la que el farmacéutico va a detectar cambios en el estado de salud del paciente.

2.3.1. Tratamiento farmacológico

“El tratamiento farmacológico es algo muy complejo, que a menudo requiere la participación de un equipo multidisciplinario para administrar y monitorear la terapia seleccionada”. La inclusión de un farmacéutico en dicho equipo es cada vez más común y beneficiosa, sin que por ello se descarte que el derecho de prescribir medicamentos debe ser responsabilidad exclusiva del médico. (Barris & Faus, 2003)

Los médicos y los farmacéuticos tienen responsabilidades complementarias y cooperativas para lograr el objetivo de proporcionar un tratamiento farmacológico óptimo. Esto necesita comunicación, respeto, confianza y reconocimiento mutuo de la competencia profesional de cada uno. El acceso de los médicos y farmacéuticos a la misma información precisa y actualizada es importante a fin de evitar la entrega a los pacientes de información conflictiva.

El médico y el farmacéutico están obligados a dar a su paciente un servicio de calidad y a promover la utilización segura de los medicamentos, por ello es imprescindible la colaboración entre ambas profesiones con respecto a desarrollar la formación y compartir la información entre ambos profesionales y con los pacientes. Es necesario mantener un diálogo abierto y continuado entre médicos y farmacéuticos para determinar las funciones respectivas y promover la optimización del uso de los medicamentos en un marco de transparencia y cooperación por el bien del paciente. (Barris & Faus, 2003)

2.3.2. Relaciones interprofesionales

El farmacéutico, es uno de los profesionales que mayormente debe interrelacionarse con otros profesionales, puesto que existe un efecto cultural que puede dificultar inicialmente la

interrelación que es el cambio de papel que tiene el farmacéutico. En épocas anteriores la misión del farmacéutico consistía en la elaboración de fórmulas magistrales, actualmente el papel del farmacéutico es el de promover la utilización racional del medicamento en todos los ámbitos para conseguir que la utilización de los mismos sea más efectiva, segura y económica. (Barranco, 2012)

El farmacéutico para ejercer su profesión, debe intercambiar y transmitir información, lo que supone mayor esfuerzo de comunicación. La comunicación del farmacéutico en primer lugar permite evaluar la farmacoterapia de un paciente, conocer aspectos clínicos y patológicos del mismo y, en segundo lugar, porque no tiene facultad para la prescripción, comunicar al médico los aspectos que pueden mejorar la farmacoterapia del paciente.

Estudios realizados acerca de la interrelación entre profesionales de la salud, dan como resultado “que la falta de un plan de comunicación entre el personal de la salud, es lo que ocasiona graves problemas, la principal causa es la descoordinación entre ellos y entre los niveles asistenciales, dando como consecuencia serias situaciones para los pacientes”. (Hernández et al., 2007)

2.4. Equipo de salud

El equipo de Salud por lo general está integrado por los siguientes profesionales:

- **Médico**, capacitado para dirigir el cuidado del paciente
- **Farmacéutico**, capacitado para el control y dosificación adecuada de los medicamentos.
- **Enfermera**, especializada en el control síntomas de una enfermedad avanzada.
- **Trabajador Social**, ayuda a encontrar recursos disponibles para el paciente.
- **Psicólogo**, se ocupa de inquietudes emocionales.
- **Terapeutas**, capacitado para proporcionar fisioterapias, musicoterapia, terapia del arte y formar parte del cuidado de un paciente.

Un estudio basado en la “Teoría de Roles tuvo como objetivo estudiar la visión que tienen algunos profesionales de un equipo de salud, en relación al rol de sus compañeros de equipo, los profesionales manifiestan que es favorable trabajar en equipo porque se logra compartir el trabajo, las responsabilidades, se disminuye el stress y constituye una forma de aprendizaje”. Según el estudio, los roles más claramente descritos son los del médico,

enfermero y farmacéutico, siendo el rol del farmacéutico delimitado en tres áreas de actuación: gerencia, bioquímica y farmacia. (Battista, 2013)

2.4.1. Cuidados a enfermos graves

Los profesionales de la salud tienen como meta, ayudar a mejorar la calidad de vida de los enfermos graves, apoyar al paciente y su familia, atendiendo necesidades mentales y espirituales. Estos cuidados no requieren la hospitalización de los pacientes, están direccionados a brindarles ayuda, a lograr una vida más activa y que sus familiares les ayuden a sobrellevar las crisis.

A medida que una enfermedad progresa, las responsabilidades también pueden cambiar, el diagnóstico de una enfermedad grave genera temor, confusión y ansiedad por lo que el médico recomienda cuidados paliativos a quienes tienen una enfermedad crónica. (Alguacil & Alcazar, 2005)

2.4.2. Cuidados paliativos

Estos cuidados son un tipo especial de servicios, que ayudan a los pacientes a sentir un alivio a los síntomas y la angustia emocional que provocan las enfermedades graves o los tratamientos para curarlos. El objetivo de los cuidados paliativos es mejorar el estado en que se encuentra el paciente y mejorar su calidad de vida durante el transcurso de la enfermedad. Los cuidados paliativos pueden aplicarse en conjunto con los tratamientos que tienden a curar al paciente.

Por lo general, suele incluir a médicos especializados, enfermeras, trabajadores sociales, farmacéuticos, nutricionistas y otros profesionales. Este equipo médico trabaja junto con los acompañantes familiares para proporcionar un mejor cuidado del paciente y ofrece un nivel de apoyo superior.

Los cuidados paliativos pueden resultar útiles en cualquier etapa de la enfermedad. Es mejor iniciarlos en forma temprana, para ello el paciente debe recibir servicios continuos. Si bien la mayor parte de los cuidados paliativos se brindan en hospitales o clínicas, los servicios y el cuidado que recibe el paciente en el hogar resulta muy gratificante. En este caso es recomendable que algún miembro de la familia hable con el médico, si cree que podría asumir este rol y beneficiar al paciente con los cuidados paliativos. (Battista, 2013)

2.5. Presión arterial

Se conoce por presión arterial a la presión que ejerce el volumen circulante de la sangre sobre las paredes de las arterias, venas y cámaras cardiacas. “La presión arterial se define a partir de dos valores, la alta o sistólica, que es la que representa la fuerza que hace el corazón cada vez que expulsa violentamente la sangre a la aorta dando un golpe contra los vasos sanguíneos, y la baja o diastólica que representa la resistencia que ejercen los vasos sanguíneos al paso de la sangre una vez que el golpe de sangre proveniente del corazón ya pasó. A partir de estas dos presiones, mediante un cálculo, se determina la llamada presión arterial media, que sería la fuerza promedio con la que la sangre irriga a todos los órganos del cuerpo” (Bertolasi, 2000)

2.5.1. Hipertensión y prehipertensión arterial

La Prehipertensión es la presión más alta de lo normal, pero no lo suficiente como para considerarse presión arterial alta. Es una advertencia de que su presión arterial (PA) se está elevando, la prehipertensión se da entre 120/80 y 140/90. La presión arterial puede ser demasiado alta incluso si solo uno de los dos números es alto. La presión arterial que es demasiado alta causa daño en los vasos sanguíneos. Esto aumenta el riesgo de ataque al corazón, ataque cerebral, insuficiencia renal y otros problemas de salud.

En la presión arterial se utilizan dos valores, así 120/80 en donde, el primer número es la presión cuando el corazón bombea sangre y se llama presión sistólica y, el segundo número es la presión cuando el corazón se relaja y se llena de sangre ello se llama presión diastólica. La presión arterial normal es menos de 120/80. (Díaz, 2010)

La hipertensión arterial (HTA) es la elevación de la presión arterial sistólica y/o diastólica que con toda probabilidad representa la enfermedad crónica más frecuente de las muchas que azotan a la humanidad. Su importancia reside en el hecho de que cuanto mayor sean las cifras, tanto de presión diastólica como sistólica, más elevadas son los porcentajes de morbilidad y mortalidad, esto es así en todas las poblaciones estudiadas, en todos los grupos de edad y en ambos sexos. (Gutiérrez, 2006)

La hipertensión arterial se la define “como la elevación persistente de la presión arterial por encima de los límites considerados como normales. En las personas adultas se considera

HTA cuando los niveles son superiores a 140/90 mmHg” (Realpe, 2013). Esta enfermedad crónica no es transmisible y se caracteriza por cifras tensionales elevadas.

2.5.2. Causas orgánicas de la hipertensión arterial

La Hipertensión Arterial no tiene causas orgánicas, sin embargo la inactividad física, la obesidad, el consumo excesivo de alcohol, de sal y el estrés, son las causas más frecuentes de la hipertensión. Inicialmente la hipertensión no presenta síntomas, a menudo las personas afectadas ni la perciben, más de la mitad de los afectados no saben que forman parte del grupo de pacientes hipertensos.

Es peligroso cuando el paciente presenta cuadros de presión arterial permanentemente alta, aumenta el riesgo de daños de los órganos vitales, como corazón, cerebro, riñones y ojos. Algunas de las consecuencias son infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal y pérdida de visión. La OMS utiliza el término Hipotensión o presión arterial baja, para referirse a una presión arterial inferior a 100/70 mmHg. (Díaz, 2010)

2.5.3. Síntomas de hipertensión arterial

La Hipertensión Arterial, al inicio no presenta síntomas marcados, tanto es que se puede tener la presión arterial alta y no saberlo, ya que usualmente no presenta síntomas. Por eso se le llama "el enemigo silencioso", sin embargo puede producir diversas molestias. Los síntomas comunes de la hipertensión aguda incluyen ansiedad, mareos, fatiga y dolores de cabeza.

Si la presión arterial es grave los síntomas pueden incluir confusión, distorsión de la visión, náuseas, vómitos, dolor de pecho, respiración entrecortada, zumbidos en los oídos, hemorragia nasal y sudor excesivo. La presión puede cambiar de un momento a otro dependiendo de la actividad, estado de ánimo, cambios de posición, ejercicios o durante el sueño, por lo que estos pacientes tienen que evitar manifestaciones exageradamente compulsivas o nerviosas. (Gutiérrez, 2006)

2.6. Aspectos epidemiológicos

“La Hipertensión Arterial tanto la sistólica como la diastólica, aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular, estudios epidemiológicos demuestran una relación continua entre la PA sistólica y diastólica y el riesgo cardiovascular. El riesgo atribuible a la HTA a

menudo es difícil de evaluar por su asociación con otros factores de riesgo, como, obesidad, consumo de alcohol y vida sedentaria” (Díaz, 2010)

El riesgo cardiovascular asociado a la HTA varía sustancialmente con el sexo, la raza y la edad. Estudios realizados han demostrado que las mujeres tienen un menor riesgo de morbilidad y mortalidad que los hombres, también las personas de raza negra menor riesgo de cardiopatía isquémica que las personas blancas. Los pacientes entre 65 y 94 años con una tensión arterial diastólica de 95 mmHg tienen más riesgo cardiovascular que los pacientes de 35 y 64 años, con la misma tensión arterial.

La HTA es un factor de riesgo para el desarrollo futuro de enfermedades vasculares, cerebrovasculares, cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca o renal. Hasta la fecha no se puede demostrar una etiología para la hipertensión arterial; pero se cree, que son varios procesos aún no identificados y con base genética los que dan lugar a elevación de la PA. (Díaz, 2010)

Según INEC (2008) en el Ecuador, al igual que en otros países de América Latina, las enfermedades crónicas no transmisibles han superado a las enfermedades infecciosas; según estadísticas nacionales la Diabetes Mellitus tipo 2, las enfermedades cerebrovasculares y la hipertensión arterial se encuentran entre las cinco primeras causas de muerte.

El aumento en la prevalencia de la HTA en el perfil de salud de los ecuatorianos amerita intervenciones eficientes, efectivas y coordinadas para lograr el impacto esperado a nivel poblacional e individual. En el seguimiento farmacoterapéutico, el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos, mediante la detección de problemas de salud relacionados con los medicamentos (PRM), y la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM).

2.6.1. Clasificación de la hipertensión arterial

Para esta clasificación se siguen las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS-SIH), con el objeto de reducir la confusión y poder proporcionar a los clínicos de todo el mundo recomendaciones más uniformes (Tabla 1). Tanto la Asociación Norteamericana del Corazón en el Séptimo Reporte del Comité Nacional Conjunto de Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial del 2003 (JNC7, por sus siglas en inglés), así como Sociedad Europea de Hipertensión y Sociedad Europea de Cardiología han mantenido la definición de hipertensión comenzando a partir de 140/90

mmHg para adultos de 18 años o mayores (Díaz, 2010). Así tenemos la siguiente clasificación:

Tabla 1. CLASIFICACIÓN DE LA PRESION ARTERIAL

CLASIFICACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL	PRESIÓN ARTERIAL	
	SISTÓLICA * mmHg	DIASTÓLICA * mmHg
Normal	< 120	y < 80
Pre-Hipertensión	120-139	ó 80 – 89
Hipertensión estadio 1	140-159	ó 90 - 99
Hipertensión estadio 2	≥ 160	ó ≥ 100

FUENTE: Tomado de: Séptimo Reporte del Comité Nacional Conjunto de Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. (2003)

2.7. Riesgo cardiovascular (RCV)

El Riesgo Cardiovascular se la define como la probabilidad de presentar un evento cardiovascular: enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular o arteriopatía periférica, en un período de tiempo definido, usualmente diez años. El factor de riesgo cardiovascular (FRCV), es la característica fisiológica de una persona sana que está relacionada en forma independiente con el desarrollo posterior de una Enfermedad Cardiovascular (ECV), lo que aumenta la probabilidad de presentar dicha enfermedad. (Bertolasi, 2000)

La Hipertensión va asociada a factores de riesgo cardiovasculares, que son situaciones que se generan por enfermedades etiológicas, como las que se detallan a continuación:

- **Tabaquismo.** El consumo de cigarrillos aumenta el riesgo de cardiopatía isquémica (CI) y de accidente cerebrovascular (ACV) a todas las edades, pero tiene especial importancia en las personas más jóvenes. En los varones de menos de 65 años, se ha observado que el tabaquismo aumenta el riesgo de muerte cardiovascular.

- **Alcoholismo.** El consumo excesivo de alcohol puede causar trastornos cardíacos y de riesgo de ACV, cada vez más se identifican cifras altas de presión arterial por esta enfermedad.
- **Obesidad.** El aumento de masa corporal se asocia a un incremento de CI. El riesgo asociado con la obesidad se debe a la elevación de la presión arterial y al aumento en los niveles de glucosa e insulina.
- **Diabetes.** hiperinsulinemia e hiperglucemia: Esta enfermedad eleva el riesgo de muerte por CI y por ACV. Además en individuos que no padecen diabetes se ha observado que el riesgo de CI está relacionado de manera directa con la concentración plasmática de glucosa e insulina.
- **Edad y Sexo.** Es evidente la relación edad y sexo con la prevalencia de HTA. El riesgo de padecer enfermedad cardiovascular aumenta de manera constante a medida que avanza la edad y es mayor en los hombres que en las mujeres. En el varón aumenta progresivamente en edad entre 60 y 70 años, y en las mujeres entre los 50 y 60 años.
- **Nefropatía y microalbuminuria.** La nefropatía constituye un factor de máximo riesgo, no sólo por la insuficiencia renal sino también por los episodios cardiovasculares graves, que se presentan.
- **Tratamientos de reposición hormonal (TRH).** Es otro riesgo que se presenta en mujeres postmenopáusicas, y se lo asocia con el riesgo de padecer CI.
- **Estrés:** Otra de las causas de la Hipertensión es el estrés, que no es otra cosa que la respuesta del cuerpo a estímulos intensos, como temperaturas frías, ruidos, conflictos, éstos estimulan el sistema nervioso central y se liberan las hormonas del estrés, epinefrina, norepinefrina y cortisol, de la corteza y de la médula suprarrenal.

El ruido, las responsabilidades, la agitación, la falta de reconocimiento, el miedo a perder el sustento, los problemas familiares o las preocupaciones del trabajo, todo ello puede desencadenar el estrés. La respuesta al estrés prepara nuestros cuerpos para situaciones difíciles, la presión arterial sube, la respiración se acelera, el corazón late más deprisa y los músculos se vuelven más tensos, una vez ha pasado el peligro el cuerpo se relaja, para volver a sacar nuevas fuerzas. (Díaz, 2010)

2.8. Fármacos antihipertensivos orales

Según el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos del Ministerio de Salud Ecuador, Consensuado MSP-ECNT, Sociedad Ecuatoriana de Medicina Interna, Cardiología, Aterosclerosis, y Farmacología, los agentes hipertensivos se clasifican de acuerdo a la siguiente tabla:

TABLA 2. FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS

CLASE	FÁRMACO	Rango Dosis Usual en mg/día (Frecuencia diaria)
Diuréticos Tiazídicos	Clorotiazida	125-500 (1)
	Clortalidona	12.5-25 (1)
	Hidroclorotiazida	12.5-50 (1)
	Polítiazida	2-4 (1)
	Indapamida	1.25-2.5 (1)
	Metolazona	0.5-1.0 (1)
	Metolazona	2.5-5 (1)
Diuréticos de Asa	Bumetanida	0.5-2 (2)
	Furosemida	20-80 (2)
	Torasemida	2.5-10 (2)
Diuréticos Ahorradores de Potasio	Amiloride	5-10 (1-2)
	Triamterene	50-100 (1-2)
Bloqueantes de los receptores de Aldosterona	Epleronona	50-100 (1-2)
	Espironolactona	25-50 (1-2)
Beta-Bloqueantes	Atenolol	25-100 (1)
	Betaxolol	5-20 (1)
	Bisoprolol	2.5-10 (1)
	Metoprolol	50-100 (1-2)
	Metoprolol retardado	50-100 (1)
	Nadolol	40-120 (1)
	Propranolol	40-160 (2)
	Propranolol retardado	60-180 (1)
Timolol	20-40 (2)	
Beta-Bloqueantes con Actividad Simpaticomimética Intrínseca	Acebutolol	200-800 (2)
	Penbutolol	10-40 (1)
	Pindolol	10-40 (2)

Alfa-Beta-Bloqueantes Combinados	Carvedilol Labetalol	12.5-50 (2) 200-800 (2)
Inhibidores ECA	Benazepril Captopril Enalapril Fosinopril Lisinopril Moexipril Perindopril Quinapril Ramipril Trandolapril	10-40 (1-2) 25-100 (2) 2.5-40 (1-2) 10-40 (1) 10-40 (1) 7.5-30 (1) 4-8 (1-2) 10-40 (1) 2.5-20 (1) 1-4 (1)
Antagonistas Angiotensina II	Candesartan Eprosartan Irbesartan Losartan Olmesartan Telmisartan Valsartan	8-32 (1) 400-800 (1-2) 150-300 (1) 25-100 (1-2) 20-40 (1) 20-80 (1) 80-320 (1)
Bloqueantes de los canales del Calcio No Dihidropiridínicos	Diltiazem Retardado Diltiazem retardado Verapamil rápido Verapamil lento Verapamil cor	180-420 (1) 120-540 (1) 80-320 (2) 120-360 (1-2) 120-360 (1)
Bloqueantes de los canales del Calcio Dihidropiridinas	Amlodipino Felodipino Isradipino Nicardipino retardado Nifedipino retardado Nisoldipino	2.5-10 (1) 2.5-20 (1) 2.5-10 (2) 60-120 (2) 30-60 (1) 10-40 (1)
Alfa ₁ -Bloqueantes	Doxasocina Prazocina Terasocina	1-16 (1) 2-20 (2-3) 1-20 (1-2)

FUENTE: Tomado de: Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos del Ministerio de Salud Ecuador, IX Revisión, Consejo Nacional de Salud (2013)

2.9. Restablecimiento de la salud

2.9.1. Actividad física

El ejercicio físico reduce el riesgo de CI. Este beneficio puede en parte reducir los efectos de la presión arterial, si se desea evitar el riesgo de lesión permanente o muerte, en estas situaciones se debe reducir la presión arterial al máximo. El cambio en el estilo de vida cobra mayor fuerza, medidas de higiene-dietéticas y físicas. “El ejercicio físico juega un papel importante, sus beneficios son grandes, por ello es recomendable practicarlo de forma continua y dosificada”. (Sellen, 2008)

“Los avances científico-técnicos tienen entre sus objetivos preservar la vida y la salud del hombre, por lo que la búsqueda de diversos medios para estos fines siempre están presentes. Entre los medios encaminados a lograr dichos propósitos, se encuentra la actividad física, la cual ha cobrado una gran importancia terapéutica en la actualidad”. (Dupont, 2005)

2.9.2. Práctica de deportes

Se recomienda practicar deportes moderados, que activen el corazón y el sistema circulatorio. Son inadecuados los deportes de mucho esfuerzo, como las artes marciales ya que pueden producir sobrecargas. Se debe evitar estados de estrés y períodos largos de reposo, si se desea una reducción de la presión arterial. (Díaz, 2010)

Los deportes y la actividad física constituyen una ergoterapia antihipertensora, si está bien programada en fases y se practican permanentemente. En estas condiciones no solo se reduce la presión arterial, sino que también se obtienen una serie de efectos positivos y un mejor rendimiento en la calidad de vida. Se recomienda tomar las precauciones para la práctica de deportes:

- Debe realizarse un examen médico para conocer los deportes más adecuados para cada persona
- Comenzar con un calentamiento
- En caso de una presión arterial superior a 200/120 mmHg, deben evitarse los deportes
- La intensidad de entrenamiento debe incrementarse lentamente.
- Realizar de 3 a 4 sesiones de deportes en la semana con duración de 30 a 60 minutos.
- Examinarse el pulso y hacer una pausa cuando sea pertinente.

2.9.3. Alimentación saludable

Se recomienda a este tipo de pacientes, evitar alimentos ricos en sal y reducir su ingesta, ya que si la sangre contiene exceso de sal, el riñón retendrá más y eliminará menos agua. El aumento del volumen de sangre resultante hace aumentar la presión arterial, en

consecuencia aumenta la presión arterial, esto se produce de forma permanente y el que lo padece puede desarrollar hipertensión. (Díaz, 2010)

- **Debe tenerse precaución con:**

- Alimentos enlatados
- Galletas saladas
- Carne y pescado picantes, salados y ahumados
- Cocinar sin sal y condimentar con hierbas frescas
- Vigilar el contenido de sodio de las aguas minerales
- Cocinar patatas con piel y no hervidas con sal
- Hervir pastas y arroz añadiendo muy poca sal
- Cocinar al vapor o a la parrilla
- Reducir la ingesta de grasas, en su lugar consumir aceite de oliva y de soja
- Elegir alimentos bajos en grasas y preparar los alimentos con poca grasa.

Una dieta rica en potasio y fibra produce una reducción moderada de la presión arterial. El potasio permite la eliminación de agua, relaja los vasos sanguíneos y reduce la presión arterial. Consumir fibra hace que el alimento sea masticado más tiempo y produce un efecto de llenado en el estómago, el azúcar en sangre sube más lentamente y se regula la digestión. Una dieta rica en fibras puede ayudar a prevenir los trastornos gastrointestinales, como estreñimiento, cáncer de colon, hemorroides, trastornos metabólicos, como obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares, como arterioesclerosis e hipertensión. Se recomienda consumir: productos integrales, patatas, verduras: espinacas, brócoli, champiñones, nueces y frutos secos, pescado, cereales: avena, trigo, frutas: manzanas, naranjas, plátanos, kiwis. (Gutiérrez, 2006)

2.10. Método Dáder

El Método Dáder (figura 1), es un procedimiento operativo sencillo que permite realizar el Seguimiento Farmacoterapéutico a cualquier paciente, en cualquier ámbito asistencial, de forma sistematizada, continuada y documentada. Su desarrollo permite registrar, monitorizar y evaluar los efectos de la farmacoterapia que utiliza un paciente, a través de pautas simples y claras. (Flores, Quezada & Hall, 2005)

A través del método Dáder se obtiene información sobre los problemas de salud y la farmacoterapia del paciente para ir elaborando la historia farmacoterapéutica. A partir de la información contenida en dicha historia se elabora el estados de situación del paciente, que permiten visualizar el panorama sobre la salud del paciente en distintos momentos asimismo se consigue evaluar los resultados de la farmacoterapia.

La evaluación y el análisis de los estados de situación, permiten establecer un plan de actuación con el paciente, dentro del cual quedarán enmarcadas todas intervenciones farmacéuticas que se deban mejorar o preservar para conseguir la salud del paciente. El método Dáder establece las pautas básicas para la realización del seguimiento farmacoterapéutico, además este método se caracteriza por ser adaptable y ajustarse a las particularidades del ámbito asistencial donde se realice el seguimiento farmacoterapéutico. (Barris & Faus, 2003)

Este método Dáder se distingue por evolucionar, mejorar y adecuarse a los requerimientos de una actividad clínica, ello indica que se encuentra en continuo desarrollo, por lo que puede sufrir reformas o innovaciones por experiencias adquiridas en la práctica del seguimiento farmacoterapéutico, lo que conllevan a continuas revisiones del método.

El Método Dáder presenta las siguientes Fases para el seguimiento farmacoterapéutico:

- ✓ Oferta del Servicio.
- ✓ Primera entrevista.
- ✓ Estado situación.
- ✓ Fase de estudio.
- ✓ Fase de evaluación.
- ✓ Fase de intervención.

2.10.1. Oferta de servicio

La primera fase consiste en explicar de forma clara, cuáles son sus principales características del servicio que se está ofertando, con el propósito de incorporar al paciente al servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico. El paciente es el destinatario de la oferta del servicio, por lo tanto es quién debe tomar la decisión de aceptar o no, la prestación del servicio que se le ofrece. (Hernández et al., 2007)

El servicio de seguimiento farmacoterapéutico se ofrece cuándo se percibe alguna necesidad del paciente relacionada con sus medicamentos. Entre los motivos que pueden ponerse de manifiesto y dar lugar a la oferta del servicio son:

- El paciente consulta sobre un medicamento por algún problema de salud.
- El farmacéutico recibe alguna queja sobre algún medicamento prescrito o detecta algún problema relacionado con los medicamentos.
- El paciente tiene preocupación respecto a sus medicamentos o problemas de salud.
- El paciente solicita el servicio de seguimiento farmacoterapéutico.

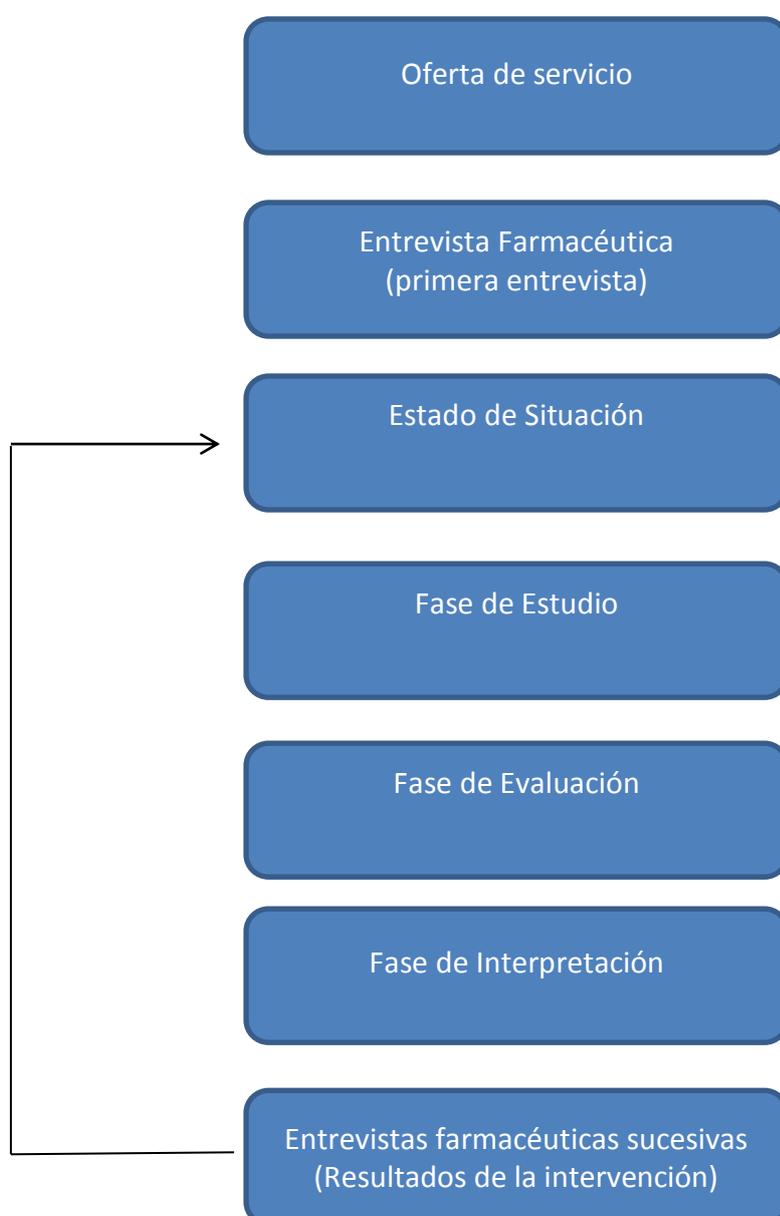


FIGURA 1. FASES DEL MÉTODO DADER

FUENTE: Hernández D, 2007.

2.10.2. Entrevista farmacéutica

La entrevista farmacéutica con el paciente constituye la base del seguimiento farmacoterapéutico. Los resultados de esta práctica asistencial, dependen de cómo el farmacéutico y el paciente se comunican. En la entrevista, el paciente aporta información valiosa, hace conocer su problema de salud y su tratamiento, información que el farmacéutico debe comprender e interpretar. La entrevista con el paciente constituyen la principal fuente de información para el seguimiento farmacoterapéutico.

En la entrevista hay flujo de información, por lo tanto, el farmacéutico no sólo observa y toma nota de lo que narra el paciente, sino que aporta información que resulte de interés para el paciente o para poner en marcha acciones destinadas a mejorar el estado de salud del mismo. Los encuentros con el paciente van a repetirse periódicamente a lo largo del proceso asistencial. En la primera entrevista, el objetivo consiste en obtener la información inicial del paciente y abrir la historia farmacoterapéutica, pero en los siguientes encuentros el propósito tiende a variar. (Hernández et al., 2007)

2.10.3. Estado de situación

El Estado de Situación se lo trabaja a modo de resumen de los problemas de salud y los medicamentos del paciente. Esta herramienta permite analizar el estado del paciente a una fecha concreta. El Estado de Situación se elabora con la información de la historia farmacoterapéutica del paciente para lo cual se organiza de forma estructurada un documento, con el objeto de obtener una esquematización de los problemas de salud y los medicamentos del paciente. (Hernández et al., 2007)

2.10.4. Fase de estudio

Esta fase trata de encontrar la mejor evidencia científica disponible del estado de salud del paciente, a partir de la búsqueda de la información que se realizará con el mayor rigor posible, en las fuentes más relevantes del Seguimiento Farmacoterapéutico. La información clínica está en constante evolución y los avances científicos deben incorporarse a la práctica asistencial. (Hernández et al., 2007)

2.10.5. Fase de evaluación

El objetivo de la fase de evaluación es identificar los Resultados Negativos Asociados a la Medicación que presenta el paciente, tanto aquellos manifestados como sospechas de resultados negativos de la medicación. Antes de comenzar con la fase de evaluación hay que asegurarse de que se dispone de toda la información necesaria para valorar la farmacoterapia y determinar si la misma es necesaria, efectiva y segura. La fase de evaluación se la debe realizar en base al estado de situación previamente elaborado. (Hernández et al., 2007)

2.10.6. Fase de intervención

La fase de intervención permite diseñar y poner en marcha el plan de actuación con el paciente. El plan de actuación es un programa de trabajo continuado, diseñado en conjunto con el paciente, en el que quedarán fijadas las diferentes intervenciones farmacéuticas que van a emprenderse para mejorar o preservar el estado de salud del paciente. Una intervención farmacéutica es cualquier actividad que surge de una toma de decisión y que trata de modificar alguna característica del tratamiento del paciente. (Hernández et al., 2007)

La finalidad de esta fase es:

- Prevenir Resultados Negativos Asociados con los Medicamentos.
- Preservar o mejorar los resultados positivos alcanzados.
- Asesorar al paciente para conseguir un mejor cuidado del problema de salud.

2.11. Problemas relacionados con los medicamentos

Los problemas relacionados con los medicamentos o Resultados Negativos Asociados a la Mediación es una experiencia indeseable que interfiere potencialmente con los medicamentos. Se consigue una prescripción racional, cuando el profesional bien informado, haciendo uso de su mejor criterio, prescribe al paciente un medicamento bien seleccionado, en la dosis adecuada durante el período de tiempo apropiado y al menor costo posible. Los médicos bajo su criterio deciden qué fármaco usar o no y cómo usarlo en un determinado

paciente y todo esto se realiza en un espacio breve de tiempo y con escasos medios para conseguir una prescripción de calidad. (Hernández et al., 2007)

Los resultados negativos asociados a la medicación pueden originarse por prescripción de medicamentos innecesarios, diagnóstico impreciso o equivocado, falta de formación en farmacología o por desconocer todo el arsenal terapéutico, obteniéndose un resultado clínico negativo como consecuencia de:

- No prescribir un medicamento indicado.
- Prescribir un medicamento no indicado para el diagnóstico.
- Interacción con medicamentos que toma el paciente (incluye duplicidades).
- Medicamento contraindicado con la patología subyacente del paciente.
- Reacción Adversa a los Medicamentos (RAM) conocidas para su situación. fisiológica o que ya han sido manifestadas con fármacos similares.
- Medicamento de baja utilidad terapéutica.
- Prescribir una dosis de duración excesiva.
- Prescribir una dosis de duración menor.

2.11.1. Listado de problemas relacionados con los medicamentos

- Administración errónea de medicamentos.
- Características personales.
- Conservación inadecuada.
- Contraindicación.
- Dosis o duración no adecuada.
- Duplicidad.
- Errores en la dispensación.
- Errores en la prescripción.
- Incumplimiento.
- Interacciones.
- Otros problemas de salud que afectan al tratamiento.
- Probabilidad de efectos adversos.
- Problema de salud insuficientemente tratado.

Para el análisis de los PRM, cualquiera que sea la clasificación, o el listado que se utilice, el farmacéutico debe recordar que los efectos que estos problemas provocan se relacionan con la necesidad, la efectividad, y la seguridad del medicamento. (Hernández et al., 2007)

2.11.2. Necesidad:

- El paciente sufre un problema de salud asociado a no recibir una medicación que necesita.
- El paciente sufre un problema de salud asociado a recibir un medicamento que no necesita.

2.11.3. Efectividad:

- ✓ El paciente sufre un problema de salud asociado a una ineffectividad no cuantitativa de la medicación.
- ✓ El paciente sufre un problema de salud asociado a una ineffectividad cuantitativa de la medicación.

2.11.4. Seguridad:

- ✓ El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad no cuantitativa de un medicamento.
- ✓ El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad cuantitativa de un medicamento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este trabajo investigativo se desarrolló gracias a la cooperación de los directivos de la Farmacia Fybeca “LA PRADERA” ubicada en las calles 18 de Noviembre y Gobernación de Mainas, al Sur de la Ciudad de Loja. La misma que se caracteriza por entregar la máxima calidad de servicios a sus clientes, empeñándose día a día, en mejorar sus sistemas y operaciones en torno a esa meta.

Las Farmacias Fybeca se han hecho acreedoras de la aceptación y confianza de un mayoritario número de clientes, que acuden motivados por los servicios que ofertan y la calidez en la atención esmerada a los pacientes.

3.1. Tipo de estudio:

La presente investigación es de carácter descriptivo, sociológico y prospectivo aplicado a pacientes con Hipertensión Arterial, que acudieron a los servicios de Fybeca “La Pradera”

Se definieron las siguientes variables para analizar los resultados del Seguimiento Farmacoterapéutico:

1. Género (Masculino – Femenino)
2. Edad
3. El tiempo de seguimiento farmacológico
4. Medicamentos administrados
5. Problemas Relacionados con la Medicación

3.2. Población

Este proceso insertó a pacientes hipertensos cuyas edades fluctúan entre los 20 a 80 años de edad, los mismos que voluntariamente firmaron la autorización para participar en el Programa de Atención Farmacéutica en un período de tres meses.

3.3. Metodología:

Para la aplicación del Programa de Atención Farmacéutica a pacientes hipertensos que acudieron a estas instalaciones durante dicho período se utilizó el Método Dáder el cual consta de seis fases:

- Oferta del servicio.
- Primera entrevista.
- Estado de situación.

- Fase de estudio.
- Fase de evaluación.
- Fase de intervención.

El programa de atención farmacéutica se realizó de la siguiente manera:

3.3.1. Oferta del servicio

Como primer paso se socializó la oferta del servicio de seguimiento farmacoterapéutico (SFT), informando a los pacientes hipertensos que acudieron a Fybeca La Pradera, que el principal objetivo es conseguir la máxima efectividad de los medicamentos que el facultativo le ha prescrito. Con mucha sutileza y claridad se explicó a los pacientes que este seguimiento se llevará a cabo, en su domicilio en diversas citas programadas y acordadas con ellos, en donde se trabajará en equipo conjuntamente con su médico, sin iniciar, ni suspender, ni modificar la medicación que están tomando. (Hernández et al., 2007)

Es necesario indicar que los pacientes que aceptaron el servicio y autorizaron las visitas, se les aplicó una encuesta previa en farmacia, en donde constan los datos generales del paciente, sus hábitos, y también el grado de conocimiento sobre su enfermedad y sobre el servicio que Fybeca presta a sus clientes **(ANEXO I)**.

Una vez sensibilizado el paciente, de que nuestro único afán es conseguir corresponsabilidad y colaboración respecto a su medicación, se les pidió a quienes aceptaron el servicio, registraran su firma en la hoja de autorización **(ANEXO II)** y se estableció para la primera visita domiciliaria la fecha y hora, adicional se les pidió que tengan listo su bolsa de medicamentos que consumen para el tratamiento de su enfermedad.

3.3.2. Primera entrevista

El cumplimiento de la segunda fase se desarrolló a través de visitas domiciliarias lo cual posibilitó primero, registrar toda la información del paciente, utilizando el modelo de historia farmacoterapéutica para detectar sus problemas o preocupaciones de salud, segundo revisar el tratamiento farmacológico, para poder determinar el grado de conocimiento que tiene el paciente sobre sus medicamentos y del cumplimiento terapéutico que debe seguir, y tercero se realizó un repaso breve sobre la entrevista en general, y esta información se documentó en dicha historia farmacoterapéutica del paciente **(ANEXO III)**. Adicionalmente, se les entregó un tríptico acerca de medicamentos antihipertensivos, donde se les informó sobre la importancia de la nutrición y actividad física en su vida diaria. **(ANEXO VI)**.

3.3.3. Estado de situación

En la tercera visita se realizó el estado de situación (ES), en donde se relacionó los problemas de salud con los medicamentos, en este se incluyen los datos del paciente como: edad, sexo y, alergias a ciertos medicamentos que tuvieran que intervenir en el tratamiento farmacológico **(ANEXO IV)**.

3.3.4. Fase de estudio y fase de evaluación

La fase de evaluación se llevó a cabo en la cuarta visita, la cual consistió en establecer sospechas de RNM, que el paciente esté experimentando. Se realizó mediante preguntas relacionadas con la Necesidad, Efectividad y Seguridad. (Hernández et al., 2007)

Con estas fases se elaboró un listado de las sospechas de RNM, y se elaboró un plan de actuación el cual se lo aplicó en la última fase de Intervención Farmacéutica, para resolver los problemas encontrados, utilizando cualquiera de las dos formas de intervención de acuerdo al tipo de RNM, las cuales consisten en:

- Farmacéutico-paciente: si el problema se debe a causas derivadas del uso de los medicamentos por parte del paciente.
- Farmacéutico-paciente-médico: si es la estrategia diseñada por el médico la que no consigue los efectos esperados, o si se trata de un problema de salud que necesite el diagnóstico del médico.

3.3.5. Fase de intervención

Se realizó la quinta sesión, en donde se indicaron los RNM y las posibles soluciones. Adicional se evaluó los conocimientos acerca de su enfermedad y la importancia de cumplir responsablemente su tratamiento, de acuerdo a lo explicado en el tríptico entregado en la primera fase, por último se les agradeció por su participación en el programa, invitándolos a continuar siendo parte del servicio de Farmacias Fybeca **(ANEXO V)**. (Hernández et al., 2007)

3.4 Análisis de Resultados:

Para la organización de la información se utilizó tablas, el análisis de los resultados se realizó a través de estadística descriptiva empleando el programa Excel 2010.

RESULTADOS

Durante el estudio del seguimiento farmacoterapéutico realizado a pacientes hipertensos, que acudieron a Fybeca La Pradera en el periodo Abril-Junio 2014, se recogió una gran cantidad de información que permitió determinar los problemas que presentaron los pacientes con los medicamentos.

La población encuestada que asistió a Fybeca La Pradera en este periodo de 3 meses, correspondió a 110 pacientes hipertensos, de los cuales el 50% aceptaron el servicio prestado y firmaron la autorización respectiva.

4.1. Datos del paciente

En la tabla 3 podemos observar las características generales de los pacientes, evaluados en la primera encuesta, en cuanto a su edad, sexo, nivel académico, situación familiar y sus hábitos diarios. En todos los casos se expone la cantidad de pacientes y su equivalente en porcentajes.

TABLA 3. Datos recolectados a partir de una encuesta aplicada a los 55 pacientes.

Características Generales		PACIENTES	PORCENTAJE
SEXO	Masculino	24	44%
	Femenino	31	56%
EDAD	20 a 40 años	2	4%
	40 a 60 años	29	53%
	Mayor de 60 años	24	44%
Adquiere el medicamento	Paciente	31	56%
	Familiar	18	33%
	Cuidador	6	11%
Situación Familiar	Solo	14	25%
	Con Pareja	26	47%
	Con Hijos	15	27%
	Con Cuidador	8	15%
Nivel Académico	Primaria	15	27%
	Secundaria	18	33%
	Superior	22	40%
Hábitos de los pacientes	Hábito de fumar	19	35%
	Consumo de alcohol	10	18%
	Consumo de café	34	62%
	Ninguno	7	13%
Pacientes que practican deporte	SI	17	31%
	NO	38	69%
Mantiene una dieta equilibrada	SI	26	47%
	NO	29	53%

FUENTE: La Autora

4.2. Evaluación sobre hipertensión arterial

En la tabla 4 se describe el conocimiento general que los pacientes tienen sobre la HTA, y el conocimiento sobre las ofertas de Fybeka.

TABLA 4. Grado de conocimiento del paciente acerca de su enfermedad.

CONOCIMIENTOS GENERALES		PACIENTES	PORCENTAJE
CAUSAS DE HTA	SI	32	58%
	NO	19	35%
	Desconoce	4	7%
EL EJERCICIO MEJORA HTA	SI	39	71%
	NO	9	16%
	Desconoce	7	13%
LA SAL AUMENTA HTA	SI	40	73%
	NO	8	15%
	Desconoce	7	13%
CONOCE OFERTAS DE FYBECA	SI	33	60%
	NO	21	38%
POR QUÉ PREFIERE FYBECA?	OFERTAS	31	56%
	DISPONIBILIDAD	14	25%
	ATENCIÓN	36	65%
	INNOVACIÓN	1	2%
	PRECIO	14	25%

FUENTE: La Autora

4.3. Historia farmacoterapéutica

Dentro del historial farmacoterapéutico se incluyó los problemas de salud, si están o no controladas las enfermedades, y que enfermedades a parte de HTA presenta cada paciente. Esto lo vemos representado en la tabla 5.

TABLA 5. Enfermedades asociadas a la HTA que presentaron los 55 pacientes encuestados.

ENFERMEDADES PACIENTES	HTA	DIABETES MELLITUS	HIPERCOLESTEROLEMIA	ARTRITIS	CONTROLADAS	
					SI	NO
Paciente 1	X	X	X		X	
Paciente 2	X	X			X	
Paciente 3	X	X			X	
Paciente 4	X	X			X	
Paciente 5	X	X			X	
Paciente 6	X	X			X	
Paciente 7	X	X			X	
Paciente 8	X	X			X	
Paciente 9	X	X			X	
Paciente 10	X	X			X	
Paciente 11	X	X			X	
Paciente 12	X	X			X	
Paciente 13	X	X			X	
Paciente 14	X	X			X	
Paciente 15	X	X	X		X	
Paciente 16	X	X	X		X	
Paciente 17	X		X		X	
Paciente 18	X		X		X	
Paciente 19	X		X		X	
Paciente 20	X		X		X	
Paciente 21	X		X		X	
Paciente 22	X		X		X	
Paciente 23	X		X		X	
Paciente 24	X		X		X	
Paciente 25	X		X		X	
Paciente 26	X		X		X	
Paciente 27	X			X	X	
Paciente 28	X			X	X	

FUENTE: La Autora

En la Tabla 5 se especificaron solo aquellos pacientes que presentaron alguna enfermedad asociada a la HTA. Los restantes 27 pacientes solo presentaron HTA y tenían su enfermedad controlada.

4.4. Medicamentos para la hipertensión

En la tabla 6 se representan los medicamentos que los pacientes toman para tratar la HTA, los cuales son los más seleccionados por los médicos, de entre una gran gama de medicamentos antihipertensivos.

TABLA 6. Medicamentos antihipertensivos de primera elección recetados por el médico.

MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVOS		PACIENTES	PORCENTAJE
Inhibidor de la Enzima Convertidora de Angiotensina	Enalaprilol	9	16%
	Irbesartán	1	2%
Antagonistas del receptor de la angiotensina (ARA)	Losartán	23	42%
	Olmesartán	2	4%
	Telmisartán	2	4%
	Irbesartán + HCT	1	2%
Diuréticos + ARA	Telmisartán + HCT	10	18%
	Valsartán + HCT	1	2%
	Carvedilol	1	2%
Betabloqueantes	Nebivolol	1	2%
	Amlodipino	1	2%
Calcio-antagonistas	Verapamilo	1	2%
	Amlodipino + Valsartán	2	4%
Calcio-antagonistas + ARA			

FUENTE: La Autora

4.5. Evaluación

En la tabla 7, se muestra el número de pacientes que presentan problemas relacionados con los medicamentos, de los cuales el PRM 5 es el más frecuente.

TABLA 7. Tipos de problemas relacionados con los medicamentos.

PRM	CONSECUENCIAS	#	%
PRM 1: NECESIDAD	Consecuencia de no recibir una medicación que necesita.	3	5%
PRM 2: NECESIDAD	Consecuencia de recibir una medicación que no necesita.	0	0%
PRM 3: EFECTIVIDAD	Consecuencia de una inefectividad no cuantitativa de la medicación.	1	2%
PRM 4: EFECTIVIDAD	Consecuencia de una inefectividad cuantitativa de la medicación.	0	0%
PRM 5: SEGURIDAD	Consecuencia de una inseguridad no cuantitativa de un medicamento.	4	7%
PRM 6: SEGURIDAD	Consecuencia de una inseguridad cuantitativa de un medicamento.	0	0%

FUENTE: La Autora

4.5.1. Medicamento Evaluado:

Un total de 8 pacientes tienen problemas relacionados con un medicamento en específico, con el Enalapril y uno de ellos presenta problemas relacionados también con el Losartán.

Los 8 pacientes presentan una serie de problemas relacionados al consumo del Enalapril y Losartán, los cuales se describen a continuación:

- Presenta pérdida del gusto a causa del medicamento.
- Presenta en algunas ocasiones mareos y cansancio por falta de medicina.
- Por no tomar el medicamento constantemente, empieza a sentirse mareada y cansada.
- Tos seca por medicamento.
- La paciente presenta calambres musculares constantes.
- Presenta cefaleas, debilidad general.
- Presión arterial elevada

4.5.2. CAUSA DEL PRM:

En la tabla 8 se puede observar que el incumplimiento por parte de los pacientes, principalmente por olvido, o por sentir mejoría, fue la causa más frecuente de los problemas relacionados con los medicamentos.

TABLA 8. Causas más frecuentes de PRM

CAUSAS	#	%
Interacción	2	4%
Incumplimiento	4	7%
Duplicidad	0	0%
Ninguna de las anteriores	2	4%

FUENTE: AUTORA

4.5.3.. ¿Qué se pretende hacer para resolver el Problema?

Según los casos y las opciones de actuación indicadas en el método trabajado se consideraron dos alternativas para resolver el problema: intervenir sobre la estrategia farmacológica e intervenir sobre la educación del paciente. La intervención a los 8 pacientes consistió en:

- Se recomienda al paciente la visita al médico para su revisión y si es necesario el cambio de medicamento.
- Educar al paciente sobre el cumplimiento diario de la toma de su medicación. Se ofreció información sobre la HTA, y se elaboró una rutina diaria de ejercicios, así como también una dieta alimentaria implementada a su vida diaria.
- Se educa al paciente en la forma y uso del medicamento y en el seguimiento del tratamiento.
- Se recomienda al paciente acudir al médico para su revisión y si es necesario sustituir el medicamento, para evitar efectos secundarios.
- Adherir nuevamente al paciente al tratamiento, indicándole las consecuencias de no tomar la medicina constantemente, y como debe administrarse el medicamento.

Es así que a cuatro pacientes (7%) se le remitió al médico tratante para su revisión y de ser necesario sustitución de medicamento. A tres pacientes (5%) se les educó sobre el cumplimiento diario del tratamiento para mejorar su adhesión al mismo, y con un paciente (2%) se trabajó en indicaciones de uso y forma adecuados de administración de los medicamentos.

4.5.4. Vía de comunicación al paciente

Las vías de comunicación que se mantuvieron durante el estudio, considerando las características de la población fueron la comunicación Verbal Farmacéutico-Paciente, donde se informó, se educó y se planificó los objetivos y metas con cada paciente para solucionar los problemas de salud presentados, y comunicación Verbal Farmacéutico-Paciente – Médico, en aquellos pacientes a más de darles todas las indicaciones, fue necesario direccionarlos a sus médicos de cabecera para su revisión tanto de salud como de su medicación, debido a los problemas presentados.

4.5.5. Programa de atención farmacéutica domiciliaria

De los resultados obtenidos se observa la importancia del seguimiento, al tratamiento de los pacientes en su domicilio, ya que nos ayuda a interactuar mejor con el paciente y llevar un mejor control del tratamiento, es por esto que se recomienda continuar con la atención farmacoterapéutica domiciliaria, para lo cual se debe utilizar el método Dáder y adicional como propuesta se recomienda lo siguiente:

- Realizar atención domiciliaria para llevar un mejor control del tratamiento.
- Revisar periódicamente el botiquín que tienen en casa para descartar productos caducados o productos que interaccionen con su medicina habitual, y de esta manera evitar complicaciones, dando mayor información al paciente.
- Educar al paciente en cuanto a la forma de administrar el medicamento, la dosis y, la hora adecuada para la toma.
- Explicar e informar al paciente sobre la enfermedad tratada, sus complicaciones al incumplir el tratamiento, las recomendaciones para mejorar su salud, adicional la alimentación y ejercicio que debe cumplir.
- Llevar un control estricto en cuanto a horarios de visitas para de esta manera no incumplir en el tratamiento.

Así se llevará un correcto seguimiento y se logrará ayudar al paciente con sus problemas de salud y cumplir con el tratamiento.

DISCUSIÓN

En la presente investigación se realizó un seguimiento farmacoterapéutico a pacientes hipertensos, cuyo objetivo principal fue la identificación de problemas relacionados con los medicamentos. Es de conocimiento general que la atención prestada a este tema es mínima, ya que en nuestro medio el paciente llega a visitar al médico solamente cuando ya están muy afectados en su salud, o a su vez, acuden a la farmacia para auto medicarse.

La participación del Farmacéutico es de vital importancia al momento de recibir a los pacientes en farmacia, este profesional está en la capacidad de indicar y dispensar cualquier tipo de medicamento, pero lo principal es la atención y ayuda brindada por el farmacéutico quien está siempre disponible y presto para dar una atención comunitaria, para cumplir con los objetivos del tratamiento, asegurando la calidad y eficacia del uso de los medicamentos. (Arias & Santamaría-López et al., 2008)

El seguimiento farmacoterapéutico ha sido investigado en varias farmacias y sobretodo en hospitales de algunas ciudades del Ecuador. En estas investigaciones se ha promulgado la importancia de la atención farmacéutica lo cual ha quedado en proyectos todavía por implementar. Sin embargo, este concepto de Atención Farmacéutica se viene desarrollando durante los últimos 10 años en la mayoría de los países avanzados y está siendo percibido como la respuesta sanitaria a una necesidad social, tal como es la de ayudar a los pacientes a obtener el máximo beneficio de su farmacoterapia. (Armando et al., 2005)

La utilización del Método Dáder en el seguimiento farmacoterapéutico, sirvió para identificar los problemas de salud y realizar intervenciones convenientes para resolverlos en cualquier tipo de paciente con hipertensión arterial en tratamiento ambulatorio.

Los medicamentos antihipertensivos más utilizados fueron el Losartán con el 42%, seguido por el Telmisartán + HCT con un 18% y, en tercer lugar el Enalapril con el 16%, siendo los medicamentos de mayor elección tanto por el médico y en especial por los pacientes, que son quienes sienten los efectos secundarios de cada producto.

De los problemas relacionados con medicamentos, el que se presentó con mayor frecuencia fue el de seguridad con 7% (PRM 5), el 5% fue por Necesidad (PRM 1), el 2% por Efectividad (PRM 4), a diferencia de otros estudios en los que los PRM de mayor frecuencia

es el de efectividad, como lo describe De Miguel (2004); en una farmacia de Alconchel (Badajoz – España) con 149 pacientes con hipertensión arterial, donde se detectó 97 PRM, de los cuales 39 fueron relacionados con la efectividad, 34 con la necesidad y 24 de seguridad.

Otro de iguales características como el realizado por Arias y Santamaría-López (2008), en una farmacia comunitaria de Granada donde participaron 36 pacientes y, se detectaron 152 sospechas de PRM; de estas, 74 PRM de efectividad, 55 PRM de necesidad y 23 PRM de seguridad. El estudio realizado por Rodríguez (2006) en España con 89 pacientes en farmacias comunitarias se reportó 43 PRM, de ellos 22 PRM de efectividad, 18 PRM de necesidad, 3 PRM de seguridad. En otro estudio por Barris se detectaron un total de 44 PRM en 25 pacientes de estos 15 PRM identificados de efectividad, 15 PRM de seguridad, 14 PRM de necesidad.

De los estudios realizados a nivel nacional, encontramos uno de ellos en la ciudad de Cuenca, realizado por Barros (2012), en el hospital José Carrasco, donde cuyos resultados a diferencia de los nuestros, demostraron un mayor porcentaje del PRM3 con el 28,9%, seguido por un 26,7% el PRM de necesidad, y por último el PRM de seguridad con un 13,4%.

En el Ecuador, la desprotección de la población de la Tercera Edad está vinculada a los diferentes tipos de PRM, debido a la creciente práctica del abandono de la familia en su rol de cuidado y ayuda a las y los ancianos, a lo que se suma la limitada presencia de instituciones públicas y privadas que asuman su protección y cuidado. Adicional la crisis económica y social por la que atraviesa el país desde hace algunos años ha deteriorado gravemente la calidad de vida de la población en general y, específicamente de las personas de la Tercera Edad, quienes en su gran mayoría no tienen acceso a servicios de salud, vivienda, seguridad, y más aún a su medicación y tampoco tienen asesoramiento en la dosis o pauta para llevar un control en su tratamiento. (Alguacil & Alcazar, 2005)

CONCLUSIONES

- De los 55 encuestados, 8 pacientes que representan el 15% presentaron problemas relacionados con los medicamentos debido a las siguientes causas: un 7% por Seguridad (Inseguridad no cuantitativa de un medicamento), el 5% por Necesidad (Incumplimiento de la medicación), y el 2% por Efectividad (Inefectividad no cuantitativa de la medicación).
- Se brindó educación sanitaria a los pacientes mediante la entrega de trípticos informativos, sobre conocimientos generales de Hipertensión Arterial, nutrición, ejercitación, medicamentos antihipertensivos, colesterol y diabetes. Esta información fue de gran importancia en especial para pacientes que presentaron en la encuesta un bajo conocimiento acerca de su enfermedad y sus problemas colaterales.
- De acuerdo a las características generales se obtuvo un mayor porcentaje de pacientes femeninos con un 56%, primó la edad de 40-60 años de edad con un 53%, y el 40% tienen un nivel de educación superior siendo la mayoría con 22 pacientes.
- De los 55 pacientes, 32 de ellos tienen conocimiento acerca de las causas de la HTA, equivalente a un 58%, el 71% conoce que el ejercicio mejora la presión sanguínea, y el 73% tienen conocimiento de lo perjudicial que es el consumo de sal en los pacientes con hipertensos.
- La causa más frecuente de los PRM, fue el incumplimiento del tratamiento con un 7%, equivalente a 4 pacientes y, un 4% por interacción equivalente a 2 pacientes.
- De los medicamentos antihipertensivos de mayor elección, el Losartán fue el más utilizado por los pacientes, con una frecuencia del 42%, seguido por el Micardis Plus medicamento comercial (Telmisartán +HCT), con un 18%, y en tercer lugar tenemos el Enalapril con una frecuencia del 16%.

RECOMENDACIONES

- Al no existir trabajos en nuestro medio sobre la atención farmacéutica, sería interesante desarrollar trabajos con mayor tiempo de duración en los que se pueda demostrar cifras que se logra bajar en el caso de la presión arterial.
- Que tanto en farmacias hospitalarias como comunitarias se de atención farmacéutica mediante seguimiento farmacoterapéutico y todas sus demás actividades al paciente que usa medicamentos.
- Motivar a los farmacéuticos, para llevar a cabo estos programas de visitas domiciliarias, que si bien son tediosas, en cambio resultan estimulantes para los enfermos, estos se sienten valorados, alentados y con mayor ánimo.
- Implementar en diversas farmacias las estrategias de difusión de trípticos a sus pacientes, en virtud que a través de las imágenes se logran objetivos de impacto visual, buscando informar apropiadamente a los pacientes de posibles riesgos en su salud.
- Motivar a las instituciones de educación competentes a la implementación en la malla curricular, materias como Atención Farmacéutica, Seguimiento Farmacoterapéutico, Atención Comunitaria, en la formación de profesionales farmacéuticos.
- El farmacéutico tiene que involucrarse formando parte del equipo de salud, disminuyendo o retardándose las complicaciones propias de la enfermedad en caso de pacientes con enfermedad crónica como la hipertensión arterial.
- Es de vital importancia implementar el seguimiento fármacoterapéutico para evitar ciertos problemas de salud donde pueden causar efectos adversos graves, por no llevar un control diario, por no tener un asesoramiento en su dosificación, y además la ayuda y compañía que necesitan estos pacientes, que es la mejor medicina para que se adhieran al tratamiento y mejoren su calidad de vida.

ABREVIATURAS

AF:	Atención Farmacéutica
CNMB:	Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos
ECV:	Enfermedades Cardiovasculares
RCV:	Riesgo cardiovascular
FRCV:	Factor de riesgo cardiovascular
HTA:	Hipertensión Arterial.
TRH:	Tratamiento de reposición hormonal
IF:	Intervención Farmacéutica
ACV:	Accidente Cerebrovascular
OMS:	Organización Mundial de la Salud
PS:	Problema de Salud.
PA:	Presión Arterial
PMC:	Plan de Medicación Continua
PAD:	Presión Arterial Diastólica
RNM:	Resultados negativos asociados a la medicación
PRM:	Problemas relacionados con los medicamentos
PAS:	Presión Arterial Sistólica.
SFT:	Seguimiento Farmacoterapéutico
JNC:	Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure Comité Nacional de Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial.

BIBLIOGRAFÍA

- Albert C. (2008). *La farmacología de la terapéutica antihipertensiva para alumnos del pregrado*. Habana.
- Aldrete, Jorge Antonio (2006). *Farmacología* - Editorial Corpus L.
- Alguacil Muñoz, Ana María. Alcazar De Ossa, José María. (2005). *Hipertensión Arterial en Pacientes Mayores de 70 Años*. Editorial Universidad de Computense de Madrid.
- Arias JL. Santamaría-López JM. (2008). *Mejora de los resultados de la farmacoterapia de pacientes hipertensos en una farmacia comunitaria*. España. Disponible: <http://farmacia.ugr.es/ars/pdf/408.pdf>
- Armando P., Semeria N., Tenllado M., Sola N., (2005). *Seguimiento Farmacoterapéutico de pacientes en farmacias comunitarias*. Págs. 129-34.
- Barranco M, Antonio: (2012). *Parafarmacia* - Editorial CEP, S. L Humanos de Madrid.
- Barranco M., Antonio. (2012). *Test Técnico en Farmacia*. Editorial Cep, S.L.
- Barris D., Faus MJ., (2003). *Iniciación de la Metodología Dáder de seguimiento Farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria*. ArsPharmaceutica. Págs. 225-237.
- Battista Elisabetta. (2013). *Lo esencial en Farmacología*. Barcelona - España. 4º Edición. Págs. 19-44.
- Bertolasi Carlos A. *Cardiología*. (2000). Argentina. 1998. Págs. 1002-1012.
- Cecilia Realpe Delgado. (2013). *Administración segura de medicamentos*. Manizales-Colombia. 1º Edición. Capítulo 6- 8.
- De Miguel E. (2004). *Mesa redonda: resultados clínicos que estamos obteniendo con el seguimiento farmacoterapéutico. Evaluación de resultados clínicos del seguimiento farmacoterapéutico según el método Dáder en pacientes hipertensos*. Seguimiento farmacoterapéutico .España. Disponible en: www.cipf-es.org/sft/vol-03/s005-s010.pdf
- Díaz P., Manuel. (2010). *Manual de Hipertensión Arterial*. Editorial Instituto Politécnico Nacional.
- Dr. Jesús Vargas. (1999). *Diagnóstico de la Cardiopatía Isquemia*. Madrid-España. Págs. 3-6.
- Dupont Villanueva, Marco Antonio (2005). *Manual Farmacológico*. Editorial Alfil, S.A.
- Dvorkin M., Cardinali D., Iermoli R. (2010). *Bases Fisiológicas de la Práctica Médica*. Buenos Aires. 14º Edición en español. Sección 2. Págs. 221-322. Capítulo 13.
- Faus, M. J, (2000). *Atención Farmacéutica como respuesta a una necesidad social*. Granada.

- Fernández V, Sabela. (2011). *Dispensación de Productos Farmacéuticos*. Editorial Ediciones Mayo.
- Flores Laura, Carolina Segura, María Soledad Quesada, Victoria Hall. (2005). *Seguimiento Farmacoterapéutico con el método dáder en pacientes en un grupo de pacientes con hipertensión arterial*. Págs: 154-157.
- Florez J., (2014). *Farmacología Humana*. Barcelona-España. 6° Edición. Sección 5.
- González C, César: (2009). *Farmacoterapia Antidepresiva*. Editorial Revista Colombiana.
- González Sánchez, María Luisa. (2006). *Historia de la Farmacia*. Editorial Universidad Computense de Madrid.
- Gutiérrez, Javier. (2006). *Tratamiento de Hipertensión Arterial*. Editorial Cambia Médica.
- Hepler CD, Strand LM. (1999). *Oportunidades y responsabilidades en la Atención Farmacéutica*. Pharm Care Esp; 1: 35-47.
- Hernández D., Silva M., Faus M. (2007). *Método Dáder. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico*. Universidad de Granada España. Editorial La Gráfica.
- Katzung B., Masters S., Trevor A. (2010). *Farmacología Básica y Clínica*. México D.F. 11° Edición. Sección 3. Págs. 167-265.
- Lasala F., Ludueña M., (2005). *Terapéutica Clínica*. Argentina. 1° Edición. Págs. 31-77.
- Lorenzo P., Moreno A., Leza J., Lizasoain I., Moro M., Portolés A. Velázquez. (2013). *Manual de Farmacología Básica y Clínica*. Madrid. 1° Edición. Capítulo 14. Págs. 179-190.
- Lozano O, Roberto. (2004). *Gestión de Servicio Farmacéutico*. Editorial El Cid Editor.
- Márquez B., Ramón F. (2009). *Tratamiento de Crisis Hipertensiva*-Editorial El Cid Editor.
- Márquez Vidas, María de San Miguel. (2005). *Bases Fisiopatológicas de la Hipertensión*. Editorial Universidad Computense De Madrid.
- Marshall W., Bangert S., Lapsley M. (2013). *Bioquímica Clínica*. Barcelona-España. Séptima Edición. Págs. 251-258.
- Morales Ramírez, José de Jesús. Corro Solano, María de Los Ángeles. (2006) *Investigación en Salud*. Editorial Red
- Pierre Mitchel Aristil Chery. (2013). *Manual de Farmacología Básica y Clínica*. México D.F. Sexta Edición. Págs. 79-118.

- Rodríguez Chamorro M.A., Rodríguez Chamorro A., García Jiménez E. (2006). *Incumplimiento terapéutico en pacientes en seguimiento farmacoterapéutico mediante el método Dáder en dos farmacias rurales*. España.
- Ruiz G., Fernández M. (2013). *Fundamentos de Farmacología Básica y Clínica*. Madrid. 2º Edición. Págs. 7-79, 425-443, 249-277.
- Sellen Cambert, Joaquín. (2008). *Hipertensión Arterial Diagnóstico y Tratamiento*. Editorial Universitaria.
- Senra A., Luis. Rodríguez S., Héctor. (2007). *Diagnóstico de Hipertensión*. Editorial Cielo-Cuba.
- Velázquez. (2008). *Farmacología Básica y Clínica*. Buenos Aires. 18º Edición. Págs. 355-455.
- Zubirán. (2011). *Manual de Terapéutica Médica y Procedimientos de Urgencias*. México D.F. Sexta Edición. Págs. 45-113.

ANEXOS

ANEXO 1: Entrevistas realizadas a los pacientes, según el Método Dáder:

PRIMERA ENTREVISTA			
HISTORIA FARMACOTERAPEÚTICA			
NOMBRE:		FECHA:	
PROBLEMAS/PREOCUPACIONES DE SALUD			
		CONTROLADA	INICIO
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
MEDICAMENTOS			
NOMBRE 1°:		CUMPLE: P, R, B	
1.	¿Lo toma?		
2.	¿Para qué?		
3.	¿Cuánto?		
4.	¿Cómo le va?		
5.	¿Nota algo extraño?		
NOMBRE 2°:		CUMPLE: P, R, B	
1.	¿Lo toma?		
2.	¿Para qué?		
3.	¿Cuánto?		
4.	¿Cómo le va?		
5.	¿Nota algo extraño?		
NOMBRE 3°:		CUMPLE: P, R, B	
1.	¿Lo toma?		
2.	¿Para qué?		
3.	¿Cuánto?		
4.	¿Cómo le va?		
5.	¿Nota algo extraño?		
P= poco R= regular B=bastante			

ANEXO III: Entrevistas realizadas a los pacientes, según el Método Dáder:

INTERVENCIÓN FARMACEÚTICA							
PACIENTE N°:				FECHA DE INICIO:			
PRM TIPO:	1	2	3	4	5	6	
	PRM:			RIESGO PRM:			
MEDICAMENTO/S:							
PROBLEMA DE SALUD:							
DESCRIPCIÓN DEL PRM:							
CAUSA:	1. Interacción						
	2. Incumplimiento						
	3. Duplicidad						
	4. Ninguna de las anteriores:						
DESCRIPCIÓN:							
QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PROBLEMA:							
Intervenir sobre la cantidad de los medicamentos	Modificar la dosis						
	Modificar la dosificación						
	Modificar la pauta						
Intervenir sobre la estrategia farmacológica	Añadir un medicamento						
	Retirar un medicamento						
	Sustituir un medicamento						
Intervenir sobre la educación del paciente	Forma de uso y administración del fármaco						
	Aumentar la adhesión al tratamiento						
	Educar en medidas no farmacológicas						
DESCRIPCIÓN:							
VÍA DE COMUNICACIÓN:	1. Verbal farmacéutico - paciente						
	2. Escrita farmacéutico - paciente						
	3. Verbal farmacéutico - paciente - médico						
	4. Escrita farmacéutico - paciente - médico						
RESULTADO:	P. SALUD RESULETO			P. SALUD NO RESUELTO			
Intervención Aceptada							
Intervención No Aceptada							
¿Qué ocurrió con el problema de salud?							
N° de visitas durante la intervención:							
Fecha final de la intervención:							

ANEXO IV



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

**AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN,
SEGUIMIENTO FARMACOLÓGICO Y VISITAS DOMICILIARIAS
A PACIENTES HIPERTENSOS**

Nombre del paciente:.....

He sido debidamente informado acerca de la Investigación a realizarse con los pacientes Hipertensos, que acuden a los servicios que oferta la Farmacia FYBECA “LA PRADERA”, en tal virtud y con el ánimo de colaborar con este interesante trabajo investigativo, en forma libre y espontánea autorizo se me registre como participante de este estudio.

Fecha de Inscripción:

.....
PACIENTE

.....
Ximena Valarezo
INVESTIGADOR

ANEXO V

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La presión arterial es una medición de la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias, a medida que el corazón bombea sangre a través del cuerpo.

Las lecturas de la presión arterial generalmente se dan como dos números. El número superior se denomina presión arterial sistólica y el número inferior, presión arterial diastólica. Por ejemplo, 120 sobre 80 (escrito como 120/80 mmHg).

Usted tiene un **riesgo** más alto de sufrir hipertensión arterial si:

- I. Es afroamericano.
- II. Es obeso.
- III. Con frecuencia está estresado o ansioso.
- IV. Toma demasiado alcohol (más de un trago al día para las mujeres y más de dos para los hombres).
- V. Consume demasiada sal.
- VI. Tiene un antecedente familiar de hipertensión arterial.
- VII. Tiene diabetes.
- VIII. Fuma.

Los síntomas abarcan:

- ✓ Dolor de cabeza fuerte
- ✓ Náuseas o vómitos
- ✓ Confusión
- ✓ Cambios en la visión - Sangrado nasal

TRATAMIENTO

Incluye actividades como caminar, bailar, correr, nadar y montar en bicicleta, de 30 a 60 minutos al día y al menos de tres a cinco días por semana.



Cuando se trate de una actividad física aeróbica, hay que controlar el pulso y la respiración, (cuando se jadea significa que quizás la intensidad es excesiva y se debería bajar el ritmo).



Si se trata de un ejercicio de pesas, ha de realizarse siempre con cargas moderadas. La frecuencia recomendada es de 3-5 días a la semana. Controlar periódicamente la presión.



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

¿QUÉ ES LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL?



Lo que usted necesita para informarse

Autor: Ximena Valarezo

ANEXO VI

ALIMENTOS RECOMENDADOS

- ✓ Lácteos: leche, cuajada, yogurt.
- ✓ Carnes que contengan la menor cantidad de grasa posible.
- ✓ Pescados.
- ✓ Huevos.
- ✓ Cereales (excepto galletas rellenas, bañadas de chocolate, o con soluciones azucaradas).
- ✓ Patatas.
- ✓ Legumbres (judías, lentejas, garbanzos...).
- ✓ Frutas: todas excepto las que están en almíbar, las frutas desecadas o confitadas).
- ✓ Bebida: agua, infusiones, zumos, caldos, bebidas refrescantes no azucaradas.
- ✓ Grasas: aceite de oliva de girasol, maíz, soja, etcétera, mantequilla, margarinas



EVITA CONSUMIR

- 4 Sal de cocina
- 5 Fiambres, embutidos o chacinados.
- 6 Alimentos en salmuera.
- 7 Caldos y sopas concentradas.
- 8 Mariscos.
- 9 Snack.
- 10 Salsas elaboradas fuera de casa.
- 11 Alimentos congelados
- 12 Enlatados por su alto contenido en conservantes.
- 13 Cereales como: galletas saladas.
- 14 Frituras, palomitas, papas con sal.
- 15 Arroz o pastas listas para preparar.



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

VIVIENDO CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL



Lo que usted necesita para informarse

Autor: Ximena Valarezo

