

CURSO DE PROFUNDIZACION EN FUNDAMENTOS DE SALUD PÚBLICA
“IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO FÁRMACO
TERAPÉUTICO EN PACIENTES HIPERTENSOS”
TRABAJO DE CAMPO

ZOMAIRA TORRES PEREZ
Código: 24.182.924
ESELINO RUGELES GONZALEZ
Código: 3985279
ANA PATRICIA NOVOA GARCIA
CODIGO: 52882373
GLORIA IDDALY VESGA TAVERA
Código: 68294141
ELIZABETH ORTEGA CUERO
Código: 31998797
GRUPO: 252828_23

Tutor: DILSON
RIOS

TECNOLOGIA DE REGENCIA EN FARMACIA

UNIVERSIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD
NOVIEMBRE DE 2010

CONTENIDO

	Pagina
INTRODUCCION	
1. JUSTIFICACION	2
2. OBJETIVOS	4
2.1 OBJETIVO GENERAL	4
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
4. MARCO TEORICO	6
4.1 DEFINICION DE LA HIPERTENSION ARTERIAL	6
5. FACTORES DE RIESGO	7
5.1 FACTORES COMPORTAMENTALES	7
5.2 FACTORES BIOLÓGICOS	8
6. CARACTERISTICAS DE LA ATENCION	10
7. ESTRATIFICACION DE RIESGO Y TRATAMIENTO	12
8. INTERVENCION DE LOS FACTORES DE RIESGO	13
8.1 MEDIDAS NO FARMACOLOGICAS	13
9. RESPUESTA INADECUADA AL TRATAMIENTO HIPERTENSIVO	15
10. MARCO LEGAL	16
11. RESPONSABILIDADES DE LOS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	18
12. EL MODELO DE GESTIÓN FARMACÉUTICA	19
13. ANALISIS ESTADISTICOS	20
14. PROCEDIMIENTO	21
15. MODELO DE ENCUESTA REALIZADA	22
16. RESULTADOS	23
17. PROPUESTA DE TRABAJO	25
17.1 ESTRATEGIA I	25
17.2 ESTRATEGIA II	28
17.3 ESTRATEGIA III	29
CONCLUSIONES	30
GLOSARIO	31
BIBLIOGRAFIA	33

INTRODUCCION

AUMENTO DE LA TAZA DE MORBILIDAD DE PACIENTES HIPERTENSOS

La HIPERTENSION ARTERIAL es una enfermedad de etiología múltiple, caracterizada por la elevación persistente de la tensión arterial sistólica, diastólica o ambas cifras; definición solo aplicable a adultos; la misma es la enfermedad crónica más frecuente en el mundo, afecta al 25 % de la población adulta y se encuentra distribuida en todas las regiones, atendiendo a múltiples patrones de índole económicos, sociales, culturales, ambientales y étnicos. Se estima que 691 millones de personas la padecen y de los 15 millones de muertes por enfermedades circulatorias, 72 millones son por enfermedades coronarias del corazón y 4,6 millones por afecciones cerebro vasculares, donde la HTA está en la mayoría de ellas y constituye uno de los problemas médicos sanitarios más importantes de la medicina contemporánea en los países desarrollados. Una pequeña minoría de pacientes hipertensos (10% o menos) presentan hipertensión secundaria tratable con medidas curativas, pero la mayoría (90 %) muestra hipertensión primaria o esencial que solo puede ser controlada con el tratamiento médico a largo plazo. Antes de disponer de un tratamiento eficaz la esperanza de vida una vez hecho el diagnóstico era de menos de dos años, en la actualidad, con el mejor tratamiento hipotensor que contamos, los pacientes sobreviven por tiempo indeterminado.

La enfermedad hipertensiva es una de las más difundidas en el planeta y no en vano ha sido llamada "la asesina silenciosa", ya que muchas veces nos percatamos de su presencia cuando ya resulta demasiado tarde; de ahí que los principales riesgos asociados a este trastorno no se deban en sí al aumento tensional, sino a ciertas alteraciones que ocurren en diversos órganos claves como el corazón, los riñones, el cerebro, los vasos sanguíneos y los ojos.

Se considera la más común de las condiciones que afectan la salud de los individuos y de las poblaciones en todas partes del mundo. Además de que por sí misma constituye una enfermedad, representa también un importante factor de riesgo para otras afecciones, fundamentalmente para las cardiopatías isquémicas, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebrovascular e insuficiencia renal y contribuye significativamente a la retinopatía. Numerosos estudios realizados por diferentes autores nacionales e internacionales han demostrado la asociación de la hipertensión arterial con el desarrollo de estas enfermedades letales, por lo que su control reduce la morbilidad y mortalidad por tales causas.

1. JUSTIFICACION

La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) afecta aproximadamente al 20% de la población adulta de la mayoría de los países, es la primera causa de Morbilidad y motiva el mayor número de consultas dentro de las afecciones del aparato circulatorio.

La Hipertensión Arterial es el factor de riesgo más importante para la enfermedad cardio-cerebrovascular, y a menudo se asocia con otros factores de riesgo bien conocidos tales como dieta, elevación de lípidos sanguíneos, obesidad, tabaquismo, Diabetes Mellitus e inactividad física (sedentarismo).

Las personas con hipertensión tienen de dos a cuatro veces más riesgo de presentar enfermedad coronaria (EC), así mismo la reducción de 5-6 mm. Hg en la presión arterial disminuye de 20 -25% el riesgo de EC. Sin embargo cuando aumenta en 7.5 mm Hg la presión diastólica, se incrementa de 10 a 20 veces el riesgo de accidente cerebrovascular (ACV), y el control de la presión arterial disminuye en 30-50% la incidencia de ACV.

Según los datos de mortalidad del DANE en 1995 la enfermedad hipertensiva ocupó el 9 lugar aportando el 3.05% de total de las defunciones por todas las causas, y según el Sistema de Información del Ministerio de Salud, la enfermedad hipertensiva fue la octava causa de morbilidad en consulta externa en 1997 en el total de la población, siendo la primera causa para a población de 45 -59 años con el 10.97% de los casos, y para la población de 60 y más años con el 14.8% de los casos de consulta.

Controlar la Hipertensión Arterial significa controlar el riesgo de Enfermedad Coronaria, Accidente Cerebrovascular, mejorar la expectativa de vida en la edad adulta, con énfasis en la calidad de la misma, y sobre todo, una ganancia efectiva de años de vida saludables para el conjunto de los colombianos, lo que permitir acercarnos en este campo a los países desarrollados.

El control de la Hipertensión es sin embargo un proceso complejo y multidimensional cuyo objetivo debe ser la prevención primaria, la detección temprana y un tratamiento adecuado y oportuno que prevenga la aparición de complicaciones. La detección temprana se fundamenta en la posibilidad de la población de acceder a la toma de presión arterial, a la intervención no farmacológica de los factores de riesgo, y farmacología de la Hipertensión Arterial, que según los grandes estudios han demostrado un mayor beneficio en la reducción de accidentes cerebrovasculares, y cardiopatías coronarias.

La hipertensión arterial constituye uno de los problemas de salud crónicos más frecuentes en países de occidente. Es un factor de riesgo de primer orden para enfermedades cardiovasculares, tales como accidentes cerebro vasculares, infarto del miocardio y angina de pecho.

Las enfermedades cardiovasculares suponen ya la principal causa de mortalidad en países desarrollados. Todo ello nos indica la gran importancia de la hipertensión arterial.

En España aproximadamente el 20-25% de adultos tiene presión arterial alta, uno de cada cuatro o cinco es hipertenso. Lo que equivale a seis o siete millones. Siendo que en México una de las primeras causas de muerte en el país.

En la población mayor de 60 años la prevalencia de hipertensión arterial es mayor al 30%, incluso 50% en mayores de 70 años. Teniendo en cuenta que la vida se alarga cada vez más, podremos ver la importancia de que uno de cada cuatro mayores de 70 años sea hipertenso. La hipertensión arterial es frecuentemente en mujeres por debajo de la menopausia. Pero se iguala o supera en los hombres a partir de los 60 años.

El tratamiento debe individualizarse relación a la edad del paciente, causa y severidad del padecimiento. No está indicado el inicio del tratamiento farmacológico si la hipertensión arterial no está establecida. No se ha demostrado que hipertensos leves tratados farmacológicamente tengan mejor pronóstico y se deben tener en cuenta los efectos secundarios y a los pacientes ya diagnosticados y con tratamiento antihipertensivo farmacológico que no logran controlarse se les aumenta la dosis o bien se les va cambiando el medicamento hasta lograr que un fármaco los controle.

Con base a lo anterior y en busca de un tratamiento inocuo, económico para los pacientes y también para las instituciones públicas de salud se pensó proponer este estudio, pacientes descontrolados por tres factores importantes en su vida, para así establecer un esquema nuevo de tratamiento en estos pacientes en los cuales intervenga el ejercicio físico.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Realizar un trabajo que enmarque las herramientas para que desde la misma persona lleve a cabo una detección temprana y el tratamiento adecuado y oportuno de la Hipertensión Arterial con el fin de que este paciente pueda evitar complicaciones ya diagnosticada dicha enfermedad.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Promover hábitos de vida saludable y factores protectores en el paciente Hipertenso.
- Diagnosticar e intervenir tempranamente en los factores de riesgo que pueden ocasionar complicaciones en el paciente Hipertenso.
- Favorecer la accesibilidad y adherencia de los pacientes hipertensos al programa.
- Estandarizar los procesos que intervienen en la atención al paciente Hipertenso.
- Reducción de la morbilidad y mortalidad cardiovascular y renal.
- Establecer la prevalencia e incidencia de la Hipertensión Arterial sistémica en la población adulta de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión es uno de los factores de riesgo cardiovascular y un problema de salud pública que genera altos costos financieros y sociales por su alta prevalencia, su larga duración, su gran dependencia de la farmacoterapia múltiple.

Cada año un número considerable de nuevos individuos se unen al grupo de hipertensos que existen en la población. Algo más de dos millones de ciudadanos adultos actualmente padecen esta enfermedad.

A pesar que desde la década del '50 se sabía que la hipertensión arterial intervenía en el aumento de la morbilidad cardiovascular en los países desarrollados, fueron los estudios realizados en las décadas del '60 y del '70 los que claramente mostraron la relación entre hipertensión (HT) y las muertes por complicaciones vasculares en los órganos blancos: corazón, cerebro, riñón y vasos sanguíneos. Como consecuencia de este hecho se produjo un gran estímulo a la investigación en aspectos epidemiológicos y básicos, tales como sus mecanismos fisiopatológicos.

Desde este punto de vista fisiopatológico, la mayoría de los investigadores que se han dedicado a la Hipertensión Arterial como problema fundamental y clínico, han llegado a considerar que es debido a la regulación anormal de múltiples factores que interactúan para conservar la presión arterial fisiológica.

Según datos obtenidos por la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades cardiovasculares, deben ser consideradas como un problema de salud prioritario en las Américas, con enormes repercusiones sociales y económicas.

Esto no es ajeno a nuestro país Colombia, que aún es más evidente si se considera el hecho de que un número apreciable de ciudadanos desconoce que tiene la enfermedad, y por ello no conoce como manejarla y menos detectarla, y en pacientes, cuando buscan atención médica por Hipertensión Arterial o son detectados por el equipo de salud en centros de atención, ya presentan complicaciones y daño de los órganos blancos lo que se explica en parte por ausencia de sintomatología en sus fases iniciales que pueden ser de fatal desenvolvimiento.

Las medidas dirigidas a toda la población con el objetivo de disminuir las cifras medias de prevención pueden tener efectos fabulosamente buenos en la morbilidad de enfermedades asociadas a la Hipertensión Arterial.

4. MARCO TEORICO DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES

4.1 DEFINICION DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

La hipertensión arterial se define como el nivel de presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mm Hg, o como el nivel de presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mm Hg

Cuando la presión arterial sistólica (PAS) es igual o mayor a 160 mmHg, generalmente en personas mayores de 60 años, se considera hipertensión sistólica y es un factor de riesgo para enfermedad cardio-cerebrovascular.

DESCRIPCION CLINICA

La hipertensión arterial es una enfermedad silenciosa y lentamente progresiva que se presenta en todas las edades con énfasis en personas entre 30 y 50 años, generalmente asintomática, que después de 10 o 20 años ocasiona daños significativos en órganos blancos.

En ocasiones se dificulta el diagnóstico, aunque pueden presentarse algunos síntomas que son muy inespecíficos tales como: cefalea, epistaxis, tinitus, palpitaciones, mareo, alteraciones visuales, nerviosismo, insomnio, fatiga fácil. La hipertensión arterial va acompañada de alteraciones funcionales¹. Algunos de los mecanismos fisiopatológicos que intervienen en la hipertensión arterial son²:

- Cambios estructurales en el sistema cardiovascular
- Disfunción endotelial.
- El sistema nervioso simpático.
- Sistema renina-Angiotensina.
- Mecanismos renales.

COMPLICACIONES

La presión arterial y el deterioro de órganos debe evaluarse por separado, puesto que puede encontrarse presiones muy elevadas sin lesión de órganos, y por el contrario la lesión de órganos puede darse con una moderada elevación de la presión arterial.

5. FACTORES DE RIESGO

Se han identificado factores de riesgo genéticos, comportamentales, biológicos, sociales y psicológicos en la aparición de la hipertensión arterial, estos han sido clasificados de acuerdo a su posibilidad de intervención, en factores de riesgo modificables y no modificables para facilitar su identificación e intervención. Los factores de riesgo no modificables son inherentes al individuo (sexo, raza, edad, herencia), y los factores de riesgo modificables pueden ser evitados, disminuidos o eliminados.

-FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

EDAD Las personas mayores de 65 años tienen mayor riesgo de presentar hipertensión sistólica. La edad de riesgo se disminuye cuando se asocian dos o más factores de riesgo.

SEXO La hipertensión y el accidente cerebrovascular hemorrágico es más frecuente en mujeres menopáusicas. La enfermedad coronaria y el accidente cerebrovascular de tipo arteriosclerótico oclusivo se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino.

ORIGEN ÉTNICO La hipertensión arterial se presenta de manera más frecuente y agresiva en la raza negra.

HERENCIA La presencia de enfermedad cardiovascular en un familiar hasta 2^a grado de consanguinidad antes de la sexta década de vida, definitivamente influye en la presencia de enfermedad cardiovascular

-FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

5.1 FACTORES COMPORTAMENTALES

TABAQUISMO: El tabaco es responsable de la muerte anual de más o menos 3.000.000 de personas en el mundo. El tabaco es responsable del 25% de las enfermedades crónicas. Los fumadores tienen el doble de probabilidades de padecer HTA

-FACTOR DE RIESGO RELACION CAUSAL

ALCOHOL: El consumo de una copa de alcohol aumenta la PAS en 1 mmHg, y la PAD en 0.5 mmHg. Se ha demostrado que el consumo de alcohol diariamente

presenta niveles de PAS de 6.6 mmHg y PAD de 4.7 mmHg, más elevados que los que lo hacen una vez por semana, independiente del consumo semanal total.

SEDENTARISMO: La vida sedentaria aumenta de la masa muscular (sobrepeso), aumenta el colesterol. Una persona sedentaria tiene un riesgo mayor (20 a 50%) de contraer hipertensión.

NUTRICIONALES: Elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a la hipertensión arterial¹². El consumo de grasas, especialmente saturadas de origen animal, es un factor de riesgo en hipercolesterolemia debido al poder alergénico que incrementa los niveles de colesterol LDL.

PSICOLOGICOS Y SOCIALES: El estrés es un factor de riesgo mayor para la hipertensión asociado al estrés se encuentra el patrón de comportamiento tipo **A** (competitividad, hostilidad, impaciencia, verbalización y movimientos rápidos).

5.2 FACTORES BIOLÓGICOS

OBESIDAD: El exceso de peso, está asociado con riesgo seis veces mayor de padecer hipertensión arterial, al igual que un IMC > de 27. Por cada 10 Kg. de aumento de peso la PAS aumenta de 2-3 mmHg y la PAD de 1-3 mmHg. La circunferencia abdominal de 85 cm. en mujeres y de 9.8 cm. en hombres está asociada a mayor riesgo de Hipertensión, y a dislipidemia, entre otros.

DISLIPIDEMIAS: El estudio de Framingham demostró que el aumento de los lípidos conduce a enfermedad coronaria e hipertensión.

DIABETES MELLITUS: La diabetes aumenta de dos a tres veces el riesgo de Hipertensión. El trastorno del metabolismo conlleva a un cambio en el manejo de los lípidos además del daño vascular que produce la enfermedad.

POBLACION OBJETO: Población con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica, afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado.

PREECLAMPSIA: Se considera hipertensión en el embarazo cuando se tiene una presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mm Hg o una presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm Hg. Estas cifras deben ser confirmadas de manera repetida después de encontrarse la paciente en reposo mínimo 5 minutos o durante un seguimiento horario durante 24 horas hospitalariamente (8). El hallazgo de dos registros iguales o superiores a estos límites con un lapso de

diferencia de tiempo entre 4 y 6 horas, confirma el diagnóstico de hipertensión arterial.

La clasificación actual de las cifras tensionales en las pacientes mayores de 18 años es la establecida en el VII Comité y describe términos nuevos como el de prehipertensión que reemplaza parcialmente al denominado anteriormente *presión arterial normal alta*. Los grados de hipertensión arterial han quedado reducidos a estadio 1 y estadio 2. El estadio 2 debe modificar la antigua clasificación de *hipertensión severa* durante el curso clínico de la preclampsia (cifras mayores o iguales a 160/110 mm Hg).

La sola presencia de aumento mayores de 30 mm Hg en la presión sistólica o de 15 mm Hg en la diastólica, sobre las cifras tensionales basales en la gestante, se reconoce que pueden ser significativas en algunas mujeres, pero al momento no hay evidencia que sustente este aumento para definir hipertensión en el embarazo.

6. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN

DIAGNÓSTICO

TOMA DE LA PRESIÓN ARTERIAL: La toma de la presión arterial es el método utilizado para la detección temprana de la hipertensión arterial en los diferentes grupos de población.

El esquema para la toma de presión arterial planteado es el sugerido por el Sexto Comité Conjunto Nacional (JNC VI), basado en las recomendaciones de la Asociación Americana del Corazón, la Sociedad Americana de Hipertensión y la Organización Panamericana de la Salud.

Adecuada técnica en la medición de la tensión arterial:

- La persona debe estar sentada en una silla con su espalda apoyada, sus antebrazos apoyados y sus brazos a nivel del corazón.
- No haber fumado o ingerido cafeína durante los 30 minutos previos a la medición.
- La medición debe hacerse después de cinco minutos de reposo.
- El tamaño del brazalete debe ocupar el 80% de la longitud total del brazo.
- Preferiblemente con un esfigmomanómetro de mercurio, o manómetro anerode recientemente calibrado o medidor electrónico validado.
- Deben promediarse dos o más mediciones tomadas en forma separada, con un intervalo de dos minutos.
- Si las dos primeras mediciones difieren por más de 5 mmHg, se deben obtener y promediar mediciones adicionales.

Para la toma de la tensión arterial se deben cumplir los siguientes requisitos:

- Perfecto funcionamiento del equipo utilizado.
 - Personal médico y de enfermería capacitado y entrenado.
 - Capacidad para identificar el significado de los datos obtenidos en la toma.
- No siempre la toma de presión arterial en el consultorio es la más objetiva, por eso en ocasiones se deben considerar las cifras tomadas en la casa o hacer mediciones ambulatorias por 24 horas, cuyo uso se **limita a ciertas situaciones especiales para descartar:**

- ✓ **Hipertensión de consultorio o bata blanca.**
- ✓ **Hipertensión episódica.**
- ✓ **Síntomas de hipotensión asociados con medicamentos o disfunción autonómica.**
- ✓ **Síndrome de síncope del seno carotídeo.**
- ✓ **Síndrome de marcapaso.**
- ✓ **Evaluación de resistencia a la droga.**

Clasificación por grados de presión arterial en adultos teniendo en cuenta los resultados de la toma de presión arterial, se clasifica el grado de presión arterial.

7. ESTRATIFICACION DE RIESGO Y TRATAMIENTO

Fuente: Consenso Nacional de Hipertensión y basado en el JNC-VI cuando no se logra la modificación de la presión arterial deseada mediante modificación de estilo de vida, debe iniciarse terapia farmacológica.

En el grupo de riesgo B están contenidos la mayor parte de los pacientes hipertensos. Si están presentes múltiples factores de riesgo, en este grupo se debe considerar el uso de medicamentos antihipertensivos como terapia inicial.
Tratamiento no farmacológico.

El tratamiento no farmacológico está orientado a dar educación en estilos de vida y comportamientos saludables e intervenir los factores de riesgo causantes de la hipertensión arterial.

8. INTERVENCION DE LOS FACTORES DE RIESGO

IMC= Índice de masa corporal c/c=Índice cintura-cadera

Fuente: Fundación Interamericana del Corazón, Prevención Primaria de las Enfermedades Cardiovasculares: Una propuesta para América Latina. 1998.

8.1 MEDIDAS NO FARMACOLOGICAS

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El objetivo del tratamiento farmacológico no debe limitarse sólo al control de las cifras tensionales con metas de 140/90, sino que debe enfocarse a lograr adecuada protección de órgano blanco.

- La elección del tratamiento farmacológico debe ser individualizado y escalonado.
- Se recomienda el uso de diuréticos y betabloqueadores como fármacos de iniciación.
- En la terapia individualizada se cuenta con inhibidores de la enzima Convertidora de Angiotensina IECA, antagonistas de receptores AT1, bloqueadores de los canales de calcio, alfabloqueadores, vasodilatadores, bloqueadores centrales ganglionares.
- El medicamento debe tener buen perfil hemodinámico, baja incidencia de efectos colaterales, proteger órgano blanco.
- Es preferible usar un solo medicamento - monoterapia - y una sola dosis - monodosis esto da comodidad y permite mayor adherencia al tratamiento y menor costo.
- Se debe Iniciar con bajas dosis de medicamento, validado y sustentado mediante investigación de moléculas, con reconocida eficacia, tolerabilidad y la dosis se modifica según la respuesta. La dosis debe ser la menor efectiva, pero teniendo cuidado de no prescribir nunca una dosis subóptima.
- En caso de inadecuado control de cifras de tensión arterial después de uno o dos meses, con buena tolerabilidad al tratamiento iniciado, se procede a aumentar la dosis del medicamento.
- En caso de no obtener control adecuado con dosis máxima se debe considerar un segundo fármaco de grupo diferente, que preferiblemente podría ser un diurético.

- Si la persona no tolera la elección se puede cambiar por medicamento de grupo farmacológico diferente.
- Si no se controla con la anterior recomendación se debe enviar al médico internista y este lo remitirá al especialista (cardiólogo, nefrólogo, neurólogo, oftalmólogo) según el compromiso de la lesión de órgano blanco.
- La persona que ha iniciado Farmacoterapia deben tener controles individualizados con médico general entrenado hasta lograr adherencia al tratamiento y una vez se establezca puede iniciar controles de enfermería cada dos meses. Posterior al control médico se cita para nuevos controles médicos o de enfermería según la situación individual.

9. RESPUESTA INADECUADA AL TRATAMIENTO HIPERTENSIVO

Se considera que hay respuesta inadecuada al tratamiento de la hipertensión arterial en aquellas personas que permanecen con presión arterial mayor de 140/90 a pesar de adecuada adherencia al tratamiento, con tres medicamentos a dosis óptimas (uno de ellos debe ser diurético), o en personas mayores de 60 años en quienes la presión sistólica permanece por encima de 160 a pesar de tomar adecuadamente tres medicamentos en dosis máximas tolerables.

- Se deben descartar algunas circunstancias antes de declarar una respuesta inadecuada al tratamiento como: seudohipertensión, uso de manguito inadecuado, hipertensión de bata blanca, sobrecarga de volumen. Así como daño renal progresivo, exceso de sal, retención hídrica y dosis inadecuada de diurético.
- Las principales causas de inadecuada respuesta al tratamiento son: tabaquismo, persistencia de obesidad, apnea obstructiva del sueño, resistencia a la insulina, consumo de alcohol, dolor crónico, crisis de ansiedad, hiperventilación y crisis de pánico.
- Además, desempeñan un papel importante las interacciones medicamentosas como en este caso los antiinflamatorios no esteroides, esteroides, descongestionantes y simpaticomiméticos que tal vez son los medicamentos que con mayor frecuencia pueden afectar una buena respuesta al tratamiento antihipertensivo.
- Otros aspectos muy importantes para considerar son: dosis subterapéuticas, mala elección del medicamento e inadecuada terapia combinada.

10. MARCO LEGAL

Los programas de Promoción y Prevención (P y P), se encuentran enmarcados en la Ley 100 de 1993, -Art. 48: La seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio.

- Artículos 154 y 170: establecen obligatoria la vinculación de la población a procesos de educación, información y fomento de la salud de manera eficiente y la vigilancia para que estos procesos se lleven a cabo.
- Ley 60 de 1993: Establece que cada municipio debe asignar 5 puntos del monto total del situado fiscal en salud, para actividades de promoción y prevención.
- Resolución 3997 de octubre 30 de 1996 del Ministerio de Salud, por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción, educación y prevención de la salud, en el sistema de seguridad social en salud.

El propósito de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud es garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población.

La Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud entre otras características de las cuales las EPS, IPS y las ESES hacen parte fundamental y que son elementos tales como:

- ✓ El principal objetivo del Sistema es mejorar la salud de la población.
- ✓ Se enmarca en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- ✓ Reconoce la heterogeneidad del país, esto constituye un desafío para la organización de la prestación de servicios de salud, que obliga la búsqueda de esquemas flexibles que den cuenta de las diferencias y que responda a las realidades epidemiológicas, sociales y culturales de la población.
- ✓ Promueve los enfoques de atención centrada en el usuario y mejoramiento continuo de la calidad, como ideales de la prestación de servicios de salud.

El Ministerio de la Protección Social de acuerdo a la normativa vigente, a la problemática detectada y a las recomendaciones de los actores del SGSS, formuló la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, que determina los lineamientos estratégicos sobre los cuales se debe regir la prestación de los

servicios de salud en Colombia y que son la directriz para orientar la planeación de las EPS, IPS, ESES.

- Admite que la prestación de servicios de salud, se desarrolla en un escenario descentralizado, con definición de competencias, recursos y acciones de control de la prestación de servicios en las entidades territoriales.

- Reconoce que la prestación de servicios se desarrolla en condiciones de ajuste fiscal y en un entorno de competencia.

- Permite el diseño y aplicación de diferentes modelos de prestación de servicios, de manera que su organización de respuesta a las necesidades y condiciones particulares de la población, en especial a la que se encuentra en situación de vulnerabilidad.

- Reconoce la necesidad de explorar y fortalecer todas las posibilidades que tienen las comunidades de organizarse para solucionar sus problemas de salud y de articular la respuesta de los prestadores de servicios de salud a las necesidades de sus usuarios.

- Admite la necesidad de generar capacidades e incrementar habilidades en los individuos, grupos, organizaciones, instituciones y comunidad, con el fin de lograr los objetivos y metas del sistema de salud.

- Reconoce la rendición de cuentas como un elemento fundamental para la óptima utilización de los recursos, y para lograr que la población reciba un trato semejante ante necesidades semejantes.

Los Objetivos trazados corresponden a:

- Mejorar el acceso a los servicios de salud.
- Mejorar la calidad de la atención en salud.
- Generar eficiencia en la prestación de servicios de salud y lograr la sostenibilidad financiera de las IPS, EPS, ESES.

11. RESPONSABILIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

Las competencias establecidas en el decreto 3039 de 2007, corresponde a las Instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS, frente al Plan Nacional de Salud Pública, asumir las siguientes responsabilidades:

- 1- Adoptar y aplicar las políticas, normas técnico-científicas, administrativas y financieras requeridos para el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Salud Pública.
- 2- Cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud - SOGCS.
- 3- Implementar mecanismos de seguimiento, evaluación y mejoramiento continuo de las acciones de promoción de la salud y prevención de los riesgos.
- 4- Generación de la información requerida por el sistema de información de salud.
- 5- Participar en la operación de la vigilancia en salud en sus componentes en salud pública, salud en el entorno laboral e inspección, vigilancia y control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud

12. EL MODELO DE GESTIÓN FARMACÉUTICA

Es el conjunto de condiciones esenciales, técnicas de planeación y gestión del servicio, procedimientos para cada uno de los procesos del servicio farmacéutico y la elaboración de guías para actividades críticas (Decreto 2200 de 2005, Art. 14, modificado por el Decreto 2330 de 2006, artículo 4º.)

Disposiciones

El Modelo de Gestión del Servicio farmacéuticos está contenido en la Resolución 1403 de 2007 y el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos del Servicio farmacéutico adoptado por el artículo 28 de la misma.

Acciones de Vigilancia y Control en relación con la aplicación del Decreto 2200 de 2005 y 2330 de 2006, Resolución 1403 de 2007. "El Ministerio de Protección Social, Dirección General de Calidad de Servicios, Grupo de Medicamentos e Insumos, en concepto de 6 de diciembre de 2007, dijo sobre el tema lo siguiente:"El artículo 22 de la Resolución 1403 de 2007 establece que, ejercerán la inspección, vigilancia y control (sin perjuicio de la competencia atribuida a otras autoridades)

13. ANALISIS ESTADISTICOS

El ser humano como fuente integradora de aspectos emocionales, intelectuales y sociales, desarrolla estrategias necesarias para la conservación de su estructura y funcionalidad, contribuyendo cada vez a un mejor nivel y calidad de vida. Una de estas estrategias es el auto cuidado que puede verse afectado cuando el individuo se encuentra ante el riesgo o la presencia de sufrir hipertensión arterial. La situación de enfermedad puede generar modificaciones en los estilos de vida y factores psicosociales como la depresión, hostilidad, ansiedad, aislamiento social y estrés, que pueden influir en la ocurrencia de un evento coronario o la muerte, por ende desarrolla el individuo un auto cuidado adquirido para conservar la salud, cuidarla y protegerla.

El tratamiento de la hipertensión arterial esta caracterizado por el marcado impacto emocional, los cambios necesarios en el estilo de vida y la capacidad de agencia de auto cuidado que el individuo y su familia requieren para minimizar los factores de riesgo cardiovascular; dentro de las medidas protectoras como parte del tratamiento de la hipertensión arterial, se encuentran: la realización de ejercicio físico, adaptación a nuevos regímenes nutricionales, peso ideal, disminución del consumo de licor y del cigarrillo, adherencia al tratamiento farmacológico y el manejo de respuestas psicológicas.

14. PROCEDIMIENTO

Los participantes en la investigación fueron personas adultas hospitalizadas con diagnóstico de hipertensión arterial confirmada. Se explicó a cada persona el objetivo de la investigación junto con el consentimiento de participación en el estudio y se garantizó la absoluta reserva de la información suministrada. Posteriormente, el participante procedía a diligenciar la encuesta, sin participación directa del investigador, quien la recogía 30 minutos después y resolvía inquietudes sobre el diligenciamiento.

Finalizado el proceso de recolección de datos, se introdujo la información recopilada, en una hoja de cálculo utilizando el programa de Excel. Se determinó el puntaje total de cada ítem, calculando el valor de la respuesta por el número de participantes, para una p

15. MODELO DE ENCUESTA REALIZADA

1. GENERO

FEMENINO: _____ MASCULINO: _____

2. EDAD: _____

3. ES USTED:

PACIENTE HIPERTENSO: _____

PACIENTE DIABETICO: _____

OTRA ENFERMEDAD: _____

4. MANTIENE CONTROL DE SU HIPERTENSION MEDIANTE:

Control médico: _____

Consumo de medicamentos: _____

Dieta alimentaria: _____

Ejercicio físico: _____

5. Vive usted con:

Esposo(a)-hijos: _____

Familiar: _____

Solo: _____

Otros: _____

6. En su familia hay o hubo alguien con problemas de tensión arterial alta:

Si: _____ No: _____

Rango de Consanguinidad:

Abuelos: _____ Hermanos: _____

Padres: _____ Tíos: _____

Hijos: _____

7. Usted:

Fuma: _____

Consumo alcohol: _____

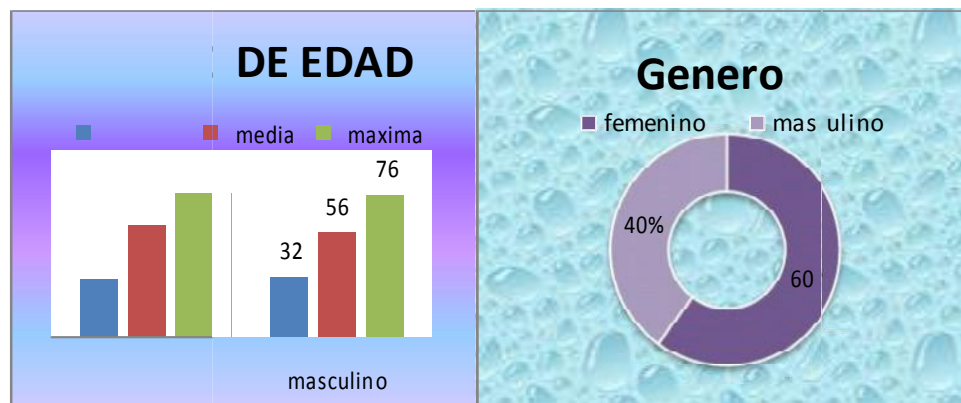
8. Es usted cumplido con las dosis y hora exacta en sus medicamentos:

Si: _____ No: _____

16. RESULTADOS

Descripción demográfica:

El 60 % de los participantes pertenecen al género femenino con una edad media de 60 años, con una edad mínima de 31 años y una edad máxima de 77 años y el 40 % de los participantes correspondieron al género masculino con una edad media de 56 años, en los rangos de 32 a 76 años.



Con respecto a la edad, las personas con hipertensión arterial se ubicaron en el rango de edad mayor de 60 años (49 %), dato conforme con el comportamiento de la hipertensión arterial a medida que avanza la edad, el 39 % de las personas hipertensas se encontró en el rango de edad de 46 a 60 años y un 12 % de los individuos pertenecían al rango de edad de los 30 a 45 años, personas que aun se encuentran en su etapa productiva.

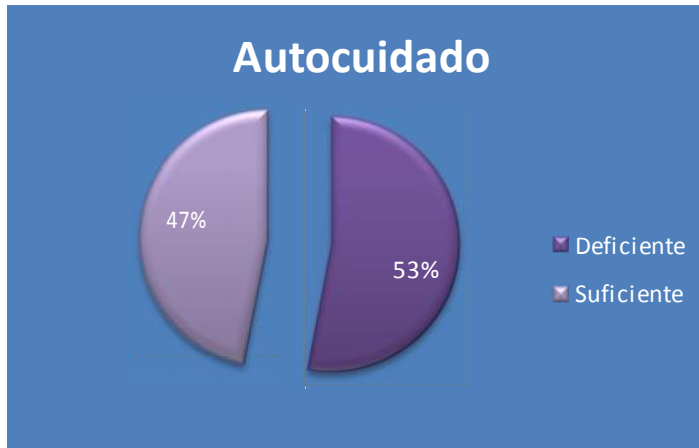


La media resultante en los participantes correspondió a 716, con una desviación estándar de 73, lo que significa que los resultados estuvieron algo dispersos,

además, la encuesta con puntuación más baja fue de 55 puntos y la más alta fue de 90 puntos.

Según los resultados arrojados se encontró que:

- El 53 % de las personas hospitalizadas con HTA presentaron deficiente capacidad de auto cuidado.
- El 47 % de las personas hospitalizadas con HTA tuvieron Suficiente capacidad de auto cuidado.



17. PROPUESTA DE TRABAJO Plan Estratégico de Trabajo

17.1 ESTRATEGIA I

Objetivo: Educación a toda la población sobre la hipertensión

Plan de Acción: Realizar talleres explicando el tema de hipertensión dónde se entregaran plegables sobre lo más importante de esta enfermedad y de algunos medicamentos utilizados en el tratamiento de la hipertensión.

LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

En toda visita médica se debe verificar la presión sanguínea



¿QUE ES LA HIPERTENSIÓN?

Es aquella presión mayor o igual 140/90 mmhg registrada a un mismo paciente en diferentes oportunidades estando en reposo.

¿QUE TIPOS DE HIPERTENSION EXISTEN?

HIPERTENSIÓN ESENCIAL: Es la que se presenta entre el 75% y el 80% de los Hipertensos y a la cual no se le conoce causa.

HIPERTENSIÓN SECUNDARIA: Es la que se presenta al 20% de los hipertensos y **puede ser causada por otras enfermedades como:**

Diabetes, Obesidad, Alteraciones, Cardiovasculares, Insuficiencia Renal, Enfermedades de alta Gravedad, entre otras.

SIGNOS Y SINTOMAS

Al inicio suele no presentar señal alguna; pero a medida que va avanzando puede causar síntomas como:

Dolor de cabeza, Mareos, Palpitaciones, Hinchazón de los tobillos y pies, Visión borrosa, Dificultad respiratoria y cansancio.

FACTORES DE RIESGOS

- ➡ La raza: La raza Negra tiene más probabilidad de ser Hipertenso.
- ➡ La obesidad: El riesgo de ser hipertenso es alto.
- ➡ El sedentarismo: La quietud puede generar obesidad.
- ➡ El estrés: Las preocupaciones alteran el ánimo.
- ➡ La edad: Entre más adulto se es, el riesgo es más alto.
- ➡ El cigarrillo: Deteriora las arterias y afecta los pulmones.
- ➡ El café: Aumenta la tensión arterial.
- ➡ El Medicamento: Evitar la automedicación y los problemas relacionados con la utilización de medicamentos (P.R.U.M.).

COMPLICACIONES

La presión arterial debe mantenerse controlada, ya que se corre el riesgo de padecer:

- * Ataques cardiacos,
- * Daño de riñón,
- * Infartos,
- * Daños cerebrales como: Trombosis y derrames.

RECOMENDACIONES

- ➔ Realizar ejercicio físico de intensidad ligera o moderada durante 30 minutos como mínimo tres (3) veces a la semana.
- ➔ Reducir el consumo de “SAL” en las comidas.
- ➔ Evitar consumir al máximo las “GRASAS”.
- ➔ Bajar el consumo de los “DULCES” como: helados, mecatos, bebidas, gaseosas etc.

“Con un tratamiento adecuado y controles constantes se puede retrasar y a veces detener las complicaciones, por lo cual el paciente puede gozar de una buena calidad de vida.”



¡ES POSIBLE DE GOZAR DE BUENA SALUD – CUIDATE!

17.2 ESTRATEGIA II

Objetivo: Obtener los datos personales del paciente, grado de conocimiento de la enfermedad, antecedentes familiares de Hipertensión, y adherencia al tratamiento farmacológico e informar en que consiste la Atención Farmacéutica.



Plan de Acción:

- Se ingresará en una ficha elaborada para el estudio los datos generales (nombre, edad, sexo, domicilio y teléfono), antecedentes familiares.
- Se registrará información de su enfermedad y otras patologías asociadas
- Datos de los medicamentos que usa en la actualidad.
- Datos físicos del paciente (peso, talla, índice de masa corporal, presión arterial)
- Se les aplicara una encuesta para obtener los hábitos de vida como alimentación, actividad física, consumo de alcohol y tabaco.
- Se realizará una encuesta para medir: el grado de conocimiento del paciente sobre su enfermedad y los medicamentos que utiliza.
- Se le explicará y entregará un folleto educativo sobre el rol del Regente de Farmacia y el ejercicio de la Atención Farmacéutica.
- Se responderá dudas y consultas al paciente e y se orientara para que sea incluido en el programa el programa de hipertensos de su EPS o ARS según corresponda.

17.3 ESTRATEGIA III

Objetivo: Educar al paciente sobre los hábitos de vida saludable y la importancia de estos para mantener un buen control de la Diabetes.



Plan de acción.

- ✓ Se medirá la presión arterial y peso.
- ✓ Se revisarán los exámenes de glicemia, colesterol y triglicéridos.
- ✓ Se explicará y se le hará entrega de un folleto sobre hábitos saludables que mejoren la calidad de vida del paciente.
- ✓ Se determinará los posibles PRM.
- ✓ Se responderán las consultas del paciente.

CONCLUSIONES

- ❖ A través de los estudios epidemiológicos de cohorte y transversales y de alguna meta-análisis de estudios descriptivos, se sabe de la alta prevalencia de la enfermedad y de la relación entre la hipertensión arterial y la enfermedad cardiovascular. Este mismo conocimiento permite tomar decisiones acerca de la importancia de controlar las cifras de presión arterial y del impacto que se espera con las diferentes medidas terapéuticas.
- ❖ La hipertensión arterial es el factor de riesgo más común para morbi-mortalidad cardiovascular en el mundo.
- ❖ En la actualidad, se estima que el 25% de la población mundial es hipertensa, y ello podría llegar al 29% para el año 2025. En general, a pesar de los avances en el diagnóstico y el tratamiento, menos de la tercera parte de los pacientes hipertensos están adecuadamente controlados, y un porcentaje significativo de éstos aún presenta riesgo aumentado de futuros eventos comparados con la población de no hipertensos. A medida que se mejora el desarrollo socioeconómico de los países, la prevalencia de hipertensión arterial aumentará, tendencia que podría cambiarse instaurando modificaciones del estilo de vida en estas poblaciones.
- ❖ En Colombia, la prevalencia de hipertensión en algunas zonas urbanas es de 14,1%. La mortalidad proporcional (datos de 1999) de la enfermedad hipertensiva, es de 9,7% en hombres y 12,2% en mujeres, en relación con la mortalidad cardiovascular general (la cual es de 23,4% y 33,5% respectivamente). La tasa estandarizada de muerte por enfermedad hipertensiva (en 1994) era de 27,59 en hombres y de 27,34 en mujeres (por cada 100.000). La prevalencia de la hipertensión arterial ajustada por edad aumenta con los años, similar a lo que se observa en la población de los Estados Unidos.
- ❖ La situación de la Hipertensión Arterial Sistémica en el ámbito mundial, nacional y local con relación a sus tasas de prevalencia y mortalidad, son preocupantes, más aun por que la acciones para reducirlas, controlarlas y prevenirlas han sido mínimas y la poca concientización de la población, en especial la afectada; de llevar un estilo de vida saludable.
- ❖ La Hipertensión Arterial es una de las principales causas de defunción, egreso por urgencias y de consulta externa; indicando de esta manera la necesidad de realizar acciones inmediatas encaminadas a mejorar considerablemente dicho panorama.

GLOSARIO

ACCESIBILIDAD: Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema de Seguridad Social en Salud.

CONTINUIDAD: Es el grado el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basadas en el conocimiento científico.

FARMACO: Es el principio activo de un producto farmacéutico.

FARMACO-VIGILANCIA: Es la ciencia y actividades relacionadas con la detección, evaluación, entendimiento y prevención de los eventos adversos o cualquier otro problema relacionado con medicamentos.

INDICACIONES: Estados patológicos o padecimientos a los cuales se aplican un medicamento.

INTERACCIONES: Influencia que tiene un medicamento, alimento u otra sustancia sobre el comportamiento o la eficacia de otro medicamento.

MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE: Medicamento de venta sin prescripción facultativa o venta libre. Medicamentos que el consumidor puede adquirir sin la medicación del proscriptor y que esta destinados a la prevención, tratamiento o alivio de síntomas, signos o enfermedades leves que son reconocidas adecuadamente por los usuarios.

MEDICAMENTO ESENCIAL: Es aquel que reúne características de ser el más costo efectivo en el tratamiento de una enfermedad, en razón de su eficacia y seguridad farmacológica, por dar una respuesta más favorable a los problemas de mayor relevancia en el perfil de morbi-mortalidad de una comunidad y porque su costo se ajusta a las condiciones de la economía del país. Corresponde a los contenidos en el listado de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, POS, del Sistema de Seguridad Social en Salud.

MEDICAMENTO: Es aquel preparado farmacéutico obtenido a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentado bajo forma farmacéutica que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la enfermedad. Los envases, rótulos, etiquetas y empaques hace parte integral del medicamento, por cuanto estos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado.

OPORTUNIDAD: Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta del servicio en relación con la demanda y con el nivel de coordinación Institucional para gestionar el acceso a los servicios.

PACIENTE: Persona a quien se prescribe el o los medicamentos o que va a usarlos, en el caso de los de venta libre.

PERFIL FÁRMACO-TERAPEUTICO: Es la relación de los datos referentes a un paciente, su tratamiento farmacológico y su evolución, realizada en el servicio farmacéutico, con el objetivo de hacer el seguimiento farmacológico que garantice el uso seguro y eficaz de los medicamentos y detecte los problemas que surjan en la farmacoterapia o el incumplimiento de la misma.

PERTINENCIA: Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

PRESCRIPCIÓN, FÓRMULA U ORDEN MÉDICA: Orden escrita emitida por el médico para que una cantidad de uno o varios medicamentos especificados en ella sea dispensada a persona determinada.

PRINCIPIO ACTIVO: Compuesto o mezcla de compuesto que tiene una acción farmacológica.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL USO DE MEDICAMENTOS (PRUM):

Corresponde a causas prevenibles de problemas relacionados con medicamentos, asociados a errores de medicación (prescripción, dispensación, administración o uso por parte del paciente o cuidador), incluyendo los fallos en el Sistema de Suministros de Medicamentos, relacionados principalmente a la ausencia en los servicios de procesos administrativos y técnicos que garanticen la existencia de medicamentos que realmente se necesiten, acompañados de las características de efectividad, seguridad, calidad de la información y educación necesaria para su uso correcto. Estos problemas se pueden clasificar de la manera siguiente: relativos a la disponibilidad, relativos a la calidad, relativos a la prescripción, relativos a la dispensación, relativos a la administración y relativos al uso.

PROCEDIMIENTO: Conjunto acciones que deben realizarse, precauciones que ha de tomarse y medidas que deberán aplicarse, para la elaboración de un producto.

SEGURIDAD: Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basados en evidencia científicamente comprobadas que propende por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o mitigar sus consecuencias.

TOXICIDAD: Es la capacidad del producto de generar directamente una lesión o daño a un órgano o sistema.

TRANZABILIDAD: Capacidad para seguir la historia, la aplicación o localización de todo aquello que está en consideración en un medicamento especialmente lo relacionado con el origen de los materiales, el proceso de elaboración y la localización del producto después de salir del sitio de elaboración.

USO ADECUADO DE MEDICAMENTOS: Es el proceso continuo, estructurado y diseñado por el Estado, que será desarrollado e implementado por cada institución, que busca asegurar que los medicamentos sean usados de manera apropiada, segura y efectiva.

CIBERGRAFIA

www.medicosgeneralescolombianos.com

www.riesgovacular.com

cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2005/fcm385i/doc/fcm385i.pdf

www.sefap.org/modules/fap/manual/Tema%2012/01%20Tema%2012.pdf

www.slideshare.net/.../servicio-farmacéutico-decreto-2200 - Estados Unidos -

www.medicosgeneralescolombianos.com

www.riesgovacular.com