

**Evaluación sobre el uso racional y adecuado de medicamentos antihipertensivos entregados
a los pacientes adscritos al programa de promoción y prevención de la clínica de
especialista María Auxiliadora “CEMA” S.A.S, en la ciudad Valledupar durante el período
de abril a julio del 2022**

Sandra Mejía Torres

Osmany Teresa Oñate Arias

Alexandra Rosmery Sanjuan Arias

Asesora

Universidad Nacional Abierta y Distancia - UNAD

Escuela de Ciencias de la Salud - ECISA

Tecnología en Regencia de Farmacia

2022

Dedicatoria

Nuestro Creador, que es el que permite y nos da la oportunidad para que alcancemos los logros anhelados con la bendición de darnos la vida y aprender a confiar en él y que en medio de las oportunidades y dificultades siempre nos sostuvo con su mano y nos envió ángeles que abrieron cada una de las puertas para que hoy en día termináramos con alegría este proyecto de grado.

A la Escuela de Salud – ECISALUD – UNAD, del programa Regencia de Farmacia, por intermedio de docentes en los cuales nos formaron mediante su conocimiento como seres integrales comprometidos con el desarrollo de una comunidad.

Al Q.F. Sircarlos Molina R., por depositar la confianza y entregarnos el reto de formar el primer semillero de la carrera de Regencia de Farmacia CEAD Valledupar: Investigadores Centrados en la Educación y Uso de los Fármacos (ICEDUF), enseñarnos la importancia de la investigación y por medio de ella contribuir al desarrollo de las entidades. A los integrantes de este semillero por su colaboración y tiempo, lo anterior sirvió de base para que tomáramos la iniciativa de realizar un proyecto de grado basados en el conocimiento que obtuvimos durante este proceso. A nuestra Asesora de proyecto Alexandra Sanjuán Arias, por sus conocimientos, aportes, tiempo, paciencia y constancia en este proyecto. Gracias por ser el motor impulsador y que a pesar de las múltiples dificultades por la problemática global de la pandemia COVID – 19 siempre estuvo dando esperanza que este proyecto se iba a culminar exitosamente.

Director Cead Valledupar, Mario Bolaño, Ingrid Pérez, Walter Mejía y Hamilton García, por abrirnos su oficina, responder mensajes y disposición para colaborarnos en cada una de las peticiones que le solicitamos y se convirtieron en puentes de comunicación ante cualquier dificultad que se nos presentó durante este largo proceso y nos demostraron que la UNAD todos somos una familia.

Tutores: Alexandra Bolaño, Roger Ravelo, donde fueron apoyo con sus conocimiento y guía durante este proceso.

A la clínica de Especialistas María Auxiliadora “CEMA” Valledupar, la Dra. Judit Muniver, por abrirnos las puertas y depositar la confianza en la ejecución del proyecto, la jefe de Enfermera Tania por ser el enlace de comunicación con los pacientes hipertensos del programa de promoción y prevención para que nos colaboran en la realización de las diferentes actividades.

A nuestros padres, esposos, hijos, hermanos, amigos que estuvieron a nuestro lado impulsándonos a seguir y motivándonos a no desistir en este camino que en muchas veces se tornaban gris, pero con sus palabras de aliento nos alumbraron la esperanza y renacer las ganas de la persistencia para no desistir.

Les socializo mis agradecimiento en mi lengua ancestral y sirva de motivación para muchos de mi etnia Arhuaka: Iwa ema nukunika awundi niwe'zari anakun nu'na niwekuchona awuye'ri, ema niwikunchonuyari zeynari ni awiri miwi tagwi yu'nunno niwinha'chwi twire' niwikuyana una jinari. Duni duni. (“Hoy cuando vemos culminado este proyecto, les dedicamos este logro a todos ustedes por creer en nosotras. Gracias”).

Agradecimientos

En primer lugar, a Dios por orientarme en el camino y fortalecerme espiritualmente para emprender un camino colmado de éxito. A todas aquellas personas que estuvieron presentes en la elaboración de esta meta, de este sueño que es tan significativo para mí, agradecer todas sus ayudas, sus palabras motivadoras, sus conocimientos, sus recomendaciones y su dedicación. A mi esposo por su compañía, comprensión, a motivarme a no desistirme en esta meta que me trace y enseñarme que las metas se alcanzan con perseverancia, constancia, dedicación, responsabilidad y compromiso. Gracias por mostrarme tanto afecto en el sacrificio del tiempo, ausencia y en medio del obstáculo de las desesperanzas y que por la pandemia veías que no podía avanzar siempre estuviste a mi lado animándome con confianza y esperanza de que este proyecto se iba a culminar con éxito. A mi hijo Daniel Dwiareymaku Izquierdo Mejía y mi hermana Verónica Mejía Torres por su paciencia que en medio de su amor me inspiraban que todo es posible.

Por último, quiero agradecer a la base de todo, a mi familia y amigos que quienes con sus consejos me estuvieron animando y fueron mi constante motivación, muchas gracias por su longanimidad y comprensión, y sobre todo por su amor. A mi compañera Osmany Teresa Oñate Arias, mi más sincero agradecimiento que a través del tiempo creamos una amistad, muchas gracias por toda su colaboración, por compartir experiencia, alegrías, frustraciones y múltiples factores que ayudaron a que hoy seamos como familia, por aportarme confianza y por creer juntas en este proyecto, muchas gracias.

Sandra Mejía Torres

Agradecimientos

Este trabajo de grado no habría sido posible sin la ayuda de Dios que permite y da la oportunidad para que sus hijos alcancen sus éxitos con satisfacción y nos demuestra que es un ser de amor e infinita misericordia. Seguidamente a mis padres por su apoyo y enseñarme con su ejemplo, que las dificultades hay que afrontarla y las alegrías recibirlas a manos abiertas.

A mi esposo Keller Antonio, por su colaboración, comprensión, motivación y enseñarme que las metas se alcanzan con dedicación, responsabilidad y compromiso. Gracias por demostrarme tanto amor en medio del sacrificio del tiempo, ausencia, tropezones y desesperanzas por la pandemia estuviste a mi lado dando fuerza, confianza y esperanza que este proyecto se iba a culminar con éxito.

A mis hijos Keren Julieth Y Keller Steven por su paciencia y en medio de su amor me impulsaban a seguir para dejarle con mi ejemplo que todo lo que se proponga y la edad no es el límite para lograr lo que uno quiere y que las nubes no son obstáculo para visualizar el hermoso azul que es el cielo, que el límite solo está en nuestra mente.

A mis hermanos por su apoyo incondicional, fuerza y en cada palabra de aliento me demostraban el inmenso amor que nos tenemos.

Finalmente, a mi compañera Sandra que fue mi coequipera en este proceso que en medio de todo no desistió sino persistió para ver terminado este proyecto de grado con anhelo y alegría.

Osmany Teresa Oñate Arias

Resumen

La hipertensión arterial (HTA) es una patología de consulta frecuente en las instituciones de salud a nivel mundial y está clasificada como una de las enfermedades de alto costo debido a que muchas personas la padecen y no saben.

El propósito de este proyecto de grado es, evaluar el uso racional de los medicamentos antihipertensivos entregados en la Clínica CEMA en el programa de promoción y prevención a los pacientes durante el periodo de mayo y julio del 2022, donde se realizaron encuestas a los pacientes que asistieron a sus controles, donde se evidenció que las poblaciones con mayor asistencia fueron del sexo femenino mayores de 45 años.

De lo anterior expuesto, observamos que los pacientes tienen un alto desconocimiento sobre uso racional, interacciones con los medicamentos, por ejemplo: Polifarmacia terapéutica o ingesta de varios medicamentos para una misma o diferentes patologías de uso diario. Lo anterior conlleva a que generen errores o fallas en la adherencia de la terapia que repercuten en altibajos de la Presión Arterial (PA). Identificando esta situación, surge la inquietante iniciativa de establecer programa de prevención sobre el uso racional de medicamentos y optimizar estrategias que faciliten la comprensión y compromiso por parte de los entes involucrados como son: Enfermeras, nutricionistas, pacientes, servicio farmacéutico, se hace necesario proponer una intervención desde nuestra formación académica en la realización de planes educativos al personal de institución para que puedan contribuir a mejorar la calidad de vida y minimizar la enfermedades secundarias ocasionadas por la hipertensión.

Palabras clave: Conocimiento, uso racional, medicamentos, antihipertensivos, promoción, prevención, adherencia.

Abstract

Arterial hypertension (HTN) is a pathology that is frequently consulted in health institutions worldwide and is classified as one of the high-cost diseases because many people suffer from it and do not know it.

The purpose of this degree project is to evaluate the rational use of antihypertensive drugs delivered at the CEMA Clinic in the promotion and prevention program for patients during the period of May and July 2022, where surveys were carried out on patients who attended their controls, where it was shown that the populations with the highest attendance were females over 45 years of age.

From the foregoing, we observe that patients have a high lack of knowledge about rational use, drug interactions, for example: Therapeutic polypharmacy or intake of several drugs for the same or different pathologies of daily use. The foregoing leads to the generation of errors or failures in the adherence of the therapy that have repercussions in ups and downs of the Arterial Pressure (BP). Identifying this situation, the disturbing initiative arises to establish a prevention program on the rational use of medicines and optimize strategies that facilitate understanding and commitment on the part of the entities involved such as: Nurses, nutritionists, patients, pharmaceutical service, it is necessary to propose an intervention from our academic training in the realization of educational plans for the institution's staff so that they can contribute to improving the quality of life and minimizing the secondary diseases caused by hypertension.

Keywords: Knowledge, rational use, drugs, antihypertensive, promotion, prevention, adherence.

Tabla de Contenido

Introducción.....	17
Planteamiento del Problema.....	19
Descripción.....	19
Formulación del Problema.....	21
Justificación.....	22
Objetivos.....	25
Objetivo General.....	25
Objetivos Específicos.....	25
Marco Teórico.....	26
Antecedentes.....	26
Tratamiento no Farmacológico.....	30
Tratamientos Farmacológicos.....	30
Diagnóstico.....	31
Marco Conceptual.....	32
Breve Reseña Histórica.....	32
Historia de la institución clínica de Especialistas María Auxiliadora (CEMA) S.A.S.....	33
Marco Normativo.....	36
Ley 100/93.....	36
Política Farmacéutica Nacional CONPES 155.....	36
Ley 485 de 1998.....	37
Resolución Número 4003 de 2008.....	37
Resolución 1403 de 2007.....	37

Decreto 1011 de 2006.....	37
Definiciones.....	37
Materiales y Métodos.....	39
Tipo de Estudio.....	39
Enfoque de Estudio.....	39
Diseño Metodológico.....	39
Población.....	39
Muestra.....	39
Fuente de Información.....	40
Procedimiento.....	40
Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	40
Autorización de Datos Personales o Sensibles.....	40
Resultados y Discusión.....	41
Limitaciones.....	100
Conclusiones.....	101
Referencias Bibliográficas.....	104

Lista de Tablas

Tabla 1 <i>Número de pacientes hipertensos por sexos, programa promoción y Prevención “CEMA”</i>	43
Tabla 2 <i>Frecuencia de la población en edades Vs Hipertensión paciente CEMA 2022</i>	44
Tabla 3 <i>Clasificación de mayor a menor frecuencia según la edad</i>	45
Tabla 4 <i>Frecuencia de la población en mujeres Vs. Hipertensión paciente</i>	46
Tabla 5 <i>Clasificación de mayor a menor frecuencia en edad femenina</i>	48
Tabla 6 <i>Frecuencia de la población en masculinos Vs Hipertensión paciente</i>	49
Tabla 7 <i>Clasificación de mayor a menor frecuencia en edad masculino</i>	51

Lista de Figuras

Figura 1 <i>Diagrama de Flujo</i>	24
Figura 2 <i>Clasificación según la Guías para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el siglo XXI</i>	27
Figura 3 <i>Clasificación Sociedad Europea de Cardiología y Sociedad Europea de Hipertensión arterial</i>	27
Figura 4 <i>Equipo para medir la presión arterial</i>	31
Figura 5 <i>Mapa de la ciudad de Valledupar</i>	32
Figura 6 <i>Organigrama Clínica de Especialistas María Auxiliadora S.A.S</i>	35
Figura 7 <i>Distribución por frecuencia absoluta por sexo</i>	41
Figura 8 <i>Distribución por frecuencia relativa por sexo</i>	42
Figura 9 <i>Distribución por frecuencia absoluta por edad</i>	44
Figura 10 <i>Distribución por frecuencia absoluta en edades femenina</i>	47
Figura 11 <i>Distribución por frecuencia relativa en edades femenina</i>	47
Figura 12 <i>Distribución por frecuencia absoluta en edades masculino</i>	50
Figura 13 <i>Distribución por frecuencia relativa en edades masculino</i>	51
Figura 14 <i>Distribución por frecuencia absoluta ocupación</i>	52
Figura 15 <i>Distribución por frecuencia relativa ocupación</i>	53
Figura 16 <i>Distribución de frecuencia absoluta pregunta 1: Tiempo de ser hipertensos</i>	54
Figura 17 <i>Distribución por frecuencia relativa pregunta 1: Tiempo de ser hipertensos</i>	54
Figura 18 <i>Distribución de frecuencia absoluta pregunta 2: Sufre otra patología por sexo</i>	55
Figura 19 <i>Distribución de frecuencia relativa - pregunta 2: Sufre otra patología</i>	56
Figura 20 <i>Distribución de frecuencia absoluta pregunta 3: Otras patologías</i>	57

Figura 21 Distribución de frecuencia absoluta según el número de patologías.....	58
Figura 22 Distribución de frecuencia absoluta en sexo femenino según el número de Patologías.....	59
Figura 23 Distribución de frecuencia absoluta en sexo masculino según el número de patologías.....	60
Figura 24 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 4: Asistencias a control de Hipertensión.....	61
Figura 25 Distribución de frecuencia relativa pregunta 4: Asistencias a control de Hipertensión mensual y trimestral.....	62
Figura 26 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 5: Hábitos y estilos de vida.....	63
Figura 27 Distribución de frecuencia relativa pregunta 5: Hábitos y estilos de vida.....	64
Figura 28 Distribución de frecuencia absoluta por sexo pregunta 5: Hábitos y estilos de vida.....	65
Figura 29 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 6: Numero de medicamentos antihipertensivo utilizado diario.....	66
Figura 30 Distribución de frecuencia relativa pregunta 6: Numero de medicamentos antihipertensivo-utilizados.....	67
Figura 31 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 6: Numero de medicamentos antihipertensivo utilizados según familia farmacológica.....	68
Figura 32 Distribución de frecuencia relativa pregunta 6: Numero de medicamentos antihipertensivo utilizados según familia farmacológica.....	69
Figura 33 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 7: Cumplimiento en horario.....	70
Figura 34 Distribución de frecuencia relativa pregunta 7: Cumplimiento en horario.....	71

Figura 35 <i>Distribución de frecuencia absoluta pregunta 7: Cumplimiento en horario por sexo.....</i>	72
Figura 36 <i>Distribución de frecuencia absoluta pregunta 8: Horario en la toma de medicamento.....</i>	73
Figura 37 <i>Distribución de frecuencia absoluta pregunta 8: Horario en la toma de medicamento por sexo.....</i>	74
Figura 38 <i>Distribución de frecuencia absoluta pregunta 9: Olvido en la toma de medicamentos antihipertensivos.....</i>	75
Figura 39 <i>Distribución de frecuencia absoluta pregunta 9: Olvido en la toma de medicamentos antihipertensivos.....</i>	76
Figura 40 <i>Distribución de frecuencia relativa pregunta 9: Olvido en la toma de medicamentos antihipertensivos.....</i>	76
Figura 41 <i>Distribución de frecuencia absoluta pregunta 10: Responsables de las tomas de medicamentos.....</i>	77
Figura 42 <i>Distribución de frecuencia relativa pregunta 10: Responsables de las tomas de medicamentos.....</i>	78
Figura 43 <i>Distribución de frecuencia absoluta pregunta 10: Responsables de las tomas de medicamentos por sexo.....</i>	79
Figura 44 <i>Distribución de frecuencia absoluta pregunta 11: Al salir, se le ha olvido llevar su medicamento antihipertensivo.....</i>	80
Figura 45 <i>Distribución de frecuencia relativa pregunta 11: Al salir, se le ha olvido llevar su medicamento antihipertensivo.....</i>	80

Figura 46 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 11: Al salir, se le ha olvidado llevar su medicamento antihipertensivo por sexo.....	81
Figura 47 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 12: Tiempo transcurre entre la toma de un medicamento y otro.....	82
Figura 48 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 12: Tiempo transcurre entre la toma de un medicamento y otro.....	83
Figura 49 Distribución de frecuencia absoluta y relativa pregunta 13: Le han cambiado su medicamento.....	84
Figura 50 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 13: Le han cambiado su medicamento por sexo.....	85
Figura 51 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 14: Por qué le cambiaron su medicamento.....	86
Figura 52 Distribución de frecuencia relativa pregunta 14: Por qué le cambiaron su medicamento.....	87
Figura 53 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 14: Por qué le cambiaron su medicamento por sexo.....	88
Figura 54 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 15: Conocimiento de interacción con otros medicamentos.....	89
Figura 55 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 15: Conocimiento de interacción con otros medicamentos por sexos.....	90
Figura 56 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 17: Rebote de presión arterial durante el tratamiento.....	92
Figura 56 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 17: Rebote de presión arterial	

durante el tratamiento por sexo.....93

Figura 58 *Distribución de frecuencia absoluta pregunta 18: Medicamentos utilizados en resfriados por los pacientes.....94*

Figura 59 *Distribución de frecuencia absoluta pregunta 19: Medicamentos utilizados en dolor por los pacientes.....95*

Figura 60 *Distribución de frecuencia absoluta pregunta 20: Información sobre uso adecuado en el programa P y P.....96*

Figura 61 *Distribución de frecuencia absoluta pregunta 20: Información sobre uso adecuado en el Dispensario.....97*

Lista de Apéndices

Apéndice A <i>Solicitud a la Clínica para ejecución del proyecto de grado (UNAD)</i>	111
Apéndice B <i>Formato autorización datos personales</i>	112
Apéndice C <i>Formato encuesta: Seguimiento terapéutico</i>	113
Apéndice D <i>Consolidación Encuesta en línea 1</i>	118
Apéndice E <i>Consolidación Encuesta en línea 2</i>	119
Apéndice F <i>Registro fotográfico</i>	120
Apéndice G <i>Educación por medio de infografía entregada a los pacientes del programa de hipertensión de la clínica CEMA Valledupar sobre la hipertensión</i>	124

Introducción

El proyecto de grado tiene como propósito evaluar sobre el uso racional y adecuado de medicamentos antihipertensivos entregados a los pacientes adscritos al programa de promoción y prevención de la Clínica de Especialista María Auxiliadora “CEMA” S.A.S, en la ciudad de Valledupar, durante los meses de abril y julio del 2022.

La Hipertensión Arterial (HTA) constituye uno de los problemas médico-sanitario más importantes de la medicina contemporánea, ello conlleva a que en todos los países el control de ella es la piedra angular sobre la que hay que actuar para disminuir, en forma significativa la morbi-letalidad por cardiopatía coronaria, enfermedades cerebrovasculares y renales.

En relación con la problemática expuesta, la Organización Mundial de la Salud, afirma que la hipertensión rara vez produce síntomas en las primeras etapas y en muchos casos no se diagnostica. Los casos que se diagnostican a veces no tienen acceso al tratamiento y es posible que no puedan controlar con éxito su enfermedad a largo plazo. Por lo anterior, se hace necesario la detección temprana, el control de la presión arterial mediante tratamientos farmacológicos y no farmacológicos como son: Hábitos y estilo de vida saludables, ingesta baja en sal, evitar consumo de alcohol, tabaco, obesidad y sedentarismo, si no se emprenden dichas acciones el paciente estará expuesto a factores que aumenten la incidencia de desarrollar accidentes cerebrovasculares, cardiovascular e insuficiencia renal que conllevan a la mortalidad a dicha población.

Es entonces pertinente establecer programas de educación que permitan a los pacientes permanecer informado sobre el tipo de fármacos que consumen y las alteraciones que se pueden presentar por el mal uso de ellos y la responsabilidad de las instituciones fomentar el

autocuidado lo que al final puede permitir un pronóstico favorable de la enfermedad y calidad de vida a los pacientes.

Planteamiento del Problema

Descripción

El presente trabajo tiene una línea de investigación de salud y bienestar, de la sub-línea de investigación Enfermedades crónicas y degenerativas. A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S. 2013), define hipertensión arterial (HTA) como un trastorno que produce presiones arteriales persistentes, iguales o superiores a los 140/80 mm Hg. La HTA es un problema grave de salud pública mundial y es considerada una enfermedad de origen multifactorial, se destaca entre ellos la herencia, factores ambientales, índole económico, social, cultural, étnico y sexo debido, a que podría influir la carga genética, la raza y el sexo, Además, existen algunos factores metabólicos que aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal y otras complicaciones de la hipertensión como la diabetes, la hipercolesterolemia el sobrepeso o la obesidad e inclusive factores comportamentales como el consumo de alcohol, tabaco y sedentarismo.

Si no se aborda a tiempo, el problema de la hipertensión tendrá importantes repercusiones económicas y sociales. Constituyendo uno de los problemas médico-sanitario más importantes de la medicina contemporánea, ello conlleva a que muchos países tengan programas de promoción y prevención para controlar dicha patología y minimizar los riesgos que desencadenan en otras enfermedades e incidir en las interacciones en el uso de sustancias medicamentosas utilizadas con el tratamiento antihipertensivo por desconocimiento del uso racional de medicamentos y por ello la OMS la hipertensión es clasificada como una enfermedad grave en problema de salud pública a nivel mundial

De igual forma la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S), ha clasificado a la hipertensión como uno de los principales factores de riesgo para sufrir enfermedad

cardiovascular que cada año ocurren 1.6 millones de muertes debido a esta patología en la región de las Américas, de las cuales alrededor de medio millón son personas menores de 70 años, lo cual se considera una muerte prematura y evitable. Por lo anterior, la OPS impulsa políticas y proyectos para incidir desde la salud pública en la implementación de estrategias que ayuden en minimizar los riesgos de la hipertensión arterial a través de políticas de promoción y prevención.

Por otro lado, en Colombia según el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, las principales causas de mortalidad en Colombia por grandes grupos, registradas en el periodo 1997-2010, están representadas en primer lugar por las enfermedades del sistema circulatorio, que oscilaron entre un 28 y un 30% de causantes del total de muertes, seguida de las causas externas (17 a 24%) y otras patologías. Cabe señalar que, en el grupo de las enfermedades del sistema circulatorio, las muertes originadas por enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades 132 cerebrovasculares se registraron como las dos primeras causas más frecuentes (45,7% y 23,8%, respectivamente), de las 59.398 muertes registradas en el año 2010, el centro del país concentró el 50,4% de las muertes originadas por las enfermedades del sistema circulatorio.

No obstante, a nivel local se observa en el Plan de Desarrollo Territorial (P.D.T) del Cesar el escenario actual del departamento del Cesar presenta un alto índice de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio: isquémicas del corazón-accidentes cerebro vasculares, donde los factores que lo afectan son los hábitos y estilos de vidas no saludables, deficientes programas de prevención y control y debilidad en las acciones de inspección, vigilancia y control. Sin embargo, es pertinente establecer programas de educación que permitan a los pacientes evaluar y permanecer informado sobre el tipo de fármacos y las alteraciones que se pueden presentar por el mal uso de ellos al momento de la entrega a los pacientes.

Por último, en el programa de promoción y prevención de la Clínica de Especialista María Auxiliadora “CEMA” S.A.S., se hace necesario realizar una investigación a los pacientes hipertensos de la entidad donde evalúe el uso racional de medicamentos antihipertensivos y por medio del estudio se realizaran recomendaciones a la clínica para socializar la importancia de implementación en el programa una educación sanitaria sobre medicamentos a los paciente que tiene como objetivo mejorar el cumplimiento terapéutico, evitar riesgos en usos incorrecto y lo más importante concientizar a los usuarios la importancia del respeto por la dosis correcta, ya que una mala dosificación convierte cualquier medicamento en algo inútil por fallas en adherencia terapéuticas, por consiguiente, se debe implicar al paciente y evaluar el grado de conocimiento esencial para la mejora de sus resultados en salud.

Actualmente existen multitud de campañas, intervenciones en las que se abordan temas sobre uso racional de medicamentos, pero no existe una herramienta que permita establecer el grado de conocimiento de base para que las intervenciones sean realmente efectivas, es por ello por lo que se debe promover para obtener una buena calidad de salud a dicha población.

Formulación del Problema

Después de recopilar, examinar y clasificar la información nos surge el siguiente interrogante: ¿En qué medida los pacientes adscritos al Programa de Promoción y Prevención de la Clínica de Especialista María Auxiliadora “CEMA” S.A.S., están haciendo un uso racional y adecuado de los medicamentos antihipertensivos entregados para su patología en la ciudad de Valledupar durante el periodo de abril a julio del año 2022?

Justificación

El presente trabajo de investigación tiene como propósito evaluar sobre el uso racional y adecuado de medicamentos antihipertensivos entregados a los pacientes adscritos al programa de promoción y prevención de la Clínica de Especialista María Auxiliadora “CEMA” S.A.S., durante los meses de abril y julio del 2022.

La Hipertensión Arterial (HTA) constituye uno de los problemas médico-sanitario más importantes de la medicina contemporánea, ello conlleva a que en todos los países el control de ella es la piedra angular sobre la que hay que actuar para disminuir, en forma significativa, la morbi-letalidad por cardiopatía coronaria, enfermedades cerebrovasculares y renales (Sellen, J. 2008).

Sin embargo, durante la enfermedad se hace necesario hacer un seguimiento debido a que el mecanismo de acción de los tratamientos antihipertensivos es controlar o mantener la presión arterial dentro los rangos normales, por consiguiente, los pacientes deben tener un acertado tratamiento para minimizar los efectos adversos o desarrollar otras patologías como consecuencia de un mal manejo en el uso racional y adecuado en su tratamiento.

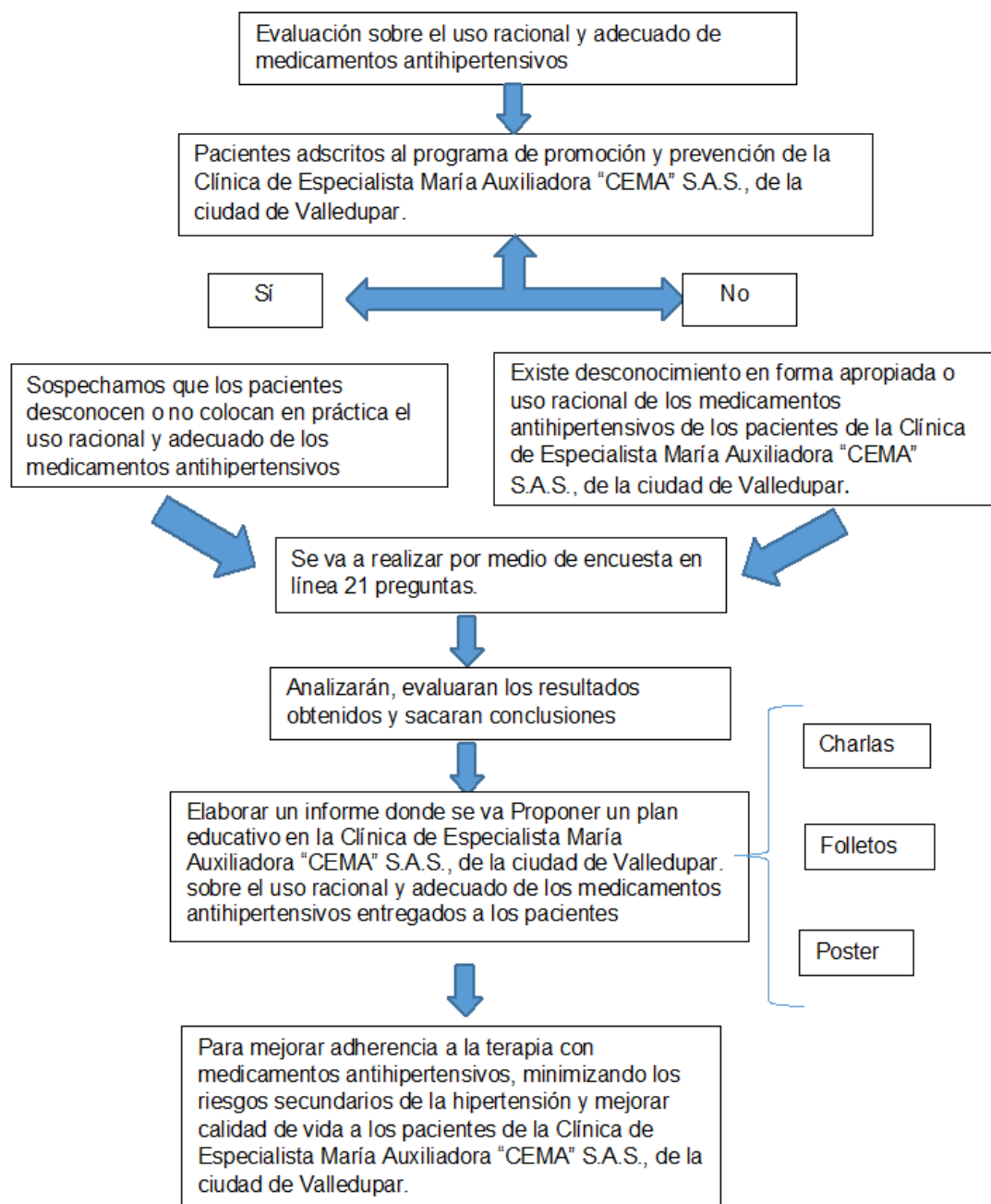
En la Clínica de Especialista María Auxiliadora “CEMA” S.A.S., de la ciudad de Valledupar, existe el programa de Promoción y Prevención y dentro de la población hacen parte los pacientes con diagnósticos de hipertensión arterial. Dentro de este programa se brinda apoyo y acompañamiento a los pacientes, tratando de crear consciencia sobre los riesgos de enfermedad, los controles y la adherencia que deben tener al tratamiento farmacológico.

Todo lo anterior establece la necesidad prioritaria de establecer estrategias sobre el uso racional del medicamento a nivel institucional, local que permitan obtener un uso adecuado, responsable, propicio y eficiente de las alternativas terapéuticas antihipertensivas disponibles,

optimizando los resultados sanitarios en los usuarios focalizados en el programa de hipertensión, donde se pretende evaluar a los pacientes con medicamentos antihipertensivos que hacen parte del Programa de Promoción y Prevención en la Clínica de Especialista María Auxiliadora “CEMA” S.A.S., durante los meses de abril y julio del 2022 de la ciudad de Valledupar, para determinar si están haciendo un uso racional y adecuado de estos medicamento, buscando además contribuir a fortalecer el control y seguimiento de estos pacientes y mejorar su condición clínica, debido en que en Colombia el Ministerio de Salud a través de sus secretarías departamentales desarrolla y aplica la mayor parte de la legislación en los reglamentos relativos a los productos farmacéuticos como también el uso que se debe hacer de ellos, sin embargo en muchos casos al consumidor final no llegan las políticas educativas que “existen” sobre medicamentos donde los pacientes desconocen la información o no comprenden sobre la eficacia, seguridad, calidad de los medicamentos a consumir, hábitos y estilo de vidas saludables etc.

En las generalizaciones anteriores se hace necesario realizar el aporte de este estudio a la clínica entregando un informe con datos estadísticos en la recolección de datos mediante encuestas y de observación directa para así brindar las recomendaciones para los pacientes adscritos al programa orientándolos a que conozcan la información, causas de la enfermedad, efectos adversos, uso racional, interacciones medicamentosas por la polifarmacia y así minimizar los fracasos terapéuticos que puede significar complicaciones o muerte para dicha población.

Figura 1 Diagrama de Flujo



Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

Objetivos

Objetivo General

Evaluar a los pacientes con medicamentos antihipertensivos que hacen parte del Programa de Promoción y Prevención en la Clínica de Especialista María Auxiliadora “CEMA” S.A.S., durante los meses de abril y julio del 2022 de la ciudad de Valledupar, para determinar si están haciendo un uso racional y adecuado de estos medicamentos.

Objetivos Específicos

Promover a los pacientes de la Clínica de Especialista María Auxiliadora “CEMA” S.A.S., de la ciudad de Valledupar, la importancia del autocuidado y el uso adecuado de los fármacos antihipertensivos.

Establecer el porcentaje de adherencia a la terapia con medicamentos y las causas que afectan la hipertensión a los pacientes adscritos al Programa de Promoción y Prevención de Clínica de Especialista María Auxiliadora “CEMA” S.A.S., de la ciudad de Valledupar.

Desarrollar un plan educativo en la Clínica de Especialista María Auxiliadora “CEMA” S.A.S., de la ciudad de Valledupar sobre el uso racional y adecuado de los medicamentos.

Marco Teórico

Antecedentes

La hipertensión arterial (HTA) es un síndrome multifactorial de origen genético muy fácil de diagnosticar y de difícil control en el mundo. El abordaje pretende ser simple y práctico para todo aquel médico que tenga que enfrentar a las personas con HTA, sin sacrificar los conocimientos científicos de vanguardia (Sellen. C. 2008). Por consiguiente, se han establecido un nivel que nos indica la presión arterial (PA) sistó-diastólica igual o superior a 140/90 mmHg, respectivamente, tomada en condiciones apropiadas en por lo menos tres lecturas de preferencia en tres días diferentes o cuando la PA inicial sea muy elevada y/o cuando el paciente presente cifras normales bajo tratamiento antihipertensivo.

Kaplan (1990) explica que la hipertensión arterial es una enfermedad que causa problemas cardiovasculares de más altas incidencia a nivel mundial que afecta principalmente a la población adulta, siendo sus consecuencias una importancia de mortalidad e incapacidad y en la actualidad dicha referenciación continúa siendo una problemática de salud pública a nivel mundial.

Las siguientes tablas se detalla la clasificación según la Guías para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el siglo XXI y la Sociedad Europea de Cardiología y Sociedad Europea de Hipertensión arterial, según Castro, H. y Sánchez, M.

Figura 2 Clasificación según la Guías para el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión Arterial en el siglo XXI

CATEGORÍA	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Pre-hipertensión	120 - 139	80 - 89
Hipertensión:		
- Estadio 1	140 - 159	90 - 99
- Estadio 2	mayor o igual a 160	mayor o igual a 100

Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

Figura 3 Clasificación Sociedad Europea de Cardiología y Sociedad Europea de Hipertensión Arterial

CATEGORÍA*	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Óptima	< 120	< 80
Normal	120 - 129	80 - 84
Normal-elevada	130 - 139	85-89
HIPERTENSIÓN:		
Grado 1	140 - 159	90 - 99
Grado 2	160 - 179	100-109
Grado 3	mayor o igual a 180	mayor o igual a 110

Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

De la misma manera Sellen (2008), afirma que el control de la Presión Arterial (PA) es la piedra angular sobre la que hay que actuar para disminuir, en forma significativa, la morbi-letalidad por cardiopatía coronaria, enfermedades cerebrovasculares, renales y es considerada por La Organización Mundial de la Salud como el factor de riesgo que más muertes causa en el mundo, debido a la comorbilidad que presenta con trastornos de tipo cardiovascular, que constituyen la principal causa de mortalidad en países desarrollados, y ya en 1978 el Informe de

Comité de Expertos de la OMS establece por primera vez el efecto beneficioso de las intervenciones contra la Hipertensión Esencial para disminuir la incidencia de los trastornos cardiovasculares.

En la conferencia de expertos convocada en Nairobi el año 1985, la OMS definió "El Uso racional de medicamentos (URM), las medicaciones apropiadas a sus necesidades clínicas a una dosificación que satisfaga sus requerimientos individuales por un período adecuado de tiempo, lo cual se refleja en los costos más bajos para ellos y para su comunidad". Por lo anterior, los pacientes reciben la medicación de acuerdo con sus necesidades clínicas, asegurando que usemos los medicamentos sólo cuando sean requeridos y que comprendamos claramente el motivo de su uso y la forma correcta de utilizarlos en las dosis, intervalos y períodos de tiempo indicados por el profesional de la salud donde se hace necesario la implementación del uso racional de medicamentos a todos los eslabones de la Cadena del Medicamento. (Vera Carrasco, Oscar. 2020).

En las interacciones se conocen como el efecto debido a la combinación de fármacos, estos pueden afectar la evolución clínica del paciente ya que según, (Agustín et al. 2017) mencionan que es importante identificar a los pacientes polimedicados, debido que conllevan un mayor riesgo en cuanto a sus efectos. Por otra parte, (Valdés. 2017), indica que una de las poblaciones más vulnerables a la polimedicación son los hipertensos ya que su tratamiento es complicado debido a las múltiples patologías que presentan, es por ello que varias organizaciones tratan de mejorar las prescripciones para establecer el mejor protocolo terapéutico.

Por consiguiente, El desconocimiento sobre el uso correcto de los medicamentos conlleva a que en muchas ocasiones los pacientes incurran en errores en la administración de sus terapias

y así brindar la información de una manera clara y sencilla que oriente sobre el buen uso, precauciones que deben tener los pacientes con los medicamentos antihipertensivos para minimizar los efectos adversos o inesperados de las sustancias.

Es por ello por lo que, el mal uso de los medicamentos por parte del paciente es debido muchas veces al desconocimiento de estos, generalmente a causa de una falta de información o de comprensión, mala interpretación u olvido de las instrucciones que el paciente ha recibido. Por eso se hace necesario implementar un adecuado seguimiento y control mediante programa que tengan el propósito de educar mediante un esquema de manejo integral desde el momento del diagnóstico, durante el tratamiento enfocados en el autocuidado, conocimiento del uso racional, hábitos saludables, factores de riesgos modificables como son: El consumo excesivo de sodio, grasas y alcohol, el bajo consumo de potasio, el bajo consumo de frutas, verduras y otros alimentos ricos en fibra dietética y la inactividad física, lo anterior conduce al gasto excesivo, a consecuencias graves e indeseables para la salud, así como a pérdidas inadmisibles e innecesarias de recursos en el sistema.

Por otro lado, la dispensación del medicamento correcto con relación al prescriptor y la información que se le suministra al paciente y monitoreo de la terapia es también responsabilidad de un profesional de la salud. Finalmente, se requiere que el paciente al cual se le administra el medicamento cuenta con la información requerida para su uso correcto y así mejorar su adherencia que le permite al paciente mantener y continuar el tratamiento y logre cambios significativos en su comportamiento que mejoren su calidad de vida.

Es por ello, que en nuestro País el sistema de salud está reglamentada en la Ley 100 de 1993 se encarga de reclutar y reorganizar entidades relacionadas con la salud, asimismo establece normas y procedimientos para que las personas y la comunidad tengan acceso a los

servicios de salud, con el objetivo de mejorar su calidad de vida, mediante la implementación a las instituciones de los programas de promoción y prevención para controlar o evaluar el seguimiento de las enfermedades

En relación con la problemática expuesta anteriormente, se han recomendado la administración de tratamientos en la Hipertensión Arterial sistémica son los siguientes:

Tratamiento no Farmacológico

Se fundamenta en las recomendaciones sobre el estilo de vida del paciente, que inciden directamente en su dieta, hábitos saludables, como el ejercicio, y conocimiento sobre el buen uso racional de sus medicamentos.

Tratamientos Farmacológicos

Inhibidores ECA y antagonistas del receptor AT-1. La función de estos fármacos consiste en amplificar los vasos sanguíneos por diferentes vías. Se recomiendan medicamentos de primera línea antihipertensivos en los pacientes con diabetes mellitus. Estos fármacos inhiben la formación la angiotensina II logrando reducir la presión arterial y prevenir el daño a los órganos blancos.

Diuréticos. Las Tiazidas, los diuréticos de asa y los diuréticos ahorradores de potasio pertenecen a estos fármacos con actividad renal. Aumentan la eliminación de sodio y de agua por los riñones e incrementan su efecto en combinación con otros antihipertensivos. Su uso prolongado reduce la presión arterial disminuyendo la capacidad vasoconstrictora.

Bloqueantes beta. Son fármacos que bloquean los denominados receptores β del organismo. Disminuyen el pulso y la presión arterial, así como el latido cardiaco.

Antagonistas del calcio o bloqueantes del canal de calcio. Los antagonistas del calcio bloquean los canales del calcio en los músculos cardiacos. Reducen la entrada del calcio a las células y con ello disminuyen la tensión vascular y la presión arterial.

Diagnóstico

Se basa en una adecuada medición de la presión arterial en la consulta de control médica y de acuerdo con sus valores se determina si el paciente está manejando rangos de valores normales de 80 – 120 mmHg, o cuando se encuentre por encima de límites superior a 140mmHg nos da un signo de alarma para evaluar si el paciente está realizando un uso racional y adecuado de su terapia antihipertensiva o posiblemente el paciente este presentado una mala adherencia a su tratamiento.

Figura 4 *Equipo para medir la presión arterial*



Fuente. Imágenes tomadas de internet.

Marco Conceptual

Figura 5 Mapa de la ciudad de Valledupar



Fuente. Imagen tomada del blog de Valledupar Departamento Nacional de Planeación – DNP. Año 2019

Breve Reseña Histórica

Según el Departamento Nacional de Planeación – DNP. Año 2019, Valledupar, capital del departamento del Cesar, una ciudad intermedia al norte de Colombia. Está ubicada en la margen occidental del río Guatapurí, al pie de la Sierra Nevada de Santa Marta a los $10^{\circ} 29'$ latitud norte y $73^{\circ} 15'$ de longitud al oeste de Greenwich y su temperatura promedio anual es de 28°C . Un aspecto importante es que se ha definido a Valledupar como una ciudad uninodal, es decir una ciudad cuya área funcional se mantiene aún dentro de los límites políticos administrativos; pese a ello desde el 17 de diciembre de 2002 Valledupar hace parte de las

ciudades consideradas Áreas Metropolitana en Colombia: “Área Metropolitana del Cacique Upar”, cuyo núcleo es Valledupar.

Teniendo como referencia los datos del último censo poblacional y de vivienda del DANE 2018, tenemos que, el índice poblacional indica que el 41.4% de la población del departamento del Cesar se concentra en el municipio de Valledupar, donde se determinó que para el 2020 somos una población de 532.956 personas, con un crecimiento del 65,4% en población. Es decir, que del 2005 al 2020, Valledupar pasó de 349.000 habitantes a 532.956. Podríamos decir, que existió un crecimiento anual de 4.3% aproximadamente, presentando un crecimiento poblacional relativamente alto.

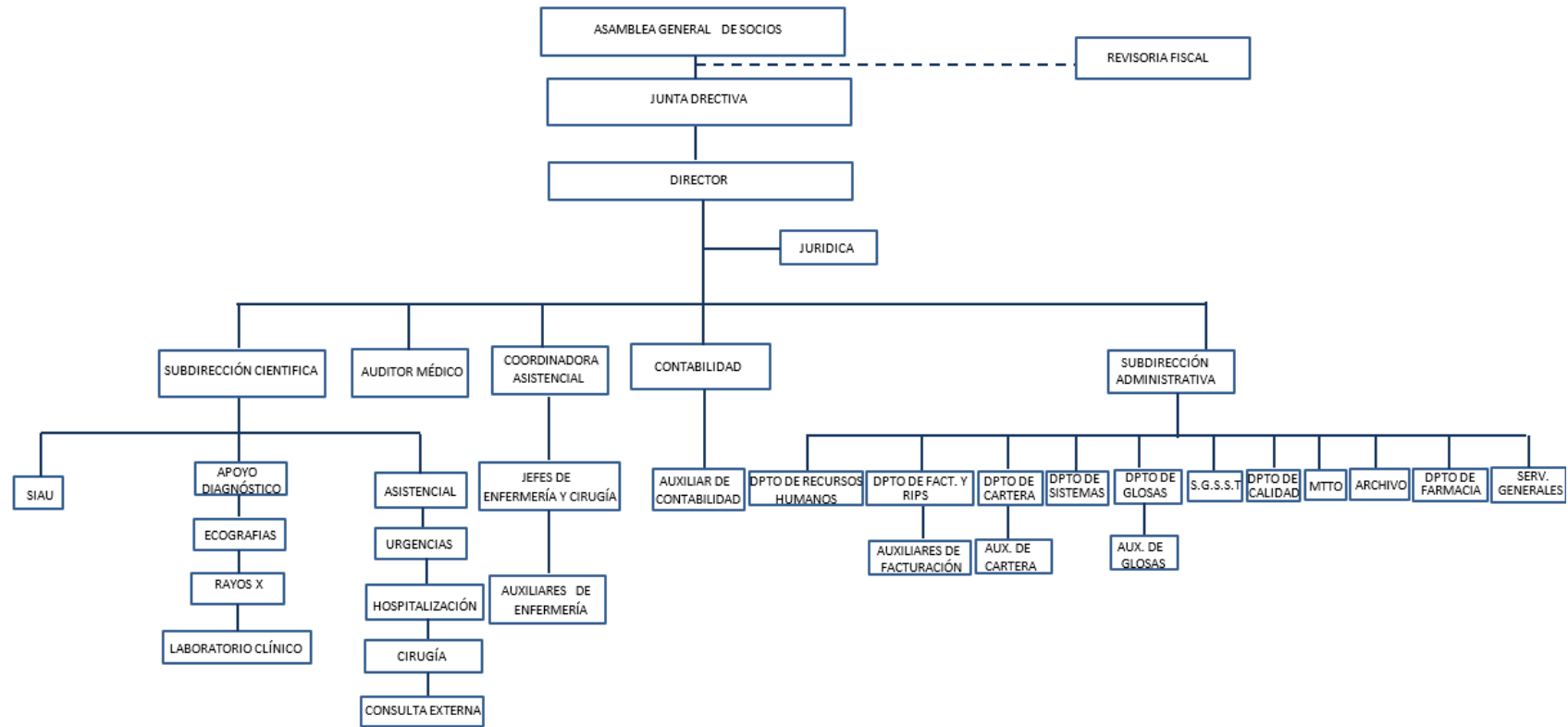
El municipio de Valledupar cuenta con una estructura sólida para la actividad económica, es decir, su sistema económico corresponde a actividades la cadena productiva de un territorio, Valledupar, es una de las ciudades con mayor participación de empleadores de micronegocios¹⁸ con el 17,8%, siendo la segunda ciudad del país con mayor distribución de negocios y con una participación del 82,2% de trabajadores por cuenta propia. Según los resultados preliminares enero – octubre de 2019, Las actividades más relevantes desarrolladas en la cadena de los micronegocios, corresponden a: agricultura, industria, comercio y servicios.

Historia de la institución clínica de Especialistas María Auxiliadora (CEMA) S.A.S.

Esta institución ofrece la prestación de los servicios de salud de baja y mediana complejidad de ámbito hospitalario y ambulatorio con la misión de eficiencia y calidad para contribuir a mejorar la salud y bienestar de los usuarios, autocuidado de una manera efectiva y segura, es por ello que fomenta el desarrollo a través de los diferentes programas que tiene la prevención de enfermedades entre ellas la ruta de atención a los pacientes hipertensos adscritos los programas de promoción y prevención de la institución.

La clínica se guía mediante unos modelos de acciones preventivas que garantiza al usuario la calidad de esta, acciones de seguimiento que evalúen procesos en los diferentes programas para mejorar o implementar estrategias que beneficien a los pacientes de los diferentes programas entre ellos el de hipertensión.

Figura 6 Organigrama Clínica de Especialistas María Auxiliadora S.A.S.



Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

Marco Normativo

Dentro de las normas más importantes relacionadas con el sistema de atención en salud, en la cual se incluyen la prestación del servicio farmacéutico se encuentran amparados en las siguientes normas legislativas:

Ley 100/93

Garantiza la Seguridad Social Integral donde mediante el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

Política Farmacéutica Nacional CONPES 155

Ante la necesidad de mejorar la prestación de los servicios farmacéuticos como complemento del sistema de atención en salud a la comunidad, surge la Política Farmacéutica Nacional del año 2003, cuyo propósito es optimizar la utilización de los medicamentos, reducir las inequidades en el acceso y asegurar la calidad de estos en el marco del Sistema de Seguridad Social en Salud. En esta política presenta a consideración del Consejo Nacional de Política Económica y Social – CONPES Social – la Política Farmacéutica, en el marco de los principios constitucionales asociados al derecho a la salud y al desarrollo del sector industrial farmacéutico. La Política se encuentra articulada y responde a los objetivos planteados en el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 “Prosperidad para Todos”. Esta política plantea diez (10) estrategias que busca la mejora del acceso, oportunidad de dispensación, calidad y uso adecuado en función de las necesidades de la población.

Ley 485 de 1998

La presente ley tiene por objeto regular la profesión de Tecnólogo en Regencia de Farmacia, perteneciente al área de la salud. Con el fin de asegurar que su ejercicio se desarrolle conforme a los postulados del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud, a los reglamentos que expidan las autoridades públicas, a los principios éticos, teniendo en cuenta que con ellos contribuye al mejoramiento de la salud individual y colectiva.

Resolución Número 4003 de 2008

Establece en el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 adoptado mediante el Decreto 3039 de 2007 dentro de las prioridades nacionales en salud se incluye disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles y las discapacidades, con especial énfasis en el diagnóstico temprano, la prevención y control, y la identificación de la población en riesgo de desarrollar enfermedad renal crónica.

Resolución 1403 de 2007

Determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico y adopta el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos.

Decreto 1011 de 2006

Establece dentro de las políticas de mejoramiento de la calidad en el sistema de atención en salud relacionado con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Definiciones

Adherencia: Grado en que el comportamiento de una persona -tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria

Eficacia: Aptitud de un medicamento para producir los efectos propuestos.

Eventos adversos: Es cualquier suceso médico desafortunado que puede presentarse durante un tratamiento con un medicamento, pero que no tiene necesariamente relación causal con el mismo.

Hipertensión: Trastorno que produce presiones arteriales persistentes, iguales o superiores a los 140/80 mm Hg.

Interacciones: Influencia de un medicamento, alimento u otra sustancia sobre el comportamiento o la eficacia de otro medicamento

Medicamentos: 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, curación o rehabilitación de la enfermedad. Los envases rótulos, etiquetas y empaques hacen parte integral del medicamento, por cuanto éstos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado.

Polifarmacia: Uso de múltiples medicamentos por un paciente

Presión arterial: Presión ejercida por la sangre sobre las paredes de las arterias.

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

Uso racional: Es un proceso que comprende la prescripción apropiada de los medicamentos, la disponibilidad oportuna de medicamentos eficaces, seguros y de calidad comprobada, a la mejor relación costo-beneficio, en condiciones de conservación, almacenamiento, dispensación y administración adecuadas.

Materiales y Métodos

Tipo de Estudio

Cuantitativo, observacional no experimental y trasversal, a partir abril hasta julio de 2022. Con referencia a lo anterior, este tipo de estudio se define de la siguiente manera:

Estudios observacionales: Se sustenta en el uso de técnicas que permiten al investigador adquirir información por medio de la observación directa y el registro de fenómenos, pero sin ejercer ninguna intervención (dejando libres a los observados).

Estudios transversales: son aquellos en los que se recolectan datos en un sólo momento, en un tiempo único. Su propósito se centra en describir variables y analizar su comportamiento en un momento dado.

Enfoque de Estudio

Diseño Metodológico

Se realizó en el tiempo transcurrido de abril hasta julio de 2022 de datos suministrado por la Clínica de Especialista María Auxiliadora “CEMA” S.A.S., en la ciudad de Valledupar, de los pacientes hipertensos adscritos al programa de Promoción y Prevención.

Población

Para el siguiente estudio se contó con una población de estudio de 238 adultos hipertensos de la Clínica de Especialista María Auxiliadora “CEMA” S.A.S., durante los meses de abril y julio del 2022 de la ciudad de Valledupar y en edades entre 37 y 82 años.

Muestra

Se efectuó un muestreo no probabilístico, significa que es una técnica de muestreo en la cual el investigador selecciona muestras basadas en un juicio subjetivo en lugar de hacer la

selección al azar. La muestra fue constituida por 238 adultos. De igual manera se implementó la formula (Deducir la muestra).

Fuente de Información

Los datos iniciales en la recolección de la información se obtuvieron del programa Promoción y Prevención de Clínica de Especialista María Auxiliadora “CEMA” S.A.S., durante los meses de abril y julio del 2022 en la ciudad de Valledupar, En la recolección de datos secundario se realizó una búsqueda sistemática de literatura sobre estudios que estiman la prevalencia de hipertensión arterial. En la recolección de datos secundarios se realizó una búsqueda sistemática sobre el uso racional y adecuado de los medicamentos en pacientes hipertensos utilizados en su patología. La búsqueda fue realizada hasta agosto 2022, mediante las bases de datos PubMed, Google Académico, Scielo, otros proyectos de investigación y se emplearon fuentes estatales desde nivel mundial hasta el regional. Finalmente, en la revisión de la información se identificó aquellos estudios que eran útil o prevalente a la investigación y se excluyeron datos no representativa a la realización del proyecto.

Procedimiento

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Encuestas, técnica de Procesamiento y análisis de datos. Esta información obtenida de la encuesta en línea (Google online) fueron compilados en una hoja de Excel para el procesamiento de los datos y el análisis estadístico de la información.

Autorización de Datos Personales o Sensibles

Se socializo el objetivo del proyecto de grado a la institución y pacientes del programa de hipertensión donde se les pidió que firmaran la autorización del formato para la realización de la encuesta y la confidencialidad de los datos personales como pacientes.

Resultados y Discusión

Figura 7 Distribución por frecuencia absoluta por sexo



Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

De la muestra estudiada (N=238) se obtuvo que en la frecuencia absoluta por sexo en los cuales se puede evidenciar que la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) en la población donde se recolectó la información en la asistencia a los controles de hipertensión fueron la siguiente;

Ochenta y siete (87) correspondieron a pacientes del sexo masculino y 151 pacientes al sexo femenino

Según el sexo: Los pacientes hipertensos con mayor asistencia durante la recolección de información en las encuestas a la Clínica CEMA del programa de promoción y prevención fueron las del sexo femenino.

Figura 8 Distribución por frecuencia relativa por sexo



Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

Resultado de prevalencia de hipertensión arterial (HTA) en la población que se recolectó la información: De la muestra estudiada (N=238) se obtuvo:

En la gráfica se observa una variabilidad importante en cuanto al sexo donde el estudio evidencia una frecuencia relativa (porcentual) de 63% en sexo femenino y 37% en sexo masculino.

Con respecto al sexo, la mayoría de las encuestas fueron realizadas por la población femenina lo cual consideramos que durante este periodo el predominio a la asistencia a controles fueron los de este sexo con una frecuencia relativa (porcentaje) de 63%.

Tabla 1 Número de pacientes hipertensos por sexos, programa promoción y prevención*"CEMA"*

Número de clase	Límite inferior	Límite superior	Marca de clase	Frecuencia absoluta f	Frecuencia absoluta acumulada (F)	Frecuencia relativa	Porcentual
1	35	40	37,5	4	4	0,01680672	2%
2	40	45	42,5	6	10	0,02521008	2,52%
3	45	50	47,5	12	22	0,05042017	5,04%
4	50	55	52,5	24	46	0,10084034	10,08%
5	55	60	57,5	24	70	0,10084034	10,08%
6	60	65	62,5	43	113	0,18067227	18,07%
7	65	70	67,5	57	170	0,2394958	23,95%
8	70	75	72,5	46	216	0,19327731	19,33%
9	75	80	77,5	19	235	0,07983193	7,98%
10	80	85	82,5	3	238	0,01260504	1,26%
Total				138			100,0%

Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

Si bien la presión arterial alta no está directamente relacionada con el género, a lo largo de la vida de una mujer, los problemas de salud como el embarazo, la prevención del embarazo (control de la natalidad) y la menopausia pueden aumentar el riesgo de desarrollar presión arterial alta. Sin embargo, casi la mitad de todos los adultos con presión arterial alta son mujeres. De hecho, se sabe que las mujeres que tienen solo 20 libras o más de sobrepeso, antecedentes familiares de hipertensión están más propensa a sufrir esta enfermedad sino realiza cuidado de prevención para esta patología.

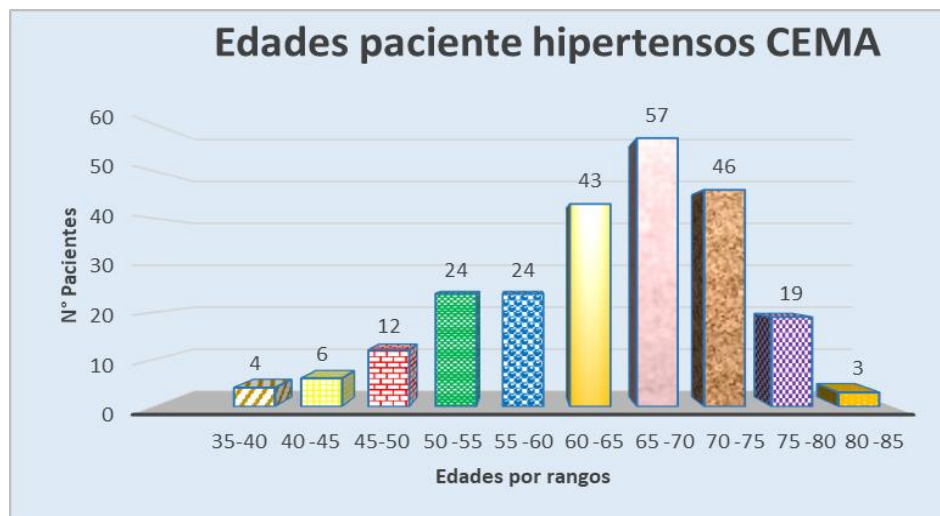
Tabla 2 Frecuencia de la población en edades Vs Hipertensión paciente CEMA 2022

Edades (Años)		Frecuencia (Pacientes)	Porcentaje
65	70	57	23,95%
70	75	46	19,33%
60	65	43	18,07%
50	55	24	10,08%
55	60	24	10,08%
75	80	19	7,98%
45	50	12	5,04%
40	45	6	2,52%
35	40	4	2%
80	85	3	1,26%
Total: 238			100%

Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

De la muestra estudiada (N=238) se observa lo siguiente, donde se ordenaron los que tuvieron mayor frecuencia absoluta, es decir, cantidad de pacientes en los intervalos de edad:

Al investigar la ocurrencia de hipertensión arterial con relación a la edad, se observa un aumento progresivo de hipertensión en relación con la edad de los 50 años y a partir de los 80 años decrece el número de pacientes.

Figura 9 Distribución por frecuencia absoluta por edad

Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

La gráfica muestra una variabilidad importante en cuanto al grupo de edad, donde se evidencia que en la población de las edades en los rangos de 35-45 años es mínima la población al programa de hipertensos, a los 45 años hasta los 75 años hay un incremento significativo en los pacientes hipertensos y a partir de los 75 hasta los 85 empieza a descender la población de hipertensos.

Lo anterior se ha clasificado en la siguiente tabla de mayor a menor según el grupo etario.

Tabla 3 *Clasificación de mayor a menor frecuencia según la edad*

Clasificación	Edades (Años)		Frecuencia (Pacientes)	Porcentaje
Aumento acelerado a partir del grupo etario de 60 a 75 años	65	70	57	23,95%
	70	75	46	19,33%
	60	65	43	18,07%
Aumento progresivo a partir de 45 años	50	55	24	10,08%
	55	60	24	10,08%
	75	80	19	7,98%
	45	50	12	5,04%
Disminución de frecuencia en edades tempranas y muy avanzada	40	45	6	2,52%
	35	40	4	2%
	80	85	3	1,26%
Total: 238				100%

Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

De la muestra estudiada (N=238) se observa lo siguiente: Al investigar la ocurrencia de hipertensión arterial con relación a la edad, se observa un aumento progresivo de hipertensión con relación a la edad de los 45 años y que partir de los 60 hay un aumento acelerado de frecuencia de los pacientes hipertensos y a partir de los 80 años decrece el número de pacientes.

Según (Ávila et al, 2010, como citó Weschenfelder, M. 2012), relata la existencia de una relación directa de la Presión Arterial con la edad. Siendo la prevalencia mayor de hipertensión

en los rangos de 65 a 70 años en la población general. Una de las posibles causas a la adherencia terapéutica es que los pacientes hipertensos mayores de 60 años son bajos, donde uno de los posibles factores es el principalmente el olvido de las tomas de los medicamentos, la polifarmacia y la información del control adecuado de la Hipertensión Arterial.

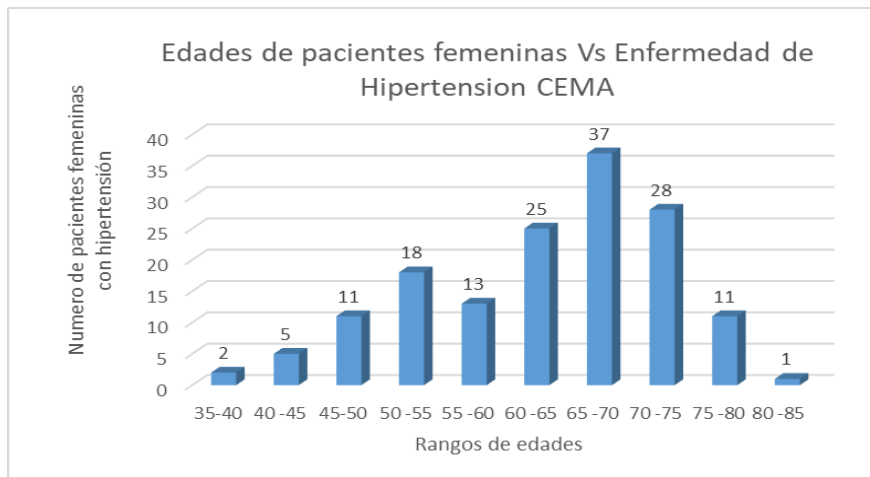
Tabla 4 *Frecuencia de la población en mujeres Vs. Hipertensión paciente*

Número de clase	Límite inferior	Límite superior	Marca de clase	Frecuencia absoluta f	Frecuencia absoluta acumulada (F)	Frecuencia relativa	Porcentual
1	35	40	37,5	2	2	0,01324503	1%
2	40	45	42,5	5	7	0,03311258	3,31%
3	45	50	47,5	11	18	0,07284768	7,28%
4	50	55	52,5	18	36	0,1192053	11,92%
5	55	60	57,5	13	49	0,08609272	8,61%
6	60	65	62,5	25	74	0,16556291	16,56%
7	65	70	67,5	37	111	0,24503311	24,50%
8	70	75	72,5	28	139	0,18543046	18,54%
9	75	80	77,5	11	150	0,07284768	7,28%
10	80	85	82,5	1	151	0,00662252	0,66%
Población Femenina: 151			Edad Mínima: 35		Edad Máxima: 82		

Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

Se observa que la población femenina tuvo una asistencia de 151 pacientes donde se encontraron pacientes hipertensas a partir de los 35 años hasta los 82 años y que existe un incremento progresivo en la población de los 45 años hasta los 75 años.

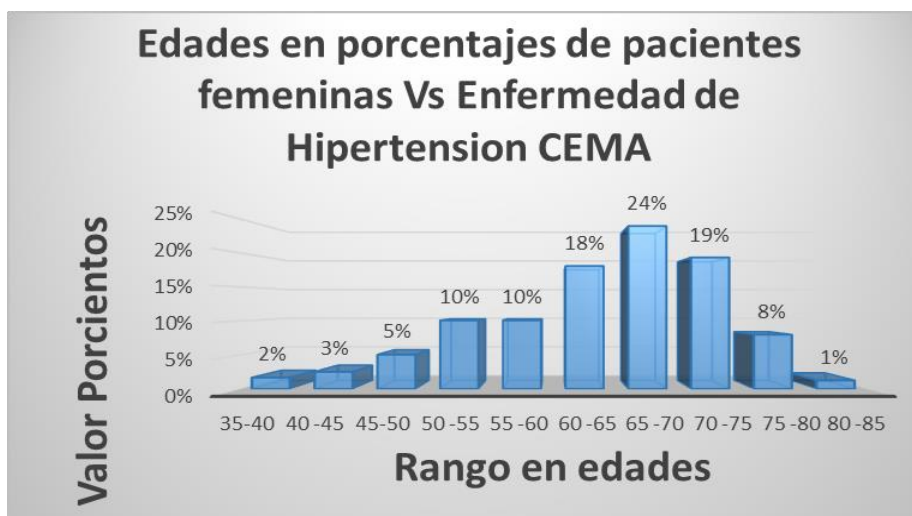
Figura 10 Distribución por frecuencia absoluta en edades femenina



Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

En la gráfica la distribución de frecuencia absoluta en la edad en pacientes femenina se evidencia un ligero aumento a partir de los 45 años hasta los 60 y que a partir de esta edad el incremento es continuo hasta los 70 años y que desde los 70 años a 85 se observa que desciende de manera significativa hasta los 85 años.

Figura 11 Distribución por frecuencia relativa en edades femenina



Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

En la gráfica la distribución de frecuencia relativa en la edad en pacientes femenina se evidencia que en los rangos de edades de 35 a 50 años las mujeres sufren de hipertensión equivalentes a un 10%, luego el porcentaje se mantiene desde los 50 hasta los 60 años en un 10% respectivamente y que a los 60 a 70 años hay un incremento de la prevalencia de la enfermedad de hipertensión en 42%. El anterior crecimiento se fue dando progresivamente desde los 35 a los 70 años, equivalentes al 72% y que a partir de los 70 a 80 años desciende aceleradamente en 19% a 8% con una diferencia del decrecimiento es de 11% y a los 85 años la asistencia de la población hipertensa es de 1% es decir es mínima la asistencia.

Tabla 5 *Clasificación de mayor a menor frecuencia en edad femenina*

Clasificación	Edades (Años)		Frecuencia (Pacientes)	Porcentaje
Aumento de frecuencia en edades a partir de los 45 años	65	70	37	24,5%
	70	75	28	18,54%
	60	65	25	16,56%
	50	55	18	11,92%
	55	60	13	8,61%
	75	80	11	7,28%
Disminución en edades mínimas y máximas en la población femenina	45	50	11	7,28%
	40	45	7	3,31%
	35	40	2	1%
	80	85	1	0,66%
			Total: 151	100%

Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

De la muestra estudiada (N=238) se observa que la población femenina es de 151 equivalente a 65%, en la tabla se observa que la edad etaria donde hay mayor incremento de mujeres hipertensas en el programa de hipertensión en la clínica CEMA de la ciudad de Valledupar, es a partir de los 50 años, siendo el grupo con mayor población en los rangos en las edades de los 65 a 75 años. Por consiguiente, existen estudios donde demuestran que, a partir de

los 45 años hacia los 50 años, las mujeres sufren cambios fisiológicos hormonales (pre - menopausia) y este juega un papel importante en las fluctuaciones de la presión arterial para este sexo.

El estudio Menopause and heart disease. American Heart Association, afirma que la presión arterial generalmente aumenta después de la menopausia. Algunos autores de atención médica piensan que este aumento sugiere que los cambios hormonales relacionados con la menopausia tienen mucho que ver. Otros piensan que un aumento en el índice de masa corporal puede llevar a un aumento de peso y a hacer que la presión arterial sea más sensible en las mujeres.

Tabla 6 *Frecuencia de la población en masculinos Vs Hipertensión paciente*

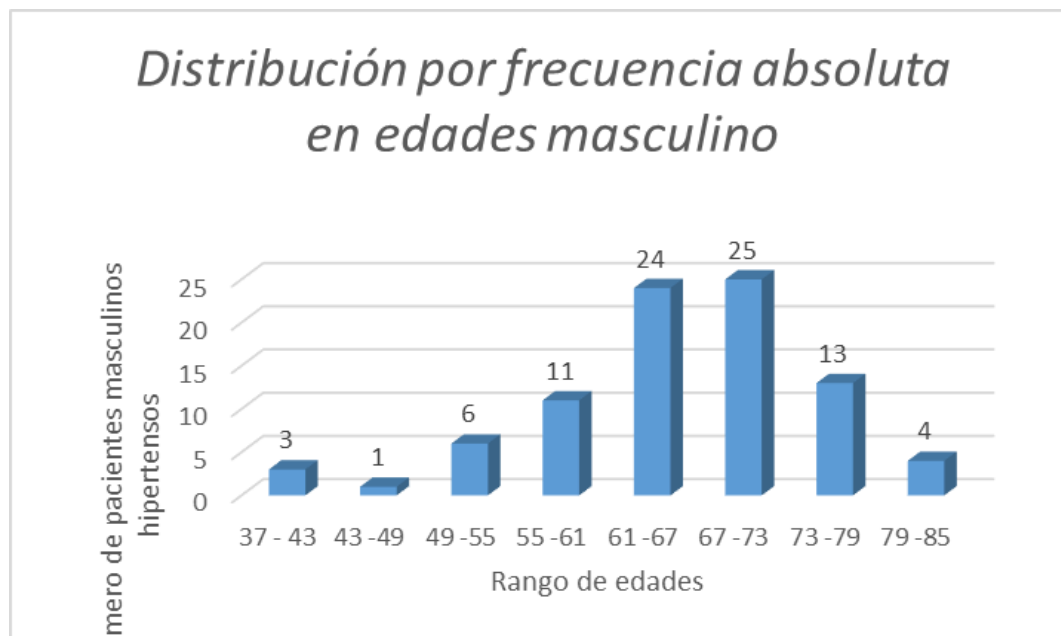
Número de clase	Límite inferior	Límite superior	Marca de clase	Frecuencia absoluta f	Frecuencia absoluta acumulada (F)	Frecuencia relativa	Porcentual
1	37	43	40	3	3	0,03448276	3%
2	43	49	46	1	4	0,01149425	1,15%
3	49	55	52	6	10	0,06896552	6,90%
4	55	61	58	11	21	0,12643678	12,64%
5	61	67	64	24	45	0,27586207	27,59%
6	67	73	70	25	70	0,28735632	28,74%
7	73	79	76	13	83	0,14942529	14,94%
8	79	85	82	4	87	0,04597701	4,60%
Total			0.00	87			100,0%
Población Masculina: 87			Edad mínima: 35			Edad máxima: 82	

Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

En la tabla se observa la frecuencia de la población en masculinos que asisten a los controles de hipertensión al programa de promoción y prevención de la clínica CEMA según la edad: Donde la edad mínima fue de 37 y la máxima de 82 años y la población total en este sexo

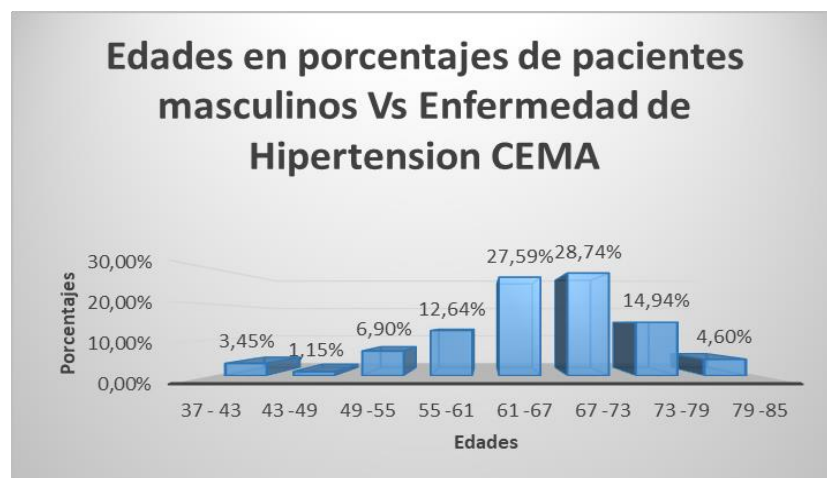
fue de 87 pacientes. El mayor incremento es a partir de los 55 a los 73 años y empieza a descender la población hipertensa en este sexo desde 73 hasta los 85 años.

Figura 12 *Distribución por frecuencia absoluta en edades masculino*



Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

La Presión Arterial (PA) sube de forma natural con la edad, entendemos que la hipertensión (HTA) es mucho más frecuente en las personas de la tercera edad y en el anterior grafico la prevalencia de pacientes a esta enfermedad se encuentra en los rangos de 61 a 79 años y a partir de los 79 a 85 año la asistencia es poca lo cual se evidencia en el gráfico con un descenso significativo.

Figura 13 Distribución por frecuencia relativa en edades masculino

Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

En la gráfica de distribución relativa nos muestra que la población masculina a partir de los 37 a 43 años tiene un porcentaje de 3,45% y en el rango de 43 a 49 años descendió la población en 1,15% y a partir de los 49 años empieza un aumento progresivo, es decir un incremento de 75, 87% y que en el rango de los 73 a 85 desciende la población en el sexo masculino.

Tabla 7 Clasificación de mayor a menor frecuencia en edad masculino

Clasificación	Edades (Años)	Frecuencia (Pacientes)	Porcentaje
Aumento de frecuencia en edades a partir de los 55 años	67 73	24	28,74%
	61 67	25	27,59%
	73 79	13	14,94%
	55 61	11	12,64%
Disminución en edades mínimas y máximas	49 55	6	6,9%
	79 85	4	4,6%
	37 43	3	3%
	43 49	1	1,15%
Total: 87			100%

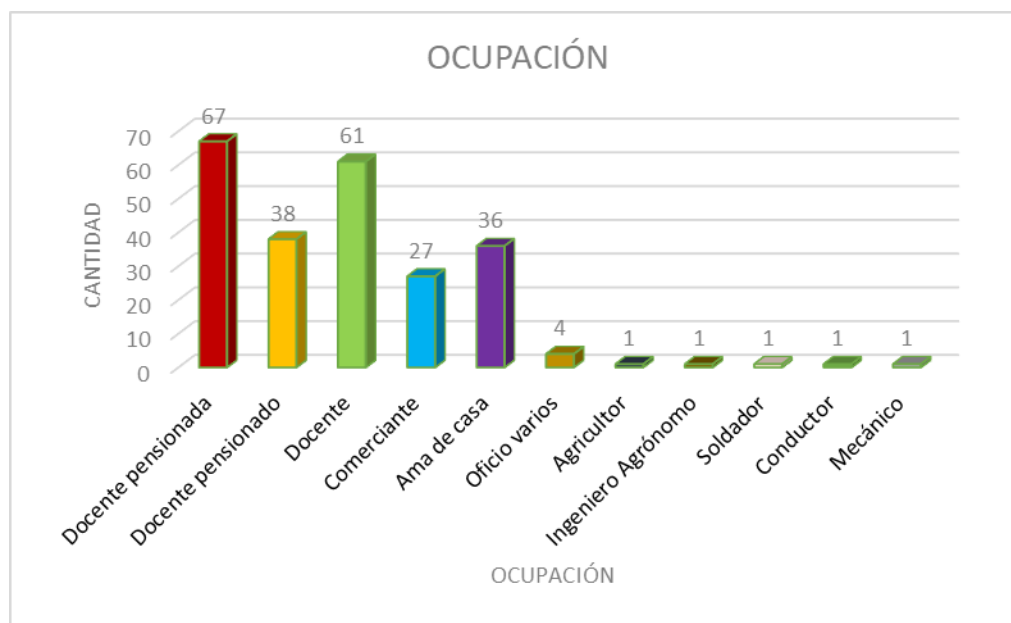
Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

De la muestra estudiada (N=238) se observa que 87 son pacientes masculino equivalente

37% y los estudios demuestran que a partir de los 55 hasta 73 años hubo un incremento en la población masculina en el programa de hipertensión en la clínica CEMA en la ciudad de Valledupar. Por consiguiente, los autores Curvelo et al (2009), demostraron que, en cuanto a la edad, los datos obtenidos coinciden con otra investigación, en el que hubo un elevado predominio del grupo de 60-69 años. En un estudio descriptivo y transversal realizado en Santiago de Cuba se llegó a la conclusión de que la mayoría tenía 60 o más años, quedando precisado que a medida que transcurre la edad se incrementa el riesgo de padecer de HTA.

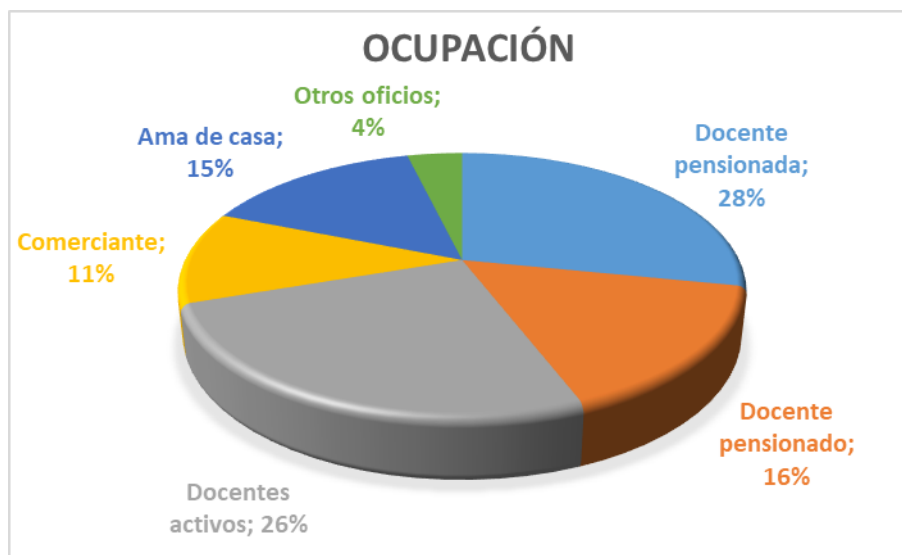
La prevalencia de hipertensión arterial reportada en los países de Latinoamérica es variable pero la mayoría se encuentra entre el 20 y 30% para la población adulta; esta prevalencia se incrementa con la edad.

Figura 14 *Distribución por frecuencia absoluta ocupación*



Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

Figura 15 Distribución por frecuencia relativa ocupación

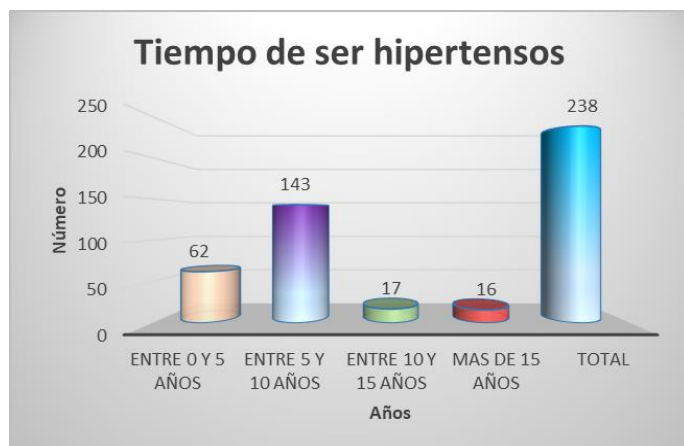


Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

La gráfica muestra que los pacientes con hipertensión arterial tienen un nivel de educación profesional debido a que esta clínica es régimen especial (Docentes) con un promedio de esta población del 70% y resto de población con estudios secundarios u otra profesión, lo anterior nos indica que la mayor parte de la población tienen un nivel de educación profesional, una fuente económica estable y cero analfabetismo lo cual es una entidad donde la comprensión y conocimiento de su patología, tratamiento debe ser favorable en cuanto a su comprensión cognoscitiva.

Según Cipullo et. al (2010), como citó Weschenfelder (2012), las diferencias socioeconómicas tienen un papel importante en la vida de las personas pudiendo determinar sus condiciones de salud, pues aquellas con mejores condiciones tienen mayor acceso a las informaciones, mejor entendimiento de la condición clínica y mayor adherencia al tratamiento. Hay tasas más altas de enfermedades cardiovasculares en grupos con nivel socioeconómico más bajo.

Figura 16 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 1: Tiempo de ser hipertensos

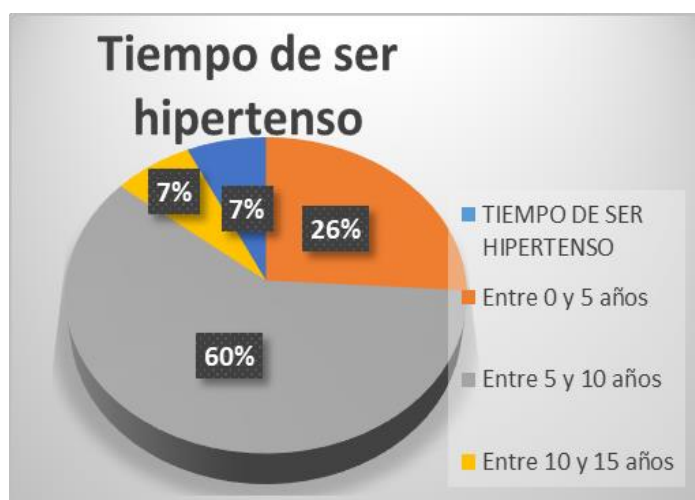


Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

En la gráfica de distribución absoluta el tiempo de ser hipertenso los pacientes adscritos al programa de promoción y prevención de la clínica CEMA oscila de la siguiente manera:

En el rango de 0 están los pacientes que inician al programa o menores de 1 año y hasta los 5 años son 62 pacientes, entre 5 y 10 años de ser hipertensos 143 pacientes entre 10 y 15 años 17 paciente y más de 15 años de padecer esta patología 16 pacientes para un total de 238 personas hipertensas.

Figura 17 Distribución por frecuencia relativa pregunta 1: Tiempo de ser hipertensos

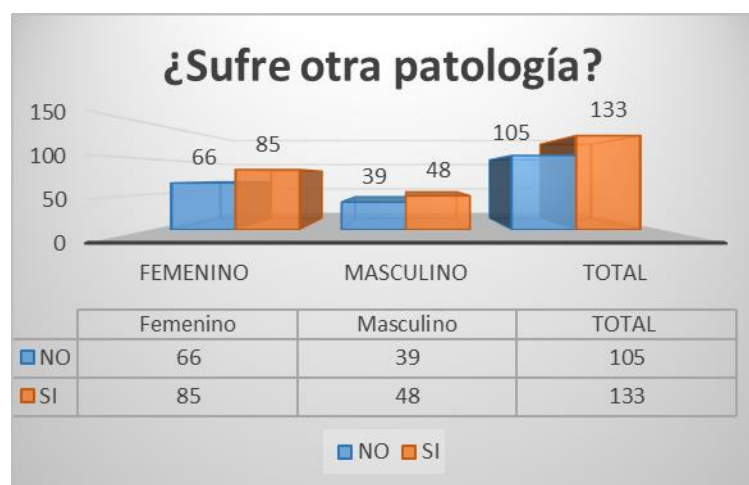


Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

De la muestra estudiada (N=238) se observa que entre 0 y 5 años la población hipertensa es equivalente al 7% de ser diagnosticados como personas hipertensas, entre 5 y 10 años la población hipertensa es del 60%, entre 10 y 15 años la población hipertensa representa el 7%, entre 15 y 20 años equivalen al 7% de estar padeciendo esta enfermedad y pertenecer al programa como personas hipertensas.

La anterior interpretación nos indica que el tiempo de evolución de la enfermedad que prevaleció fue entre 5 y 10 años equivalentes al 60%, seguido de 0 a 5 años en este último rango se clasifican los pacientes recién diagnosticados. Estudio de (Cruz, J. 2019) en el manejo de la presión arterial, afirma que esta enfermedad aumenta con el incremento de la edad debido al proceso de envejecimiento como consecuencia de cambios en la rigidez de las arterias, el remodelado vascular y cambios en los mecanismos renales y hormonales; por tanto, se espera que se incremente la incidencia de hipertensión arterial en los adultos mayores, por las características propias de este grupo etario.

Figura 18 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 2: *Sufre otra patología por sexo*

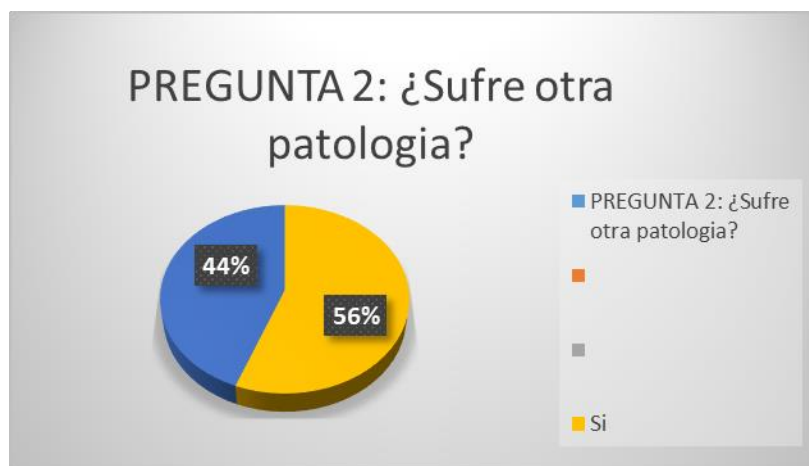


Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

En la distribución de la gráfica por sexo se evidencia que 66 pacientes femenino respondieron en la encuesta que no sufren otra patología y 85 mujeres respondieron que si sufren otra patología diferente a la hipertensión.

En el caso de los pacientes masculino respondieron en la encuesta que 39 no sufren otra patología y 48 hombres respondieron que si sufren otra patología diferente a la hipertensión. Lo anterior nos da una población total de 105 personas no sufren otras patologías y 133 pacientes si sufren otras patologías diferentes a la hipertensión en ambos sexos.

Figura 19 Distribución de frecuencia relativa - pregunta 2: Sufre otra patología



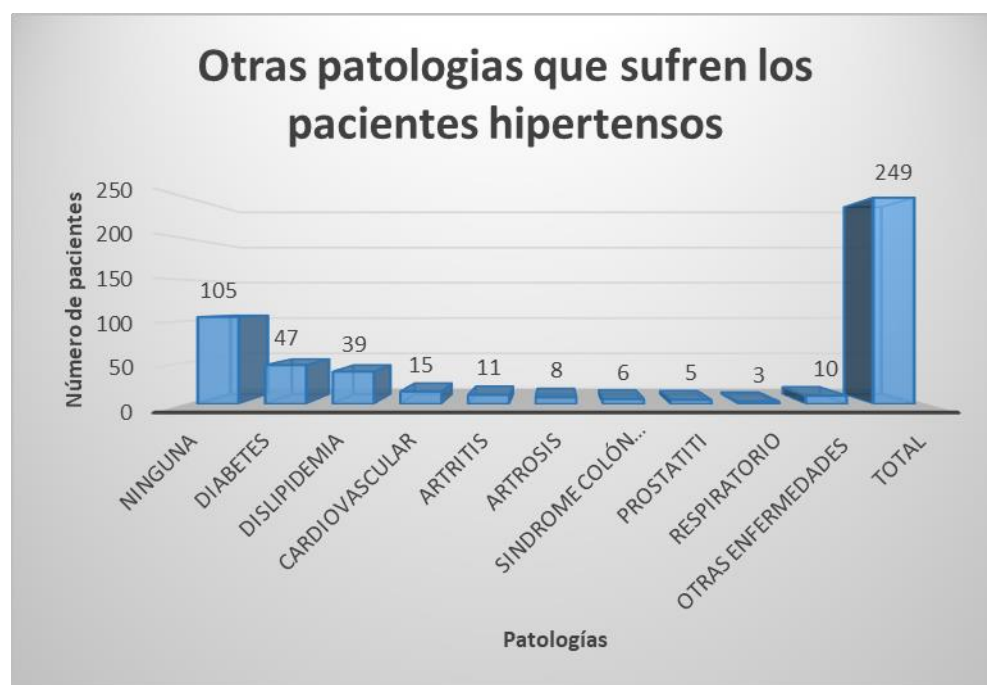
Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

De la muestra estudiada (N=238) se observa lo siguiente: Ciento treinta y tres (133) paciente equivalen a 56% los cuales respondieron que “Si” sufren otra patología y dentro de este grupo 85 son mujeres y 48 hombres.

Ciento cinco pacientes equivalen a 44% respondieron que “No” sufren otra patología, dentro de este grupo 66 son mujeres y 39 son hombres.

Cruz (2019) afirma que la a hipertensión arterial sistémica es una enfermedad crónica, de causa múltiple, que produce daño vascular sistémico e incrementa la morbilidad y mortalidad por diversas enfermedades.

Figura 20 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 3: Otras patologías



Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

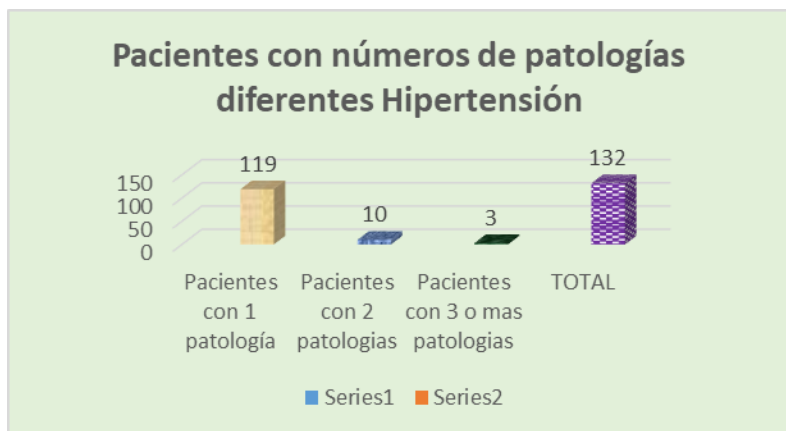
Dentro la población que respondieron que “Si” sufren otra patología contestaron: Cuarenta y siete (47) contestaron que sufren diabetes, 39 contestaron que sufren dislipidemia (colesterol – triglicéridos), 15 contestaron que sufren enfermedades cardiovasculares, 11 contestaron que sufre artritis, 8 contestaron que sufren artrosis, 6 contestaron que sufren síndrome de colon irritable, 5 respondieron que sufren prostatitis, 3 respondieron que sufren enfermedades respiratorias y 10 respondieron que otras enfermedades

De la interpretación anterior se puede observar que las enfermedades con mayor prevalencia es diabetes, dislipidemia y cardiovasculares.

Hernández (2000), afirma que La coexistencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus incrementa el riesgo de desarrollar complicaciones macro y microvasculares, incluyendo enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, enfermedad vascular periférica, así como nefropatía, neuropatía y retinopatía.

Existe otro estudio que nos comprueban lo anterior, (Gamboa, A. 2010), en su estudio” Mas allá de la hipertensión”, comprueba el riesgo de la hipertensión arterial y como se agrava de manera exponencial con la adición de otros factores de riesgo ocasionando daño en órgano blanco como son: Corazón, riñón, cerebro y páncreas. Es por ello que, la prevalencia la hipertensión aumenta la probabilidad en desarrollar enfermedades que comprometan estos sistemas y desencadenar complicaciones que conllevan a la muerte de los pacientes.

Figura 21 Distribución de frecuencia absoluta según el número de patologías



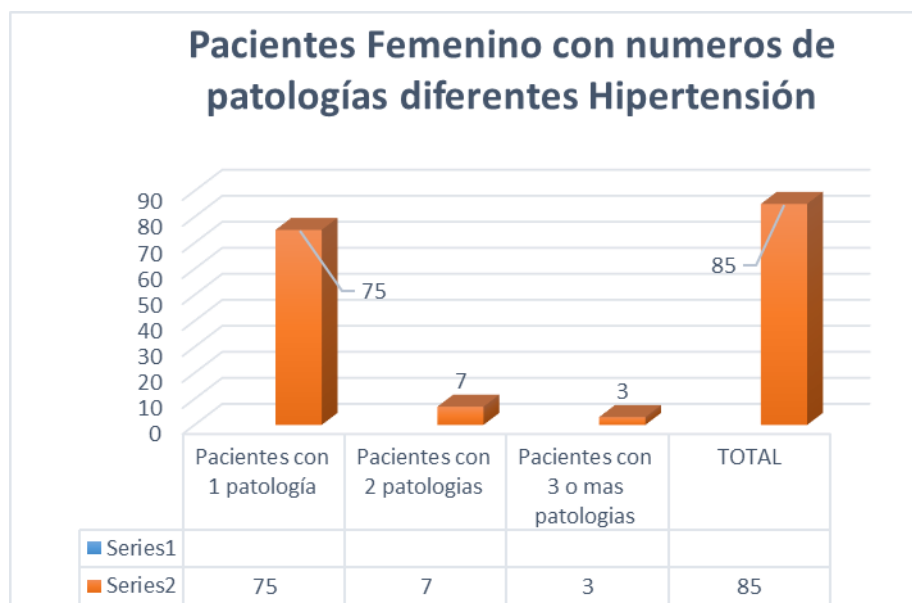
Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

En la gráfica se observa que ciento diecinueve (119) pacientes sufren 1 patología diferente a la hipertensión, 10 pacientes sufren 2 patologías diferente a la hipertensión y 3 pacientes sufren 3 o más patologías diferentes a la hipertensión.

Lo anterior se puede evidenciar que existe pacientes con más de 1 enfermedad diferente a la hipertensión lo cual se evidencia las complicaciones que conllevan como efectos secundarios

por hipertensión no controlada lo cual generan otras enfermedades y los pacientes están en una ingesta de polifarmacias.

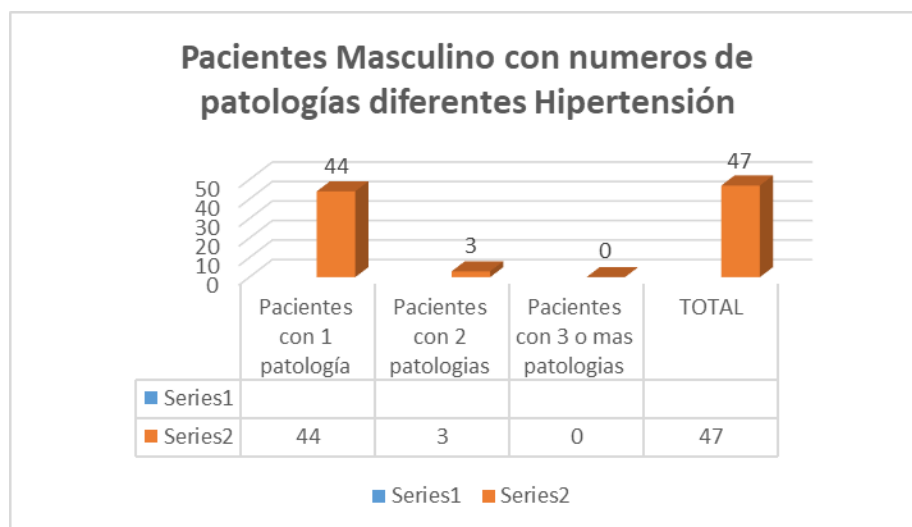
Figura 22 Distribución de frecuencia absoluta en sexo femenino según el número de patologías



Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

En el gráfico de frecuencia absoluta en el sexo femenino según el número de patologías se observó que setenta y cinco (75) pacientes femeninos contestaron que sufren 1 patología diferente a la hipertensión, 7 pacientes femeninos sufren 2 patología diferente a la hipertensión, 3 pacientes femeninos sufren 3 o más patología diferente a la hipertensión.

Figura 23 Distribución de frecuencia absoluta en sexo masculino según el número de patologías

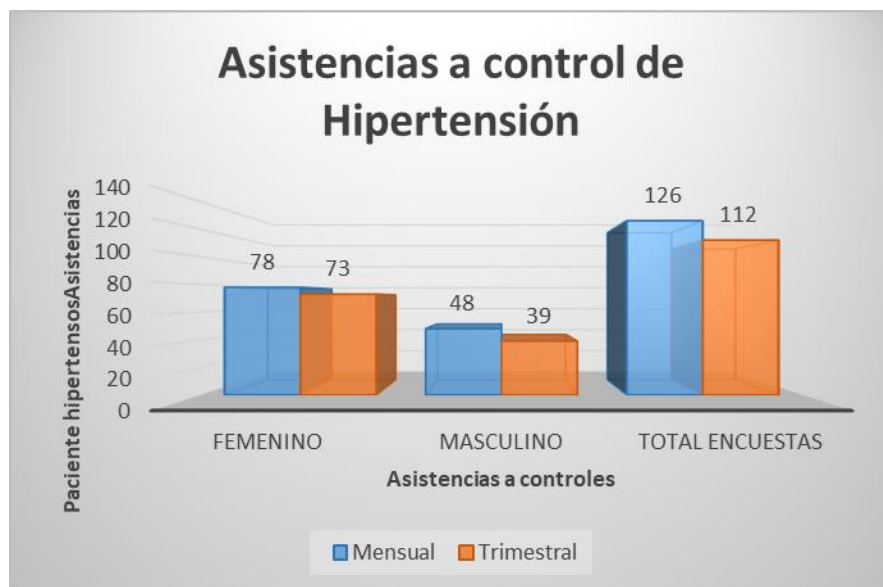


Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

En el gráfico de frecuencia absoluta en el sexo masculino según el número de patologías se observó que cuarenta y cuatro (44) pacientes masculinos con 1 patología diferente a la hipertensión, 3 pacientes masculinos con 2 patologías diferente a la hipertensión y ningún paciente masculino con 3 o más patologías diferente a la hipertensión

Podemos concluir que en la pregunta 2 donde los pacientes respondieron si sufren otra patología los resultados de la encuesta se observa que las mujeres hay un mayor incremento en sufrir más de 1 patología en una proporción 75:44, con 2 enfermedades 7:3 y con 3 o más enfermedades 3:0 comparándolos con los resultados de los hombres.

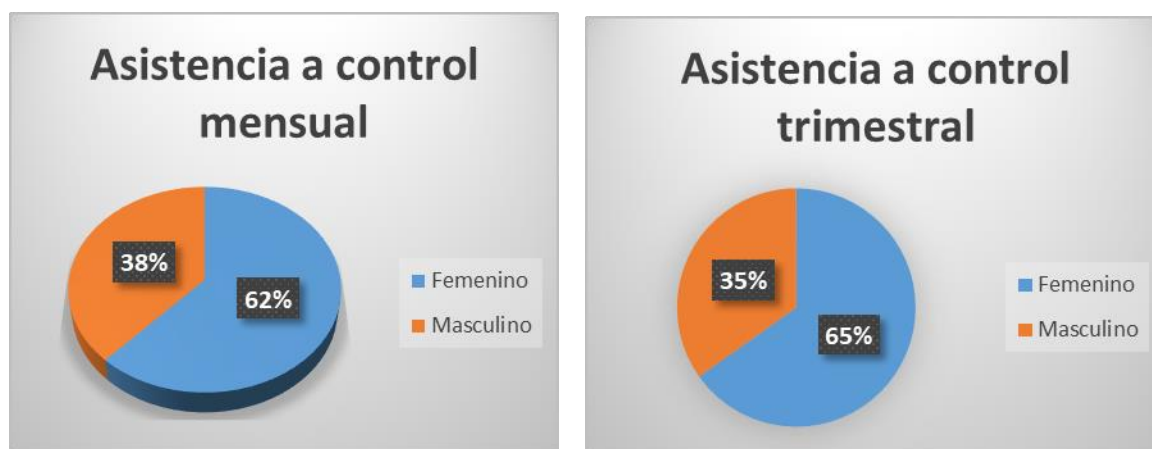
Figura 24 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 4: Asistencias a control de Hipertensión



Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

En la gráfica de distribución de frecuencia absoluta de asistencia a controles de los pacientes hipertensos al programa se observa que en el sexo femenino la asistencia mensual es de 78 pacientes y 48 son masculinos, trimestralmente asistieron 73 pacientes femeninas y 39 masculinos a la asistencia a sus controles al programa de promoción y prevención en el tiempo que se recolectó la información. El promedio general mensual es de: 126 asisten mensual y 112 asisten trimestral.

Figura 25 Distribución de frecuencia relativa pregunta 4: Asistencias a control de Hipertensión mensual y trimestral



Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

En la gráfica se observa que población estudiada (N=238) y nos muestra lo siguiente;
 Las asistencias a controles femenino: Asisten mensual un 62% y trimestral 65% en mujeres
 Las asistencias a controles masculino: La asistencia mensual fue de 38% y trimestral 35% en hombres.

Las gráficas muestran que de la población estudiada (N=238), donde 112 presentan hipertensión arterial sistémica grado 1 por estar controlados, donde la representación porcentual es 32,77% en mujeres y 20,16% en hombres con respecto a la población total y la asistencia a sus controles lo hacen trimestralmente, los pacientes grado 2 y 3 la asistencia mensual es de 126, donde la representación porcentual es 30,67% en mujeres y 16,38% en hombres con respecto a la población total. Lo anterior nos refleja que la asistencia a los controles lo realizan en mayor proporción las mujeres que los hombres, lo cual hay que realizar un seguimiento para determinar qué factores inciden o son las causas de no asistencias.

Se hace necesario encontrar los hallazgos y así implementar estrategias que las asistencias a los controles sean de un 100% en ambos sexos, debido a que la medicación es un

control para tener estabilidad en su presión arterial y según la OMS, es uno de los factores de riesgo clave de las enfermedades cardiovasculares y al no ser controlada puede causar daños irreversibles.

Los autores (Pérez, et al. 2011), en el estudio de la asistencia a controles de hipertensión es uno de los controles para evaluar la adherencia al tratamiento o cumplimiento terapéutico donde el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para asistir a citas programadas, tomar los medicamentos tal como le indica el médico al no lograr el control de HTA, significa mayor riesgo y más seria incidencia de complicaciones cardiovasculares y renales, mayor ocasión de muerte o discapacidad en la población hipertensa.

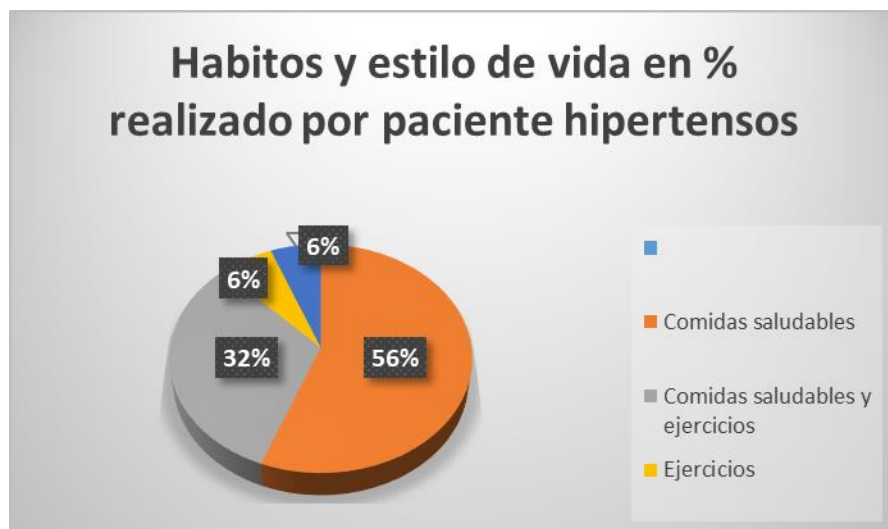
Figura 26 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 5: Hábitos y estilos de vida



Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

En la gráfica de distribución absoluta sobre hábitos y estilos de vida saludables ciento treinta y tres (133) pacientes respondieron que consumen comidas saludables, 76 pacientes realizan ejercicios y consumen comidas saludables, 15 pacientes solo realizan ejercicios y 14 no realizan ningún habito de estilo de vida saludable.

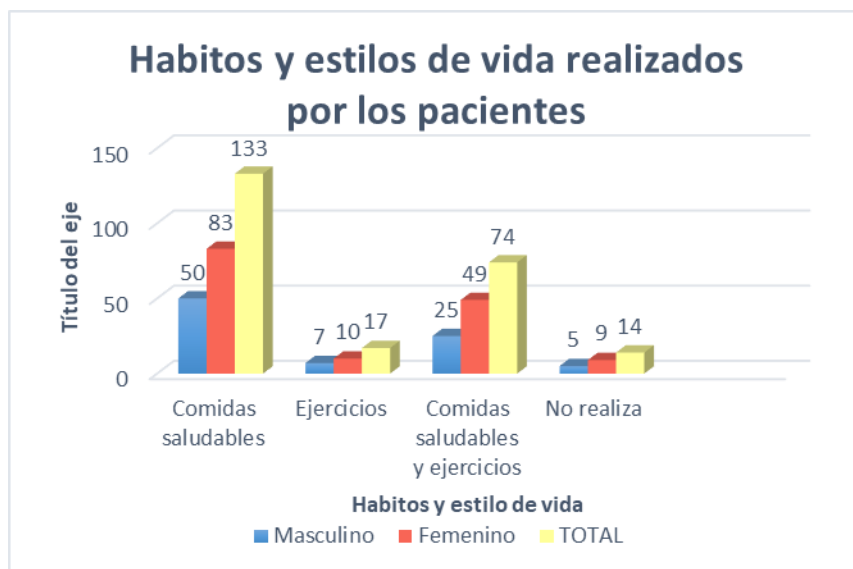
Figura 27 Distribución de frecuencia relativa pregunta 5: Hábitos y estilos de vida



Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

En la gráfica de frecuencia relativa en la población general se observa que los pacientes realizan los hábitos y estilo de vida con comidas saludables un 56%, comidas saludables y ejercicios en 32%, ejercicios un 6% y no realiza ningún hábito y estilo de vida saludable un 6%. Existen factores de riesgos como los malos hábitos alimenticios, el sedentarismo, obesidad, el consumo de sal en exceso, ingesta de grasas saturadas, son factores que aumentan el desarrollo de alti- bajos en la presión arterial, por eso se hace necesario la implementación de estrategias para educar a los pacientes que no estén realizando un buen manejo de hábitos y estilo de vida saludables, concientizarlos sobre el autocuidado, la importancia de la prevención, realización hábitos y estilos de vida saludable que sirvan de coadyuvante con sus tratamientos farmacológicos y tengan una buena calidad de vida.

Figura 28 Distribución de frecuencia absoluta por sexo pregunta 5: Hábitos y estilos de vida



Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

En la gráfica de hábitos y estilos de vida saludables se observa lo siguiente según el sexo:

Comidas saludables: Lo realizan 50 pacientes son masculino y 83 pacientes son femenino.

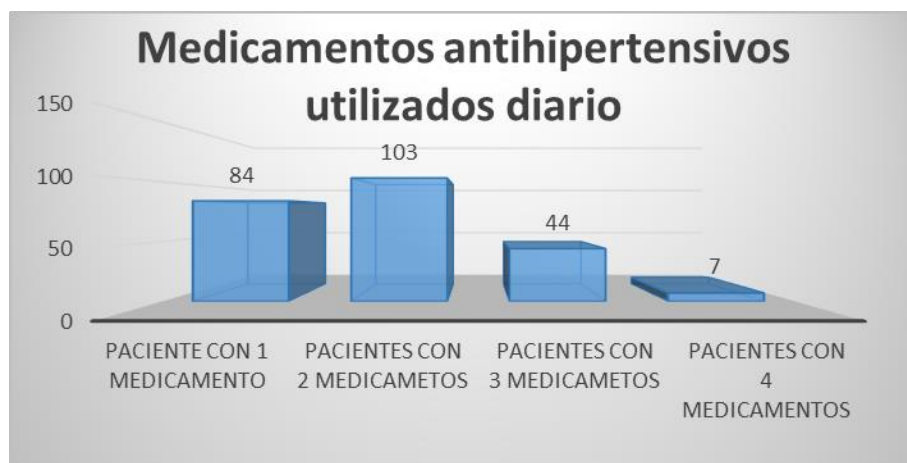
Ejercicios: Lo realizan 7 pacientes son masculino y 10 pacientes son femenino

Comidas saludables y ejercicios: Lo realizan 25 pacientes son masculino y 49 pacientes son femenino. No realiza: 5 pacientes son masculino y 9 pacientes son femenino.

El mayor hábito realizado por la población hipertensa es la comida saludable en un 56%, seguido de la combinación de ejercicios en un 32%, solo ejercicio 6% y no realizan ninguna actividad 6%. Lo anterior nos demuestra que esta población tiene conciencia de la importancia que los hábitos y estilos de vida saludables ayudan a combatir la hipertensión arterial, no solo en la prevención de su ocurrencia sino como coadyuvante en el éxito del tratamiento. Los principales hábitos saludables contemplan mantener una dieta saludable, baja en grasas, en sal y en azúcares; incrementar la actividad física y mantener un peso adecuado.

García M, et al. (2013). Realizo estudio donde categorizo el riesgo del sedentarismo, y lo describe como factor de riesgo importante para la hipertensión, e incluso se plantea que uno de los grupos sociales más propensos a la HTA son los jubilados debido a que su actividad física diaria es mínima. La inactividad física es perjudicial para la salud en general, ya que propicia la inmovilización de colesterol y ácidos grasos libres y por consiguiente su acumulación en el organismo, lo que conlleva a la dislipidemia y favorece la aterosclerosis.

Figura 29 *Distribución de frecuencia absoluta pregunta 6: Numero de medicamentos antihipertensivo utilizado diario*



Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

Pacientes con 1 medicamento antihipertensivo ingeridos diariamente 84, pacientes con 2 medicamentos antihipertensivos 103, pacientes con 3 medicamentos 44 y pacientes con 4 medicamentos 7 para el control de la presión arterial.

Figura 30 Distribución de frecuencia relativa pregunta 6: Numero de medicamentos antihipertensivo-utilizados

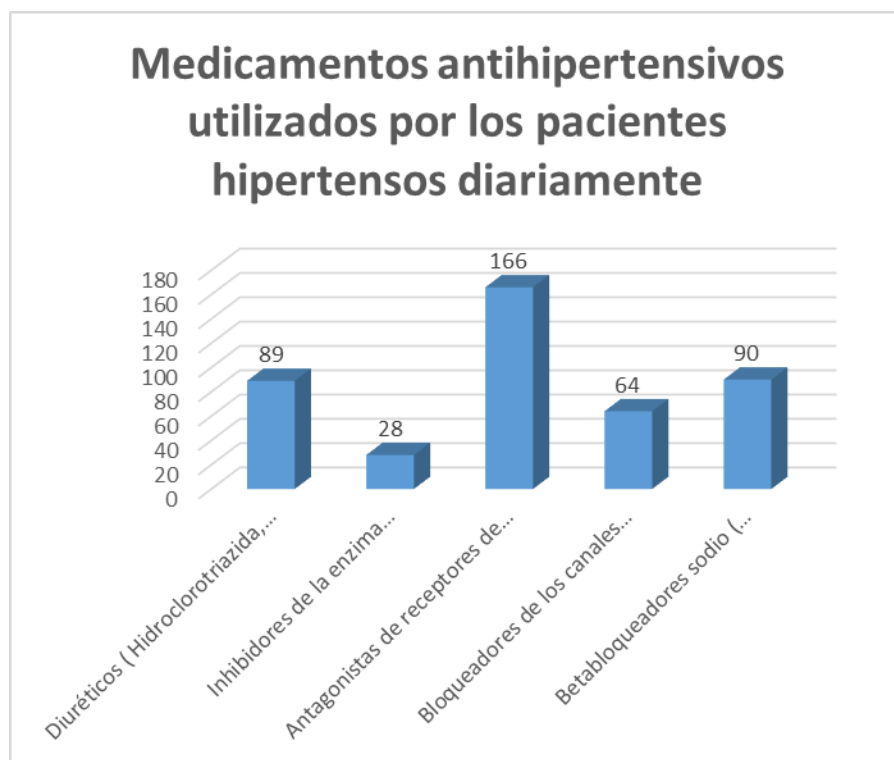


Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

En el resultado podemos evidenciar que un 43% de los pacientes hipertensos usan diariamente 2 medicamentos antihipertensivo, seguidamente el 35% de los pacientes usan 1 medicamento antihipertensivo, 19%, usan 3 medicamentos antihipertensivo y 3% diariamente usan 4 medicamentos antihipertensivo

Las modalidades del régimen terapéutico influyen categóricamente en el cumplimiento de la terapéutica. Los pacientes que toman una dosis diaria o solo un medicamento obtienen un porcentaje mucho mayor de adherencia a la terapéutica que los que llevaban un tratamiento de dos fármacos o más. (Bryce, A, 2011). Mientras que los pacientes con presión arterial no controlada pueden necesitar más de 1 medicamento antihipertensivo.

Figura 31 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 6: Numero de medicamentos antihipertensivo utilizados según familia farmacológica

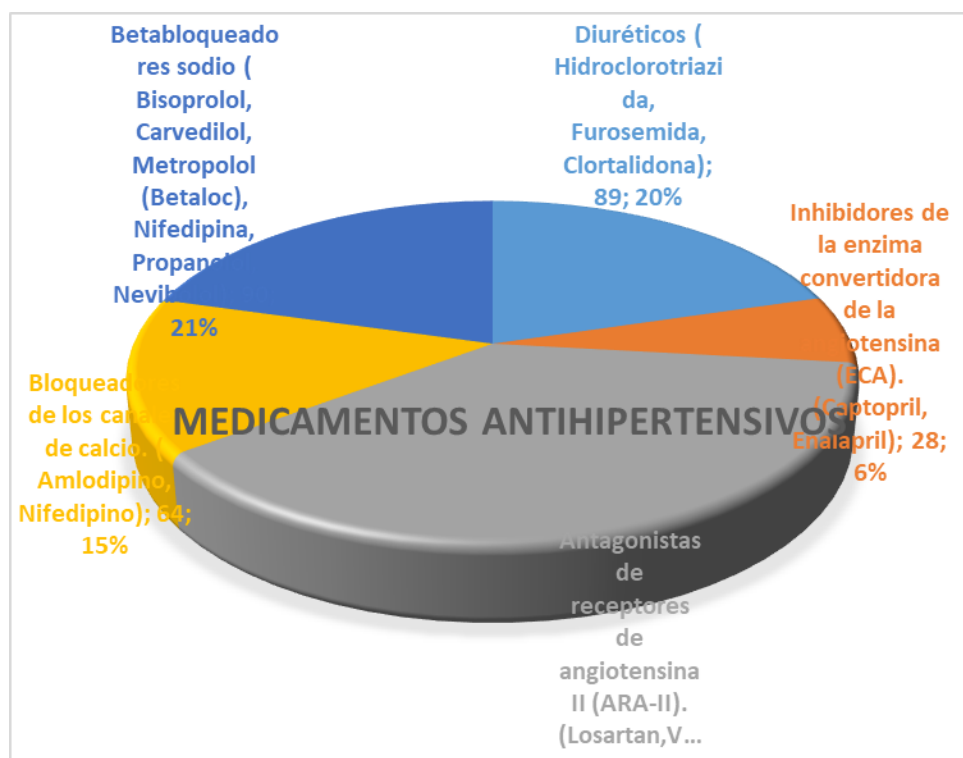


Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

En la gráfica de medicamentos formulados por el médico del programa y entregados a los pacientes hipertensos según su acción farmacológica se describe de la siguiente manera:

Los diuréticos son recetados a 89 pacientes, 28 paciente con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), 166 paciente con antagonistas de receptores de angiotensina II (ARA.II), 85 con bloqueadores de los canales de calcio y 90 con bloqueadores de sodio.

Figura 32 Distribución de frecuencia relativa pregunta 6: Numero de medicamentos antihipertensivo utilizados según familia farmacológica



Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

Los medicamentos antihipertensivos para los pacientes del programa de promoción y prevención de la clínica CEMA está representada en la gráfica de frecuencia relativa de la siguiente manera: El 20% de los pacientes que usan diariamente medicamentos diuréticos donde respondieron los siguientes: Furosemida, hidroclotiazida, el 6% de los pacientes usan diariamente medicamentos inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA), dentro ellos el Captopril, Enalapril, el 38% de los pacientes usan diariamente medicamentos Antagonista de los receptores de angiotensina (ARA II) como son: Losartan, Candesartan (Atacand), Valsartan, Telmisartan, Olmesartan (Olmetec), Irbesartan, el 15% de los pacientes que usan diariamente medicamentos Bloqueadores de los canales de calcio como son:

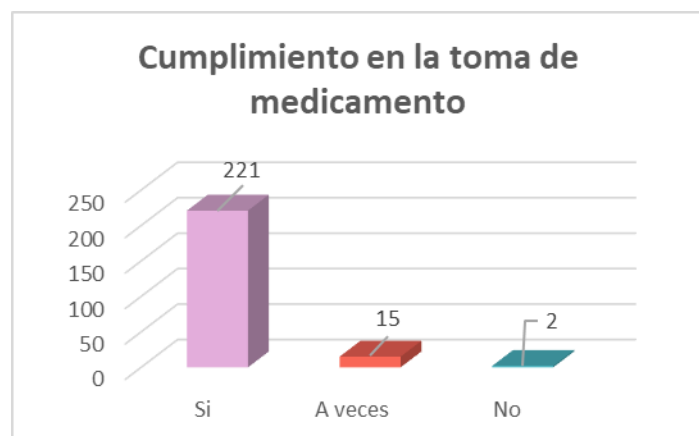
Amlodipino, Nifedipino y el 21% de los pacientes que usan diariamente medicamentos

Betabloqueadores de sodio como son: Bisoprolol, Carvedilol, Metropolol (Betaloc)

En el resultado se observa que los pacientes utilizan en mayor porcentaje diariamente lo medicamentos Antagonista de los receptores de angiotensina (ARA II) Losartan, Candesartan (Atacand), Valsartan en un 38%, seguido de los medicamentos Betabloqueadores de sodio: Bisoprolol, carvedilo, metropolol (Betaloc), luego los diuréticos Furosemida, hidroclotiazida en 20%, Bloqueadores de los canales de calcio Amlodipino, Nifedipino en un 15% y por ultimo inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA), Captopril, enalapril e un 6%

El autor (Hernández, AM, 2009), recomienda que las tres clases de fármacos considerados de primera línea para el tratamiento de la hipertensión en los adultos mayores; los diuréticos tiazídicos, los bloqueadores de canales de calcio de larga acción y los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y los antagonistas de los receptores de angiotensina II. En el anterior nos demuestra que a los pacientes de la Clínica CEMA se le realiza el esquema recomendado de los medicamentos para el tratamiento de la hipertensión, según el autor Hernández.

Figura 33 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 7: Cumplimiento en horario

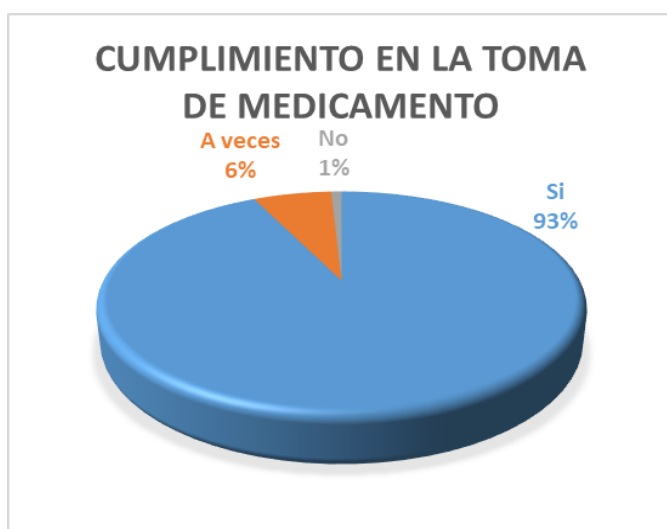


Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

El cumplimiento en la toma de medicamentos 221 pacientes respondieron que, si cumplen su toma de fármaco antihipertensivo, 15 pacientes dijeron que a veces cumplen con la toma y 2 pacientes respondieron que no cumplen con la toma de medicamento sugerida por el médico del programa.

En el blog Pro Pharma Research Organization, nos enfatiza la importancia de respetar el horario de los medicamentos, ya que los fármacos deben administrarse en un intervalo determinado, debido al tiempo que persisten en el organismo tras su toma. Debemos recordar que los efectos de un determinado medicamento dependen de la cantidad (concentración) que dicho fármaco alcanza en el organismo para su acción. Lo anterior, determina la importancia del cumplimiento de la toma de medicamentos como un factor fundamental para la adherencia a la medicación en los pacientes respetando las indicaciones médicas ya que su incumplimiento en las tomas da origen a fallas en la adherencia con la medicación, se convierte en una preocupación creciente para los médicos y los sistemas de salud como son los resultados adversos que conllevan a una mala calidad de vida y altos costos para las instituciones.

Figura 34 Distribución de frecuencia relativa pregunta 7: Cumplimiento en horario

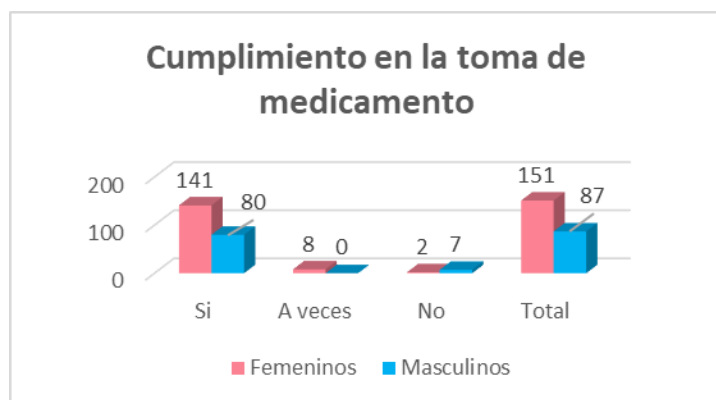


Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

Los pacientes afirman cumplir que toman sus medicamentos en el horario prescrito por el médico, lo cual representa el 93%, a veces cumplen con la toma de medicamentos, representa el 6% y no cumplen con la toma de medicamento prescrita por el médico, equivalentes al 1%

Este resultado nos refleja que los pacientes cumplen las tomas de medicamentos en un 93%, otros pacientes respondieron que a veces lo que equivale en un 6% y 1% respondieron que no cumplían con la toma de medicamento. Lo anterior nos evidencia que los pacientes tienen un buen cumplimiento sobre la toma de sus medicamentos en el horario prescrito por el médico

Figura 35 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 7: Cumplimiento en horario por sexo



Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

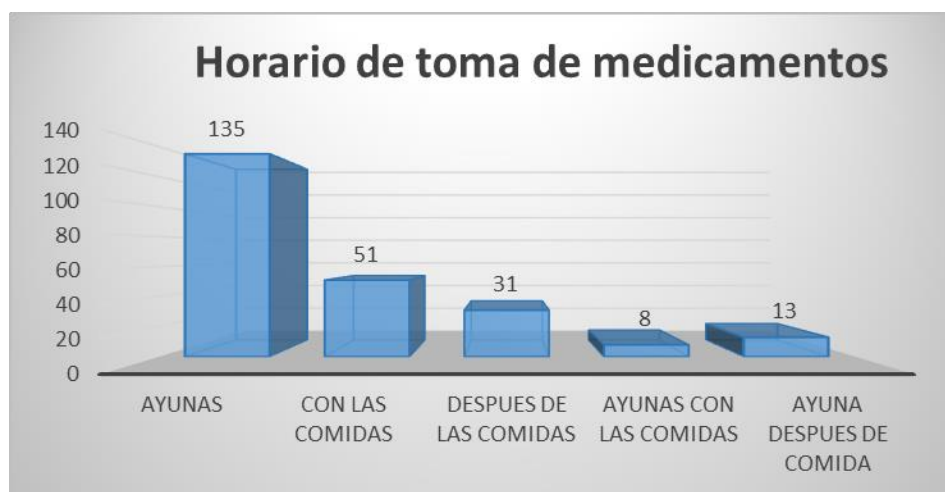
En el cumplimiento en la toma de medicamentos por sexos los pacientes respondieron: En pacientes femeninas: Ciento cuarenta y uno (141) respondieron que Si, 8 contestaron que a veces y 2 respondieron que no cumplen la toma de medicamentos.

En paciente masculino: Ochenta (80) contestaron que si, 7 contestaron que no cumplen la toma de medicamentos y ninguno contesto a veces

Lo anterior refleja que las pacientes femeninas cumplen la toma de medicamentos mejor que los pacientes masculinos. El cumplimiento de la toma de medicamentos es un factor fundamental para la adherencia a la medicación en los pacientes según las indicaciones médicas.

La falta de adherencia a la medicación es una preocupación creciente para los médicos y los sistemas de salud debido a la creciente evidencia que demuestra que es frecuente y se asocia a resultados adversos y que conduce a una elevación de los costes sanitarios.

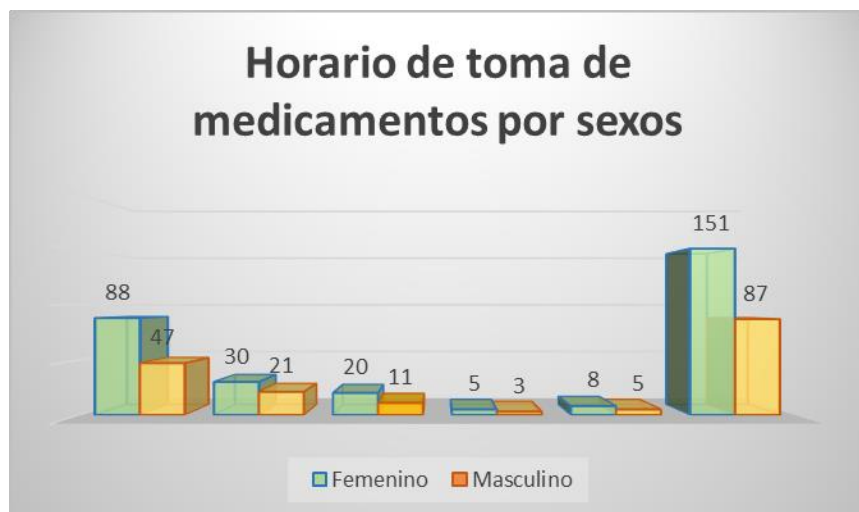
Figura 36 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 8: Horario en la toma de medicamento



Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

Ciento treinta y cinco (135) pacientes respondieron que toman el medicamento antihipertensivo en ayunas, 51 pacientes contestaron que ingieren sus medicamentos con las comidas, 31 pacientes contestaron que toman los medicamentos después de las comidas, 8 pacientes respondieron que ingieren los medicamentos en ayunas o con las comidas, 13 pacientes respondieron que toman los medicamentos en ayunas o después de la comida.

Figura 37 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 8: Horario en la toma de medicamento por sexo



Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

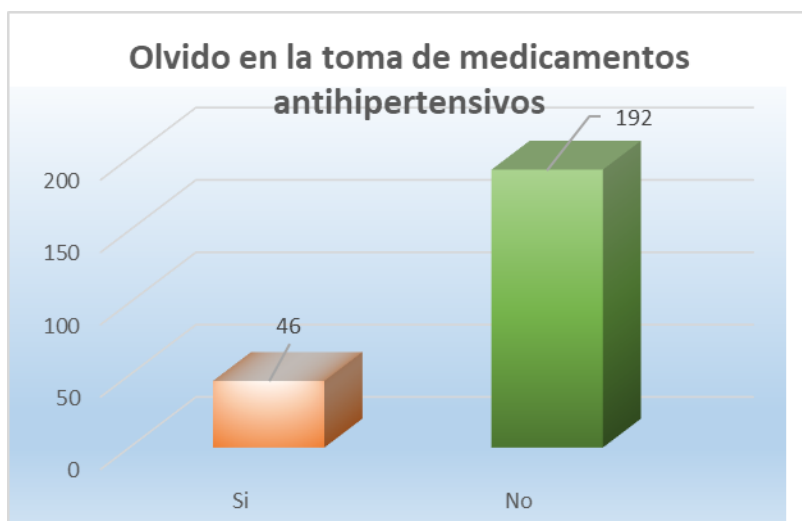
En los pacientes femeninos: En ayuna la toma de medicamentos la ingieren 88 pacientes, con las comidas 30 pacientes, después de la comida 20 pacientes, ayunas o con las comidas 5 pacientes, ayunas o después de la comida, 8 pacientes, estas dos últimas respuestas nos indican que las pacientes femeninas no siguen la recomendación que da el médico tratante en la formulación de sus medicamentos.

En los pacientes masculinos: En ayuna la toma de medicamentos la ingieren 47 pacientes, con las comidas 21 pacientes, después de la comida 11 pacientes, ayunas o con las comidas 3 pacientes y en ayunas o después de la comida 5 pacientes.

Siendo la toma de fármacos un factor fundamental para la adherencia en la medicación a los pacientes debido al cumplimiento en el horario recetado por el médico. Es por ello que hay que concientizar a la población hipertensa que la falla de adherencia a la medicación es una preocupación creciente para los médicos y los sistemas de salud debido a que se asocia a resultados adversos y complicaciones en el paciente. Asimismo, el incumplimiento es

considerado como una de las causas más importantes en el diagnóstico diferencial de una hipertensión arterial (HTA) tratada y no controlada. Márquez et. al (2001).

Figura 38 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 9: Olvido en la toma de medicamentos antihipertensivos



Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

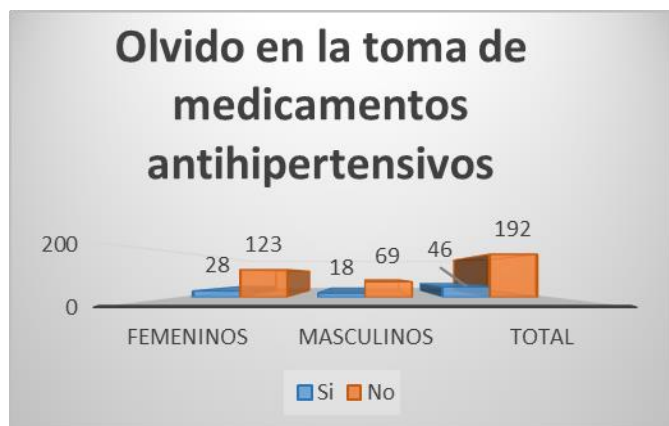
Cuarenta (46) pacientes contestaron que “Si” olvidaron tomar los medicamentos antihipertensivos, ciento noventa y dos (192) pacientes contestaron que “No” olvidaron tomar los medicamentos antihipertensivos.

Consideramos que los pacientes con estudios superiores poseen una mayor educación general, son más cumplidores de la terapéutica porque tienen una percepción más realista del riesgo que a largo plazo implica la condición de ser hipertenso no controlado.

La dificultad para lograr un buen control se debe a motivos diversos, atribuibles al médico o al paciente: falta de diagnóstico, retraso en el aumento o cambio de la medicación, satisfacción con moderadas reducciones de presión arterial ligada a la falta de compromiso con el paciente, falta de adherencia al tratamiento por factores educativos, socioeconómicos, cantidad

de fármacos o polifarmacias, cantidad de tomas diarias, edad del paciente, deterioro cognitivo y evolución de la enfermedad, que pueden conllevar a la suspensión u olvido de la medicación.

Figura 39 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 9: Olvido en la toma de medicamentos antihipertensivos

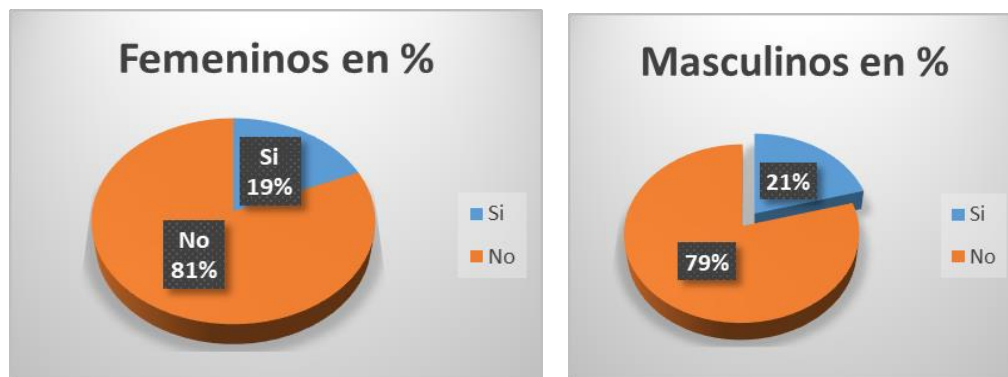


Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

Pacientes femeninos: 28 mujeres olvidaron la toma de medicamentos y 123 no olvidaron, lo cual cumplen con el horario recetado por el médico en sus medicamentos antihipertensivos.

Pacientes masculinos: 18 hombres olvidaron la toma de medicamentos y 69 no olvidaron, lo cual cumplen con el horario recetado por el médico en sus medicamentos antihipertensivos.

Figura 40 Distribución de frecuencia relativa pregunta 9: Olvido en la toma de medicamentos antihipertensivos



Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

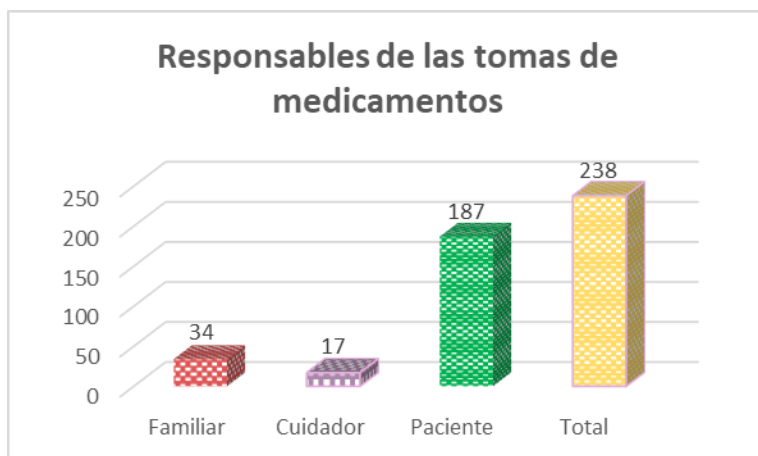
Pacientes femeninos: Olvidaron la toma de medicamentos el 19%, no olvidaron la toma de medicamento lo que representa el 81%.

Pacientes masculinos: Olvidaron la toma de medicamentos lo que representa el 21% y que no olvidaron la toma de medicamentos lo que representa el 79%

Observamos que en la toma de medicamento donde los pacientes respondieron olvidar su toma de medicamento fue en la población masculinos 21% con respecto a las mujeres que representaron el 19%.

Precisamente en relación con el cumplimiento, el estudio actual encuentra que los pacientes de ambos sexos tienen un alto porcentaje de cumplimiento en la toma de medicamento.

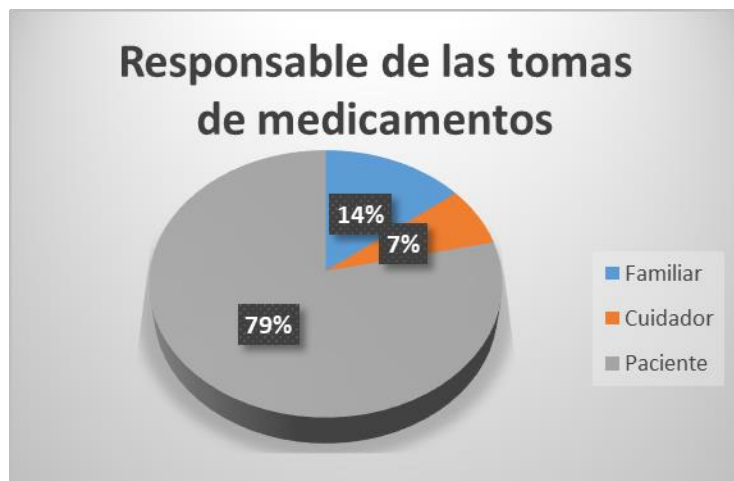
Figura 41 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 10: Responsables de las tomas de medicamentos



Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

Los familiares son los responsables de la toma de medicamentos respondieron 34 pacientes, 17 lo realizan un cuidador, 187 son responsables los pacientes en su toma de medicamentos para un total de 238 pacientes encuestados.

Figura 42 Distribución de frecuencia relativa pregunta 10: Responsables de las tomas de medicamentos



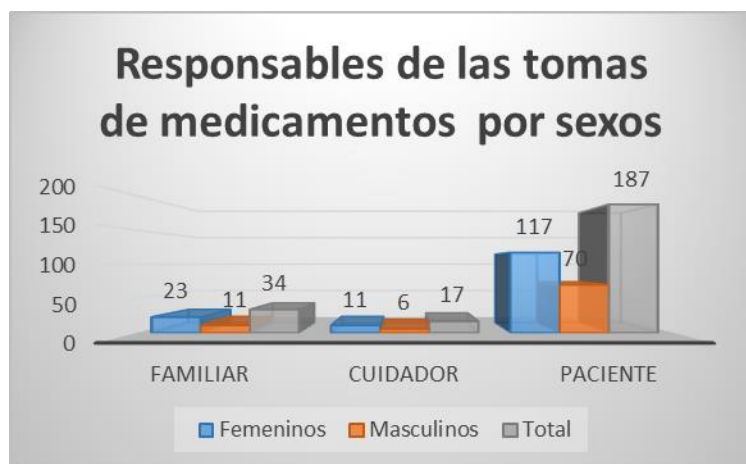
Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

Pacientes respondieron que ellos mismos son los responsables de administrar sus medicamentos representa un 79%, respondieron que sus medicamentos se los administra un familiar un 14% y se los administra un cuidador representado un 7%.

Con la anterior interpretación prevalece que los pacientes son los responsables de administrar sus medicamentos en un 79% pero debido a las características propias del envejecimiento, el tratamiento de la hipertensión arterial en las personas de tercera edad reviste complejidad particular; su labilidad o fragilidad en todos los aspectos de la vida hace necesario el abordaje de cualquier enfermedad de manera integral mediante un equipo multidisciplinario, esta situación se hace aún más delicada y palpable en los adultos mayores frágiles. Por consiguiente, los pacientes de mayor edad incumplen más la terapéutica porque con mayor frecuencia olvidan tomar los medicamentos, una de las causas puede ser: El aislamiento con los miembros de la familia, deficiencia en la vista lo cual se les dificulta leer los nombres de los medicamentos por polifarmacias y por olvido, ya sea a las recomendaciones que da el médico y/o enfermera debido

a la pérdida de memoria que a menudo se acompaña por el envejecimiento característico al ciclo de la vida.

Figura 43 *Distribución de frecuencia absoluta pregunta 10: Responsables de las tomas de medicamentos por sexo*

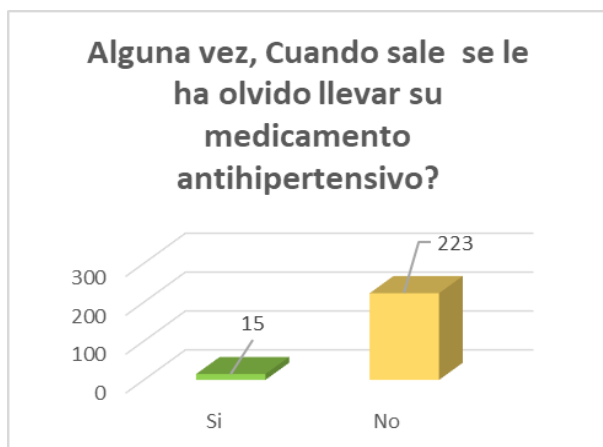


Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

En la anterior grafica se puede evidenciar la responsabilidad en la toma de medicamentos por sexos: Pacientes femeninas respondieron: 117 sus medicamentos se los administra ellas mismos, 23 los medicamentos se los administra un familiar y 11 sus medicamentos se los administra un cuidador.

Pacientes masculinos respondieron: 70 sus medicamentos se los administra ellas mismos, 11 sus medicamentos se los administra un familiar y 6 sus medicamentos se los administra un cuidador.

Figura 44 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 11: Al salir, se le ha olvido llevar su medicamento antihipertensivo

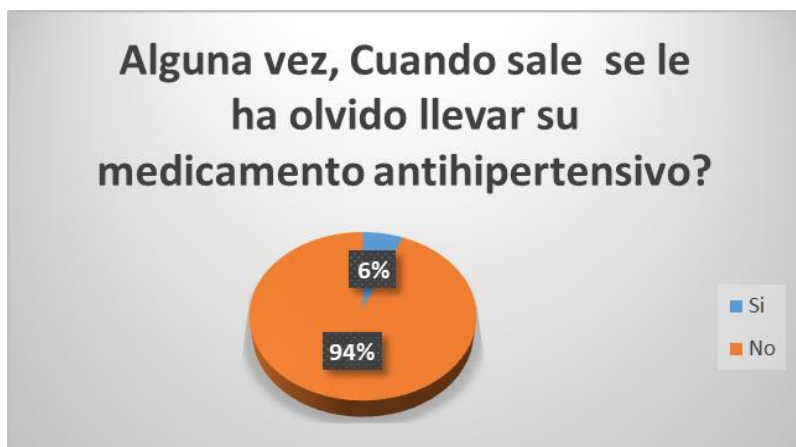


Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

En la gráfica representa la distribución absoluta de los pacientes que respondieron si al salir se le ha olvidado llevar sus medicamentos respondiendo de la siguiente manera:

Quince (15) pacientes respondieron que alguna vez, se le ha olvidado llevar sus medicamentos antihipertensivos cuando salen y 223 pacientes no olvidaron llevar sus medicamentos.

Figura 45 Distribución de frecuencia relativa pregunta 11: Al salir, se le ha olvido llevar su medicamento antihipertensivo



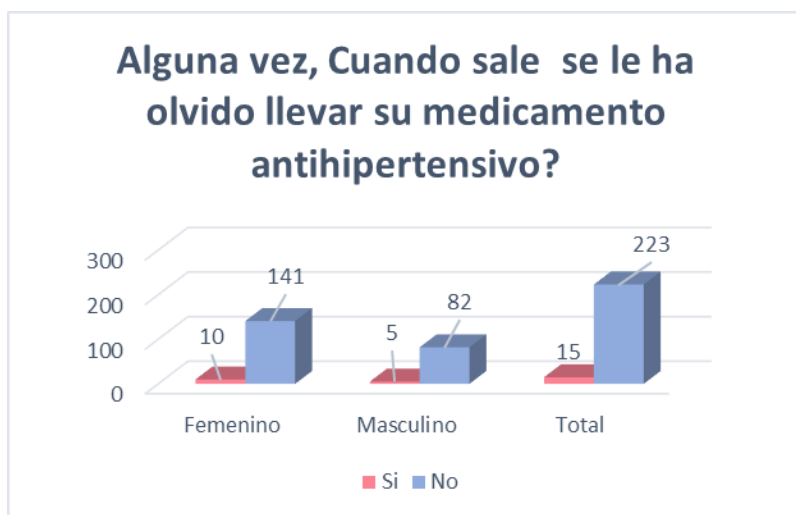
Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

Quince (15) pacientes respondieron que alguna vez, se la ha olvidado llevar sus medicamentos antihipertensivos cuando salen, lo que equivale a un 6%

Doscientos veintitrés (223) pacientes respondieron que nunca se le olvidado llevar sus medicamentos antihipertensivos cuando salen, lo que equivale a un 94%

Lo anterior nos indica que los pacientes tienen un alto porcentaje de no olvidarse llevar sus medicamentos cuando salen de su casa, donde es uno de los factores importantes para que los pacientes tengan una buena adherencia.

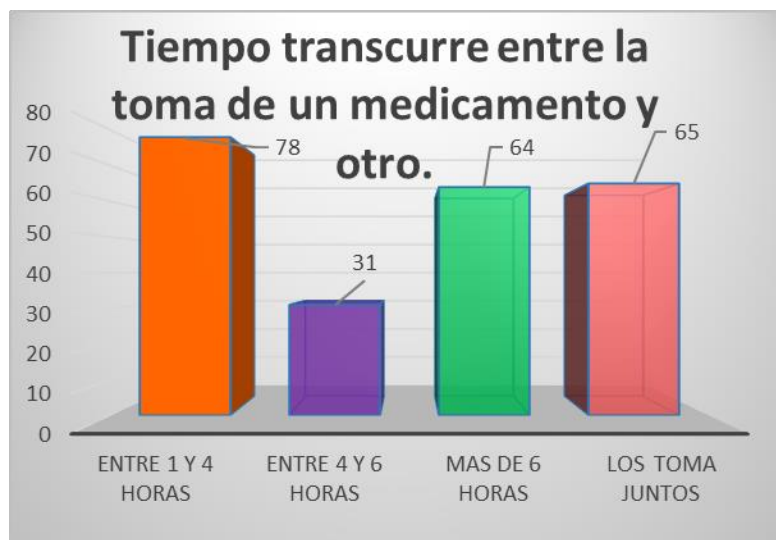
Figura 46 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 11: Al salir, se le ha olvido llevar su medicamento antihipertensivo por sexo



Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

Diez (10) pacientes femeninos respondieron que “Si”, se les había olvidado llevar sus medicamentos cuando salen, 5 pacientes masculinos respondieron que “Si” se les había olvidado llevar sus medicamentos cuando sale, 141 pacientes femeninos respondieron que “No”, se les había olvidado llevar sus medicamentos cuando salen, 82 pacientes masculinos respondieron que “No” se les había olvidado llevar sus medicamentos cuando sale.

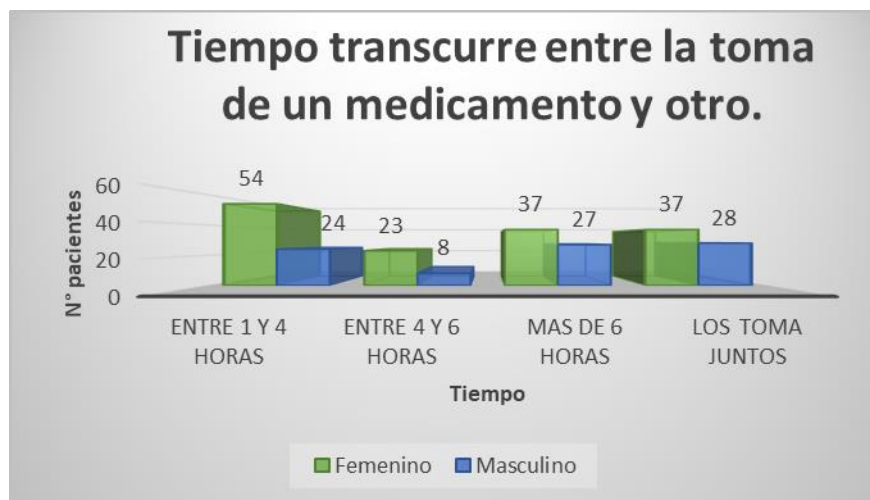
Figura 47 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 12: Tiempo transcurre entre la toma de un medicamento y otro



Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

Setenta y ocho (78) pacientes respondieron que el tiempo que transcurre entre la toma de un medicamento y otro está en los rangos de 1 – 4 horas, 64 pacientes respondieron que el tiempo que transcurre entre la toma de un medicamento y otro es más de 6 horas, 65 pacientes respondieron que toman junto los medicamento y no tiene en cuenta el tiempo que transcurre entre la toma de un fármaco, 31 pacientes respondieron que el tiempo que transcurre entre la toma de un medicamento y otro están en los rangos de 4 – 6 horas.

Figura 48 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 12: Tiempo transcorre entre la toma de un medicamento y otro

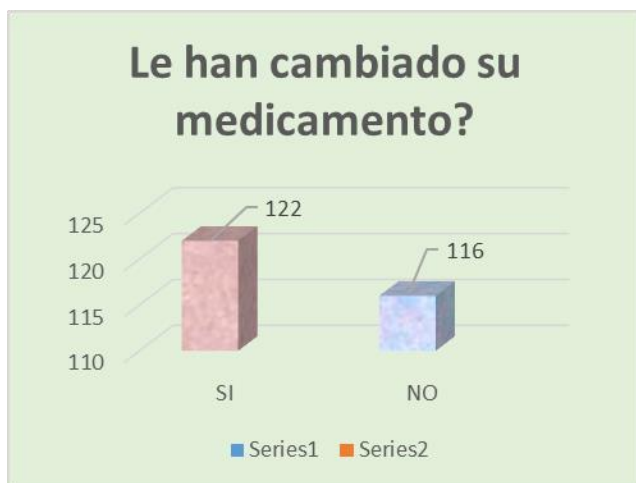


Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

Cincuenta y cuatro (54) pacientes femeninas respondieron que el tiempo que transcorre entre la toma de un medicamento y otro están en los rangos de 1 – 4 horas, 24 pacientes masculino respondieron que el tiempo que transcorre entre la toma de un medicamento y otro están en los rangos de 1 – 4 horas, 23 pacientes femeninas respondieron que el tiempo que transcorre entre la toma de un medicamento y otro están en los rangos de 4 – 6 horas, 8 pacientes masculino respondieron que el tiempo que transcorre entre la toma de un medicamento y otro están en los rangos de 4 – 6 horas, 37 pacientes femeninas respondieron que el tiempo que transcorre entre la toma de un medicamento es más de 6 horas, 27 pacientes masculinos respondieron que el tiempo que transcorre entre la toma de un medicamento es más de 6 horas, 37 pacientes femeninas respondieron que el tiempo que transcorre entre la toma de un medicamento y otro es más de 6 horas, 28 pacientes masculinos respondieron que el tiempo que transcorre entre la toma de un medicamento y otro es más de 6 horas.

Es de suma importancia respetar el horario de los medicamentos en el Blog ProPharmasearch, menciona en su artículo dicha importancia y especifica las características del fármaco en su toma y el seguimiento a reacciones adversas. Si por el contrario se administra el fármaco varias horas después de la hora indicada, se corre el riesgo de que, durante el intervalo entre las dosis, los niveles que el fármaco alcanza en la sangre y en los tejidos sean inferiores a aquellos en los que ejerce su efecto beneficioso. Por lo anterior, se hace necesaria una educación al paciente para que pueda obtener mayor beneficio en cuanto a la eficacia y eficiencia en el mecanismo de acción en cuanto su farmacocinética y farmacodinamia de los fármacos en el organismo.

Figura 49 *Distribución de frecuencia absoluta y relativa pregunta 13: Le han cambiado su medicamento*



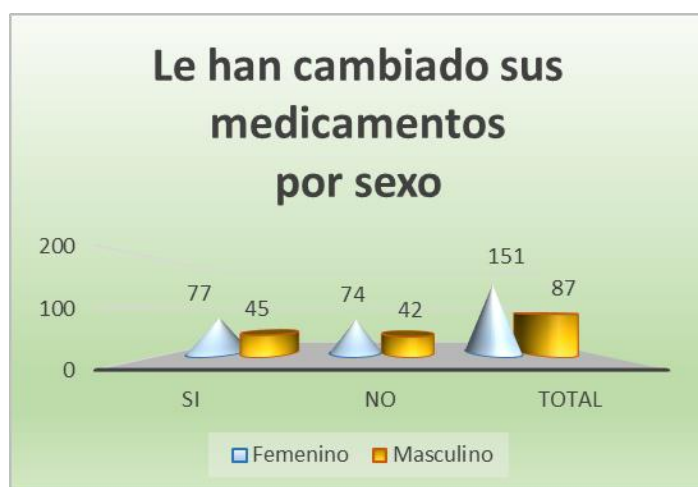
Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

El resultado de la graficas de frecuencia absoluta y relativa son las siguientes;
Ciento veinte dos (122) pacientes respondieron que “Si” le han cambiado su medicamento antihipertensivo, lo equivalente a 51% y 116 pacientes respondieron que “No” le han cambiado su medicamento antihipertensivo, lo equivalente a 49%

Lo anterior nos refleja que los pacientes que respondieron a la encuesta le han cambiado sus medicamentos y puede ser un signo donde nos demuestra que pueden existir causales que incidan a este factor de adherencia como pueden ser: Que realmente no estén tomando sus medicamento a la hora, combinando la toma con otros medicamentos para diferentes patologías, se les ha olvidado tomarlos, no conocen que medicamentos interactúan y hacen que la eficacia del mecanismo de acción de los fármacos para la hipertensión se vea alterado.

Según (Alfonso, K, et al 2011), en la actualidad, la HTA es un factor susceptible de controlar a través del tratamiento farmacológico. Sin embargo, se ha observado la presencia de presión alta aún bajo efectos controlados de este tratamiento. Existen varias posibles explicaciones, dependientes del comportamiento y adherencia del paciente, de la indicación médica, de los efectos adversos del fármaco y de factores de riesgo psicosociales como la depresión, la ansiedad y el estrés.

Figura 50 *Distribución de frecuencia absoluta pregunta 13: Le han cambiado su medicamento por sexo*



Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

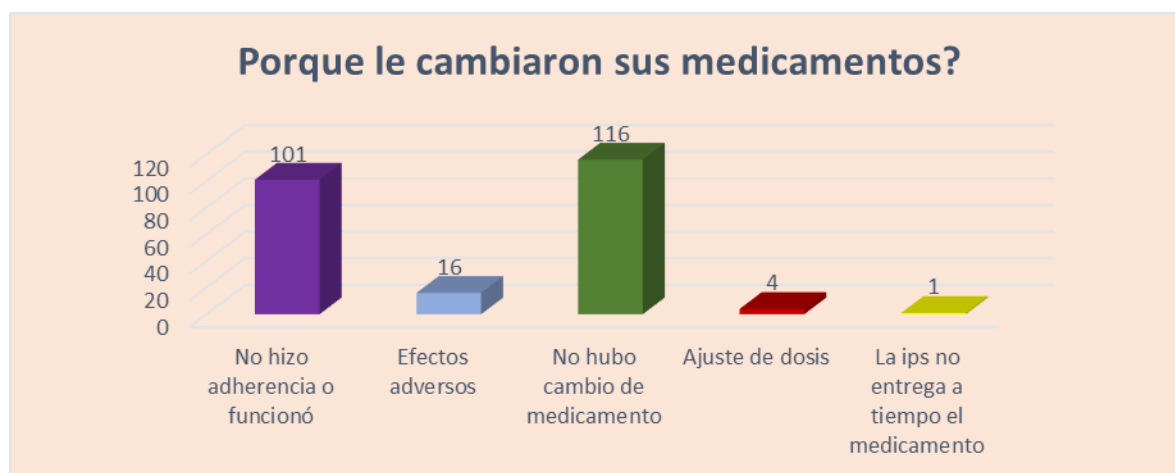
Setenta y siete (77) pacientes femeninas respondieron que “SI” le habían cambiado el

medicamento antihipertensivo y 74 pacientes femeninas respondieron que “NO” le habían cambiado el medicamento antihipertensivo.

45 pacientes masculino respondieron que “SI” le habían cambiado el medicamento antihipertensivo y 42 pacientes masculinos respondieron que “NO” le habían cambiado el medicamento antihipertensivo.

En los resultados el porcentaje es muy cercano al SI en un 50%, donde les ha cambiado los medicamentos a los pacientes hipertensos.

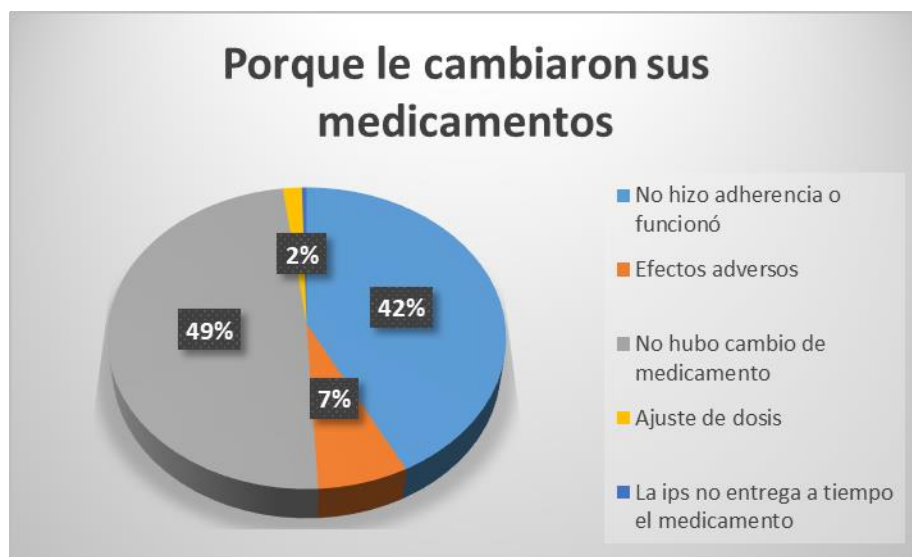
Figura 51 *Distribución de frecuencia absoluta pregunta 14: Por qué le cambiaron su medicamento*



Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

En esta grafica se evidencia que 101 pacientes no hicieron adherencia o les funcionó, 16 pacientes respondieron que tuvieron efectos adversos, 4 pacientes le hicieron ajustes de dosis, 1 paciente la IPS no entrego a tiempo el medicamento y se lo cambiaron y 116 pacientes respondieron que no le han hecho cambio de medicamentos.

Figura 52 Distribución de frecuencia relativa pregunta 14: Por qué le cambiaron su medicamento



Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

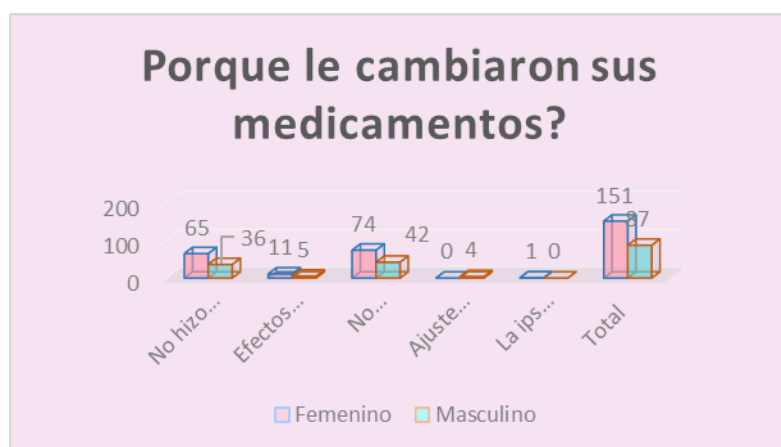
Los pacientes que respondieron que el medicamento no hizo adherencia o les funcionó fue del 42%, los que tuvieron efectos adversos con el medicamento un 7%, le incrementaron las dosis de medicamento fue del 2%, 1 paciente respondió que se lo cambiaron porque la IPS no entregaba a tiempo el medicamento para la presión y el 49% no le han cambiado el medicamento.

En el anterior resultado se ha determinado no hizo adherencia o les funcionó en un 42%, las reacciones adversas un 7%, son las dos causales de una mala adherencia en los medicamentos, habría que determinar las posibles causas para mejorar la adherencia o resistencia a los medicamentos en los pacientes hipertensos.

Ibarra y Morillo (2017), “Lo que debes saber sobre la “Adherencia”, explican como la falta de adherencia es un factor que tiene consecuencias clínicas, económicas y sociales importantes. Es un hecho que el incumplimiento afecta a la efectividad de los tratamientos,

disminuyendo la probabilidad de éxito terapéutico, lo que puede propiciar un aumento de dosis o cambios a tratamientos más agresivos, de forma que se incrementan los riesgos y los costes. En esta línea, uno de los principios de la prescripción prudente nos alerta de este riesgo y afirma: “Ante un fracaso terapéutico se debe evitar prescribir más fármacos sin antes comprobar la adherencia del paciente al tratamiento”.

Figura 53 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 14: Por qué le cambiaron su medicamento por sexo



Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

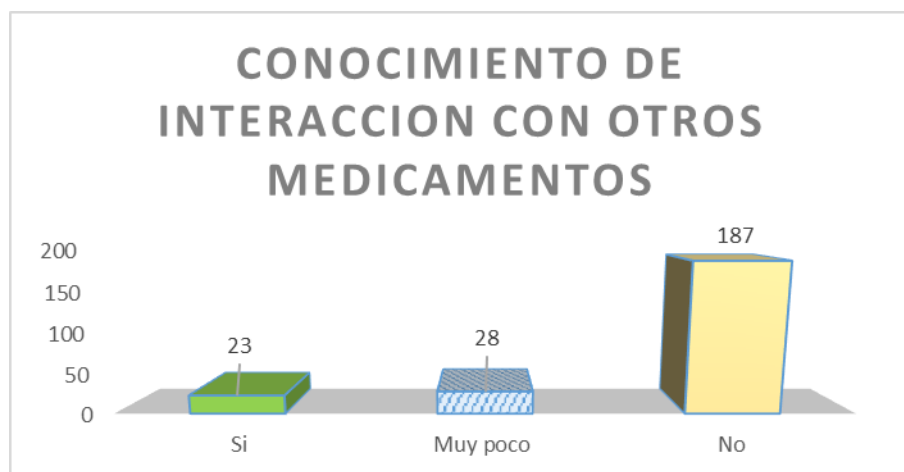
Sesenta y cinco (65) pacientes femeninas no hizo adherencia al medicamento antihipertensivo, 11 pacientes femenina tuvo efectos adversos, 74 pacientes femeninas no le realizaron cambio de medicamento, 1 paciente femenina la IPS no le entregaba a tiempo su medicamento antihipertensivo y ninguna le hicieron ajustes de dosis

Treinta y seis (36) pacientes masculinos no hizo adherencia al medicamento antihipertensivo, 5 pacientes masculino tuvo efectos adversos, 4 pacientes masculino le hicieron ajuste de dosis, 42 pacientes masculinos no le realizaron cambio de medicamento

Por otro lado, Ibarra y Morillo (2017), en su libro: “Lo que debes saber sobre la Adherencia”, menciona el término «adherencia» y determina la aceptación o acuerdo de las

recomendaciones por parte del paciente y, por lo tanto, recomienda de debe existir una mayor colaboración entre el prescriptor y el paciente.

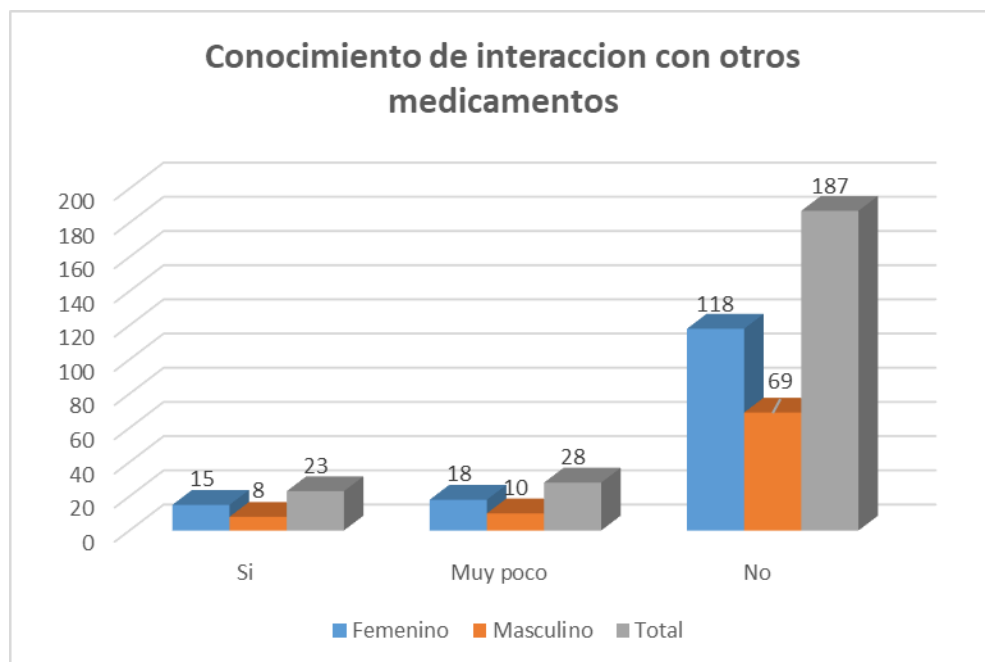
Figura 54 *Distribución de frecuencia absoluta pregunta 15: Conocimiento de interacción con otros medicamentos*



Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

Veintitrés (23) pacientes respondieron que “SI” tiene conocimiento sobre la interacción con otros medicamentos, 28 pacientes respondieron que “Muy poco” tiene conocimiento sobre la interacción con otros medicamento y 187 pacientes respondieron que “NO” tiene conocimiento sobre la interacción con otros medicamentos.

Figura 55 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 15: Conocimiento de interacción con otros medicamentos por sexos



Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

La grafica nos evidencia los resultados según el sexo, de la siguiente manera: Ciento dieciocho (118) pacientes “No” tienen conocimiento de las interacciones con otros medicamentos, 18 pacientes tienen “Muy poco” tienen conocimiento de las interacciones con otros medicamentos y 15 pacientes “Si” tienen conocimiento de las interacciones con otros medicamentos.

Sesenta y nueve (69) pacientes que “No” tienen conocimiento de las interacciones con otros medicamentos, 10 pacientes que “Muy poco” tienen conocimiento de las interacciones con otros medicamentos y 8 pacientes que “Si” tienen conocimiento de las interacciones con otros medicamentos

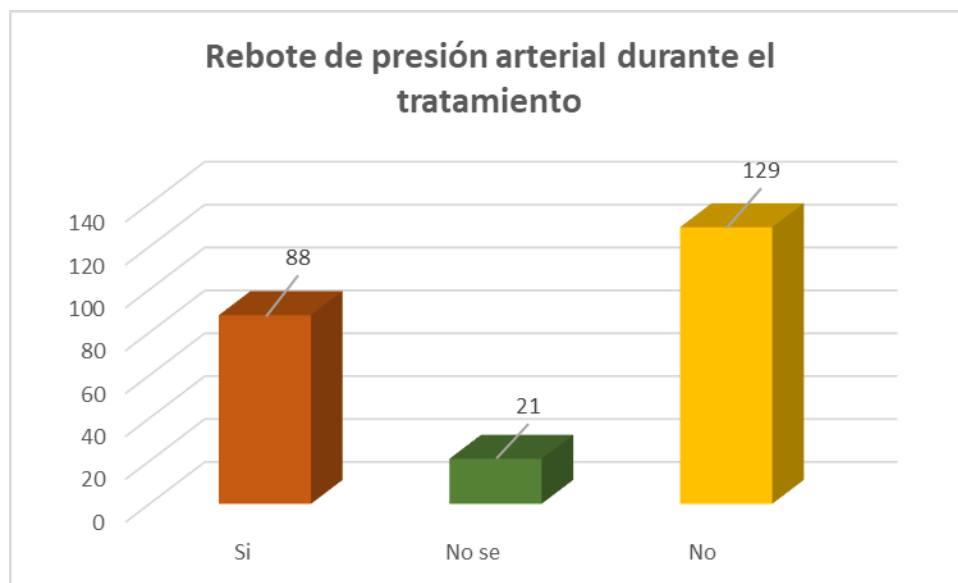
Lo anterior evidencia que los pacientes masculinos y femeninos tienen un alta grado de conocimiento sobre las interacciones con los medicamentos de uso para la hipertensión y otros

medicamentos, el cual son factores incidentes a que se den posibles malas adherencias a sus tratamientos farmacológicos antihipertensivos.

(Mc Mahon et al, 1997) El mal uso de los medicamentos por parte del paciente es debido muchas veces al desconocimiento de los mismos, generalmente a causa de una falta de información o de comprensión, mala interpretación u olvido de las instrucciones que el paciente ha recibido, por lo que al encontrarse solo ante la medicación no sabe cómo utilizarla, muchos pacientes desconocen conceptos como efecto adverso o que entre un medicamento y otro puede resultar una interacción y terminan ciertos efectos indeseables sumándoselos a síntomas propios de la enfermedad. El estudio arroja que si bien muchos pacientes reciben una buena información otros no lo están haciendo, por ello se hace necesario que el 100% de los pacientes reciban la información correcta y pertinente al fármaco o fármacos de uso.

Según los autores (Rodríguez M y Oliveira C, 2016) realizaron estudios y comprobaron que las interacciones farmacológicas se pueden definir como la alteración del efecto o la actividad de un fármaco ya sea en combinación de alimentos, nutrientes, plantas medicinales o medicamentos, cuya finalidad es potenciar el efecto terapéutico, a partir de una interacción beneficiosa, sin embargo, hay interacciones que causan reacciones que comprometen la salud del paciente, mismo que tienden a confundir con el agravamiento de la enfermedad.

Figura 56 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 17: Rebote de presión arterial durante el tratamiento

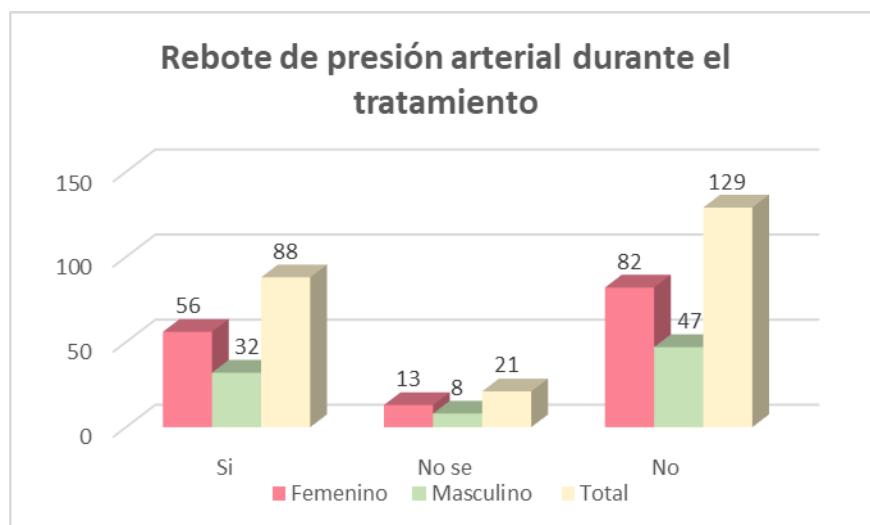


Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

Ochenta y ocho (88) pacientes respondieron que “Si” han tenido rebote de la presión durante el tratamiento, 21 paciente respondieron que “No saben” y 129 pacientes respondieron que “No” han tenido rebote de la presión durante el tratamiento.

Con el resultado de la interpretación anterior se evidencia que los pacientes que asistieron a los controles de hipertensión están mostrando altibajos de presión arterial durante su tratamiento donde se debe estudiar los posibles factores causales como pueden ser: Efectos adversos, polifarmacia, interacciones medicamentosas, ingesta inadecuada en las horas de las tomas de medicamentos entre otras.

Figura 57 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 17: Rebote de presión arterial durante el tratamiento por sexo

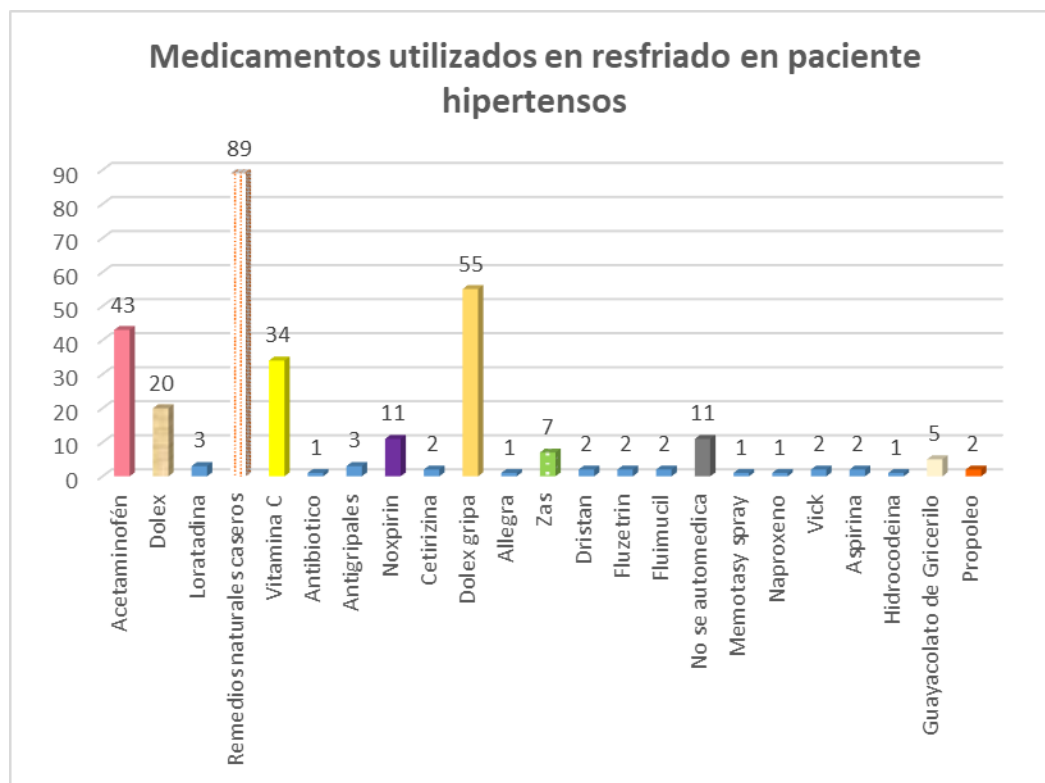


Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

Pacientes femeninos: Ochenta y dos (82) pacientes respondieron que “No” han tenido rebote de la presión durante el tratamiento, 56 respondieron que “Si” han tenido rebote de la presión durante el tratamiento y paciente respondieron que “No saben”.

Pacientes masculinos: Cuarenta y siete (47) paciente respondieron que “No” han tenido rebote de la presión durante el tratamiento, 32 pacientes respondieron que “Si” han tenido rebote de la presión durante el tratamiento y 8 paciente respondieron que “No saben”.

Figura 58 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 18: Medicamentos utilizados en resfriados por los pacientes

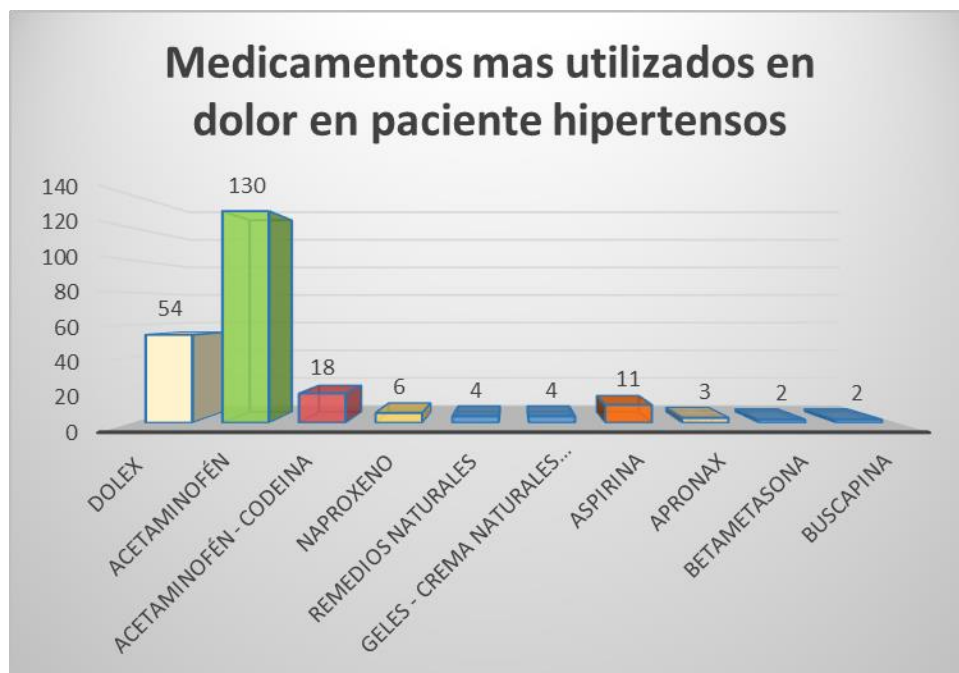


Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

Ochenta y nueve (89) pacientes respondieron que utilizan remedios naturales, 55 pacientes respondieron que utilizan Dolex gripa, 43 pacientes respondieron que utilizan Acetaminofén, 34 pacientes respondieron que utilizan Vitamina C, 11 pacientes respondieron que no se automedican, 20 pacientes respondieron que utilizan Dolex, 5 pacientes respondieron que utilizan Guayacolato de glicerilo, 7 pacientes respondieron que utilizan en ZAS, 3 pacientes respondieron que utilizan antigripales, 3 pacientes respondieron que utilizan Loratadina, 2 pacientes respondieron que utilizan en proceso de resfriados Cetirizina, Dristan, Fluzetrin, Noxpirin etc.

Según (Guijarro, L. 2016), realizó un estudio donde determinó que los pacientes que sufre de congestión nasal y rinorrea usan en la mayoría de los productos medicamentos antigripales, los cuales están contraindicados o habría que evaluar el beneficio-riesgo de su uso en la hipertensión, debido a que los descongestionantes presentan una gran cantidad de efectos secundarios, entre los que destacan aumento de la presión arterial, taquicardias entre otros, por lo que estarían contraindicados, sobre todo los que se administran por vía oral como son las Pseudoefedrina y Fenilpropanolamina). En los medicamentos anteriores nos damos cuenta que los resultados que se obtuvieron en esta investigación los pacientes se administran descongestionantes como el Advil gripa, Allegra (Pseudoefedrina) y Loratadina (Fenilefrina) en los cuadros gripales.

Figura 59 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 19: Medicamentos utilizados en dolor por los pacientes

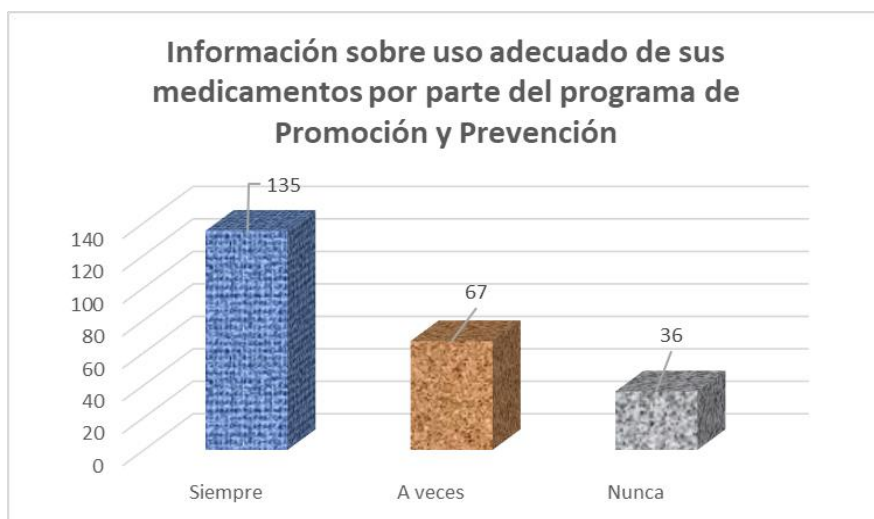


Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

Cincuenta y cuatro (54) paciente utilizan Dolex, 130 paciente utilizan Acetaminofen, 18 pacientes respondieron que utilizan Acetaminofen + Codeina, 11 pacientes respondieron que utilizan Aspirina, 6 pacientes respondieron que utilizan Naproxeno, 4 pacientes respondieron que utilizan remedios naturales, 3 pacientes respondieron que utilizan Apronax, Betametasona, 2 pacientes respondieron que utilizan Buscapina en dolor.

En el estudio realizado por (Villa et al, 2014), El uso conjunto de los analgésicos-antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y antihipertensivos es común, por coexistencia de enfermedades entre ellas la hipertensión arterial (HTA), especialmente en mayores de 60 años. Sin embargo, el uso simultáneo de estos medicamentos puede causar problemas asociados a interacciones medicamentosas, especialmente de efectividad del tratamiento antihipertensivo. Por consiguiente, algunos AINE pueden disminuir la efectividad del tratamiento antihipertensivo cuando se utilizan simultáneamente, en especial con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, diuréticos, bloqueadores beta y antagonistas de los receptores de angiotensina.

Figura 60 *Distribución de frecuencia absoluta pregunta 20: Información sobre uso adecuado en el programa P y P*

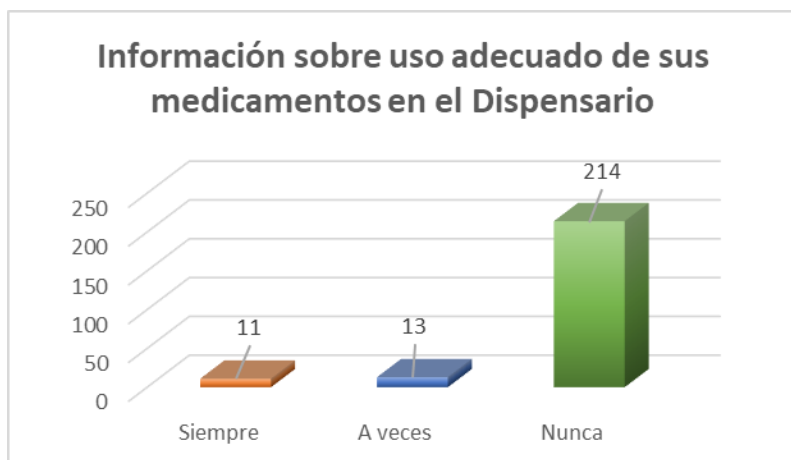


Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

Ciento treinta y cinco (135) pacientes respondieron que siempre le dan información sobre el uso de sus medicamentos en los controles de promoción y prevención, 67 pacientes respondieron que a veces le dan información sobre el uso de sus medicamentos en sus controles y 36 pacientes respondieron que nunca le dan información sobre el uso de sus medicamentos en los controles de promoción y prevención.

La educación y prevención de riesgos conforman las medidas sanitarias más importantes, universales y menos costosas. El adecuado control y seguimiento de la presión arterial es un desafío para todos los países y debe constituir una prioridad de las instituciones de salud, población y gobiernos; siendo considerada una de las afecciones más frecuentes con importantes repercusiones en el orden personal, económico y sanitario.

Figura 61 Distribución de frecuencia absoluta pregunta 20: Información sobre uso adecuado en el Dispensario



Fuente. Elaboración propia de acuerdo con los resultados de los instrumentos aplicados.

De la gráfica anterior se puede evidenciar que once (11) pacientes respondieron que siempre le dan información sobre el uso de sus medicamentos en el sitio de dispensación de la clínica, 13 pacientes respondieron que a veces le dan información sobre el uso de sus

medicamentos y 214 pacientes respondieron que nunca le dan información sobre el uso de sus medicamentos en el sitio de dispensación de la clínica

En la dispensación o entrega de los medicamentos para los pacientes hipertensos, se debe tener en cuenta al momento de recepcionar la receta media la dosis que el profesional en salud ha sugerido y explicar al paciente la importancia de cumplir con esta indicación. Es por ello recomendar realizar horarios y colocarlos en lugar visibles o colocar recordatorios para la toma de las dosis de los fármacos, para esto, el regente de Farmacia es responsable de dar la orientación y educación al paciente sobre los cuidados que debe tener con respecto al almacenamiento para que no se altere su estabilidad, eficacia y eficiencia del medicamento, ejemplo; El almacenamiento del fármaco en la casa: Protegerlos de luz, del calor y la humedad, no dejarlos al alcance de los niños, enseñarle que clasifique por medios de pastilleros los medicamentos según las patologías para no ingerir varios fármacos que tengan mecanismo de acción en enfermedades diferentes y minimizar las interacciones, farmacocinética de los fármacos, advertirles sobre los efectos adversos que se pueden presentar para su respectiva información para realizar una farmacovigilancia adecuada por parte de los encargados ya sea el regente, enfermera, medico.

La atención farmacéutica puede ser definida como: el componente de la práctica farmacéutica que implica la directa interacción del regente de farmacia con el paciente con el propósito de atender sus necesidades relacionadas con los medicamentos y demás productos terapéuticos mediante la evaluación de las necesidades relacionados con los medicamentos, cuando determina si el paciente tiene uno o más problemas reales o potenciales con sus medicamentos y cuando trabaja con el paciente y los otros proveedores de salud del paciente para promocionar la salud ,prevenir las enfermedades e iniciar, modificar y controlar como es el

caso de los hipertensos el uso de los medicamentos con el fin de garantizar que el plan fármaco terapéutico sea seguro y efectivo.

El rol del farmacéutico tiene una importante responsabilidad en el control de los medicamentos, ya que es el único profesional que podría intervenir en ella de manera directa. Así cada persona podrá ver en el farmacéutico un consejero y educador, que lo apoyará en el restablecimiento y cuidado de su salud.

Limitaciones

En la ejecución de este proyecto la limitación marcada fue el tiempo debido a que por las circunstancias a nivel mundial por la pandemia del COVID – 19, el trabajo de grado duró aproximadamente 1 año entre el inicio y la terminación del proyecto.

Inicialmente el proyecto fue presentado para desarrollarlo en la Fundación Medica Preventiva en la ciudad de Valledupar, pero esta entidad cambio de razón social y en la actualidad tiene el nombre Clínica de Especialista María Auxiliadora (CEMA) S.A.S. La institución nos demoró en dar el permiso de ingreso para la recolección de información a las personas que laboran en el programa de promoción y prevención como también la ejecución de las encuestas a los pacientes debido a los picos de pandemia y en el mes de abril nos avalaron el ingreso a la ejecución del proyecto.

Se realizó socialización del proyecto a la institución y recolección de las encuestas con los pacientes que asistieron a sus controles de hipertensión durante el mes de abril y mayo, posteriormente se hizo la educación sobre el buen uso de medicamentos en los pacientes de la siguiente manera: Charlas, entrega de folletos y recreación, en este último se realizó jornadas de actividad física y el 17 de mayo se celebró el día mundial del hipertensión, se culminó el desarrollo del proyecto de grado con la entrega de un poster a la institución donde educa al paciente sobre definición, cuidados, recomendaciones sobre su patología y buen uso racional de sus medicamentos.

Conclusiones

La sangre es transportada en los vasos sanguíneos a todos los sistemas especialmente por el circulatorio donde el corazón es el que bombea este flujo a todas las partes del cuerpo, la fuerza de la sangre que fluye a través de ellos es constantemente y en muchas situaciones pueden ocasionar daños en las paredes que recubren el epitelio de las arterias dando como resultados alteración en la presión arterial.

Lo expuesto anteriormente nos permite evidenciar que el estudio realizado coinciden con los reportes de varios autores mencionados en este proyecto, entre ellos lo de Hernández Moreno y cols, donde los pacientes hipertensos del programa de promoción y prevención de la Clínica de Especialista Maria Auxiliadora (CEMA) con mayor asistencia durante la recolección de información en las encuestas fueron las del sexo femenino equivalentes al 63% y 37% son de sexo masculino en el periodo de abril y julio del año 2022. Además de los propósitos planteados para esta investigación, se pudo determinar una mayor presencia de trastornos de hipertensión arterial (HTA) en el género femenino que el masculino.

Por otra parte, el promedio de edad donde hubo mayor incremento en la población hipertensa de los encuestados estaba por encima de los 50 años en las mujeres y siendo el grupo con mayor población en los rangos en las edades de los 65 a 75 años, donde en esta edad alcanzan la menopausia, momento a partir del cual, como consecuencia de la pérdida o alteraciones de hormonas como es el caso de los estrógeno tienen un alto riesgo de desarrollar problemas cardíacos en edades más avanzadas, mientras que en los hombres la prevalencia de pacientes a esta enfermedad se encuentra en 60 o más años de edad, quedando precisado que a medida que transcurre la edad se incrementa el riesgo de padecer de HTA, la mayor parte de la población tienen un nivel de educación profesional, una fuente económica estable y cero

analfabetismos, lo cual facilita a esta institución el mejor manejo y la comprensión sobre el conocimiento y tratamiento de su patología.

En la evolución del tiempo de la enfermedad que prevaleció fue entre 5 y 10 años equivalentes al 60%, donde El 56% de los pacientes hipertensos respondieron que sufren otra patología donde las enfermedades con mayor prevalencia es diabetes, dislipidemia y cardiovasculares, las anteriores enfermedades ocasionan elevada letalidad o son causantes de invalidez con gran deterioro en la calidad de vida y conllevan a que los pacientes a una polifarmacia, es decir, ingesta de varios fármacos, lo cuales son factores incidente para una mala adherencia a sus tratamientos debido a los efectos adversos y posibles interacciones medicamentosas, cuando no se tiene el conocimiento adecuado sobre el buen uso racional de los medicamentos. Por consiguiente, es de gran importancia la educación sobre el buen uso de sus fármacos antihipertensivos, los hábitos y estilos de vida saludables como mantener una dieta saludable, baja en grasas, en sal y en azúcares; incrementar la actividad física y mantener un peso adecuado, para así ayudar a combatir la hipertensión arterial como terapia no farmacología y sirva de coadyuvante a las terapias farmacológicas, minimizando efectos adversos en su tratamiento o complicaciones a desarrollar enfermedades secundarias.

En el estudio se puede determinar que no hay una comunicación adecuada sobre el uso de los medicamentos en el sitio de dispensación, por lo tanto, se puede inferir en el mal uso de estos, debido al utilizar fármacos en forma concomitante (polifarmacia) que generan una posible interacción o alteran el efecto de otro fármaco es una prueba inequívoca de falta de conocimiento respecto al uso de ellos. Es de resaltar que al alterar los intervalos de dosis se ve afectado el estado de meseta y se bajan los picos de concentración obtenidos y los síntomas pueden aparecer en cualquier momento e incidir en alti-bajos de presión arterial.

Por ultimo dentro de las recomendaciones se propondrá a la clínica de Especialista María Auxiliadora “CEMA” S.A.S., la elaboración de un folleto o plegable, infograma, en donde se brinde información que oriente sobre el buen uso y precauciones a tener con respecto a medicamentos antihipertensivos, elaborar actividades físicas y charlas educativas sobre uso racional de medicamentos y estilo de vida saludables a los usuarios y auxiliares de farmacia por parte de Nutricionista, Enfermera del programa y Regente de Farmacia.

Motivar a los pacientes ir acompañados con un familiar o cuidador a la citas de control y recomendarle la importancia del cumplimiento de sus tratamientos, horarios y uso racional de medicamentos para disminuir las complicaciones o eventos adversos.

Proporcionar mediante pequeñas preguntas sobre el uso racional de los medicamentos para así asesorar de las posibles interacciones, contraindicaciones, efectos adversos al paciente y minimizar las posibilidades de abandonar por desconocimiento su terapia antihipertensiva, esta educación la realiza el Regente en farmacia o el Químico farmacéutico de la clínica CEMA.

Referencias Bibliográficas

- Alcaldía Municipal de Valledupar, (2020). <https://www.valledupar-cesar.gov.co/Paginas/default.aspx>
- Alfonso K, Achiong F, Achiong M, Achiong F, Fernández J, Delgado L. Factores asociados al hipertenso no controlado. Rev Méd Electrón [revista en Internet]. 2011 [citado 18 Dic 2016];33(3):[aprox. 10p]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista medica/ano 2011/vol3 2011/tema04.htm>
- Agustí A, Formiga F, San-José A. Polifarmacia en la población de edad avanzada y prescripción inadecuada. Rev Esp Geriatria Gerontol. 1 de julio de 2017;52(4):233-4. <https://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/ucacue/11634/1/CHUQUI%20ILLESCAS%20MAYRA%20ALEXANDRA%20%281%29.pdf>
- Arana Morales, Guillermo, Cilliani Aguirre, Becker, & Abanto, Dalila. (2001). Cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la presión arterial en pacientes del programa de hipertensión: Hospital Víctor Lazarte Echegaray - EsSALUD, Trujillo. Revista Medica Herediana, 12(4), 120-126. Recuperado en 21 de septiembre de 2022, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2001000400003&lng=es&tlng=es
- Ávila, Adriana, et al. (2010) Revista Brasileira de Hipertensão Arterial VI Directrices Brasileñas de Hipertensión Arterial, Conceptualización, Epidemiología y Prevención Primaria, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.7-10,
- Bryce, Alfonso, & Coca, Antonio. (2011). Tratamiento de la hipertensión arterial: monoterapia o combinaciones monoterapia en hipertensión arterial agonista. Revista argentina de cardiología, 79(4), 355-363. Recuperado en 20 de septiembre de 2022, de

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482011000400009&lng=es&tlng=es.

Castros, J. Molineros, L. Cruz, L. Calderón, M. (2018) Evaluación de la efectividad de una capacitación para el conocimiento de pacientes hipertenso.

<https://scielosp.org/article/rcsp/2018.v44n2/312-324/#>

Díaz Ramos, D Intervención educativa para el control de la Hipertensión Arterial. Consultorio 111. Matanzas [Tesis de especialización]. Matanzas: Facultad de Ciencias Médicas Dr. Juan Guiteras Gener; 2015.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000400013

Cipullo, José Paulo, et al. Prevalencia y factores de riesgo de hipertensión arterial en una población urbana brasileira. Archivos Brasileiros de Cardiologia. vol.94. no4, São Paulo, abr.2010.

Curbelo V, Quevedo G, Leyva L, Ferrá BM. Comportamiento de las crisis hipertensivas en un centro médico de diagnóstico integral. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en Internet]. 2009 [citado 13 Dic 2016];25(3):[aprox. 6p]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v25n3/mgi15309.pdf>

Favier MA, Mora D, Rojas Y. Comportamiento de hipertensión arterial en pacientes mayores de 15 años, municipio Escuque, Venezuela. Rev Inform Cient [revista en Internet]. 2013 [citado 15 Dic 2016];81(5):[aprox. 7p]. Disponible en: <http://www.gtm.sld.cu/sitios/ojs243/index.php/ric/article/view/456>

Gamboa Aboado, Raúl, & Rospigliosi Benavides, Angolina. (2010). Más allá de la hipertensión arterial. Acta Médica Peruana, 27(1), 45-52. Recuperado en 21 de septiembre de 2022, de

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172010000100009&lng=es&tlng=pt

García MM, Gort M, Urraca O, Tamargo TO. Categoría de riesgo cardiovascular en el Policlínico Universitario "Luis A. Turcios Lima". Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas [revista en Internet]. 2013 [citado 16 Dic 2016];17(1):[aprox. 10p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000100002&lng=es

Garrido, J. Chacón, D. Sandoval, *et al.* *Control del Hipertenso, un desafío no resuelto. Avances logrados en Chile mediante el Programa de Salud Cardiovascular.* Rev Chil Cardiol, 32 (2) (2013), pp. 85-96

Guerra E, Vázquez JM, Dominica Y, Hinojosa Y, Chan A. Caracterización de pacientes con hipertensión arterial en el Policlínico Universitario "Ramón López Peña". MEDISAN [revista en Internet]. 2013 [citado 15 Dic 2016];17(4):[aprox. 5p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192013000400006&script=sci_arttext

Gupta et al. (2017). Risk Factors for Nonadherence to Antihypertensive Treatment. Hypertension, 69(1), 1113-1120. Link. <https://sinergiaseducativas.mx/index.php/revista/article/download/102/260>

Kaplan N. Hypertension in the population at large. En: Clinical Hypertension. 5ta Edition. Baltimore-Maryland. Williams & Wilkins, 1990; P:12-15.

Lazarsfeld, P. (1971) La sociología en las instituciones. Editorial paidós, Buenos aires. <http://www.bibvirtual.ucb.edu.bo/opac/Record/153061>

Ley 100 de 1993. (1993, 23 de Diciembre). Congreso de la Republica. Diario Oficial. N.41148. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248#:~:text=Cre>

a%20el%20sistema%20de%20seguridad%20social%20integral%20conformado%20por%20los,definen%20en%20la%20presente%20ley.

Márquez Contreras E, Casado Martínez JJ, Márquez Cabeza JJ. Estrategias para mejorar el cumplimiento. FMC. 2001;8:558- 73.

<https://propharmaresearch.com/articulo/difusion/importancia-cumplir-hora-medicacion>.

Menopause and heart disease. American Heart Association. <https://www.heart.org/en/health-topics/consumer-healthcare/what-is-cardiovascular-disease/menopause-and-heart-disease>. Accessed Ag. 16, 2022.

Ministerio de salud. Guía Clínica Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más. 1st Ed. Santiago: Minsal, 2005. Accedido el 24 julio 2014. Disponible en: http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/documentos/reforma/guias_clinicas/GuiasClinicas_Minsal_HipertensionArterial.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2008).

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4003-2008.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2007).

<https://www.invima.gov.co/documents/20143/453029/Resoluci%C3%B3n+1403+de+2007.pdf/6b2e1ce1-bb34-e17f-03ef-34e35c126949>

Ministerio de la Protección Social. (2006). <https://www.teonarino.org/wp-content/uploads/2020/07/DECRETO-1011-DE-2006.pdf>

Mc Mahon, S. Rimsza, M. Bay, R. (1997) Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Parents can dose liquid medication accurately. Pediatrics; 100: 330-333. <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>

Organización Mundial de la Salud. A Global Brief on Hypertension 2013: silent killer, global public health crisis [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud [revisado: Nov 2017; citado Dic 2017] Disponible en:

http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/

Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo: Día mundial de la salud. [Internet]. Ginebra, Suiza. [Consultado: 15 Oct 2017]. Disponible en: Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf

OPS/OMS. Internet. Consultado en 16-05-01. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=221&Itemid=40878&lang=es

Pérez Caballero, Manuel Delfín, León Álvarez, Jorge Luis, & Fernández Arias, Manuel Antonio. (2011). El control de la hipertensión arterial: un problema no resuelto. Revista Cubana de Medicina, 50(3), 311-323. Recuperado en 21 de septiembre de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232011000300009&lng=es&tlng=es.

Plan de Desarrollo Valledupar en Orden <https://www.valledupar-cesar.gov.co/MiMunicipio/ProgramadeGobierno/PLAN%20DE%20DESARROLLO%20VALLEDUPAR%20EN%20ORDEN%202020%20-%202023.pdf>

(QF Gonzalo Ramos N, Qf Guillermo Olivares J. Dpto. Políticas Farmacéuticas y Profesiones Médicas, Subsecretaria De Salud Pública Y Ministerio De Salud- Primera Edición

Santiago De Chile, 2010).

<https://www.minsal.cl/portal/url/item/8da19e5eac7b8164e04001011e012993.pdf>

Sánchez RA, Ayala M, Baglivo H, Velázquez C, Burlando G, *et al.* Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. RevChilCardiol. 2010;29:117-144.tablaCitado 2014 Oct 02tabla. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v29n1/art12.pdf>

Sellen, J. (2008) Hipertensión arterial: diagnóstico, tratamiento y control, Ciudad de La Habana: Editorial. <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>. Universitaria. ISBN 978-959-16-0923-6. -- 72 pág. – Hospital General Calixto García. Facultad de ciencias médicas.

Symptom relief. Centers for Disease Control and Prevention http://www.cdc.gov/getsmart/community/for-patients/symptom-relief.html?s_cid=cs_074. Accessed Ag. 17. 2022. <https://www.mayoclinic.org/es-es/expert-biographies/sheldon-g-sheps-m-d/bio-20025095>

Valdés YA, Quintana . Izaily, Ramírez . Alicia del Rosario. Hipertensión arterial en adultos mayores. caracterización clínica y funcional en el consultorio-1 de palmira. cienfuegos 2017 [Internet]. [Palmira]: Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos; 2018. Disponible en: <https://jimsmedica.com/wpcontent/uploads/2018/06/16.-CIENFUEGOS.-H.-A.-EN-ADULTOSMAYORES.pdf>

Vera Carrasco, Oscar. (2020). USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS Y NORMAS PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE PRESCRIPCIÓN. Revista Médica La Paz, 26(2), 78-93. Recuperado en 21 de septiembre de 2022, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582020000200011&lng=es&tlng=es

Vila, Adriana, et al. Hipertensión Arterial VI Directrices Brasileñas de Hipertensión Arterial, Conceptualización, Epidemiología y Prevención Primaria, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.7-10, 2010.

[Links]https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=1917423&pid=S1695-6141201200020002200009&lng=es

Villa, J. Cano, A. Franco, D. Monsalve, M. Hincapié, J. Amariles, P. (2014) Relevancia clínica de las interacciones medicamentosas entre antiinflamatorios no esteroideos y antihipertensivos, Atención Primaria, Volumen 46, Issue 9, Pages 464-474, ISSN 0212-
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671400050X>

Weschenfelder Magrini, D., & Gue Martini, J.. (2012). Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. Enfermería Global, 11(26), 344-353. <https://dx.doi.org/10.4321/S1695-6141201200020002>

Apéndices

Apéndice A Solicitud a la Clínica para ejecución del proyecto de grado (UNAD)



DIR 532(04)416

Puerto Colombia, Atlántico 25 de marzo de 2022

Señores: **Centro de Especialista Maria Auxiliadora (CEMA)**

Dra. Judith Munarriz Rodriguez

Dirección de Gestión Humana CEMA Valledupar.

Asunto: Certificación de estudios programa Tecnología en Regencia de Farmacia

Respetada Doctora

Reciba un cordial saludo de nuestra parte. De antemano, agradecemos haber brindado el espacio para que nuestras estudiantes realicen su proyecto de grado en tan prestigiosa institución.

A continuación, brindamos la información del proyecto de grado y datos de las estudiantes que lo realizarán.

Nombre del proyecto:

Evaluación sobre el uso racional y adecuado de medicamentos antihipertensivos entregados a los pacientes adscritos al programa de promoción y prevención de la I.P.S Centro de Especialistas Maria Auxiliadora (CEMA) en la ciudad Valledupar durante el periodo de enero a mayo de 2022.

Nombre de las estudiantes que realizaran el proyecto:

Osmany Teresa Oñate Arias, cedula 49606414

Sandra Mejía Torres, Cedula 1003243160

Programa: Tecnología en Regencia de Farmacia

Agradezco de antemano la colaboración a nuestras estudiantes.

Hamilton García Castro

Líder Zonal de Investigación - Zona Caribe

Universidad Nacional Abierta y a Distancia-UNAD

Apéndice B Formato autorización datos personales

Formato De Autorización De Tratamiento Protección De Datos Personales

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por la Escuela de Ciencias de la Salud (ECISALUD)- UNAD de lo siguiente: 1. La UNAD actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales somos titulares y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Datos Personales. 2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, la cual consiste en la realización del proyecto de grado: Evaluación sobre el uso racional y adecuado de medicamentos antihipertensivos entregados a los pacientes adscritos al Programa de Promoción y Prevención de la Clínica de Especialistas María Auxiliadora (CEMA) durante el periodo de marzo a mayo del 2022 en la ciudad de Valledupar. 3. Es de carácter facultativo o voluntario responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad. 4. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales. 5. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales dispuestos por la UNAD y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales de la UNADP. 6. La UNAD garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente. 8. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la UNAD para tratar mis datos personales y tomar mi huella y fotografía de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales la UNAD. 9. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Se firma en la ciudad de Valledupar – Cesar, a los 20 días del mes de Abril del año 2022.

Firma: Elvira María Mejía P.

Nombre: Elvira María Mejía Pineda

Identificación: 99738539 Y Valpar

Correo electrónico: elvanante24@hotmail.com

Celular: 3022904893

Apéndice C *Formato encuesta: Seguimiento terapéutico*

Encuestas Paciente: Seguimiento Terapéutico:

El propósito de la siguiente encuesta es: Evaluación sobre el uso racional y adecuado de medicamentos antihipertensivos entregados a los pacientes adscritos al Programa de Promoción y Prevención de la Clínica de Especialistas María Auxiliadora SAS (CEMA) en el periodo de marzo a mayo del 2022 en la ciudad Valledupar – Cesar.

Encuestadores:

Osmany T. Oñate Arias

Sandra Mejia Torres

Fecha de la encuesta: Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre y apellido del encuestado: _____

Sexo: M _____ F _____

Edad: _____

Ocupación _____

Régimen: _____

1. ¿Tiempo de ser hipertenso?

Entre 1 y 5 años

Entre 5 y 10 años

Entre 10 y 15 años

Mas de 15 años

2 ¿Sufre otra patología?

Si

No

3 Si la respuesta anterior fue SI, ¿Cuál patología?

Diabetes

Artritis

Cardiovascular

Renal

¿Otra? _____

4. ¿Sus controles los realiza?

Mensual

Trimestral

5. ¿Realiza hábitos y estilos de vidas saludables?

Comidas

ejercicios

algunas veces

no realizo

6. ¿Qué Medicamentos usa diariamente para el control de Hipertensión?

a. Losartan

b. Valsartan

c. Bisoprolol

d. Captopril

e. Enalapril

f. Amlodipino

g. Metoprolol

h. Hidroclorotiazida

i. Furosemida

j. Carvedilol

k. Otro: _____

7. ¿Cumple usted con el horario recetada por el médico para tomar sus medicamentos?

Si

A veces

No

8. En qué horario acostumbra tomar sus medicamentos.

Ayunas

Mañana

Noche

9. ¿Alguna vez ha dejado usted de tomar sus medicamentos para su hipertensión?

Si

No

10. ¿Quién le administra sus medicamentos para la presión arterial?

Familiar

Cuidador

El paciente

11. ¿Cuándo sale de su casa o viaje se le olvida llevar su medicamento para su hipertensión, alguna vez?

Si

No

12. Si toma varios medicamentos que tiempo transcurre entre la toma de un medicamento y otro.

La toma junto

Entre 1 y 4 horas

Entre 4 y 6 horas

Más de 6 horas

13. ¿Le han cambiado sus medicamentos?

Sí

No

14. ¿Si la respuesta anterior es Si, ¿Por qué?

- a. No hizo adherencia a la terapia o funcionó
- b. Efectos adversos
- c. Otro motivo: _____

15. ¿Conoce usted que alimentos pueden interactuar en el mecanismo de acción con los medicamentos que usa para la presión arterial?

Sí
Muy poco
No

16. ¿Conoce usted que fármacos pueden interactuar en el mecanismo de acción con los medicamentos que usa para la presión arterial?

Sí
Muy poco
No

17. ¿Ha tenido rebotes de hipertensión durante el tratamiento?

Sí
No se
No

20. ¿Recibe usted información permanente sobre el uso de sus medicamentos antihipertensivo en el programa de Promoción y Prevención de la I.P.S.?

Nunca
A veces
Siempre

21. ¿Recibe usted información permanente sobre el uso de sus medicamentos en el sitio de dispensación de la I.P.S.?

Nunca
A veces
Siempre

|

Apéndice D Consolidación Encuesta en línea 1

10	25/4/2022 10:42:49	Lisardo Charry Tufar	Masculino	59	Agricultor	Régimen especial - Beneficiario	Mas de 15 años	SI	Diabetes	Trimestral	Comidas saludables	Amlodipino, Telmisartan	SI	0
11	25/4/2022 10:53:03	Juan Acosta Ayala	Masculino	53	Docente	Régimen especial - Cotizante	Entre 5 y 10 años	SI	Diabetes	Trimestral	Las 2 anteriores	Amlodipino, Enalapril	SI	0
12	25/4/2022 17:15:24	Maria Cecilia Almenares	Femenino	52	Docente	Régimen especial - Cotizante	Entre 5 y 10 años	NO		Trimestral	Las 2 anteriores	Metoprolol, Hidroclorotiazida, Enalapril	SI	0
13	25/4/2022 17:20:45	Luz Mary Miranda Lihan	Femenino	51	Docente	Régimen especial - Cotizante	Entre 5 y 10 años	SI	Diabetes	Mensual	Comidas saludables	Losartan	SI	0
14	25/4/2022 17:25:53	Bety Leonor Montero de Rojas	Femenino	55	Docente pensionada	Régimen especial - Cotizante	Entre 5 y 10 años	NO		Trimestral	Las 2 anteriores	Losartan, Metoprolol	SI	0
15	25/4/2022 17:31:35	Maria Elena Obregon Cubillo	Femenino	70	Docente pensionada	Régimen especial - Cotizante	Entre 5 y 10 años	SI	Cardiovascular, Neurodisplasia	Mensual	Comidas saludables	Losartan, Carvedilol	SI	0
16	25/4/2022 17:40:20	Bella Camacho	Femenino	77	Docente pensionada	Régimen especial - Cotizante	Entre 5 y 10 años	SI	Hipertrofia	Trimestral	Comidas saludables	Losartan	SI	0
17	25/4/2022 19:41:00	Rubi Camillo	Femenino	47	Docente	Régimen especial - Cotizante	Entre 0 y 5 años	SI	Artritis	Mensual	Comidas saludables	Losartan, Amlodipino	SI	0
18	25/4/2022 19:45:00	Javier de Jesus Pulgarin Guevara	Masculino	55	Comerciante	Régimen especial - Beneficiario	Entre 5 y 10 años	NO		Trimestral	Las 2 anteriores	Amlodipino, Enalapril	SI	0
19	25/4/2022 19:52:53	Yelitza Antonia Diaz	Femenino	55	Docente	Régimen especial - Cotizante	Entre 5 y 10 años	NO		Trimestral	Las 2 anteriores	Losartan, Amlodipino, Hidroclorotiazida	SI	0
20	25/4/2022 19:58:24	Benjamin Yancy Partuz	Masculino	73	Docente	Régimen especial - Cotizante	Entre 0 y 5 años	SI	Prostatitis	Mensual	Comidas saludables	Metoprolol	SI	0
21	25/4/2022 20:00:00	Rocio Castilla Ortega	Femenino	54	Docente	Régimen especial - Cotizante	Entre 0 y 5 años	SI	Síndrome de Cushing	Mensual	No realizo	Carvedilol	SI	0
22	25/4/2022 20:11:10	Lidice Elena Angulo	Femenino	47	Docente	Régimen especial - Cotizante	Entre 5 y 10 años	NO		Trimestral	No realizo	Losartan	SI	0
23	25/4/2022 20:15:23	Yasica Redondo Manjarez	Femenino	37	Docente	Régimen especial - Cotizante	Entre 0 y 5 años	NO		Trimestral	Las 2 anteriores	Losartan	SI	0
24	25/4/2022 20:21:27	Alvaro Hoy Martinez	Masculino	70	Comerciante	Régimen especial - Beneficiario	Entre 5 y 10 años	NO		Trimestral	Comidas saludables	Metoprolol	SI	0
25	25/4/2022 20:50:08	Leida Almaz Martinez	Femenino	61	Docente pensionada	Régimen especial - Cotizante	Entre 5 y 10 años	NO		Trimestral	Comidas saludables	Amlodipino, Candesartán	SI	0
26	25/4/2022 21:04:04	Denis Padilla Suarez	Femenino	63	Docente pensionada	Régimen especial - Cotizante	Mas de 15 años	SI	Diabetes	Mensual	Las 2 anteriores	Metoprolol	SI	0
27	25/4/2022 21:08:52	Luis Henry Zequeda Cuadrado	Masculino	37	Soldador	Régimen especial - Beneficiario	Entre 0 y 5 años	NO		Mensual	No realizo	Losartan, Hidroclorotiazida	SI	0
28	25/4/2022 21:17:45	Tamila Dima de Tharan	Femenino	57	Docente pensionada	Régimen especial - Cotizante	Entre 5 y 10 años	SI	Dislipidemia (Colesterol - Triglicéridos)	Mensual	Comidas saludables	Losartan	SI	0
29	25/4/2022 21:25:46	Guadalupe del Socorro Martinez	Femenino	75	Docente pensionada	Régimen especial - Cotizante	Entre 5 y 10 años	SI	Depresión	Mensual	Comidas saludables	Enalapril	SI	0
30	25/4/2022 21:30:30	Hernán Rosta Cubillos	Masculino	75	Ingeniero Agrónomo	Régimen especial - Beneficiario	Entre 5 y 10 años	SI	Diabetes	Mensual	Comidas saludables	Losartan, Metoprolol	SI	0
31	25/4/2022 21:35:01	Hiber Escoria	Masculino	58	Docente	Régimen especial - Cotizante	Entre 5 y 10 años	NO		Mensual	Las 2 anteriores	Losartan, Hidroclorotiazida, Carvedilol	SI	0
32	25/4/2022 21:39:29	Farif Quiroz Mojica	Masculino	55	Comerciante	Régimen especial - Beneficiario	Entre 5 y 10 años	SI	Diabetes	Mensual	No realizo	Losartan, Amlodipino	SI	0
33	25/4/2022 21:44:31	Carmen Eida paba	Femenino	57	Docente	Régimen especial - Cotizante	Entre 0 y 5 años	SI	Artritis	Mensual	Las 2 anteriores	Losartan	SI	0
34	25/4/2022 21:45:05	Maria Magdalena Montero Maestre	Femenino	57	Docente	Régimen especial - Cotizante	Entre 0 y 5 años	NO		Trimestral	Comidas saludables	Losartan	SI	0
35	25/4/2022 21:55:13		Masculino	37	Docente	Régimen especial - Cotizante	Entre 0 y 5 años	SI	Diabetes	Mensual	Comidas saludables	Visartan, Amlodipino	SI	0
36	25/4/2022 22:05:15	Marta Sarmiento Araujo	Femenino	72	Docente pensionada	Régimen especial - Cotizante	Entre 5 y 10 años	SI	Diabetes, Artritis	Trimestral	Comidas saludables	Candesartán	SI	0
37	25/4/2022 22:06:44	Vilma Cecilia Navarro Bolaño	Femenino	64	Docente	Régimen especial - Cotizante	Entre 5 y 10 años	NO		Trimestral	Las 2 anteriores	Losartan, Metoprolol	SI	0
38	25/4/2022 22:17:03	Miriam Acosta Solano	Femenino	71	Ama de casa	Régimen especial - Beneficiario	Entre 5 y 10 años	SI	Dislipidemia (Colesterol - Triglicéridos)	Trimestral	Comidas saludables	Losartan, Amlodipino	SI	0
39	25/4/2022 22:18:55	Patricia Cardenas Lopez	Femenino	51	Ama de casa	Régimen especial - Beneficiario	Entre 5 y 10 años	SI	Dislipidemia (Colesterol - Triglicéridos)	Mensual	Comidas saludables	Losartan, Amlodipino	SI	0

Apéndice E Consolidación Encuesta en línea 2

Google Addons Store AliExpress Booking.com Facebook YouTube Account Settings - l... Nueva pestaña

035 Después de las comidas

	D	P	E	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD
1	3	16	14	12	10	8	6	4	2	1						
2	Ayunas	SI	Paciente	NO	Entre 1 Y 4 horas	SI	No hizo adherencia a la terapia o funcionó.	NO	NO	SI	Vitamina C, remedios naturales	Doler	Siempre	Nunca		
3	Ayunas	NO	Paciente	NO	Entre 1 Y 4 horas	SI	No hizo adherencia a la terapia o funcionó.	NO	NO	SI	Doler gripa	Acetaminofén	Siempre	Nunca		
4	Ayunas, Después de las	SI	Paciente	NO	Los toma juntos	NO		NO	NO	NO	Doler gripa	Doler, Naproxeno	A veces	Nunca		
5	Con las comidas	SI	Paciente	NO	Entre 1 Y 4 horas	SI		NO	NO	NO	Remedios naturales	Doler	A veces	Nunca		
6	Con las comidas	NO	Paciente	NO	Los toma juntos	NO		NO	SI	NO	Acetaminofén	Ibuprofeno	Siempre	Nunca		
7	Con las comidas	NO	Familiar	NO	Los toma juntos	SI	Efectos adversos	SI	Muy poco	NO	Fluazarin	Acetaminofén	Nunca	Nunca		
8	Con las comidas	SI	Familiar	NO	Entre 1 Y 4 horas	NO		NO	NO	NO	Remedios naturales, vitamina c	Acetaminofén	A veces	Nunca		
9	Ayunas	SI	Paciente	NO	Entre 1 Y 4 horas	SI	No hizo adherencia a la terapia o funcionó.	SI	NO	SI	Naturales	Acetaminofén	A veces	Nunca		
10	Con las comidas	SI	Paciente	NO	Los toma juntos	SI	No hizo adherencia a la terapia o funcionó.	Muy poco	Muy poco	SI	Doler gripa, Nospirin, Remedios naturales	Doler	A veces	Nunca		
11	Después de las comidas	NO	Paciente	NO	Los toma juntos	SI	No hizo adherencia a la terapia o funcionó.	NO	SI	SI	Doler, Naturales	Doler	Siempre	Nunca		
12	Ayunas, Después de las	NO	Paciente	NO	Mas de 6 horas	NO		NO	Muy poco	NO	Doler	Doler	Siempre	Nunca		
13	Ayunas	NO	Paciente	NO	Los toma juntos	SI	No hizo adherencia a la terapia o funcionó.	NO	NO	SI	Remedios naturales	Acetaminofén	A veces	Nunca		
14	Ayunas, Después de las	NO	Paciente	NO	Entre 4 Y 6 horas	NO		Muy poco	Muy poco	NO	Doler gripa	Doler forte	Siempre	Nunca		
15	Después de las comidas	SI	Paciente	NO	Entre 1 Y 4 horas	SI	No hizo adherencia a la terapia o funcionó.	NO	NO	SI	Remedios Naturales, Doler gripa	Acetaminofén + Codeina	Nunca	Nunca		
16	Con las comidas	NO	Paciente	NO	Entre 1 Y 4 horas	NO		SI	SI	NO	Loratadina	Acetaminofén	A veces	Nunca		
17	Ayunas	NO	Familiar	NO	Entre 1 Y 4 horas	SI	No hizo adherencia a la terapia o funcionó.	NO	NO	SI	Remedios naturales	Acetaminofén + codeina	A veces	Nunca		
18	Ayunas	NO	Paciente	NO	Entre 1 Y 4 horas	SI	No hizo adherencia a la terapia o funcionó.	NO	NO	SI	Doler gripa	Acetaminofén	A veces	Nunca		
19	Ayunas	NO	Paciente	NO	Entre 1 Y 4 horas	SI	No hizo adherencia a la terapia o funcionó.	NO	NO	SI	Acetaminofén	Acetaminofén	Siempre	Nunca		
20	Con las comidas	NO	Paciente	NO	Mas de 6 horas	NO		NO	NO	SI	Doler gripa	Acetaminofén + codeina	Siempre	Nunca		
21	Después de las comidas	NO	Paciente	NO	Entre 1 Y 4 horas	NO		NO	SI	NO	Doler gripa, Remedios naturales	Acetaminofén, Celcozib	Siempre	Nunca		
22	Con las comidas	NO	Paciente	NO	Los toma juntos	SI	No hizo adherencia a la terapia o funcionó.	NO	NO	SI	Natural	Acetaminofén	Nunca	Nunca		
23	Ayunas	NO	Paciente	NO	Mas de 6 horas	NO		Muy poco	Muy poco	NO	Doler gripa	Doler, Apranax	Siempre	Nunca		
24	Ayunas	NO	Paciente	NO	Mas de 6 horas	NO		NO	NO	NO	Doler gripa	Acetaminofén	Siempre	Nunca		
25	Ayunas	NO	Paciente	NO	Entre 4 Y 6 horas	SI	No hizo adherencia a la terapia o funcionó.	NO	SI	SI	Doler gripa, Remedios naturales	Ergotamina	Siempre	Siempre		
26	Ayunas	NO	Paciente	NO	Los toma juntos	SI	Efectos adversos	SI	SI	NO	Naturales	Doler	Siempre	Nunca		
27	Ayunas	SI	Paciente	SI	Los toma juntos	NO		NO	NO	NO SE	Doler gripa, Nospirin	Acetaminofén	A veces	Nunca		
28	Con las comidas	NO	Paciente	NO	Los toma juntos	NO		NO	NO	SI	Doler gripa	Doler	Siempre	Siempre		
29	Ayunas	NO	Paciente	NO	Entre 1 Y 4 horas	SI	No hizo adherencia a la terapia o funcionó.	NO	SI	NO	Remedios naturales	Acetaminofén	A veces	Nunca		
30	Ayunas	NO	Paciente	NO	Los toma juntos	NO		NO	NO	NO	Acetaminofén	Acetaminofén	A veces	Nunca		
31	Con las comidas	SI	Paciente	NO	Los toma juntos	SI	Efectos adversos	NO	SI	SI	Acetaminofén	Ibuprofeno	Siempre	Nunca		
32	Con las comidas	NO	Paciente	NO	Los toma juntos	SI	No hizo adherencia a la terapia o funcionó.	NO	NO	NO	Remedios naturales	Ibuprofeno	Siempre	Nunca		
33	Después de las comidas	NO	Paciente	NO	Entre 1 Y 4 horas	NO		NO	NO	NO	Acetaminofén, Loratadina	Acetaminofén, Doler forte	A veces	Nunca		
34	Después de las comidas	NO	Paciente	NO	Entre 1 Y 6 horas	NO		Muy poco	SI	NO	Remedios naturales	Doler forte	Siempre	A veces		
35	Después de las comidas	SI	Paciente	NO	Los toma juntos	SI	No hizo adherencia a la terapia o funcionó.	Muy poco	SI	NO	Acetaminofén	Doler	A veces	Nunca		
36	Ayunas	NO	Paciente	NO	Entre 1 Y 4 horas	NO		SI	Muy poco	NO	Doler	Doler, Reladol	Nunca	Nunca		
37	Después de las comidas	NO	Paciente	NO	Entre 1 Y 4 horas	NO		NO	Muy poco	NO	Doler gripa	Doler	Nunca	Nunca		
38	Después de las comidas	NO	Paciente	NO	Los toma juntos	SI	No hizo adherencia a la terapia o funcionó.	NO	NO	SI	Remedios naturales, Nospirin, Doler gripa	Apranax, arnica	Siempre	A veces		
39	Ayunas	NO	Paciente	NO	Entre 1 Y 4 horas	NO	No hizo adherencia a la terapia o funcionó.	NO	NO	SI	Remedios naturales	Acetaminofén	Siempre	Nunca		

Respuestas de formulario 1

Explor

2:37 p. m.
31/08/2022

Apéndice F Registro fotográfico

Celebración Día mundial de hipertensión 17 de mayo 2022



Educación sobre hábitos y estilos de vida saludable a los pacientes hipertensos



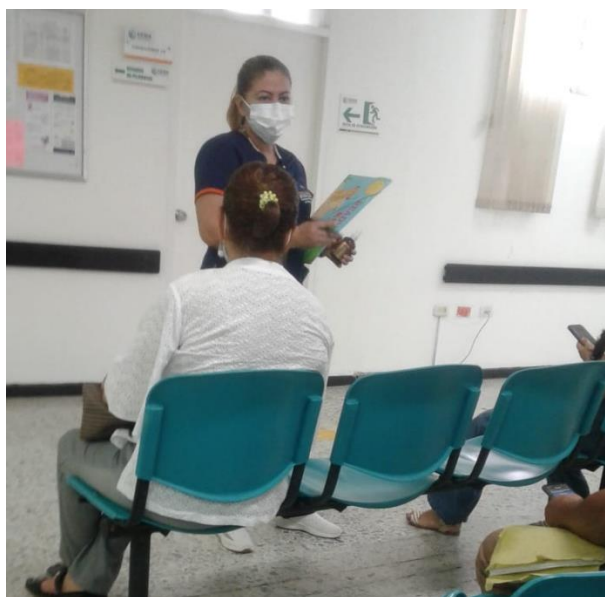
Desarrollo actividad de ejercicios Día mundial de hipertensión 17 mayo 2022



Entrega de material educativo y refrigerio saludable



Socialización sobre Uso racional de los medicamentos antihipertensivos 1 jornada



Socialización sobre Uso racional de los medicamentos antihipertensivos 1 jornada



Socialización sobre Uso racional de los medicamentos antihipertensivos 2 jornada



Apéndice G Educación por medio de infografía entregada a los pacientes del programa de hipertensión de la clínica CEMA Valledupar sobre la hipertensión.



17 de mayo
Día Mundial de la Hipertensión

¿Sabes que es la Hipertensión?

Es el aumento continuado de la presión arterial por encima de los valores normales (80/120 mmHg)

Es una enfermedad asintomática que si no se controla o previene puede ocasionar enfermedades cardiovasculares, cerebrales y renales.

Factores desencadenantes

- Predisposición hereditaria y hormonal, Obesidad/ Sobrepeso, Sedentarismo, Estrés, Dieta ricas en grasas, carbohidratos y abuso excesivo de sal y alcohol.

Signos y síntomas

Nerviosismo, sudoración, dificultad para dormir, enrojecimiento de la cara, dolor de cabeza, sangrado nasal, mareo, zumbido en los oídos.

Prevención

Alimentación saludable, reducir consumo de sal, realizar actividades físicas, evitar el consumo de alcohol y tabaco, medir la presión arterial.

Programa P y P

CEMA
Clínica de Especialización
en Medicina General

UNAD 2022 – Proyecto de grado

