

**ESTRATEGIA DE MEJORAMIENTO DE LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES ADSCRITOS AL
PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL CENTRO DE SALUD
DIVINO NIÑO DE CUCUTILLA**

ERIKA MILENA PARADA ORTEGA

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE TECNOLOGÍA EN REGENCIA DE FARMACIA
PAMPLONA**

2016

**ESTRATEGIA DE MEJORAMIENTO DE LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES ADSCRITOS AL
PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL CENTRO DE SALUD
DIVINO NIÑO DE CUCUTILLA**

ERIKA MILENA PARADA ORTEGA

**Informe final de trabajo aplicado presentado como requisito parcial para
optar el Título de Tecnólogo en Regencia de Farmacia**

MARCO ANTONIO MÁRQUEZ GÓMEZ, Q.F.

Director del trabajo

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE TECNOLOGÍA EN REGENCIA DE FARMACIA
PAMPLONA**

2016

**La Universidad Nacional Abierta y a Distancia ni el Jurado examinador,
se hacen responsables de los conceptos emitidos en el siguiente
trabajo.**

DEDICATORIA

Inicialmente deseo dedicarle este trabajo a todas las personas que siempre creyeron en mi capacidad, capacidad que tenemos todos, es grato saber la fuerza y determinación que poseemos cuando queremos alcanzar algo.

A Dios, Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis Padres, Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, por los ejemplos de perseverancia y constancia que los caracterizan y que me ha infundido siempre, pero más que nada, por su amor.

A mi hermana Adriana, por ser el ejemplo de una hermana mayor y de la cual aprendí aciertos y de momentos difíciles.

A mi tía María Filomena, por su apoyo incondicional durante mi formación profesional y personal, por sus enseñanzas y sus consejos.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesor de proyecto, el profesor Marco, por su gran apoyo y motivación para la culminación de este proyecto de investigación, por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de mi formación profesional. Deseo expresar mi gratitud hacia usted deseándole éxito y el mayor de los augurios en su trayectoria profesional.

Agradezco a mi universidad, por haberme permitido formarme y en ella, gracias a todos los tutores que fueron partícipes de este proceso, ya sea de manera directa o indirecta, gracias a todos ustedes, fueron ustedes los responsables de realizar su pequeño aporte, que el día de hoy se verá reflejado en la culminación de mi paso por la universidad.

Al Hospital San Juan de Dios, al personal del centro de Salud Divino Niño, Por permitirme realizar el proyecto de grado, que perfecciono mi formación académica. Agradezco, además, el trato cordial y humano, brindado a mi persona, que además de formarme como profesional, me ayuda en mi formación personal.

CONTENIDO

RESUMEN.....	xi
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO TEÓRICO.....	3
2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
2.2. MARCO CONCEPTUAL.....	4
HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	4
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO O ADHERENCIA TERAPÉUTICA.....	12
ATENCIÓN FARMACÉUTICA.....	15
SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO.....	17
2.3. MARCO REFERENCIAL.....	20
3. JUSTIFICACIÓN.....	22
4. OBJETIVOS.....	24
4.1. OBJETIVO GENERAL.....	24
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
5. METODOLOGÍA.....	25
5.1. TIPO DE ESTUDIO.....	25
5.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	25
5.3. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	26
5.4. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	27
5.5. ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO.....	27
6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	28

6.1. HIPERTENSIÓN CONTROLADA Y NO CONTROLADA ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN.....	28
6.2. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN.....	29
6.3. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA Y ASISTENCIAL PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO	31
7. CONCLUSIONES	37
8. RECOMENDACIONES.....	39
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40
ANEXOS.....	46

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Identificación de pacientes en seguimiento fármaco-terapéutico.....	18
Tabla 2. Control de la hipertensión arterial antes y después de la intervención	28
Tabla 3. Presión Arterial promedio de los pacientes.....	30
Tabla 4. Clasificación de pacientes según cuestionario MBG.	30
Tabla 5. Resultados negativos asociados a la medicación identificados	32
Tabla 6. Algunas plantas medicinales utilizadas para tratar la HTA	35
Tabla 7. Educación en medidas farmacológicas y no farmacológicas	36

LISTA DE GRAFICAS

Grafica 1. Puntuación cuestionario MBG	29
--	----

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. Cuestionario MBG para la evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos (aplicado).	47
ANEXO 2. Formato Cuestionario MBG para la evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos.	48
ANEXO 3. Ficha: Método DADER de seguimiento fármaco-terapéutico (aplicado).	49
ANEXO 4. Ficha: Método DADER de seguimiento fármaco-terapéutico.	50
ANEXO 5. Fase de diagnóstico, aplicación del cuestionario MBG	51
ANEXO 6. Fase de intervención, realización de Seguimiento Farmacoterapéutico mediante método Dader	52
ANEXO 7. Fase de evaluación, aplicación de cuestionario MBG	53
ANEXO 8. Información farmacológica y no farmacológica para el paciente hipertenso	54

RESUMEN

Problema: Los problemas de adaptación al tratamiento antihipertensivo por parte de los pacientes son una de las causas que generan incremento del riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos. Al existir una adaptación donde el paciente responda oportunamente al tratamiento cumpliendo con las indicaciones médicas muchas de las anteriores consecuencias pueden evitarse. **Objetivo:** Generar una estrategia de intervención educativa y asistencial que permita mejorar la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes del Centro de Salud Divino Niño de Cucutilla, inscritos en el programa de riesgo cardiovascular en el año 2016. **Metodología:** Se desarrolló un trabajo aplicado dividido en tres fases: diagnóstico, intervención, y evaluación. La fase diagnóstica comprendió un estudio descriptivo, de corte transversal que comprendió la determinación del porcentaje de pacientes con hipertensión controlada y no controlada, y el grado de adherencia al tratamiento. En la fase de intervención se realizó seguimiento fármaco-terapéutico usando el método DADER para los pacientes seleccionados como no controlados y no adherentes en la fase diagnóstica. En la fase de evaluación se aplicó nuevamente los instrumentos usados en la fase diagnóstica para determinar el éxito de la fase de intervención. **Resultados:** Existe una diferencia muy estrecha de acuerdo con los pacientes completamente adheridos (1.6%), pacientes parcialmente adheridos (3.2%) y pacientes no adheridos (4.8%) antes y después de la intervención fármaco-terapéutica realizada. **Conclusiones:** El seguimiento farmacoterapéutico como estrategia para mejorar la adherencia en el tratamiento antihipertensivo, tuvo una efectividad del 29% en el grupo de pacientes no adheridos, disminuyendo al 11% en el grupo de parcialmente adheridos, y cayendo al 3% en el grupo de los completamente adheridos.

Palabras clave: Adherencia, tratamiento, hipertensión arterial, paciente, historia clínica. (Fuente: DecS).

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas con responsables de aproximadamente un 63% de muertes al año, entre ellas se resaltan la hipertensión arterial como tema de estudio. Ante esta enfermedad, el paciente debe tomar muy en serio las medidas farmacológicas y no farmacológicas que el médico le indique, todo lo anterior con el propósito de que el paciente se adapte totalmente al tratamiento y **pueda gozar de** buena salud y calidad de vida. El no cumplimiento de estas medidas generara en el paciente un descontrol de su enfermedad ocasionando accidentes cardiovasculares que pueden llevar al paciente a sufrir un estado de coma y en ocasiones fatales la muerte.

Como respuesta a la problemática actual se diseñó un proyecto cuyo principal objetivo fue *“Generar una estrategia de intervención educativa y asistencial que **permita** mejorar la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con riesgo cardiovascular”*, como población se seleccionó a los pacientes adscritos al programa de riesgo cardiovascular del centro de salud divino niño del municipio de Cucutilla, en el departamento norte de Santander, allí se identificaron a 185 pacientes y se tomó como muestra a 125 de ellos. El desarrollo del proyecto se dividió en tres fases, la primera fue la fase de diagnóstico que comprendió un estudio descriptivo, de corte transversal que determino del porcentaje de pacientes con hipertensión controlada y no controlada, y el grado de adherencia al tratamiento, utilizando como herramienta principal el cuestionario MBG; la segunda fase se denominó fase de intervención, en ella se realizó seguimiento fármaco-terapéutico usando el método DADER para los pacientes seleccionados como no controlados y no adherentes en la fase diagnóstica; y por último en

la tercera fase se aplicó nuevamente el instrumento usado en la fase diagnóstica para determinar el éxito de la fase de intervención.

Como resultado final se determinó que el 55% de los pacientes estaban controlados y cumplían con las medidas de prevención mientras que el 45% aún no cumplía con la totalidad de las medidas prescritas por el personal de salud. En conclusión, el método utilizado para brindar seguimiento farmacoterapéutico como estrategia para mejorar la adherencia en el tratamiento antihipertensivo, tuvo una efectividad del 29% en el grupo de pacientes no adheridos, disminuyendo al 11% en el grupo de parcialmente adheridos, y cayendo al 3% en el grupo de los completamente adheridos.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente la falta de una adecuada adaptación al tratamiento antihipertensivo por parte del paciente genera un alto nivel de riesgo en la salud del mismo, esto se da en muchos casos por desinformación del paciente, problemas que impiden al paciente poder cumplir con la mayoría o con el total de su tratamiento, por ignorancia del mismo, aquí se debe tener en cuenta la relación que existe entre él y el personal de salud que lo atiende, desprendiéndose de allí la comunicación oportuna o inoportuna que hace que el paciente ignore las consecuencias de no tratar a tiempo su problema de presión arterial alta o hipertensión. La falta de adaptación a estilos de vida saludables también marca relevancia en este tema.

El departamento Norte de Santander tiene un 1,8% de la participación nacional en consulta externa a personas con hipertensión arterial. De los usuarios del servicio de consulta externa, al 78,0% se le recomendó no fumar, al 92,2% se le recomendó aprender a manejar el estrés de la vida diaria. El 93,3% ha recibido la recomendación de bajar de peso y el 90,4% debe de reducir el consumo de alcohol. En promedio, al 98,8% de los usuarios se le ha recomendado reducir el consumo de sal y de grasa. (Rodríguez, et al, 2009)

En el Hospital San Juan de Dios de Pamplona, El indicador que habla sobre la relación porcentual de la proporción de pacientes con hipertensión arterial **controlada** presenta una disminución a través de las vigencias 2012 a 2013,

iniciando con un 81% de pacientes hipertensos diagnosticados y controlados, hasta alcanzar en el periodo del año 2013 un 69% de pacientes hipertensos con niveles de tensión adecuados, resultado de las estrategias que se están realizando por parte del área asistencial y el área de calidad. La institución continua en el programa de crónicas con el proceso de actividades educativas e informativas dentro de la consulta donde el paciente tome conciencia de la importancia de asistir a los controles, tomarse los medicamentos de control y todo esto sumado a que algunas EPS no entregan los medicamentos completos, impidiendo de esta manera que el tratamiento sea el adecuado, además de la demora de las autorizaciones y la contratación de las EPS que hacen convenios con varias instituciones en donde contratan consulta general y con otras la especializada impidiendo de esta forma hacer seguimiento.(Díaz, et, al 2013)

Formulación del problema:

¿Es posible mejorar la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes adscritos al programa de riesgo cardiovascular del Centro de Salud Divino Niño de Cucutilla – Norte de Santander?

2.2. MARCO CONCEPTUAL

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión establecida es una condición que implica un mayor riesgo de eventos cardiovasculares y disminución de la función de diferentes órganos en la cual la presión arterial está crónicamente elevada por encima de valores considerados óptimos o normales. La hipertensión frecuentemente

está asociada con comorbilidades tales como diabetes mellitus, coronariopatía, insuficiencia cardíaca (IC) crónica, accidente vascular encefálico (AVE), accidente isquémico transitorio (AIT), enfermedad vascular periférica, insuficiencia renal crónica. La hipertensión persistente es considerada uno de los factores de riesgo para AVE, infarto de miocardio, IC y aneurisma arterial, y es una de las principales causas de insuficiencia renal crónica y diálisis. Incluso una moderada elevación de la presión arterial conlleva una disminución de la expectativa de vida. Cuando la presión arterial está marcadamente elevada (presión arterial media 50% o más por encima del promedio) la expectativa de vida se disminuye en 30 a 40%, a menos que la hipertensión sea tratada adecuadamente. (Sánchez et al., 2010)

Detección de la hipertensión. Se entiende por «detección» la identificación de pacientes sospechosos de padecer de hipertensión arterial, a través de la medición adecuada, en personas que demanden cualquier servicio de salud, o en tomas casuales con este propósito, a nivel de la comunidad. (Hernández et al. 2011)

Toma adecuada de la presión arterial. El paciente debe estar adecuadamente sentado. - Los brazos descubiertos, apoyados y a nivel del corazón. - El paciente no debe haber fumado ni tomado café, 30 minutos antes de la medición. - El paciente debe permanecer en reposo al menos cinco minutos antes de la medición. - Debe usarse un manguito apropiado (que cubra 80% del brazo). - Debe usarse esfigmomanómetro de mercurio o aneroides, calibrados. - Deben registrarse las presiones sistólica y diastólica. - Deben promediarse dos o más lecturas, a intervalos de dos minutos. - Si las lecturas difieren en más de 5 mm Hg. deben obtenerse más lecturas - El médico dará explicaciones sobre el significado de las cifras halladas y aconsejará sobre mediciones periódicas. (Hernández et al. 2011)

Valores normales de la presión arterial. Presión sistólica: entre 100 y 140 mm de Hg (lo ideal sería tener una presión sistólica que no superara los 120 mm Hg, o, a los más, los 130 mm Hg). Presión diastólica: entre 60 y 90 mm de Hg (lo ideal sería tener una presión diastólica por debajo de los 90 mm Hg). (Gazitúa, 2007)

Se considera que un paciente está comenzando a ser hipertenso cuando su registro es igual o mayor de 140/90 mm de Hg. Algunas personas, especialmente mujeres jóvenes, tienen presiones que normalmente son bajas (100/60 mm Hg o incluso menos). En otras situaciones, la presión baja es una manifestación de shock o colapso circulatorio, pero en estos casos, se presentan signos de mala perfusión tisular (compromiso de conciencia, extremidades frías, diuresis escasa). (Gazitúa, 2007)

Hipertensión y modificaciones en el estilo de vida. Una buena alimentación y un programa de actividad física regular pueden reducir la presión arterial en forma moderada pero significativa y también contribuyen a mantener el peso normal. Durante las últimas décadas, la industrialización, urbanización y globalización han inducido modificaciones en las características demográficas de las poblaciones con repercusión en las condiciones socioeconómicas y los hábitos culturales, ello expuso y aún expone a los habitantes a cambios del estilo de vida con un aumento de factores de riesgo de enfermedades tales como la hipertensión arterial. La hipertensión arterial afecta la estructura y función de las arterias causando enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales. Uno de los pilares para la prevención y tratamiento de la hipertensión y sus consecuencias es la adopción de un estilo de vida saludable sobre todo relacionado con la dieta y la actividad física. En los pueblos primitivos y

todavía en algunas poblaciones rurales, el contenido calórico de la alimentación se relacionaba o relaciona con la actividad física. (SAHA, 2011)

Factores de riesgo y protectores.

Inherentes: son factores esenciales y permanentes que no dependen de algo externo y son inmodificables, entre ellos encontramos las condiciones genéticas o físicas que comprenden,

- Edad: cuando el paciente envejece se aumenta la posibilidad de sufrir eventos cardiovasculares.
- Antecedentes familiares: La herencia genética es un factor asociado a las enfermedades cardiovasculares.
- Sexo: los pacientes de sexo masculino predominan las causas de muerte por enfermedades cardiovasculares. Esto se encuentra asociado principalmente a los estilos de vida y a las diferencias hormonales.

Conductuales: son factores modificables y dependen de algo, ellos comprenden:

- Tabaquismo: el cigarrillo produce efectos en el sistema cardiovascular que pueden ocasionar la muerte instantánea.
- Dieta: el bajo consumo en sodio y grasas, y el aumento en el consumo de frutas, verduras, legumbres y cereales contribuyen a mejorar la salud del hipertenso.
- Ejercicio físico: El sedentarismo es otro de los factores que participa en la producción de eventos cardiovasculares.

Psicosociales

- **Ansiedad:** la ansiedad es una reacción emocional implicada en los procesos de adaptación ante eventos aversivos o peligros anticipados. Se ha sospechado que niveles elevados de ansiedad contribuyen a desarrollar enfermedades cardíacas. Parte de la evidencia al respecto se demuestra en un seguimiento realizado durante un período de 18-20 años en individuos normo tensos, reveló que los hombres que padecían un nivel elevado de ansiedad tenían una probabilidad dos veces mayor, que los hombres con niveles de ansiedad poco elevados, para desarrollar hipertensión durante una edad intermedia. (Hernández y García, 2007)
- **Nivel educativo e ingresos económicos:** las personas con un bajo nivel educativo y escasos ingresos tienden a acudir de forma tardía a los centros de salud, presentan más problemas en identificar síntomas y/o no poseen los recursos necesarios para la atención de la salud. (Hernández y García, 2007)

Fisiológicos y psicofisiológicos

- **Hipertensión arterial:** es el factor de riesgo singular más importante en las enfermedades cardiovasculares. Se destaca por no presentar síntomas discernibles. El estudio de Framingham clasificó a los individuos de acuerdo a los niveles de la presión arterial, en tres categorías: normo tensos, limítrofes e hipertensos: (Hernández y García, 2007)
- **Nivel de colesterol en la sangre:** las personas con enfermedades cardiovasculares tienden a presentar niveles elevados de colesterol en la sangre. (Hernández y García, 2007)

- Reactividad cardiovascular al estrés percibido: alude al proceso en el cual se producen cambios en los parámetros fisiológicos de presión arterial (sistólica y diastólica) y frecuencia cardíaca, como resultado de la estimulación ambiental de diversa índole en contraste con la medición de reposo. La teoría psicofisiológica postula que los individuos que tienden a responder con altos montos de reactividad ante las exigencias conductuales, están predispuestos a desarrollar hipertensión, ya que la repetitiva ocurrencia de estas respuestas en el medio ambiente natural, juega un importante rol en la patogénesis de la hipertensión esencial. (Hernández y García, 2007)
- Frecuencia cardíaca elevada: se ha reportado que el incremento significativo de la frecuencia cardíaca ante situaciones de estrés percibido en el laboratorio, en sujetos normotensos, es un predictor del futuro desarrollo de hipertensión, por tal motivo, su medición siempre es considerada. (Hernández y García, 2007)

En contraparte, los factores protectores, se definen como aquellas características personales o elementos del ambiente, o la percepción que se tiene sobre ellos, capaces de disminuir los efectos negativos sobre la salud y el bienestar. Al aumentar estos factores presentes en la vida de las personas se disminuye la vulnerabilidad y la probabilidad de enfermar. (Hernández y García, 2007)

La adaptación a estilos de vida saludables contribuye a que cada día menos pacientes sufran accidentes cardiovasculares que puedan ocasionar discapacidad y/o muerte.

Tratamiento farmacológico

Hay seis clases principales de medicamentos utilizados en todo el mundo para el control de la hipertensión arterial (HTA): los diuréticos, los bloqueadores β adrenérgicos, los antagonistas del calcio, los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), los antagonistas de angiotensina II y los bloqueadores α adrenérgicos. (Pescio, 2001)

No hay evidencia suficientemente sólida para afirmar la existencia de diferencias sustanciales en el efecto hipotensor de las diversas clases, pero sí la hay respecto de sus efectos colaterales. Se debe considerar también que sólo los diuréticos y los β bloqueadores han tenido el tiempo suficiente para demostrar sus beneficios sobre la morbimortalidad. (Pescio, 2001)

Principios generales del tratamiento medicamentoso

Independiente del medicamento indicado para dar inicio al tratamiento, se debe comenzar con dosis bajas que permitan evitar posibles eventos adversos y según la respuesta que presente el paciente al medicamento, el médico acordara bajar la dosis, suspender y sustituir el medicamento o aumentar la dosis.

Se debe preferir utilizar fármacos de acción prolongada (24 horas), de dosis única, a fin de aumentar la adhesión al tratamiento y lograr un control más sostenido de la presión arterial, lo que conlleva mayor efecto protector contra el riesgo de eventos cardiovasculares mayores y de daño a órgano blanco. (Pescio, 2001).

Inicio del tratamiento medicamentoso

En los grupos de pacientes de riesgo alto y muy alto, el tratamiento se debe iniciar inmediatamente de confirmado el diagnóstico. Los grupos de riesgo medio y bajo iniciarán medicamentos según el grado de control logrado con las medidas no farmacológicas tanto de la presión arterial como de otros factores de riesgo presentes, y considerando también la disponibilidad de recursos con que cuente el sistema de salud. Consideración especial merecen los pacientes diabéticos o con insuficiencia renal que tienen presión arterial normal alta (130-139/85-89 mmHg), los que deben iniciar tratamiento precoz y agresivo a fin de preservar la función renal. (Pescio, 2001)

Selección de los antihipertensivos

Los principales factores a considerar para el inicio y mantención de la terapia son:

- Socioeconómicos: cuáles están disponibles
- Perfil de riesgo cardiovascular de cada paciente
- Presencia de daño en órgano blanco, enfermedad cardiovascular clínica, enfermedad renal, diabetes.
- Variación de la respuesta individual a los medicamentos
- Interacciones con otros fármacos utilizados en patologías asociadas

Seguimiento

Mientras dure el período de evaluación y estabilización del tratamiento, es oportuno que el paciente este en controles frecuentes, con el objetivo de

brindar y reforzar la educación al paciente sobre las medidas farmacológicas y no farmacológicas que el mismo debe cumplir.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO O ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Definición general

Para la Organización Mundial de la Salud, la adherencia al tratamiento está definida como el grado en el cual el comportamiento del paciente, la toma de los medicamentos, la dieta y la introducción de los cambios en sus estilos de vida, responden a las indicaciones o recomendaciones dadas por el profesional de la salud. (Holguín, et, al., 2006)

Definición o alcance para la hipertensión arterial

En el caso de la hipertensión arterial, existe un grupo de factores de riesgos conocidos, prevenibles y modificables, que requiere de los pacientes entender el impacto de dichos factores en su enfermedad y la convicción personal de incorporar hábitos permanentes en su nuevo estilo de vida saludable; todo esto traducido en un compromiso responsable con la enfermedad. Los factores de riesgo más asociados en las investigaciones a niveles de presión arterial no controlados se encuentran en: una dieta no saludable, el sobrepeso, la inactividad física, el consumo de tabaco y alcohol, el estrés, la ira y el patrón de conducta tipo A. (Holguín, et, al., 2006)

Los estudios respaldan que uno de los principales factores que inciden en el mantenimiento de la Hipertensión arterial y de otras enfermedades crónicas, es la falta de adherencia al tratamiento de los pacientes diagnosticados.

(Holguín, et, al., 2006)

Escalas de valoración de la adherencia

Existen grandes dificultades con el cumplimiento del tratamiento por las personas que padecen hipertensión arterial 1, algunos estudios han informado que entre el 24 y el 30 % de los hipertensos abandonan el tratamiento farmacológico, en otros se ha mostrado que la mitad de los pacientes que comienzan con terapia antihipertensiva interrumpen el tratamiento antes del año y que un porcentaje de los que lo mantiene reducen la medicación hasta un punto, en el cual, la reducción beneficiosa de la presión arterial no se alcanza. En los resultados de una revisión de la literatura llevada a cabo por Merino y Gil en 2001, se encuentran porcentajes de incumplimiento de las prescripciones farmacológicas que oscilan entre el 15,7 y el 66,0 %. (Bayarre, et al., 2007)

Para evaluar la adherencia terapéutica se han utilizado diversos procedimientos como conteo de píldoras, medidas de laboratorios, entrevistas y cuestionarios a pacientes, personal de salud, familiares, entre otros. (Bayarre, et al., 2007)

Uno de los cuestionarios más utilizados para medir la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes hipertensos recibe el nombre de MBG (Martín-Bayarre-Grau), ver anexos 1 y 2.

Métodos o estrategias de promoción de la adherencia

Los estudios que evalúan las diferentes estrategias presentan mucha variabilidad, tanto en el tipo de estrategias evaluadas como en los pacientes

incluidos, o los métodos utilizados para valorar la adherencia. Además, tienen importantes limitaciones metodológicas, principalmente un bajo poder estadístico para detectar diferencias entre las ramas control e intervención, debido al pequeño tamaño de muestra y periodos de seguimiento cortos. Casi todas las estrategias que fueron eficaces eran complejas, incluyendo combinaciones de varias intervenciones (llamadas telefónicas, recordatorios, seguimiento estrecho, auto monitorización supervisada, terapia familiar, etc.). A pesar de todo lo anterior, no debemos considerarlo una causa pérdida, sino más bien al contrario: la búsqueda de intervenciones efectivas que faciliten una adherencia óptima a los planes de tratamiento adecuado es una prioridad en el manejo de enfermedades crónicas. (INFAC, 2011)

Estrategias de tratamiento antihipertensivo

El tratamiento no farmacológico está dirigido a instaurar medidas relacionadas con los hábitos de vida, siempre que proceda, en todos los pacientes, incluidos los sujetos con una presión arterial en el límite alto de la normalidad y los que precisan farmacoterapia. El objetivo es disminuir la presión arterial, controlar otros factores de riesgo y afecciones clínicas y reducir el número y dosis de antihipertensivos que es posible que tengan que utilizarse posteriormente. Las medidas relacionadas con los hábitos de vida en que se coincide de forma generalizada que tienen capacidad de reducir la presión arterial o el riesgo cardiovascular y que deben contemplarse en todos los pacientes son las siguientes: abandono del tabaco, reducción del peso (y estabilización del peso), reducción del consumo excesivo de alcohol, ejercicio físico, reducción del aporte de sal, aumento del consumo de frutas y verduras y disminución de grasas saturadas y totales. (Gallardo, 2011)

Tratamiento farmacológico

Los efectos beneficiosos principales del tratamiento antihipertensivo son consecuencia de la disminución de la propia PA. Seis grupos principales de antihipertensivos, diuréticos tiazídicos, antagonistas del calcio, inhibidores de la ECA, antagonistas del receptor de la angiotensina, betabloqueantes e inhibidores de la renina, resultan adecuados para el inicio y mantenimiento del tratamiento antihipertensivo, en monoterapia o en combinación. Cada uno de ellos disminuye la presión arterial actuando por distintos mecanismos. (Gallardo, 2011)

ATENCIÓN FARMACÉUTICA

Atención Farmacéutica se define de la siguiente manera: “Es la provisión responsable del tratamiento farmacológico con el propósito de alcanzar unos resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente. Estos resultados son (Bonaf, et, al., 2001):

- Curación de la enfermedad.
- Eliminación o reducción de la sintomatología del paciente.
- Interrupción o enlentecimiento del proceso patológico.
- Prevención de una enfermedad o de una sintomatología. La Atención Farmacéutica implica el proceso a través del cual un farmacéutico coopera con un paciente y otros profesionales mediante el diseño, ejecución y monitorización de un plan terapéutico que producirá resultados terapéuticos específicos para el paciente.

Esto a su vez supone tres funciones primordiales (Bonaf, et, al., 2001):

- Identificación de PRM (problemas relacionados con los medicamentos) potenciales o reales.
- Resolver PRM reales.
- Prevenir PRM potenciales.

Métodos y técnicas para hacer atención farmacéutica

La atención farmacéutica eficaz, oportuna y eficiente, constituye un componente de calidad de los servicios de atención, tanto a pacientes hospitalizados como a los que acuden a la consulta ambulatoria. Alcanzar un estado aceptable en la prestación de servicios constituye un reto tanto para los responsables de los niveles normativos en los Ministerios de salud, como para los prestadores de servicios, entre ellos los Hospitales. El servicio de farmacia a través de la atención farmacéutica al paciente ambulatorio, responde a la orden o prescripción médica y lleva a cabo la dispensación de medicamentos al paciente. (Dudik y Osicka, 2006)

El Farmacéutico entrega los medicamentos al paciente utilizando sistemas de dispensación que garanticen la seguridad, rapidez y control del medicamento, brinda información a ese paciente para lograr el cumplimiento de la terapia y efectúa el seguimiento fármaco-terapéutico de acuerdo a lo indicado por el médico. Con estos conocimientos, más los ya adquiridos durante el cursado de la carrera y la formación personal que cada uno posee, los mismos se disponen a realizar las prácticas, bajo las siguientes características: La Atención Farmacéutica se cumple en 2 niveles:

Primer nivel: educación sanitaria en relación a las conductas positivas de

salud que deben acompañar al tratamiento (ejercicio físico, alimentación) y en la modificación de hábitos que lo perjudican (consumo de tabaco y/o alcohol, alimentación no adecuada), asociada al cumplimiento de la farmacoterapia y al uso racional del medicamento en cuanto a efectividad, seguridad, accesibilidad. El farmacéutico en este nivel de atención lleva a cabo: Dispensación responsable / consejo farmacéutico. Preparación de fórmulas magistrales y oficinales. Intervenciones en la sociedad: entre otras, vacunación, control de presión arterial, aplicación de inyectables. (Dudik y Osicka, 2006)

Segundo nivel: detección, identificación, resolución y prevención de problemas relacionados con los medicamentos, estableciendo un seguimiento documentado de la evolución de los resultados. (Dudik y Osicka, 2006)

SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO

El farmacéutico debe asumir el seguimiento fármaco-terapéutico del paciente con EM, PRM y/o MFT, como una práctica profesional y no como un acto profesional voluntario. (Climente y Jiménez, 2005)

Para el Programa del Hospital Universitario Dr. Peset de Atención Farmacéutica, el seguimiento fármaco-terapéutico se considera la “actividad del farmacéutico centrada en evaluar la evolución del paciente tras una actuación farmacéutica, con el fin de comprobar que se resuelven o previenen los PRM identificados y su morbilidad asociada, así como prevenir o identificar la aparición de nuevos PRM en el paciente”. (Climente y Jiménez, 2005)

Las fuentes, tipos y formas de información utilizadas en la identificación de pacientes con PRM, pueden ser igualmente manejadas para el seguimiento fármaco-terapéutico; sin embargo, la principal característica diferencial entre ambos procesos reside en que el seguimiento es, en esencia, proactivo. (Climente y Jiménez, 2005). Las fuentes, tipos y formas de identificación de pacientes adoptadas para este trabajo se pueden observar en la tabla 1.

Tabla 1. Identificación de pacientes en seguimiento fármaco-terapéutico

Fuente y tipo de identificación	Forma
1. Observación directa 1.1. Validación de la preparación o dispensación de medicamentos 1.2. Validación de la administración de medicamentos 1.3. Validación de la transcripción	Activa
2. Entrevista con personal sanitario, paciente o cuidador 2.1. Monitorización analíticas/pruebas diagnósticas 2.2. Información explícita sobre PRM/EM en los pacientes 2.3. Cuestionarios (adherencia, calidad de vida...) 2.4. Comunicación verbal	Activa
3. Monitorización farmacoterapéutica 3.1. Validación de la prescripción manual/electrónica 3.2. Monitorización farmacocinética 3.3. Revisión Historia farmacoterapéutica 3.4. Alertas farmacoterapéuticas institucionales 3.5. Alertas farmacoterapéuticas predeterminadas 3.6. Revisión de parámetros analíticos	Activa
4. Comunicación voluntaria 4.1. Notificaciones de farmacovigilancia 4.2. Médico 4.3. Enfermera 4.4. Paciente o cuidador	Pasiva
5. Revisión de la Historia Clínica 5.1. Revisión de Historia Farmacoterapéutica 5.2. Evolución médica de signos y síntomas en los pacientes 5.3. Evolución de signos y síntomas descritos en la hoja de enfermería 5.4. Evolución del control de constantes 5.5. Revisión parámetros analíticos/pruebas diagnósticas	Activa

Fuente: Martí, M., Jiménez, V. (2005). *Manual para la atención farmacéutica*. SEFH. Pág. 24.

Tipificación de la aceptación de la recomendación fármaco-terapéutica

Las actividades que conforman el seguimiento fármaco-terapéutico exigen, en primer lugar, su registro. Este se inicia con la propuesta efectuada para la prevención y resolución del PRM y la aceptación de la misma por parte del

profesional sanitario o el paciente, según corresponda. Se establece un límite de tiempo de 48 horas, desde la comunicación de la recomendación, para clasificar la propuesta como Aceptada o Rechazada; también se registra el motivo de rechazo. (Climente y Jiménez, 2005). El registro incluye el profesional implicado (médico o enfermera), el paciente o cuidador, y según proceda, lo siguiente:

1. Aceptada

1.1 Sin ninguna modificación de la recomendación

1.2. Con modificación menor de la recomendación inicial (dosis mayor o menor, por ejemplo)

2. Rechazada

2.1. Poco relevante para el paciente

2.2. Inadecuada para el paciente

2.3. Incidencias en el sistema (traslado, alta)

En caso de ser rechazada la actuación farmacéutica, se debe valorar la necesidad de realizar una nueva (sucesiva), teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Aparición de MFT durante la evolución del paciente
- Gravedad del PRM/EM ≥ 2 en función de la MFT potencial)
- Priorizar según el impacto u objetivo de la actuación farmacéutica: efectividad \approx seguridad $>$ humanístico \approx eficiencia.

En los casos en los que no proceda realizar una recomendación fármaco-terapéutica de optimización del plan fármaco-terapéutico y/o de

monitorización del paciente; es decir, en actuaciones farmacéuticas exclusivamente preventivas y/o educativas, tampoco se valorará la aceptación o rechazo de la atención farmacéutica realizada. (Climente y Jiménez, 2005)

Método DADER

El Método Dáder es un procedimiento operativo para la prestación del seguimiento fármaco-terapéutico en cualquier ámbito asistencial y sobre cualquier paciente. El objetivo que se busca con la aplicación de este procedimiento operativo es crear unos estándares de práctica que garanticen la eficiencia del servicio y, sobre todo, la seguridad del paciente. (Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, 2005)

2.3. MARCO REFERENCIAL

Durante un estudio investigativo sobre la Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas se aplicó el cuestionario "Martín_Bayarre_Grau" para evaluar los niveles de adherencia y describir sus componentes: implicación personal, relación profesional-paciente y cumplimiento del tratamiento, a partir de los puntajes obtenidos en los ítems del cuestionario. Como resultado se mostró que en todos los territorios predominó la adherencia total con aproximadamente el 50 %, seguida de la parcial. La no adherencia obtuvo los valores inferiores. El componente implicación personal presentó valores altos y bajos, mientras que el relacional valores intermedios. El componente cumplimiento del tratamiento obtuvo valores altos, intermedios y bajos. (Libertad, et, al 2015)

En un Estudio descriptivo, transversal, observacional de pacientes atendidos de manera regular, que al momento del levantamiento de la información contaron con diagnóstico definitivo de hipertensión arterial y con criterios de inclusión, en el periodo del estudio del 1 de enero del 2012 al 30 de marzo del 2013 se realizó un análisis estadístico de los datos con el programa SPSS 18. En los resultados se demostró que el 61% son del género masculino, con una edad promedio de 44.8 años, la ocupación más frecuente empleado en un 78%, el 48 % de la población presento nivel de educación secundaria, relacionado al grado de adherencia se encontró una adherencia parcial del 88%, una adherencia total del 1%, no adherencia del 11% de los pacientes estudiados. (Ruiz, 2014)

Durante una investigación denominada “Método Dáder de seguimiento fármaco terapéutico a pacientes y Problemas Relacionados con la Utilización de Medicamentos en el contexto de Colombia” se buscó, en el contexto de Colombia, afinar la adaptación del método Dáder para el seguimiento fármaco terapéutico de pacientes y evidenciar la importancia del concepto y clasificación de problemas relacionados con la utilización de medicamentos (PRUM). Se desarrolló un estudio descriptivo de los resultados de las intervenciones farmacéuticas durante 5 meses de seguimiento a 498 pacientes, en quienes se detectaron 92 PRM (0,2 PRM por paciente) y 508 PRUM (1,1 PRUM por paciente). De los 92 PRM, 42 fueron de necesidad, 22 de efectividad y 28 de seguridad; mientras que de los PRUM, 340 fueron de uso, 155 de prescripción, 7 de dispensación y 6 de disponibilidad. Se resolvió el 90,2% de los PRM y el 87,2% de los PRUM. Los resultados evidencian que en el contexto de Colombia, el método Dáder es efectivo y eficiente para realizar el seguimiento fármaco terapéutico y que este proceso se debe acompañar de la detección y resolución de PRUM. (Amariles y Giraldo, 2003)

3. JUSTIFICACIÓN

El regente de farmacia es un profesional de nivel tecnológico del área de la salud, capacitado para promover la salud y prevenir la enfermedad, desde su actividad como promotor del uso adecuado de medicamentos; la Universidad Nacional Abierta y a Distancia promueve que sus egresados se apropien de esta responsabilidad desde su etapa estudiantil y procura formar profesionales que contribuyan al cumplimiento de las metas de la política farmacéutica nacional y de las demás acciones de salud en general, en las cuales el regente de farmacia pueda tomar parte.

Problemas como el incumplimiento de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos (sedentarismo, tabaquismo, cambios de estilo de vida y dieta) traen consigo la presencia de enfermedades crónicas entre las que podemos señalar la Hipertensión Arterial, que genera gran preocupación en las instituciones prestadoras de salud.

De acuerdo con lo anterior, se ha buscado establecer por medio de un proyecto aplicado una estrategia de mejoramiento de la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes adscritos al programa de riesgo cardiovascular del Centro de Salud Divino Niño de Cucutilla.

Para la comunidad en estudio este proyecto aplicativo generara ventajas positivas en cuanto al beneficio fármaco-terapéutico que se pretende prestar, pues al crear nuevas estrategias, el paciente mostrara un buen nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo, cumpliendo con las orientaciones que se le den y con el acompañamiento por parte de regente en formación.

Para la universidad, este trabajo permitirá el reconocimiento de ella como una entidad autónoma que forma estudiantes con la capacidad de liderar y ejecutar proyectos encaminados a velar en pro de la salud de los pacientes, por parte del personal de salud encargado de la entidad, por parte de los pacientes ya sean directos o indirectos que participaran, y de la comunidad de Cucutilla en general.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Generar una estrategia de intervención educativa y asistencial que permita mejorar la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes del Centro de Salud Divino Niño de Cucutilla, inscritos en el programa de riesgo cardiovascular en el año 2016.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Cuantificar el número de pacientes con hipertensión controlada y no controlada entre los inscritos al programa.
- Identificar el nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo en la población.
- Implementar una estrategia de intervención educativa y asistencial tipo seguimiento fármaco-terapéutico a los pacientes definidos en la muestra.
- Evaluar los resultados de las acciones emprendidas.

5. METODOLOGÍA

5.1. TIPO DE ESTUDIO

Se desarrolló un trabajo aplicado dividido en tres fases: una fase de diagnóstico, una fase de intervención, y una fase de evaluación.

La fase diagnóstica comprendió un estudio descriptivo, de corte transversal que comprenderá la determinación del porcentaje de pacientes con hipertensión controlada y no controlada, y el grado de adherencia al tratamiento.

En la fase de intervención se realizó seguimiento fármaco-terapéutico usando el método DADER para los pacientes seleccionados como no controlados y no adherentes en la fase diagnóstica.

En la fase de evaluación se aplicó nuevamente los instrumentos usados en la fase diagnóstica para determinar el éxito de la fase de intervención.

5.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Para calcular la muestra, se usó la fórmula del muestreo aleatorio simple, con un nivel de confianza del 95% y un error de muestreo o precisión del 5%, así:

Fórmula para calcular el tamaño de la muestra:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{NE^2 + Z^2 pq} = \frac{(1.96^2)(0.5)(0.5)(185)}{(185)(0.05^2) + (1.96^2)(0.5)(0.5)} = \frac{177.674}{0.4625 + 0.9604} = 125$$

Dónde:

n= tamaño de la muestra

Z= Nivel de confianza = 95% = 1.96

N= Tamaño de la población = 185

E= Error maestral = 5% = 0.05

p= variabilidad positiva = 0.5

q= variabilidad negativa = 0.5

Lo cual da como resultado una muestra de 125 pacientes; el cuestionario MBG se aplicó a 125 pacientes seleccionados aleatoriamente al final de la cita médica de control de riesgo cardiovascular, antes y después de la intervención.

5.3. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para determinar la adherencia al tratamiento se empleó el cuestionario Martin-Bayarre- Grau (MBG) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial (Martin et al, 2008). El cuestionario puede observarse en el anexo 1.

El seguimiento fármaco-terapéutico se realizó aplicando la metodología DADER propuesta por el grupo de investigación en atención farmacéutica de la Universidad de Granada. (Faus et al, 2006).

5.4. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Los datos necesarios fueron obtenidos mediante el cuestionario MBG, ver anexos 1 y 2, (fase de diagnóstico y evaluación) y la ficha de Seguimiento Fármaco-terapéutico, mediante método Dader, ver Anexos 3 y 4 (fase de intervención). Los datos recolectados se procesaron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel y se analizaron usando medidas de tendencia central y distribución de frecuencias.

5.5. ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO

Teniendo en cuenta las disposiciones consignadas en las “Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud”, según la resolución No 008430 de 1993, emanada del Ministerio de Salud de Colombia, este proyecto fue clasificado en la categoría de investigación sin riesgo, puesto que “los métodos y estrategias propuestas no involucran intervención o modificación intencionada de variables biológicas, fisiológicas o sociales de los individuos bajo estudio la identificación de aspectos sensitivos de su conducta” (título II, capítulo I, artículo 11), por lo cual no se solicitó consentimiento informado, pero si se le pidió a cada paciente su autorización para participar en el proceso.

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

6.1. HIPERTENSIÓN CONTROLADA Y NO CONTROLADA ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

Antes de la intervención fármaco-terapéutica el 54% de los pacientes se encontraban controlados, mientras que el 46% no estaba cumpliendo con el tratamiento. Luego de la intervención se pudo apreciar que el porcentaje de pacientes controlados subió a un 55% frente a un 45% de pacientes que aún se encontraban como no controlados. (Ver tabla 2).

Tabla 2. Control de la hipertensión arterial antes y después de la intervención

Pacientes	Controlada	No controlada	Total
Previo a la intervención	67 (54%)	58 (46%)	125
Posterior a la intervención	69 (55%)	56 (45%)	125

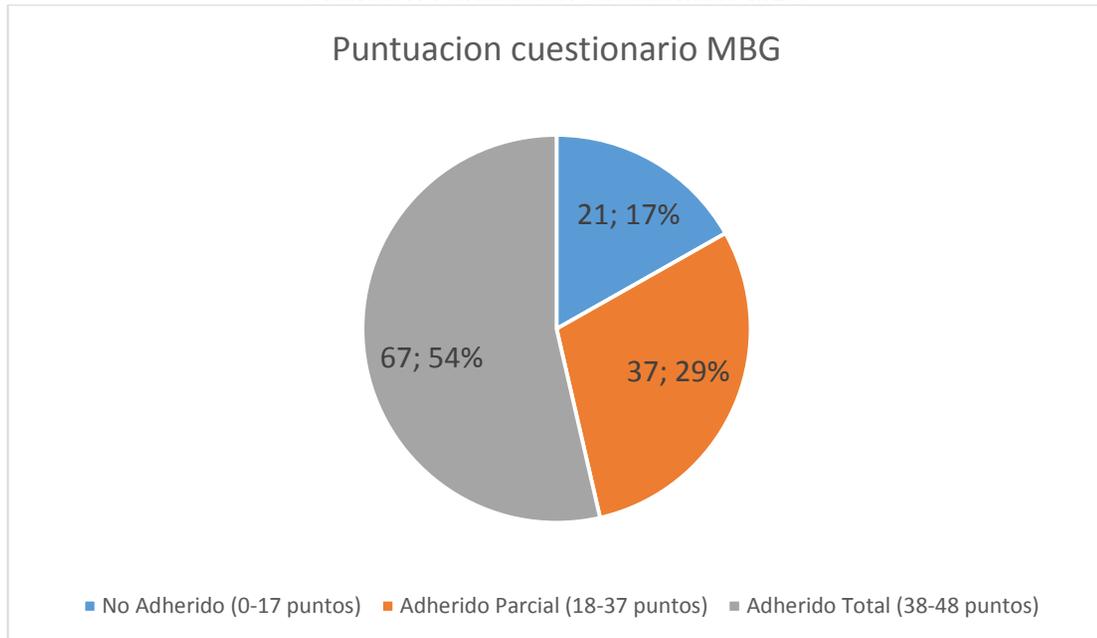
Fuente: Cálculos de la autora con base en las encuestas.

En la fase de diagnóstico, se aplicó el cuestionario MBG a los 125 pacientes extraídos como muestra para desarrollar el proyecto (ver anexo 5), identificando a 58 pacientes como no controlados, el resto cumplía adecuadamente con el tratamiento.

Enseguida se procedió a extraer los datos de los cuestionarios aplicados para verificar el grado de adherencia al tratamiento, encontrándose que 67 pacientes están totalmente adheridos al tratamiento, 37 pacientes presentan falencias de adaptación al tratamiento, como falta de costumbre, falta de recordatorios, inasistencia a controles periódicos y otros aspectos. 21 pacientes manifestaron no estar de acuerdo totalmente con el tratamiento, por PRM, por no poder obtener citas a tiempo y porque no acostumbran a

asistir a los controles debido a lo anterior, además de no cumplir adecuadamente con el tratamiento farmacológico y no farmacológico. (Ver grafica 1).

Grafica 1. Puntuación cuestionario MBG



Fuente: Cálculos de la autora con base en las encuestas

Como resultado final se identificó que el 46% de los pacientes no estaba controlado, mientras que el 54% está adaptado al tratamiento.

6.2. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

De acuerdo a la información suministrada por el programa de prevención y control de la hipertensión arterial del centro de salud Divino Niño de Cucutilla, se construyó la tabla 3, la cual relaciona el número de pacientes ubicados en

cada ítem de clasificación de la hipertensión, antes y después de la intervención.

Tabla 3. Presión Arterial promedio de los pacientes

Clasificación según Presión Arterial	Rango		Controlados		No controlados	
	Sistólica mmHg	Diastólica mmHg	Frecuencia		Frecuencia	
			Antes	Después	Antes	Después
Normal	<120	<80	22	22	0	0
Pre-hipertensión	120-139	80-89	44	46	6	12
Hipertensión estadio 1	140-159	90-99	1	1	52	44
Hipertensión estadio 2	≥160	≥100	0	0	0	0
Total			67	69	58	56

Fuente: Cálculos de la autora con base en las encuestas.

En la tabla 4, que establece la clasificación de pacientes según el cuestionario MBG antes y después de la intervención, se puede observar que existe una diferencia muy estrecha de acuerdo con los pacientes completamente adheridos (1.6%), pacientes parcialmente adheridos (3.2%) y pacientes no adheridos (4.8%) antes y después de la intervención farmacoterapéutica realizada.

Tabla 4. Clasificación de pacientes según cuestionario MBG.

DESCRIPCIÓN	ANTES		DESPUÉS	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Completamente adheridos	67	53.6%	69	55.2%
Adheridos parcialmente	37	29.6%	41	32.8%
No adheridos	21	16.8%	15	12%
Total	125	100%	125	100%

Fuente: Cálculos de la autora con base en las encuestas.

6.3. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA Y ASISTENCIAL PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO

Seguimiento fármaco-terapéutico a pacientes hipertensos

Se pidió a los pacientes inscritos en el programa de control de riesgo cardiovascular su participación en el programa de seguimiento fármaco-terapéutico, el cual se realizó después de la consulta médica. El seguimiento consistió en la aplicación del método DADER, ver anexo 6, usando para ello la ficha de seguimiento fármaco-terapéutico que se describe en los anexos 3 y 4.

Inicialmente se estableció el estado de situación del paciente, señalando el problema de salud (si estaba controlado o preocupaba), en seguida de identificaron los medicamentos que estaba consumiendo el paciente para su problema de salud, detallando la pauta prescrita por el médico y la pauta utilizada por el paciente. Para terminar el estado de situación se evaluó al paciente para determinar factores de Necesidad, Efectividad, Seguridad y sospechas, posteriormente se anotó una cita para dar inicio a la intervención Farmacéutica.

Durante la Intervención Farmacéutica se inició con una fase de **identificación** donde se reconoció nuevamente el problema de salud y el medicamento involucrado describiendo el código ATC del mismo, su nombre, potencia y forma; asimismo indicando el resultado negativo identificado, la situación y la causa. Una vez reconocidos los RNM, ver tabla 5, se procedió

a optar por la vía de comunicación verbal para el paciente, donde se intervino en la educación al paciente, ver anexo 8.

Tabla 5. Resultados negativos asociados a la medicación identificados

#	Medicamento involucrado		RNM identificado	Estrategias de resolución	Vía de comunicación
	Código ATC	Nombre, potencia y forma			
01	C09AA01	Captopril 50 mg tabletas	Seguridad	Intervenir sobre la educación al paciente	Verbal para el paciente
02	C09AA01	Captopril 50 mg tabletas	Seguridad	Intervenir sobre la educación al paciente	Verbal para el paciente
03	C09AA01	Captopril 50 mg tabletas	Seguridad	Intervenir sobre la educación al paciente	Verbal para el paciente

Fuente: La autora

Acordando otra fecha de cita con el paciente se pasó a la siguiente fase, de **Acción**, en ella se buscaron las alternativas de solución a la problemática que incluyeron estrategias educativas y asistenciales, (ver anexo 8), y se optó por la vía de comunicación verbal para el paciente, determinando una fecha para la revisión de las medidas tomadas.

Por último se registraron los **resultados** de la intervención, donde el paciente 01 no acepto la intervención considerando que sus creencias en los preparados medicinales (ver tabla 6), son mejores; el paciente 02 acepto la intervención, con el compromiso de retomar los controles y comentarle a su médico los inconvenientes que se presentaron al cambiar su medicación; el paciente 03, aceptando la intervención opto por retomar nuevamente sus controles con el médico, con el fin de adherirse nuevamente al tratamiento.

Estrategia no farmacológica para el mejoramiento de la adherencia

Tanto a pacientes individuales como de manera colectiva, se realizaron charlas educativas a los pacientes sobre modificación de estilos de vida, instrucciones para la toma de medicamentos, recomendaciones de almacenamiento y control de vencimientos, pautas de conducta y hábito para evitar el olvido de tomar la dosis, y demás estrategias reportadas en la literatura.

Estrategia farmacológica para el mejoramiento de la adherencia

Se apoyó al servicio farmacéutico en el control del consumo de los medicamentos prescritos, verificando el cumplimiento de la frecuencia de administración y cantidad de fármaco.

Al terminar la fase de diagnóstico se identificaron a 58 de los 125 pacientes como no controlados.

En la etapa de intervención, se realizó el Seguimiento fármaco-terapéutico pidiendo a los pacientes inscritos en el programa de control de riesgo cardiovascular su participación voluntaria en el programa de seguimiento fármaco-terapéutico, el cual se realizaría después de la consulta médica. El seguimiento consistió en la aplicación del método; 15 pacientes de los 58 que no se encontraban controlados totalmente accedieron a participar. Durante la fase de intervención, se realizaron 4 controles en promedio por cada paciente que aceptó la realización del seguimiento.

Durante la realización del seguimiento fármaco terapéutico a las personas que aceptaron, se pudieron identificar las diferentes razones por las cuales el

paciente no está totalmente adaptado al tratamiento algunas de las razones se presentan a continuación:

- Falta de educación en medidas no farmacológicas
- Incumplimiento voluntario e involuntario
- PRM: Pérdida de peso, inseguridad cuantitativa, tos:

Para el paciente hipertenso es incómodo el nuevo sistema de salud, ya que debido a esto muchas veces no puede asistir de manera oportuna al control y seguimiento de su enfermedad por factores asociados a la falta de atención prioritaria a pacientes con enfermedades crónicas.

Lo anterior origina en los pacientes la necesidad de conseguir su medicación por otro medio; aquellos que cuentan con buenos recursos económicos se dirigen a los diferentes establecimientos farmacéuticos para conseguir y comprar los medicamentos, y así poder continuar con su tratamiento farmacológico, otros pacientes que no cuentan con los recursos económicos suficientes prefieren esperar hasta su próximo control para acceder a los medicamentos que el estado les facilita de manera gratuita mediante el Plan Obligatorio de Salud-POS.

En otras razones se encontraron pacientes que consumen preparaciones a base de plantas medicinales para mantener controlada su HTA, estas preparaciones incluyen apio, caléndula, ajo y limón, (ver tabla 6).

Tabla 6. Algunas plantas medicinales utilizadas para tratar la HTA

Nombre de la planta	Uso tradicional	Parte de la planta utilizada	Dosis, vía de administración y frecuencia	Pacientes identificados
Apio	Constituye uno de los mejores diuréticos, por lo que resulta adecuado para rebajar la hipertensión.	Se usan principalmente las hojas y tallos de plantas en cualquier estadio de desarrollo Principalmente de individuos adultos.	Infusión del apio, se debe tomar una taza en la mañana y otra antes de ir a dormir.	2
Caléndula	Condimento Sustitutivo de la sal.	Pétalos de las flores.	Se aplica para sustituir los condimentos que poseen sal en las comidas.	2
Ajo	Contiene propiedades para mejorar enfermedades del corazón y circulatorias. Disminuye la tensión arterial y ayudan a fluidificar la sangre.	Diente o bulbillo.	Comer 1 o 2 dientes de ajo al día.	1
Limón	Su alto contenido en vitamina C ayuda a la buena circulación sanguínea. Rebaja la hipertensión.	Zumo.	Tomar el zumo con agua. Aumentar progresivamente la dosis, añadiendo un limón diario hasta llegar a 11 o 12. Invertir el proceso hasta llegar de nuevo a un limón diario, durante 15 días.	2

Fuente: Construcción de la autora con base en: Botanical-Online (2015). Propiedades medicinales de la Caléndula.

Recuperado de <http://www.botanical-online.com/calendula.htm>

Botanical-Online (2015). Propiedades del Ajo. Recuperado de <http://www.botanical-online.com/medicinalsalliumsativum.htm>

Botanical-Online (2015). Propiedades del Limón. Recuperado de <http://www.botanical-online.com/limon.htm>

Vidalúcida (2008). Propiedades del apio para tratar la presión alta. Recuperado de <http://www.lavidalucida.com/propiedades-del-apio-para-tratar-la.html>

Durante la entrevista se brindó educación al paciente en medidas farmacológicas y no farmacológicas, en la tabla 7 donde parte de ellos se comprometieron a cumplir con sus tratamientos, ver anexo 8.

Tabla 7. Educación en medidas farmacológicas y no farmacológicas

TRATAMIENTO HTA	
FARMACOLÓGICO	NO FARMACOLÓGICO
<p>Este tratamiento se compone de Seis grupos principales de antihipertensivos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diuréticos: Hidroclorotiazida, Furosemida y Espironolactona. 2. Calcioantagonistas: Amlodipino, Nifedipino, y Verapamilo. 3. IECA: Captopril y Enalapril. 4. ARA-II: Losartan. 5. Beta-bloqueadores: Metoprolol y propanolol. 6. Alfa-Bloqueantes: Clonidina. <p>Nota: El medicamento carvedilol es tanto alfa como beta bloqueador.</p>	<p>Reducción de la ingesta de sodio.</p> <p>Ejercicio aeróbico regular.</p> <p>Tratamiento del estrés en aquellos que parece ser un factor importante.</p> <p>Adopción de dieta rica en potasio y calcio.</p>

Fuente: La autora.

7. CONCLUSIONES

1. El seguimiento fármaco terapéutico como estrategia para mejorar la adherencia en el tratamiento antihipertensivo, tuvo una efectividad del 29% en el grupo de pacientes no adheridos, disminuyendo al 11% en el grupo de parcialmente adheridos, y cayendo al 3% en el grupo de los completamente adheridos.
2. De acuerdo con los resultados obtenidos, se reconoció que los factores económicos influyen en la no adherencia al tratamiento, pues varios pacientes no cuentan con los recursos económicos suficientes para cubrir los gastos que requiere el tratamiento farmacológico cuando no los pueden obtener por el POS. Por consiguiente, es de vital importancia reconocer que el factor de bajo nivel económico pone en demostración el riesgo que corre el paciente al no dar respuestas positivas en su comportamiento de adherencia al tratamiento.
3. Los pacientes que participaron en la intervención farmacéutica, mostraron gran interés en la información brindada sobre los cuidados de su salud, sin embargo presentaron dificultades para poder adherirse al tratamiento. Esto nos permite concluir que el compromiso debe ser continuo, el acompañamiento por parte del personal de salud debe fortalecerse más en materia de estrategias de educación y asistencia médica.
4. Los RNM, marcan cierta relevancia en el abandono del paciente de su tratamiento farmacológico. Se observó que en algunos casos el paciente había abandonado el tratamiento debido la inseguridad cuantitativa que le generaba su medicación.

5. La educación en el paciente hipertenso acerca de las medidas farmacológicas y no farmacológicas es una estrategia favorable que promueve en el paciente su motivación a continuar con su tratamiento.

8. RECOMENDACIONES

1. Continuar con la implementación del seguimiento farmacoterapéutico en los programas de control de la hipertensión como estrategia para el mejoramiento de la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes no adheridos o parcialmente adheridos.
2. Considerar como factor fundamental, la atención al paciente hipertenso de acuerdo con la prescripción de los medicamentos mensualmente, para que el mismo pueda obtener la medicación de manera gratuita en el POS, sin tener que posponer su tratamiento debido a la falta de alguno de sus fármacos.
3. Implementar y brindar refuerzo al programa de riesgo cardiovascular en la institución prestadora de salud.
4. Implementar y fortalecer el programa de Farmacovigilancia en la institución prestadora de salud, brindando información al paciente para que el mismo sea el encargado de informar cuando un medicamento no está siendo necesario, efectivo o seguro en su salud.
5. Continuar con las estrategias educativas y asistenciales, para que más pacientes de los que no se encuentran adaptados aún se comprometan a cumplir con su tratamiento antihipertensivo.
6. Tomar en consideración los resultados obtenidos en el presente proyecto para tomarlos como referencia en proyectos futuros.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Rodríguez, J., Ruiz F., Peñalosa E., Eslava J., Gómez LC., Sánchez H., Amaya JL., Arenas R., Botiva Y. (2009). ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2007 RESULTADOS POR DEPARTAMENTO: NORTE DE SANTANDER. *Ministerio de la Protección Social, 1ra. Edición*, pág. 46. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Norte%20de%20Santander.pdf>

Díaz Contreras, EJ., Prieto Peña, JO., Jaimes Medina, JJ., Castro Jaimes, JH., Montañez Cáceres, WE., Pico Enciso, TJ. (2013). INFORME AUDIENCIA PÚBLICA DE RENDICIÓN DE CUENTAS. *ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PAMPLONA*. Recuperado de http://www.hsdp.gov.co/index/documentos/Informe_Audiencia_Publica_Rendicion_de_Cuentas_Vigencia_2013.pdf

Sánchez, Ramiro A., Ayala, Miryam, Baglivo, Hugo, Velázquez, Carlos, Burlando, Guillermo, Kohlmann, Oswaldo, Jiménez, Jorge, López Jaramillo, Patricio, Brandao, Ayrton, Valdés, Gloria, Alcocer, Luis, Bendersky, Mario, Ramírez, Agustín José, & Zanchetti, Alberto. (2010). Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. *Revista chilena de cardiología*, 29(1), 117-144. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602010000100012&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0718-85602010000100012.

Hernández Ayazo, H, Bello Espinosa, A, Coronado Daza, J, Arteta, D &Daza,

J. (2011). Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. *PROYECTO ISS – ASCOFAME*, pp. 17. Recuperado de <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/hipertesion.pdf>

Gazitúa, Ricardo. (2007). PRESIÓN ARTERIAL. *Manual de semiología Ed 2007*. Recuperado de <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualesemiologia/210PresionArterial.htm>

SAHA. (2011). Hipertensión y modificaciones en el estilo de vida. Recuperado de <http://www.saha.org.ar/hipertension-y-modificaciones-en-el-estilo-de-vida.php>

Hernández, M. A. y García, H. L. (2007). Factores de riesgo y protectores de enfermedades cardiovasculares en población estudiantil universitaria. *Revista de la Facultad de Medicina*, 30(2). Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692007000200004

Pescio, S. (2001). Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial. *Revista Biomédica Revisada Por Pares*. Recuperado de <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/1908>

Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D., y Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, CALI* pp. 2-3. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a09>

Alfonso, L, M., Bayarre, H, D., Vea, J, A., y Ábalo, G. (2007). Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Escuela Nacional de Salud Pública*, 34(1). Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_1_08/spu12108.htm

INFAC. (2011). Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, (Vol. 19(1)). Recuperado de http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/infac_v19_n1.pdf

Gallardo Pérez, R, M. (2011). ADHERENCIA FÁRMACO-TERAPÉUTICA Y CONOCIMIENTO EN PACIENTES CON TRATAMIENTO DE ANTIHIPERTENSIVOS EN UNA FARMACIA RURAL DE ZAHARA DE LOS ATUNES (CÁDIZ). *Universidad San Pablo: Máster Oficial en Atención Farmacéutica. Madrid*. Recuperado de http://www.melpopharma.com/wp-content/uploads/2013/04/Rosa_M_Gallardo_Perez.pdf

Bonal, J., Alerany, C., Bassons, T., y Gascón, P. (2001). Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica. Recuperado de <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap21.pdf>

Dudik, Néstor H y Osicka, Rosa M. (2006). Atención farmacéutica: un modelo de ejercicio profesional. *Cátedra de Legislación Farmacéutica y Práctica Profesional, Departamento de Ciencias Biológicas y Farmacéuticas Carrera de Farmacia, Facultad de Agroindustrias, UNNE*. Recuperado de

<http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt2006/08-Exactas/2006-E-047.pdf>

Climente, M., y Jiménez V. (2005). Manual para la Atención Farmacéutica, 3ª edición. Recuperado de http://sefh.es/bibliotecavirtual/manual_AF/Manual_AF05_3edHpeset.pdf

Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Seguimiento fármaco-terapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). Universidad de Granada. *Pharmacy Practice (Granada)*. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1885-642X2006000100008

Grau Ábalo, J. A., Martín Alfonso, L., Bayarre Veá, H. D. (2008). Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(1) Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21420865012>

Faus Dader, M., Silva Castro, M., Hernández, D. (2006). Seguimiento fármaco-terapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). *Pharmacy pract. (Granada Ed. impr.)* 4(1) pp. 44-53. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1885-642X2006000100008&lng=es&nrm=iso

Libertad, M. A., Bayarre Veá, H., Corugedo Rodríguez, M.C., Vento Iznaga, F., Matos, Y., Orbay Araña, M. (2015). Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas.

Rev Cubana Salud Pública. (La Habana, versión On-line) 41(1) p. 3
Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100004

Ruiz Lávida, T, A. (2014). Grado de adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la unidad de Medicina Familiar número 64 de Córdoba Veracruz. *Universidad Veracruzana: Especialista en Medicina Familiar. Córdoba-Veracruz*. Recuperado de <http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/07/Tesis-Adri.pdf>

Amariles, P. y Giraldo, N. (2003). Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico a pacientes y Problemas Relacionados con la Utilización de Medicamentos en el contexto de Colombia. Recuperado de: <http://www.cipf-es.org/sft/vol-01/099-104.p>

UNAM. (2007). Captopril. S.S.A. Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables para farmacias y público en general. Recuperado de http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Captopril.htm

MedlinePlus. (2015). Medicamentos antihipertensivos. Recuperado de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007484.htm>

Botanical-Online (2015). Propiedades medicinales de la Caléndula. Recuperado de <http://www.botanical-online.com/calendula.htm>

Botanical-Online (2015). Propiedades del Ajo. Recuperado de <http://www.botanical-online.com/medicinalsalliumsativum.htm>

Botanical-Online (2015). Propiedades del Limón. Recuperado de <http://www.botanical-online.com/limon.htm>

Vidalúcida (2008). Propiedades del apio para tratar la presión alta. Recuperado de <http://www.lavidalucida.com/propiedades-del-apio-para-tratar-la.html>

ANEXOS

ANEXO 1. Cuestionario MBG para la evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos (aplicado).

Anexo 1
Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau)

Estimado paciente:

Solicitamos su colaboración Para estudiar cómo se comporta el cumplimiento de las indicaciones orientadas a los pacientes con hipertensión arterial. Sólo debe dar respuesta a las preguntas que aparecen a continuación. Le garantizamos la mayor discreción con los datos que pueda aportarnos, los cuales son de gran valor para este estudio. Muchas gracias

Nombre: Glady's Parado Torres

Edad: 44 Sexo: F Ocupación: Amo de casa

Nivel de escolaridad: Quinto Primaria Consultorio: 1

Años de diagnosticada la enfermedad: 13

A) De las indicaciones que aparecen a continuación marque con una x, cuál o cuáles le ha indicado su médico.

Tratamiento higiénico-dietético:

1. Dieta sin sal o baja de sal
2. Consumir grasa no animal
3. Realizar ejercicio físico

B) Tiene Usted indicado tratamiento con medicamentos

1. Si
2. No

C) A continuación usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Por favor, no se preocupe en pensar si otras personas estarían de acuerdo con usted y exprese exactamente lo que piense en cada caso. Marque con una X la casilla que corresponda a su situación particular:

Afirmaciones	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
1. Toma los medicamentos en el horario establecido	<input checked="" type="checkbox"/>				
2. Se toma todas las dosis indicadas	<input checked="" type="checkbox"/>				
3. Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta	<input checked="" type="checkbox"/>				
4. Asiste a las consultas de seguimiento programadas	<input checked="" type="checkbox"/>				
5. Realiza los ejercicios físicos indicados	<input checked="" type="checkbox"/>				
6. Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de	<input checked="" type="checkbox"/>				

su vida diaria	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
7. Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir	<input checked="" type="checkbox"/>				
8 Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos	<input checked="" type="checkbox"/>				
9. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos	<input checked="" type="checkbox"/>				
10. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento					<input checked="" type="checkbox"/>
11. Usted y su médico analizan, cómo cumplir el tratamiento	<input checked="" type="checkbox"/>				
12. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico	<input checked="" type="checkbox"/>				

ANEXO 2. Formato Cuestionario MBG para la evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos.

Anexo 1

Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau)

Estimado paciente:

Solicitamos su colaboración Para estudiar cómo se comporta el cumplimiento de las indicaciones orientadas a los pacientes con hipertensión arterial. Sólo debe dar respuesta a las preguntas que aparecen a continuación. Le garantizamos la mayor discreción con los datos que pueda aportarnos, los cuales son de gran valor para este estudio. Muchas gracias

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____

Nivel de escolaridad: _____ Consultorio: _____

Años de diagnosticada la enfermedad: _____

A) De las indicaciones que aparecen a continuación marque con una x, cuál o cuáles le ha indicado su médico.

Tratamiento higiénico-dietético:

1. Dieta sin sal o baja de sal _____
2. Consumir grasa no animal _____
3. Realizar ejercicio físico _____

B) Tiene Usted indicado tratamiento con medicamentos

1. Si _____
2. No _____

C) A continuación usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Por favor, no se preocupe en pensar si otras personas estarían de acuerdo con usted y exprese exactamente lo que piense en cada caso. Marque con una X la casilla que corresponda a su situación particular:

Afirmaciones	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
1. Toma los medicamentos en el horario establecido					
2. Se toma todas las dosis indicadas					
3. Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta					
4. Asiste a las consultas de seguimiento programadas					
5. Realiza los ejercicios físicos indicados					
6. Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de					

su vida diaria	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
7. Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir					
8. Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos					
9. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos					
10. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento					
11. Usted y su médico analizan, cómo cumplir el tratamiento					
12. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico					

ANEXO 3. Ficha: Método DADER de seguimiento fármaco-terapéutico (aplicado).

Fecha: 18/06/2016 Estado de situación: Gladys Parada Torres

SEXO: Femenino EDAD: 44 IMC: 26 Alergias: Ninguna

PROBLEMAS DE SALUD				MEDICAMENTOS				EVALUACIÓN			I.F.	
Inicio	Problemas de Salud	Controlado	Prioridad	Inicio	Medicamento (p.a.)	Pauta prescrita	Pauta usada	N	E	S	Sospecha	(fecha)
18-06	HTA		X	20-06	Captopril 25mg	1 Capa 12 H	1 Capa 12 H				Incumplimiento voluntario	25-06-2016

OBSERVACIONES: Considero que tiene la falta de costumbre para asistir a los controles mensuales es la causa que genera su incumplimiento voluntario. Se ha empezado a sentir inseguro.

PARAMETROS: N: Necesidad, E: Efectividad, S: Seguridad.

Seguimiento Farmacoterapéutico: Intervención Farmacéutica

Fecha: 25/04/2016 Paciente: Gladys Parada Torres

Problema de salud: HTA

Medicamento(s) involucrados:

Código	Nombre, potencia y forma
CAPM01	Captopril 25 mg tabletas

Identificación

Resultado negativo identificado (marcar solo uno):

- Problema de salud no tratado
- Efecto de medicamento innecesario
- Inefectividad no cuantitativa
- Inseguridad no cuantitativa
- Inseguridad cuantitativa

Situación (marcar solo uno):

- Problema manifestado
- Riesgo de aparición

Causa (marcar solo una):

- Interacción
- Incumplimiento
- Duplicidad
- Ninguna de las anteriores

Acción

Que se pretende hacer para resolver el problema: (marcar solo una)

Intervenir sobre cantidad de medicamento	Modificar la dosis	
	Modificar la dosificación	
	Modificar la pauta de administración	
Intervenir sobre la estrategia farmacológica	Añadir un medicamento(s)	
	Retirar un medicamento(s)	
	Sustituir un medicamento(s)	
Intervenir sobre la educación al paciente	Disminuir el incumplimiento involuntario	
	Disminuir el incumplimiento voluntario	<input checked="" type="checkbox"/>
	Educar en medidas no farmacológicas	
	No está clara	

Via de comunicación (marcar solo una):

- Verbal para el Paciente
- Escrita para el Paciente
- Verbal para el Médico
- Escrita para el Médico

Fecha de revisión: 17-07-2016

Resultado

Fecha fin de la intervención: 04-08-2016

¿Que ocurrió con la intervención?

Fue efectiva. La paciente volvió a controles ya tomar su medicación

¿Que ocurrió con el problema de salud?

Fue controlada

Nº medicamentos que estaba tomando (a la fecha de la intervención): 1

Resultado	P.Salud Resuelto	P.Salud NO resuelto
Intervención aceptada	<input checked="" type="checkbox"/>	
Intervención NO aceptada		

ANEXO 5. Fase de diagnóstico, aplicación del cuestionario MBG



ANEXO 6. Fase de intervención, realización de Seguimiento Farmacoterapéutico mediante método Dader



ANEXO 7. Fase de evaluación, aplicación de cuestionario MBG



ANEXO 8. Información farmacológica y no farmacológica para el paciente hipertenso

