

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica



UPLA
UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Título : MEDICAMENTOS MÁS USADOS EN TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, COMO SOPORTE DE DISPENSACIÓN ACTIVA EN LA ATENCIÓN FARMACEUTICA-HUANCAYO, 2022

Para optar el : Título Profesional de Químico Farmacéutico

Autora : Bachiller Jhoselin Sofia Vilcahuaman Sarmiento

Asesor : Mg. Patricia Laura Palacios Simeón

Línea de Investigación Institucional : Salud y Gestión de la Salud

Lugar o institución Investigación : Huancayo – Junín

Huancayo – Perú - 2022

DEDICATORIA

A Dios, a mi tía Mery por ser mi guía e iluminarme todo mi camino en mi carrera profesional.

A mis padres, porque creyeron en mí, dándome ejemplos dignos de superación; gracias a ustedes hoy puedo alcanzar un objetivo más, ya que siempre estuvieron apoyándome incondicionalmente.

AGRADECIMIENTO

A mi Asesora, jurados y a la Universidad Peruana Los Andes, por sus aportes y correcciones que fueron muy importantes, dentro de la ejecución de mi trabajo.

Jhoselin Sofia Vilcahuaman Sarmiento

CONTENIDO

	Página
I) PRESENTACIÓN.....	i
Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	ii
II) INTRODUCCIÓN.....	6
2.1. Descripción del problema.....	7
2.2. Objetivos.....	7
III) MARCO TEORICO.....	9
3.1. ANTECEDENTES.....	9
3.2. BASES TEÓRICAS.....	10
A) ATENCIÓN FARMACÉUTICA.....	10
B) HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	11
Definición.....	11
Prevalencia.....	11
Factores Causales.....	12
Diagnóstico.....	12
C) TRATAMIENTO.....	12
Tratamiento No Farmacológico.....	13
a) Reducción de Peso.....	13
b) Restricción de Alcohol.....	13
c) Ejercicio.....	13
d) Suplementos Dietéticos de Calcio.....	14
Tratamiento Farmacológico.....	14
a) Diuréticos.....	14
b) Bloqueadores de receptores adrenérgicos beta.....	15
c) Bloqueadores de los canales de calcio.....	15
d) Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.....	16
e) Bloqueadores de receptores adrenérgicos alfa.....	16
f) Vasodilatadores.....	17
D) MATERIALES Y MÉTODOS.....	17
IV) RESULTADOS.....	19
V) DISCUSIÓN.....	27
VI) CONCLUSIONES.....	29
VII) RECOMENDACIONES.....	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
ANEXOS.....	36

CONTENIDO DE TABLAS

Cuestionario a profesionales:	Página
Cuadro No. 1 : Se utiliza un lenguaje comprensible y preciso?	20
Cuadro No. 2 : La información es actualizada?	20
Cuadro No. 3 : Las ideas se presentan claramente?	21
Cuadro No. 4 : Se presentan las características esenciales de cada medicamento?	21
Cuadro No. 5 : La información se encuentra con respaldo científico?	22
Cuadro No. 6 : Los bifoliares son de utilidad práctica?	22
Cuadro No. 7 : Los bifoliares contienen información de los medicamentos Antihipertensivos más utilizados?	23
Cuadro No. 8 : Considera que la información de estos bifoliares es importante Para que el tratamiento farmacológico de los pacientes hipertensos Sea más beneficioso?	23
Cuestionario a pacientes:	
Cuadro No. 1 : Está clara la información consignada en este bifoliar?	24
Cuadro No. 2 : El tipo y tamaño de letra son adecuados para su lectura?	24
Cuadro No. 3 : Le ayudó la lectura de este bifoliar a conocer mejor su medicamento?	25
Cuadro No. 4 : Le gustaría compartir esta información con otros pacientes que Utilizan este medicamento?	25
Cuadro No. 5 : Cree que es importante para el paciente recibir información escrita acerca del medicamento que utiliza?	26

RESUMEN

Tal y como indica la OMS, un reparto erróneo o deficiente puede fijar un gran número de ventajas obtenidas por el Marco de Bienestar. En las naciones creadas, el trabajo del especialista en medicamentos en la administración de medicamentos a los pacientes comprende la adición a la utilización protegida, convincente y juiciosa de los medicamentos, la entrega de datos al paciente y la realización de estudios de uso sedentario. El especialista en fármacos transportará la medicación o el dispositivo potencialmente clínico en circunstancias ideales y según las directrices legítimas vigentes. El especialista en medicamentos salvaguardará al paciente contra el posible evento de problemas relacionados con la medicación y ofrecerá ayuda correlativa a través de las administraciones de Drug Care. Este modelo de administración permite animar e informar a cada cliente que recibe un medicamento. El cuidado de los medicamentos incorpora una progresión de varios ejercicios, entre los que se encuentran la búsqueda y la evaluación de las fuentes de datos, el objetivo de las consultas relacionadas con los medicamentos de los pacientes y las familias, los expertos en bienestar o la organización, los datos de los medicamentos, la fundación y la actualización de una guía farmacoterapéutica en vista de la prueba lógica de la necesidad y la seguridad, la mejora y la ejecución de los datos de los pacientes y los programas de formación. Eso es lo que recomiendan la mayoría de las normas: si una persona tiene una tensión circulatoria diastólica de más de 90-100 mmHg y un pulso sistólico de más de 140-160 mmHg, debe recibir un tratamiento para reducir la tensión circulatoria. El pulso se calcula normalmente unas cuantas veces antes de realizar un hallazgo. Simultáneamente, se diseccionan los análisis de sangre y de orina, y se realiza un electrocardiograma para comprobar si hay alguna contribución del corazón.

Palabras clave: Hipertensión arterial, Dispensación, atención farmacéutica.

ABSTRACT

According to the WHO, incorrect or inadequate dispensing can undo many of the benefits obtained by the Health System. In developed countries, the role of the pharmacist in the dispensing of medicines to patients consists of contributing to the safe, effective and rational use of medicines, providing information to the patient and carrying out drug utilization studies. The pharmacist will deliver the medication and/or medical device in optimal conditions and in accordance with current legal regulations. It will protect the patient against the possible appearance of drug-related problems and offer complementary assistance through Pharmaceutical Care services. This dispensing model allows every user who receives a medication to be advised and informed. Pharmaceutical care includes a series of activities of a different nature, among which are the search for and evaluation of sources of information, the resolution of queries related to medicines that come from patients and relatives, health professionals or the administration, information on medications, the establishment and updating of a pharmacotherapeutic guide based on scientific evidence of necessity and safety, development and implementation of information and education programs for patients. Most guidelines suggest that if a person has a diastolic pressure greater than 90-100 mmHg and a systolic pressure greater than 140-160 mmHg, they should receive treatment to lower their blood pressure. Blood pressure is usually measured several times before the diagnosis is made. At the same time, blood and urine samples are analyzed, and an electrocardiogram is performed to study if there is a repercussion at the cardiac level.

Keywords: Arterial hypertension, Dispensation, pharmaceutical care.

II. INTRODUCCIÓN

Uno de los elementos de la atención farmacéutica es la administración dinámica, que se ocupa de la dirección tolerante. El especialista en medicamentos es responsable de iluminar e informar a los pacientes sobre el uso adecuado de las recetas, evitando así los problemas relacionados con los medicamentos y trabajando en la satisfacción personal. Posiblemente, el componente principal para dar datos es la correspondencia. El especialista en medicamentos debe conocer y practicar las habilidades relacionales para conseguir, a través de un encuentro con el paciente, los datos idóneos. Otro punto de vista vital es el de la frecuencia de las enfermedades en curso, el especialista en medicamentos debe conocer estos ciclos para ajustarse a ellos y actuar con destreza, para conseguir que el paciente comprenda su infección y su tratamiento.¹

Una de las obligaciones esenciales del especialista en medicamentos es la disposición de los datos de la medicación en el marco de los servicios médicos, en todo lo que la persona ensaya: clínica, consideración esencial y farmacia de área local. Por lo tanto, se necesitan monografías que proporcionen datos a los pacientes de forma obvia, rápida y precisa para que puedan utilizar sus medicamentos de forma adecuada. Hay algunos modelos distribuidos que actúan como un manual para dar datos convincentes, uno de los cuales se sitúa fundamentalmente hacia la disposición de sistemas para construir consistencia y comprensión, la última opción generalmente consolidando datos orales y compuestos.²

2.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El paciente tiene que darse cuenta de las principales perspectivas relacionadas con su patología y su tratamiento. La falta de tiempo, la redacción utilizada y la incorrección de los envases de los medicamentos son modelos que hacen que el paciente obtenga datos que no se perciben fácilmente.

Un gran número de personas con hipertensión vascular no saben nada sobre los efectos secundarios y los impactos correctivos de los medicamentos, así como la importancia de la adherencia al tratamiento, por lo que buscan la exhortación de medicamentos del Subprograma de Atención de Medicamentos de la farmacia para que les den los datos que necesitan.

2.2. OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar los medicamentos más usados en el tratamiento de hipertensión arterial, para proporcionar al paciente hipertenso que es atendido en las farmacias, la información completa que servirá para orientarlo sobre el uso adecuado de sus medicamentos.

Objetivos específicos

- Determinar cuáles son los medicamentos más utilizados en el tratamiento de la hipertensión arterial.
- Proporcionar, al paciente hipertenso, información relacionada con los medicamentos que utiliza.
- Determinar cuáles son los medicamentos más utilizados en el tratamiento de la hipertensión arterial para lo que se considera a médicos Cardiólogos para poder saber cuál es la estrategia terapéutica más utilizada en pacientes hipertensos.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. ANTECEDENTES

Tal y como indica la Asociación Mundial para el Bienestar (OMS), una administración inexacta o deficiente puede acabar con una gran parte de las ventajas obtenidas por el marco de bienestar. En los países desarrollados, el papel del farmacéutico en la administración de medicamentos a los pacientes consiste en contribuir a la utilización protegida, satisfactoria y prudente de los medicamentos, proporcionando información al paciente y dirigiendo los estudios de uso de los medicamentos.³

La administración dinámica es una ayuda en la que el especialista en medicamentos se ocupa de las necesidades del cliente a través de la exhortación de medicamentos. El especialista en fármacos transportará la medicación y, además, el aparato clínico en circunstancias ideales y de acuerdo con las directrices legítimas vigentes. El especialista en medicamentos salvaguardará al paciente contra el evento concebible de problemas relacionados con la medicación y ofrecerá ayuda recíproca a través de las administraciones de Drug Care. Este modelo de administración permite animar e informar a cada cliente que recibe un medicamento.⁴

"La administración dinámica comprende la demostración experta del especialista en medicamentos mediante la cual se coloca un medicamento específico correspondiente al paciente para el que se recomienda, teniendo en cuenta tanto las condiciones clínicas y de ayuda del paciente como las del medicamento que se reparte.

"5

"Los datos de la prescripción son importantes para el cuidado de los medicamentos. El especialista en medicamentos, como individuo del grupo de servicios médicos que acude al paciente, aporta pruebas, minuciosamente valoradas y sostenidas por la escritura, sobre la utilización del medicamento y las aplica al clima clínico en el que realiza su acción, lo que favorece la dirección, los cambios recomendados así como las propensiones de organización que desarrollan la satisfacción personal del paciente. "6

La atención farmacéutica incorpora una progresión de varios ejercicios, entre los que se encuentran la búsqueda y evaluación de fuentes de datos, el objetivo de las consultas relacionadas con los medicamentos de los pacientes y sus familias, los expertos en atención médica o la organización, los datos sobre las prescripciones, la fundación y actualización de una guía farmacoterapéutica a la luz de la prueba lógica de la necesidad y la seguridad, la mejora y la ejecución de los datos del paciente y los programas de escolarización.⁷

Diferentes exámenes para decidir la adherencia en el espacio de Bienestar del área local han demostrado que la razón principal de la resistencia era la distracción, la ausencia de efectos secundarios y las escapadas. Estas causas y otras de la adherencia al remedio están firmemente conectadas con la complejidad del tratamiento, en cualquier caso, aparecen diferentes factores, por ejemplo, la ausencia de peligro de la enfermedad, el letargo en la adquisición de la medicación y la baja asunción en el resultado de la medicina. Se destaca la necesidad de ejecutar sistemas para desarrollar aún más la comprensión y la correspondencia del paciente con el especialista en medicamentos.⁸

3.2. BASES TEÓRICAS

3.2.1 Atención Farmacéutica

La atención farmacológica es la disposición fiable del tratamiento farmacológico determinada para lograr resultados sustanciales que desarrollen aún más la satisfacción personal del paciente. La atención farmacéutica es la disposición de la consideración farmacológica posterior al paciente.⁹

Las prescripciones se regulan para lograr resultados sustanciales que desarrollen la satisfacción personal del paciente. Estos resultados son:¹⁰

- a. Curación de la enfermedad
- b. Reducción o eliminación de los efectos secundarios
- c. Detención de la interacción con la enfermedad
- d. Prevenir la enfermedad o los efectos secundarios.

No obstante, cuando se dirigen los medicamentos, existe el riesgo de que los resultados reduzcan la satisfacción personal del paciente. El objetivo y la contrarrestación de los problemas impulsan el plan, la ejecución y el seguimiento de un acuerdo de restauración que el especialista en medicamentos supervisa para que el objetivo de remedio se satisfaga de forma ideal.¹¹

3.2.2 Hipertensión Arterial

La hipertensión vascular, caracterizada como hipertensión, es un término que alude a la forma en que la sangre recorre las venas a una tensión superior a la atractiva para la salud.¹²

De vez en cuando se trata de hipertensión fundamental, esencial o idiopática, cuando la etiología es oscura. La hipertensión auxiliar se debe a alguna razón efectivamente reconocible. Sigue en el aire por dos elementos primarios entre otros numerosos: la cantidad de sangre que circula y el tipo de los cursos por los que fluye.¹³

Como regla general, cuanto más prominente es el volumen de sangre que circula y más modesta es la anchura por la que circula ese volumen, mayor es la tensión circulatoria. Una tensión circulatoria ordinaria habitual es de 120/80 mm Hg. Esto implica que el corazón aplica una tensión más extrema de 120 mm Hg durante la sístole o fase de sifón, y que el corazón muy quieto, en la fase diastólica o de llenado, tiene una tensión de 80 mm Hg. (La tensión del corazón equivale a la de la multitud de venas del cuerpo).¹⁴

A. Prevalencia

El predominio de la hipertensión aumenta con la edad en todos los grupos: razas de alto contraste, personas. La hipertensión es una condición médica extremadamente regular en la población geriátrica: el 65% de las personas de 65 a 74 años son hipertensas. Los negros tienen un mayor predominio de la hipertensión que los blancos (38% frente al 29%), al igual que los chicos, en lugar de las mujeres (33% frente al 27%). Es más habitual en los hombres que en las mujeres hasta los 50 años; a partir de esta edad, las cifras se intercambian.¹⁵

B. Factores causales

Se acepta que tanto los elementos naturales como los hereditarios contribuyen a la hipertensión fundamental. En general, la tensión circulatoria aumenta con la edad. Asimismo, es más normal si el individuo es grande, tiene una rutina de alimentación alta en sal y baja en potasio, bebe altas medidas de licor, es realmente latente y experimenta presión mental. A pesar de que claramente la propensión a la hipertensión puede ser adquirida, las variables hereditarias responsables de ella son generalmente oscuras.¹⁶

C. Diagnóstico^{17,19}

La determinación de la hipertensión no suele ser inmediata. La determinación se realiza a partir de las cifras de tensión circulatoria tomadas con un esfigmomanómetro, idealmente un esfigmomanómetro de mercurio. Se estiman tanto la tensión circulatoria sistólica o mayor como la diastólica o menor.

La determinación de la hipertensión se realiza cuando la normalidad de al menos dos cifras de tensión circulatoria diastólica en al menos dos consejos es >90 mmHg, o cuando la normalidad de las tensiones sistólicas en al menos dos conferencias es >140 mmHg.

Es vital seguir una progresión de consejos antes de tomar la tensión circulatoria, por lo general la estimación podría ser errónea.

Hay que evitar el ejercicio antes de la estimación; es más inteligente tomar el pulso en la primera parte del día y mientras se pasa hambre; hay que descansar al menos 10 minutos antes; no hay que tomar café ni fumar hasta cierto punto treinta minutos antes de tomar la tensión circulatoria; y a la hora de la estimación el paciente debe estar suelto, con el brazo a un nivel similar al del corazón y sin cruzar las piernas.

Eso es lo que proponen la mayoría de las normas, si un individuo tiene un pulso diastólico de más de 90-100 mmHg y una tensión circulatoria sistólica de más de 140-160 mmHg, debería recibir un tratamiento de reducción de la tensión circulatoria. La tensión circulatoria se calcula generalmente varias veces antes de llegar a una conclusión. Al mismo tiempo, se realizan análisis de sangre y de orina y se lleva a cabo un electrocardiograma para comprobar si hay alguna contribución del corazón.

D. Tratamiento

El objetivo del tratamiento es reducir la tensión circulatoria, disminuyendo así el riesgo cardiovascular general. El tratamiento antihipertensivo se aplica a los pacientes con un pulso diastólico superior a 95 mmHg y a aquellos cuyas cifras son inferiores (90 a 94 mmHg), pero que tienen un alto riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares o mortalidad. El objetivo útil subyacente es reducir la tensión circulatoria diastólica por debajo de 90 mmHg. El hipotético objetivo extremo es lograr una tensión circulatoria ideal para el riesgo cardiovascular, por ejemplo $>120/80$ mmHg.²⁰

En los pacientes con pulso diastólico entre 90 y 94 mmHg, que en cualquier caso son seguros en general, debe finalizarse un tratamiento preliminar no farmacológico subyacente, con un control cuidadoso de la tensión circulatoria. Si la diastólica restante supera los 90 mmHg a pesar del tratamiento no farmacológico durante tres años o medio, se añaden medicamentos antihipertensivos.²⁰

Aunque los ajustes duraderos en la dieta y el modo de vida son difíciles de conseguir, los pacientes estimulados podrían evitar la necesidad de tratamiento farmacológico o disminuir la dosis de medicamentos antihipertensivos para un control satisfactorio de la tensión circulatoria.

1. Tratamiento no farmacológico^{21,22}

a. Reducción del peso

Los exámenes epidemiológicos han demostrado que "los individuos con sobrepeso tienen un mayor riesgo de hipertensión y problemas cardiovasculares" La reducción de peso está íntimamente relacionada con una disminución de la tensión circulatoria y es quizás la mejor de todas las medidas no farmacológicas para el tratamiento de la hipertensión. También disminuye el riesgo cardiovascular y, en general, mejora la imagen mental del paciente y su sensación de bienestar.

b. Restricción de alcohol

La utilización de licor eleva la tensión circulatoria, tanto de forma intensa como persistente, y los exámenes transversales han mostrado "una conexión entre el aumento del pulso y la utilización irracional de licor". Se ha comprobado que la ingestión normal de 30 ml de licor al día (2 bebidas) aumenta la tensión circulatoria sistólica entre 2 y 6 mmHg.”.

c. Ejercicio

Los exámenes transversales y longitudinales ilustran "una menor frecuencia de hipertensión en individuos verdaderamente dinámicos". El ejercicio, por ejemplo, correr, montar en bicicleta o nadar disminuye marginalmente el pulso en los individuos con hipertensión suave o directa, así como el riesgo cardiovascular, libremente de la reducción de peso, mientras que el avance de una sensación de prosperidad.

d. Suplementos dietéticos de calcio

Los hipertensos, a la luz de las observaciones sobre su régimen alimenticio, ingieren menos calcio que los normotensos. "Las investigaciones clínicas sobre los impactos de la suplementación de calcio en la disminución del pulso arrojaron resultados mixtos. Sólo una parte insignificante de los hipertensos que recibieron suplementos de calcio por vía oral mostraron enormes disminuciones de la tensión circulatoria".

En todos los hipertensos, el modo de vida debería ajustarse, ya sea como terapéutica concluyente o como coadyuvante de la farmacoterapia. Una metodología general sensata para todos los pacientes comprende: disminución de sodio y aumento de calcio y potasio en el régimen alimenticio, reducción de peso en el corpulento, actividad normal, equilibrio de la utilización de licor, ocultación del tabaquismo. Este enfoque se ha mostrado para ofrecer enormes y apoyados disminuciones en el pulso, mientras que la disminución de los riesgos cardiovasculares en general.

2. Tratamiento farmacológico^{23,25}

a. Diuréticos

Los diuréticos tiazídicos reducen realmente la tensión circulatoria en todos los grupos de pacientes, especialmente los oscuros y los ancianos. Son en su mayor parte todo soportado y de esta manera ampliamente utilizado. Una porción inicial sensata de un diurético tiazídico es lo que podría compararse con 12,5 mg de hidroclorotiazida en la población hipertensa en general y 6,25 mg en los hipertensos mayores.

Las tiazidas, especialmente cuando se controlan en porciones elevadas, eliminan el potasio sérico en todos los pacientes y producen una enorme hipocalcemia en algunos. Los diuréticos tiazídicos deben utilizarse con precaución en los diabéticos y en los pacientes con antecedentes de gota, hipercalcemia o hiperlipidemia. Los efectos antagónicos más conocidos de

las tiazidas son la esterilidad, la disminución del impulso, los problemas musculares y el agotamiento.

Diuréticos circulares: como la Furosemida y la bumetanida, están demostrados en pacientes hipertensos con avería cardiovascular congestiva u otros estados edematosos o con decepción renal.

Diuréticos ahorradores de potasio: son apropiados para el tratamiento de pacientes con hipocalcemia antes de iniciar estos medicamentos o que los fomentan con medicamentos no ahorradores de potasio. Los diuréticos ahorradores de potasio también conservan el magnesio y pueden prevenir la hipomagnesemia, que es un resultado sucesivo de los diuréticos tiazídicos. Los diabéticos, los pacientes con deficiencia renal y los que reciben inhibidores de la ECA, potenciadores del potasio por vía oral o sustitutos de la sal ricos en cloruro de potasio son propensos a la hipercalcemia.

b. Bloqueadores de receptores adrenérgicos beta

Deben utilizarse en alerta con los bloqueadores de los canales de calcio que tienen ejercicios inotrópicos y cronotrópicos negativos críticos. Los betabloqueantes se utilizan habitualmente con vasodilatadores para reducir la taquicardia refleja. Los betabloqueantes tienen más éxito en la reducción de la tensión circulatoria en los pacientes más jóvenes que en los más consolidados, y más en los caucásicos que en los negros. Dado que estos medicamentos son potentes en el tratamiento de la angina de pecho y en la contrarrestación opcional de la necrosis localizada del miocardio, son los medicamentos de decisión en los hipertensos con enfermedad venosa coronaria conocida.

Son los medicamentos de decisión en los hipertensos con hiperactividad reflexiva, aparecida por un pulso rápido en reposo y una presión de latido amplia. Los efectos desfavorables más conocidos son la bradicardia, el bloqueo AV y el colapso cardiovascular congestivo en pacientes indefensos. Deben ser involucrados con la alerta en pacientes con

neuropatía obstructiva en curso o enfermedad vascular franja, como beta-2 barricada en general empeorar el broncoespasmo, la tensión vascular franja y la peculiaridad de Raynaud.

c. Bloqueadores de los canales del calcio

Son potentes para bajar el pulso en muchos hipertensos, al igual que los diuréticos, y son especialmente convincentes en personas de raza negra y de edad avanzada. Se han utilizado de forma segura y eficaz en combinación con cualquier otra clase de antihipertensivos, pero deben utilizarse en alerta con los betabloqueantes debido a sus propiedades inotrópicas y cronotrópicas normales.

Son muy soportados y ventajosos ahora que los arreglos de entrega apoyados son accesibles. Los impactos desfavorables son menos regulares con las modalidades de administración asistida. Los bloqueadores de los canales de calcio necesitan, en su mayoría, efectos secundarios en el sistema sensorial focal, incluida la ruptura sexual. Son utilizados por el hígado y pueden requerir cambios de medidas en pacientes con enfermedad hepática, sin embargo pueden ser utilizados con seguridad en pacientes con enfermedad renal.

d. Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)

Reducen con éxito la tensión circulatoria en todos los subgrupos significativos de hipertensos, incluidos los ancianos. Los inhibidores de la ECA disminuyen la poscarga y son los medicamentos de elección en los pacientes con hipertensión y crisis cardiovascular congestiva. Son especialmente valiosos en los pacientes hipertensos con diabetes, ya que disminuyen la proteinuria y equilibran la capacidad renal en los pacientes con nefropatía diabética, y son extremadamente exitosos en el control de la hipertensión auxiliar a la enfermedad vascular renal.

Son muy duraderos y, en general, afectan al sistema sensorial focal, a la capacidad sexual y a la digestión. No influyen en los valores de lípidos, la

resistencia a la glucosa o las fijaciones de corrosivo úrico y afectan enfáticamente a la satisfacción personal. Los impactos antagónicos explícitos incorporan hipotensión, hipercalemia, decepción renal intensa, angioedema y hack que en general será seco y más horrible alrededor de la noche. Hack es el impacto antagónico más conocido de los inhibidores de Pro.

e. Bloqueadores de los receptores adrenérgicos alfa

Reducen la tensión circulatoria al disminuir la oposición vascular marginal, en su mayor parte reprimiendo la vasoconstricción provocada por la norepinefrina en el músculo liso vascular. El impacto hipotensor no provoca modificaciones críticas en el pulso o el resultado cardiovascular, la tasa de filtración glomerular o el flujo plasmático renal. Los impactos vitalmente inofensivos incorporan migraña, wooziness, deficiencia y mantenimiento de líquido suave. El impacto puede limitarse iniciando el tratamiento con una pequeña porción a la hora de dormir. No hay efectos secundarios focales del sistema sensorial, como la boca seca, la debilidad y la ruptura sexual.

f. Vasodilatadores

Los síntomas normales de los vasodilatadores directos incorporan taquicardia, mantenimiento de líquidos, palpitaciones, bloqueo nasal y, en pacientes con enfermedad de curso coronario oculto, isquemia miocárdica. La respuesta similar al lupus a la hidralazina⁰ generalmente se resuelve al suspender el fármaco. Muchos casos de hipertensión vascular son hipertensión fundamental. El exceso del 10% son hipertensiones auxiliares. Las hipertensiones auxiliares pueden deberse a enfermedades renales, al uso de píldoras preventivas o a problemas endocrinos (hormonales). En el caso de que se analice una razón opcional, su tratamiento disminuiría la hipertensión.

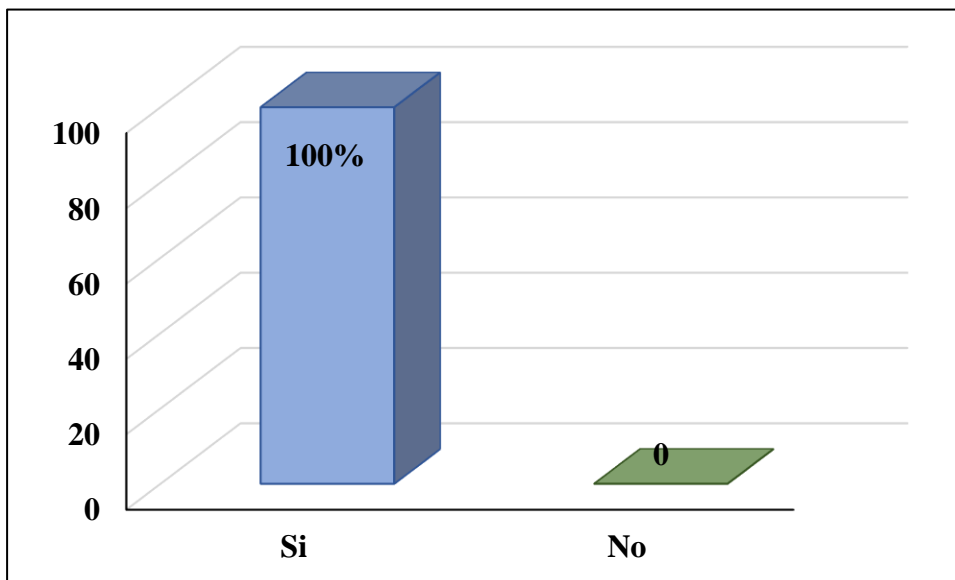
IV. RESULTADOS

De acuerdo a los resultados del cuestionario resuelto por los médicos y tomando en cuenta los medicamentos que más utilizan los pacientes hipertensos, en el Subprograma de atención farmacéutica, se seleccionaron los siguientes 13 medicamentos para elaborar monografías de ellos:

- Amlodipino
- Atenolol
- Carvedilol
- Enalapril
- Felodipino
- Hidroclorotiazida
- Nimodipina
- Irbersartán
- Losartán Potásico
- Metoprolol
- Ramipril
- Losartán/Hidroclorotiazida
- Valsartán/Hidroclorotiazida

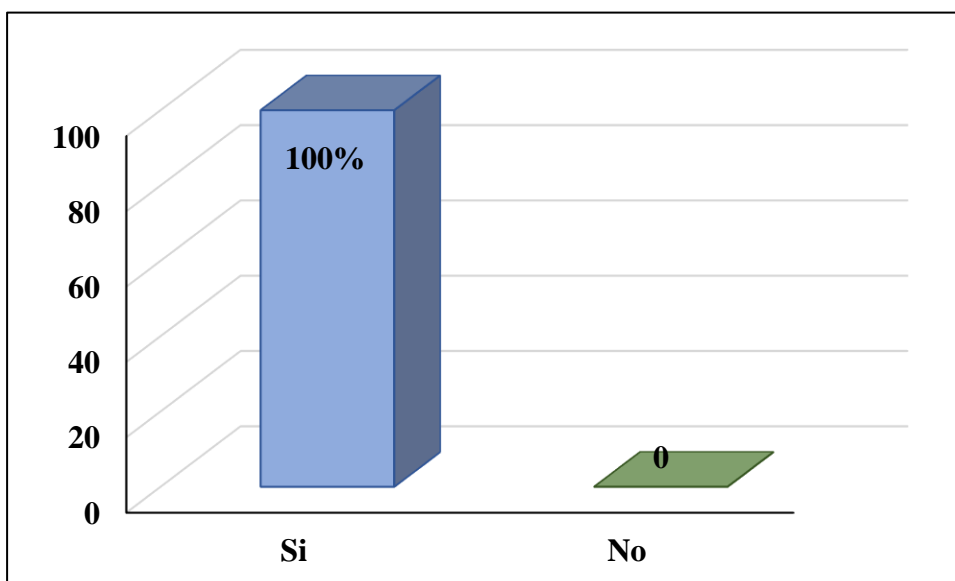
Para validar las monografías en los bifoliares, se pasó un cuestionario a tres profesionales Químicas Farmacéuticas, tres personas que realizan su ejercicio profesional

supervisado (EPS), dos estudiantes que realizan sus experiencias docentes con la comunidad (EDC) y dos dependientes de las farmacias. Las respuestas obtenidas se grafican a continuación:



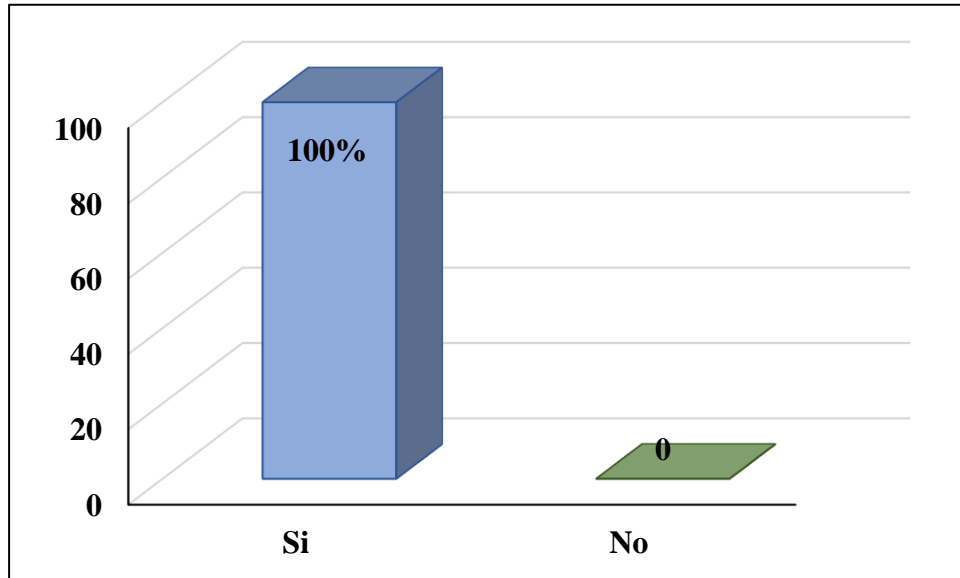
Fuente: Cuestionario aplicado a 10 profesionales Químico Farmacéuticos

Figura 1. Respuestas frente a la pregunta ¿Se utiliza un lenguaje comprensible y preciso?



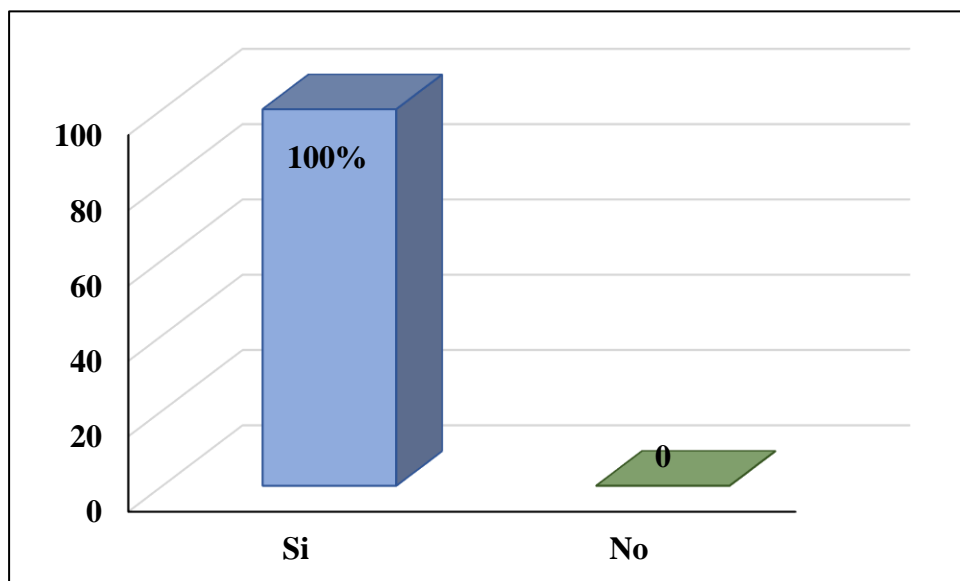
Fuente: Cuestionario aplicado a 10 profesionales Químico Farmacéuticos

Figura 2. Respuestas frente a la pregunta ¿La información es actualizada?



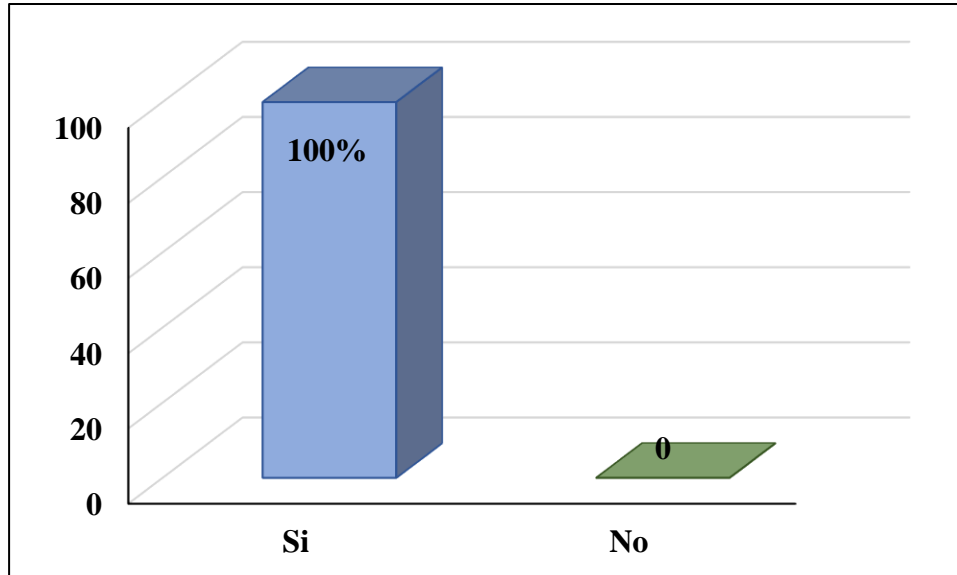
Fuente: Cuestionario aplicado a 10 profesionales Químico Farmacéuticos

Figura 3. Respuestas frente a la pregunta ¿Las ideas se presentan claramente?



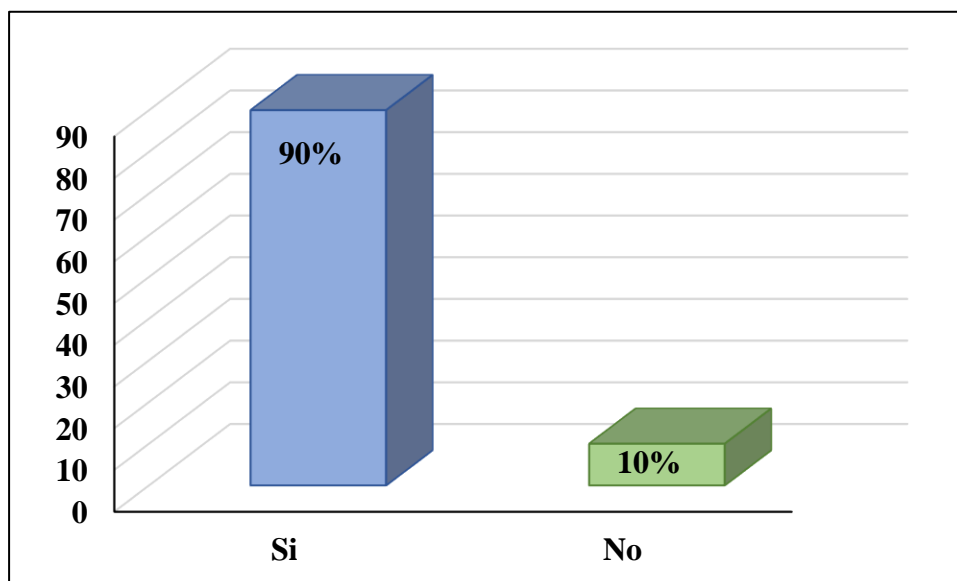
Fuente: Cuestionario aplicado a 10 profesionales Químico Farmacéuticos

Figura 4. Respuestas frente a la pregunta ¿Se presentan las características esenciales de cada medicamento?



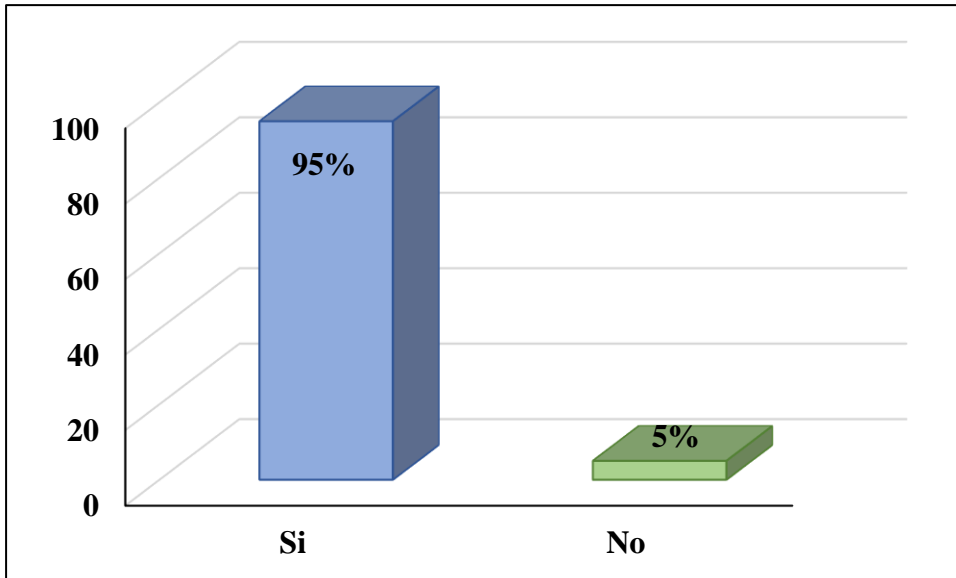
Fuente: Cuestionario aplicado a 10 profesionales Químico Farmacéuticos

Figura 5. Respuestas frente a la pregunta ¿La información cuanta con respaldo científico?



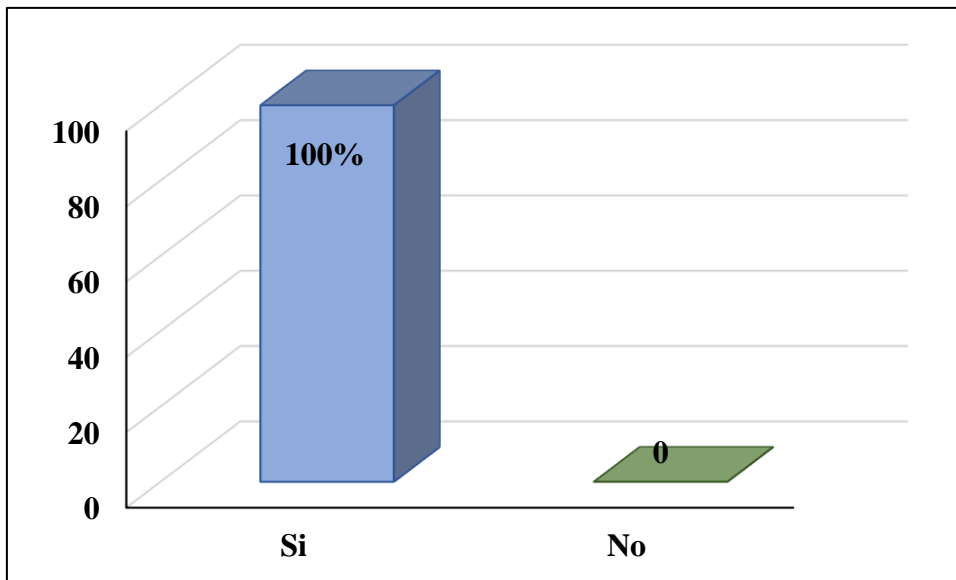
Fuente: Cuestionario aplicado a 10 profesionales Químico Farmacéuticos

Figura 6. Respuestas frente a la pregunta ¿Los bifoliars son de utilidad práctica?



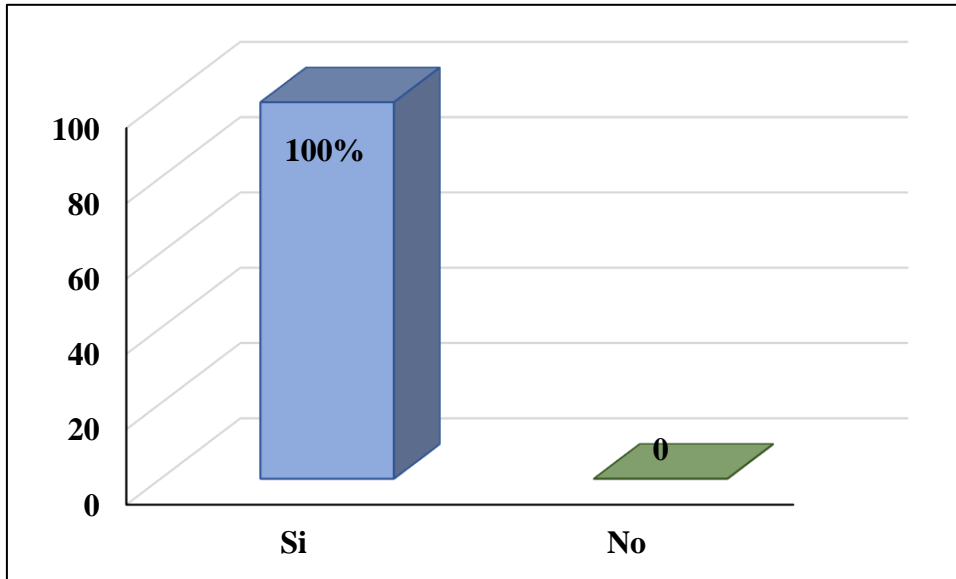
Fuente: Cuestionario aplicado a 20 pacientes hipertensos del subprograma de atención farmacéutica

Figura 7. Respuestas frente a la pregunta ¿Está clara la información consignada en el bifoliar?



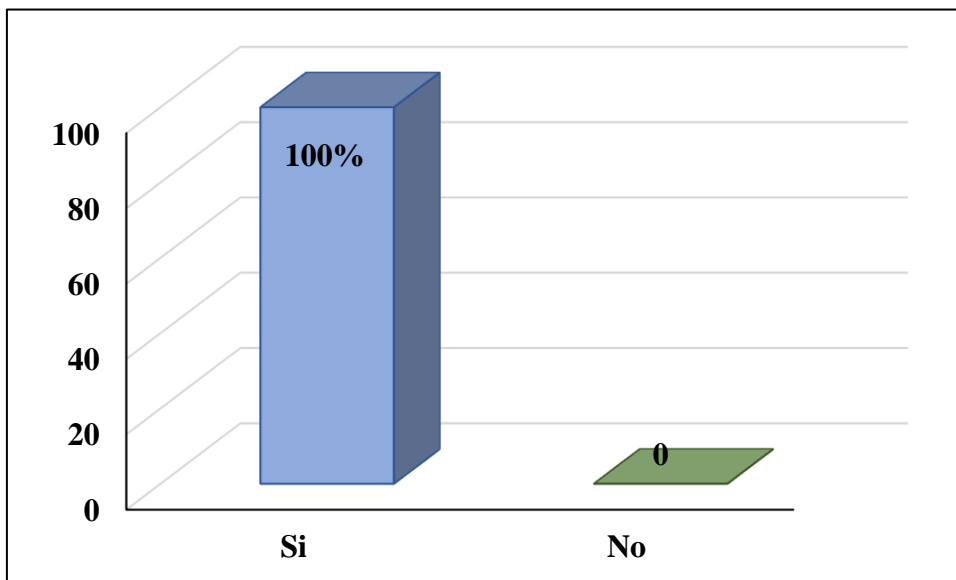
Fuente: Cuestionario aplicado a 20 pacientes hipertensos del subprograma de atención farmacéutica

Figura 8. Respuestas frente a la pregunta ¿El tipo y tamaño de letra son adecuados para su lectura?



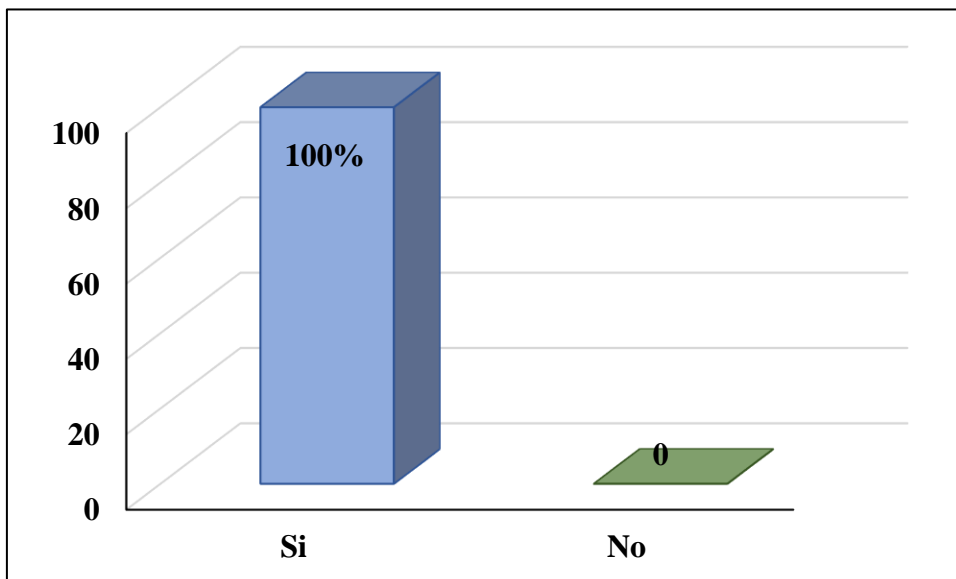
Fuente: Cuestionario aplicado a 20 pacientes hipertensos del subprograma de atención farmacéutica

Figura 9. Respuestas frente a la pregunta ¿La ayudó la lectura de este bifoliar a conocer mejor su medicamento?



Fuente: Cuestionario aplicado a 20 pacientes hipertensos del subprograma de atención farmacéutica

Figura 10. Respuestas frente a la pregunta ¿Le gustaría compartir esta información con otros pacientes que utilizan este medicamento?



Fuente: Cuestionario aplicado a 20 pacientes hipertensos del subprograma de atención farmacéutica

Figura 11. Respuestas frente a la pregunta ¿Cree que es importante para el paciente recibir información escrita acerca del medicamento que utiliza?

V. DISCUSIÓN

El Subprograma de Atención al Medicamento de los almacenes de medicamentos se ha empeñado en orientar a los clientes y, además, a los pacientes sobre la utilización adecuada de los medicamentos. El especialista en medicamentos tiene la obligación de iluminar y exhortar a los pacientes, con la intención de dar ventajas tanto en la naturaleza del tratamiento farmacológico como en la satisfacción personal. Diferentes problemas médicos pueden ser atendidos de manera sustancial a través de la dispersión de bifolios, trifolios y diferentes folletos de datos. El especialista en medicamentos, a la hora de la repartición o de la conferencia, ofrece el panfleto manualmente, dando sentido simultáneamente a cualquier segmento de sus ítems. Este método es el mejor, ya que se establece una entrada de datos.

Al hacer este trabajo, se pensó en los pacientes hipertensos del Subprograma de Atención al Medicamento, ya que algunos de ellos no conocen las propiedades farmacológicas de sus recetas. Dado que el Subprograma se preocupa por dar a los pacientes los datos fundamentales de forma sencilla, exacta y actualizada, se pensó en planificar bifolios con monografías de los medicamentos antihipertensivos que suelen utilizar los pacientes del Subprograma de Atención al Medicamento. Cada bifoliar contiene la monografía de un medicamento, con el objetivo de que cada paciente pueda obtener los datos importantes para la persona en cuestión.

Los bifolios se ajustaron a los atributos primarios para exponer folletos con datos de bienestar, ya que se utilizaron frases cortas y directas, datos claros y exactos, alejándose de los detalles, se presentaron preguntas y respuestas y su organización es atractiva con imágenes que colaboraron con su percepción, por lo que fueron aprobados y apropiados

para los pacientes hipertensos del Subprograma de Atención al Medicamento de la Farmacia.

La información sobre las propiedades farmacológicas del medicamento le da al paciente más certeza y seguridad para seguir el tratamiento. Es inimaginable pretender dar al paciente todos los datos por vía oral, además, podría descuidar algunas sutilezas. Los datos compuestos son mayores y el paciente puede confiar en ellos cuando se sienta inseguro. De acuerdo con la encuesta aplicada a veinte pacientes hipertensos, que son el número total de individuos que tienen un lugar con el Subprograma de Atención de Medicamentos, se resolvió que los datos en los bifolios son claros, útiles y con los pies en la tierra.

De este modo, el avance de los bifolios es útil para los pacientes hipertensos que acuden a la Farmacia Universitaria en busca de sus recetas o, potencialmente, para los pacientes del Subprograma de Atención Farmacéutica.

VI. CONCLUSIONES

1. La Escuela de Salud es vital, para que el paciente hipertenso conozca su prescripción y la utilice, con el objetivo de que su tratamiento sea más potente y tenga una satisfacción personal satisfactoria.
2. Los bifolios son utilitarios, razonables y valiosos para orientar al paciente hipertenso en la utilización legítima de sus medicamentos.
3. La dispersión de los bifolios, trifolios y diferentes folletos de datos es la mejor metodología, ya que expone una crítica de datos al paciente.
4. Los 13 bifolios introdujeron datos claros, valiosos y pragmáticos, trabajando posteriormente con la comprensión del paciente hipertenso sobre la utilización legítima de sus medicamentos

VII. RECOMENDACIONES

1. Reforzar la Escuela de Bienestar que se lleva a cabo en el Subprograma de Atención a la Droga para garantizar que los pacientes tengan una comprensión decente de sus medicamentos y se asocien para obtener una satisfacción personal superior y un tratamiento convincente.
2. Llevar a cabo adecuadamente la administración dinámica en las farmacias y dar una mejor consideración a las personas que compran medicamentos en esta farmacia, según la perspectiva empresarial, pero además según la perspectiva de ayuda, iluminándoles sobre sus medicamentos para que puedan utilizarlos adecuadamente.
3. Reforzar los trabajos temporales de los estudiantes, para que los estudiantes puedan acercarse a la sala de ventas de la farmacia y, posteriormente, trabajar junto con la administración dinámica, ayudando a los pacientes con la orientación sobre la utilización legítima de sus medicamentos.
4. Colaborar con diversos Recursos para tener la opción de orientar a los subestudiantes a través de charlas o reuniones sobre la importancia de prevenir las enfermedades e instarlos a trabajar en su forma de vida.
5. Continuar ayudando al seguimiento farmacoterapéutico que se da a los pacientes del Subprograma, para conocer, evaluar y distinguir nuevas condiciones médicas que puedan estar relacionadas con los medicamentos.

6. Establecer un programa para revelar las respuestas poco amigables a las diferentes prescripciones en el Subprograma de Atención Farmacéutica de las droguerías, para que puedan ser contabilizadas a los organismos de comparación y así sumar al trabajo en el tratamiento de los pacientes..

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Herrera J. Manual de Farmacia clínica y Atención farmacéutica. España: Editorial Elsevier; 2003.
2. del Val Díez M, Martín N. Consenso sobre Atención farmacéutica. Madrid: Editorial Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
3. Sellén J. Hipertensión arterial: diagnóstico, tratamiento y control. La Habana: Editorial Universitaria; 2008.
4. García D. Hipertensión arterial. México: Editorial Fondo de Cultura Económica; 2009.
5. Goldman L, Schafer A. Goldman-Cecil Tratado de Medicina interna. 26^{ta} ed. Barcelona: Editorial Elsevier; 2020. Disponible en:
[https://www.berri.es/pdf/GOLDMAN-CECIL%20TRATADO%20DE%20MEDICINA%20INTERNA%E2%80%9A%20%20Vols.%20\(Con%20actualizaciones%20y%20V%C3%ADdeos%20online\)/9788491137658](https://www.berri.es/pdf/GOLDMAN-CECIL%20TRATADO%20DE%20MEDICINA%20INTERNA%E2%80%9A%20%20Vols.%20(Con%20actualizaciones%20y%20V%C3%ADdeos%20online)/9788491137658)
6. Climente M, Jiménez N. Manual para Atención farmacéutica. 3^{ra} ed. España: Editorial Hospital Universitario Dr. Peset; 2005. Disponible en:
https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/manual_AF/Manual_AF05_3edHpeset.pdf

7. Pallarés-Carratalá V, Divisón-Garrote J, Prieto M, García L, Seonane M, Molina F, et al. Posicionamiento para el manejo de la hipertensión arterial en atención primaria a partir del análisis crítico de las guías americana (2017) y europea (2018). Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Medicina de Familia; 2019. 45(4):251-272. DOI: [10.1016/j.semerg.2019.02.003](https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.02.003)
8. Ruíz-Alejos A, Carrillo-Larco R, Bernabé-Ortíz A. Prevalencia e incidencia de hipertensión arterial en Perú: Revisión sistemática y metaanálisis. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2021;38(4):521-29.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v38n4/1726-4642-rins-38-04-521.pdf>
9. Brunton L, Hilal-Dandan R, Knollmann B. Goodman & Gilman Las bases farmacológicas de la terapéutica. 13^{ra} ed. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana; 2018.
10. Hall J. Guyton y Hall Tratado de fisiología médica. 13ra ed. México: Editorial Elsevier; 2016.
11. Larson E. Terapéutica médica. 3^{ra} ed. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana; 1999.
12. Schneider E. Naturama: enciclopedia científica de medicina natural; la salud por la nutrición. 5^{ta} ed. Madrid: Editorial Safeliz; 1986.
13. SEHLELHA. Sociedad Española de Hipertensión. Liga para la lucha contra la Hipertensión arterial.
Disponible en: <http://seh-lelha.org/>
14. Sociedad Chilena de Hipertensión. Hipertensión. Boletín Oficial de la Sociedad Chilena de Hipertensión. 2015; 20.
Disponible en:
<https://hipertension.cl/wp-content/uploads/2014/12/BOLETIN-HTA-2015.pdf>
15. SAHA. Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial.
Disponible en: www.saha.org.ar

16. SLANH. Sociedad Latino-Americana de Nefrología e Hipertensión. Disponible en:
www.slanh.org
17. Wagner-Grau Patrick. Fisiopatología de la hipertensión arterial. An. Fac. med. [Internet]. 2010 [citado 2022 Ago 30]; 71(4):225-229. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832010000400003&lng=es
18. Santamaría R, Gorostidi M. Presión arterial y progresión de la enfermedad renal crónica. NefroPlus. 2013; 5(1):1-88. Disponible en:
<https://www.revistanefrologia.com/es-presion-arterial-progresion-enfermedad-renal-cronica-articulo-X1888970013001180>
19. Noboa O, Boggia J, Luzardo L, Márquez M. Hipertensión arterial y riñón. Rev. Urug. Cardiol. [Internet]. 2012 [citado 2022 Ago 30]; 27(3):406-412. Disponible en:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202012000300020&lng=es
20. Lodolo M, Forrester M. Hipertensión Arterial en Enfermedad Renal Crónica. Revista Nefrología Argentina. 2019; 17(4):4-13. Disponible en:
http://www.nefrologiaargentina.org.ar/numeros/2019/volumen17_4/art04_diciembre.pdf
21. Verdalles Ú, Goicoechea M, Garcia de Vinuesa S, Quiroga B, Galan I, Verde E. et al. Prevalencia y características de los pacientes con hipertensión arterial resistente y enfermedad renal crónica. Nefrología (Madr.) [Internet]. 2016 [citado 2022 Ago 30]; 36(5):523-529. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952016000600523&lng=es
22. Tagle V. Terapia antihipertensiva en enfermedad renal crónica. Revista Médica clínica Las Condes. 2010; 21(4):541-552. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-terapia-antihipertensiva-enfermedad-renal-cronica-S0716864010705691>

23. Salas A, Battilana C. Sal, riñón e hipertensión. Acta Med Per. 2006; 23(2):83-86. Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n2/v23n2a07.pdf>
24. Méndez A. Tratamiento de la hipertensión arterial en presencia de enfermedad renal crónica. Rev. Fac. Med. (Méx.) [Internet]. 2013 [citado 2022 Ago 30];56(3):12-20. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000700003&lng=es
25. Escalante-Gómez C, Zeledón-Sánchez F, Ulate-Montero G. Proteinuria, fisiología y fisiopatología aplicada. Acta méd. costarric [Internet]. 2007 Apr [citado 2022 Ago 30]; 49(2):83-89. Disponible en:
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022007000200004&lng=en

ANEXOS

Anexo N°1
Principales indicaciones y contraindicaciones de las seis clases de
farmacos antihipertensivos

CLASE DE FÁRMACO	INDICACIONES ESTABLECIDAS	POSIBLES INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES ESTABLECIDAS	POSIBLES CONTRAINDICACIONES
Diuréticos	Insuficiencia cardíaca Pacientes ancianos	Diabetes	Gota	Dislipemia Varones sexualmente activos
Bloqueadores beta	HTA sistólica Angina de esfuerzo Postinfarto Taquiarritmias	Insuficiencia cardíaca Embarazo	Asma y EPOC Bloqueo AV de segundo o tercer grado	Dislipemia
IECA	Insuficiencia cardíaca Disfunción ventricular izquierda Postinfarto Nefropatía diabética		Embarazo Hiperpotasemia Estenosis bilateral de la arteria renal	
Antagonistas del calcio	Angina Pacientes ancianos HTA sistólica	Enfermedad vascular periférica	Bloqueo AV de segundo o tercer grados*	Insuficiencia cardíaca congestiva*
Bloqueadores alfa	Hipertrofia de próstata	Intolerancia a la glucosa Dislipemia		Hipotensión ortostática
ARA II	Tos con IECA	Insuficiencia cardíaca	Embarazo Hiperpotasemia Estenosis bilateral de la arteria renal	

*Verapamilo y diltiazem.

Fuente: Hall J. (2017)

Anexo N°2
Clasificación de farmacos Duireticos

Diuréticos
Tiazidas y derivados
Clorotiazida
Hidroclorotiazida
Clortalidona
Bendroflumetiazida
Hidroflumetiazida
Metolazona
Indapamida
Xipamida
Diuréticos del asa
Furosemida
Bumetanida
Torasemida
Piretanida
Ácido etacrínico
Ahorradores de potasio
Espironolactona
Amilorida
Triamterene
Eplerenona

Fuente: Hall J. (2017)

Anexo N°3
Medicamentos Bloqueadores Betaadrenérgicos

Cardioselectivos

Acebutolol

Atenolol

Bisoprolol

Celiprolol

Metoprolol

Bloqueadores alfa

Labetalol

Carvedilol

No cardioselectivos

Carteolol

Nadolol

Oxprenolol

Pindolol

Propranolol

Timolol

Fuente: Hall J. (2017)