

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL  
DE HUAMANGA**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE  
CIENCIAS DE LA SALUD**



**SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN LA CALIDAD DE  
VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON  
HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL HOSPITAL  
REGIONAL “MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA”,  
AYACUCHO 2019.**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN  
ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y FARMACIA CLÍNICA**

**PRESENTADO POR:  
Bach. Vivian Vilma Falconi Ore**

**ASESOR:  
Dr. José Alejandro Yarlequé Mujica**

**AYACUCHO - PERÚ  
2021**

A Dios, quien con su gracia e infinita bondad guía mis pasos.

A mis amados padres Pelagio (†) y Yolanda, por ser la razón de mi existencia que impulsan el motor de mi vida.

A mis hermanos Rudy, Fredy, Carlos y Nelly por brindarme su apoyo incondicional.

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga y a la Escuela de Posgrado.

A los docentes de la Maestría en Ciencias, mención en Atención Farmacéutica y Farmacia Clínica quienes impartieron en mí vivencias únicas y enseñanzas magníficas.

A la Facultad de Ciencias de la Salud y a la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica.

A mi asesor académico Dr. José Alejandro Yarlequé Mujica, por su gran compromiso y apoyo constante.

A mis distinguidos miembros del jurado Dr. Johnny Aldo Tinco Jayo y Dr. Edwin Carlos Enciso Roca, por sus valorables aportes.

Al Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho.

A los médicos del Servicio de Cardiología del Hospital Regional de Ayacucho.

A las personas que conformaron ser, parte del estudio por su tiempo, colaboración y predisposición.

## ÍNDICE GENERAL

	<b>Página</b>
<b>DEDICATORIA</b>	ii
<b>AGRADECIMIENTO</b>	iii
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	v
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b>	vi
<b>ÍNDICE DE ANEXOS</b>	vii
<b>RESUMEN</b>	viii
<b>ABSTRACT</b>	ix
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	4
<b>2.1. Antecedentes de estudio</b>	4
<b>2.2. Bases teóricas</b>	6
<b>III. MATERIALES Y MÉTODOS</b>	14
<b>IV. RESULTADOS</b>	18
<b>V. DISCUSIÓN</b>	27
<b>VI. CONCLUSIONES</b>	33
<b>VII. RECOMENDACIONES</b>	34
<b>VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	35
<b>ANEXOS</b>	41

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Página</b>
Tabla 1. Desarrollo del seguimiento farmacoterapéutico según el Método Dáder	8
Tabla 2. Valores referenciales de la presión arterial	10
Tabla 3. Recomendaciones generales	13
Tabla 4. Distribuciones porcentuales de grupos etáreos y género de pacientes hipertensos atendidos en el consultorio externo de cardiología del Hospital Regional de Ayacucho, 2019	19
Tabla 5. Distribución porcentual de problemas relacionados con medicamentos (PRM) identificados en pacientes hipertensos del Hospital Regional de Ayacucho, 2019	20
Tabla 6. Distribución porcentual de resultados negativos asociados a la medicación (RNM) según categoría, en pacientes hipertensos del Hospital Regional de Ayacucho, 2019	22

## ÍNDICE DE FIGURAS

	<b>Página</b>
Figura 1. Porcentaje de resultados negativos asociados a la medicación (RNM) según tipo, en pacientes hipertensos del Hospital Regional de Ayacucho, 2019	21
Figura 2. Control inicial y final de la presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD) en el grupo de seguimiento farmacéutico (SFT), en pacientes hipertensos del Hospital Regional de Ayacucho, 2019	23
Figura 3. Control inicial y final de la presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD) en el grupo control, en pacientes hipertensos del Hospital Regional de Ayacucho, 2019	24
Figura 4. Puntuación media de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en lo emocional y manifestaciones somáticas, antes y después en el grupo control, en pacientes hipertensos del Hospital Regional de Ayacucho, 2019.	25
Figura 5. Puntuación media de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en lo emocional y manifestaciones somáticas, antes y después en el grupo de SFT, en pacientes hipertensos del Hospital Regional de Ayacucho, 2019.	26

## ÍNDICE DE ANEXOS

	<b>Página</b>
Anexo 1. Formato de consentimiento informado	42
Anexo 2. Ficha farmacoterapéutica	43
Anexo 3. Cuestionario de calidad de vida para la HTA	44
Anexo 4. Formato de estudio y evaluación de la información	45
Anexo 5. Información de HTA	46

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar el seguimiento farmacoterapéutico (SFT) en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), en pacientes con hipertensión arterial (HTA), que acuden a los consultorios externos de cardiología del Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho. **Material y Método:** El estudio fue cuasi experimental, prospectivo y longitudinal con grupo control, con duración de seis meses, haciendo uso del método Dáder de SFT y el cuestionario específico MINICHAL para determinar la CVRS al inicio y después del estudio. Se incluyeron 20 pacientes de 40 años a más, 65 % mujeres y 35 % varones, sin otra patología crónica asociada. **Resultados:** El grupo etáreo predominante, fue de 60 a 69 años. Se identificaron 14 resultados negativos asociados a la medicación (RNM) como problema de salud no tratado (36 %) e ineffectividad no cuantitativa (21 %), originados por 14 problemas relacionados con medicamentos (PRM) como incumplimiento (50 %) y actitudes negativas del paciente (36 %). Así mismo, se logró disminuir los niveles de presión arterial sistólica (PAS) de 147 a 128 mm Hg y presión arterial diastólica (PAD) de 89 a 79 mm Hg ( $p < 0,05$ ). La CVRS se incrementó en lo emocional y manifestaciones somáticas ( $p < 0,05$ ). **Conclusión:** El seguimiento farmacoterapéutico mejoró la CVRS, en pacientes con HTA.

**Palabras clave:** seguimiento farmacoterapéutico, calidad de vida relacionada con la salud, hipertensión arterial.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate pharmacotherapeutic follow-up (PFS) on health-related quality of life (HRQoL) in patients with arterial hypertension (AHT) attending the cardiology outpatient clinics of the "Miguel Ángel Mariscal Llerena" Regional Hospital of Ayacucho. **Methods:** The study was quasi-experimental, prospective and longitudinal with a control group, lasting six months, using the Dáder method of SFT and the specific MINICHAL questionnaire to determine HRQoL at the beginning and after the study. Twenty patients aged 40 years and older, 65 % women and 35 % men, without other associated chronic pathology were included. **Results:** The predominant age group was 60-69 years. Fourteen negative medication-related outcomes (NMEs) were identified as untreated health problems (36 %) and non-quantitative ineffectiveness (21 %), caused by 14 medication-related problems (DRP) such as non-compliance (50 %) and negative patient attitudes (36 %). Likewise, systolic blood pressure (SBP) levels decreased from 147 to 128 mm Hg and diastolic blood pressure (DBP) from 89 to 79 mm Hg ( $p < 0.05$ ). HRQoL increased in emotional and somatic manifestations ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** Pharmacotherapeutic follow-up improved HRQoL in patients with hypertension.

**Key words:** pharmacotherapy follow-up, health-related quality of life, hypertension.

## I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad HTA, es una patología crónica que aqueja a la comunidad y que trae consigo una elevada frecuencia, con la consecuente discapacidad, así como su repercusión en la mortalidad que viene afectando a la gran mayoría de personas adultas a nivel mundial<sup>1</sup>. Se sabe, que los fallecimientos por accidentes cerebrovasculares o cardiopatía, se deban a trastornos del incremento de la presión arterial (PA) en el mundo<sup>2,3</sup>. Asimismo, se reportaron defunciones anuales de 9,4 millones que provienen de las complicaciones de la HTA; estimándose que el acrecentamiento de personas hipertensas ascenderá de 1 000 millones en el año 2000 a 1 400 millones en 2025<sup>3</sup>.

Sin embargo, los países que se encuentran en desarrollo económico como el Perú, cuentan con un sistema de salud precario; por ello, se conoce que la gran colectividad de personas con HTA desconocen que sufren de esta enfermedad, tampoco tienen acceso a la terapia farmacológica que permita el control oportuno de la PA con el fin de prevenir posibles complicaciones, aminorando las muertes y discapacidades por accidente cerebrovascular<sup>3,4</sup>. La prioridad a nivel mundial es realizar un diagnóstico oportuno, brindar una terapia farmacológica acorde a la necesidad de cada paciente, controlar la PAS y PAD de manera constante<sup>3,4,5</sup>.

En el Perú la HTA, es un problema gravísimo que aqueja a la población adulta en mayor porcentaje. La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2020 en el Perú reportó<sup>6</sup>, que *“el 16,4 % de personas de 15 y más años presentó PA alta. Igualmente, según región, la PA alta fue mayor en la costa con 18,5 %, y en la selva se tuvo menor prevalencia con 11,6 %”*.

Se conoce que las personas hipertensas, carecen de síntomas notorios por lo que, se le dice "asesino silencioso" a la HTA<sup>7</sup>. Algunas veces, puede presentar uno de estos síntomas, así como dolores de cabeza, náuseas, dificultad para respirar, mareos, dolor torácico, sangrados nasales, problemas de la visión y alteración de la función cognitiva<sup>8,9</sup>.

Una de las herramientas de uso exclusivo del químico farmacéutico es la atención farmacéutica (AF), en el que intervienen activamente a través de diversos actos como la dispensación del medicamento, uso racional del medicamento y el SFT con el fin de lograr una buena calidad de vida (CV) en personas que adolecen con HTA<sup>10,11</sup>. En el que involucra la participación del médico prescriptor y todos los profesionales ligados a la salud, con el propósito de lograr efectos positivos en conjunto que repercute en la salud del paciente de forma íntegra, quien es beneficiario del servicio de AF; asimismo participa en un conjunto de labores que promuevan evitar la aparición de enfermedades<sup>12,13</sup>.

Por ello, la concepción de CVRS comprende los elementos propios del paciente y a su vez los factores externos del mismo, que interactúan con él y que pueden mejorar su estado de salud. Es una definición que manifiesta los comportamientos emocionales, sociales y los aspectos físicos, que están vinculados con la condición previa y reciente de su salud. Comprende las siguientes funciones como lo físico, emocional, psicológico y social. Asimismo, la CVRS es la medición que tiene como fundamento explicar la enfermedad referente al impacto, terapia farmacológica, tratamientos alternativos entre otras actividades<sup>14,15</sup>.

Por lo que, el SFT en pacientes con HTA posee como propósito cumplir la farmacoterapia con la finalidad de alcanzar la disminución de la PA y mantener dentro de los valores normales. Para conseguir el propósito del SFT, es primordial la participación del químico farmacéutico enfocándose en los conocimientos de la AF, que se fundamenta principalmente en detectar, prevenir y finalmente solucionar los PRM con la intervención oportuna mediante actividades diversas<sup>16,17</sup>.

El rol del químico farmacéutico en el ejercicio profesional del ámbito asistencial, se trató en diversos foros a nivel mundial siendo la Declaración de Alma - Ata de Salud para todos en el año 2000, que se realizó en 1990, la Declaración de Tokio efectuada en la Organización Panamericana de la Salud, que se realizó en 1993 y por último se plantearon las Estrategias Farmacéuticas para los años 2004 - 2007; en el concluyeron *“exigiéndole al químico farmacéutico mayor compromiso en el ejercicio de su labor asistencial como profesional conocedor del medicamento e involucrarse en el equipo de profesionales relacionadas a con salud, teniendo en cuenta la AF”*; que es un campo de acción exclusivamente del dominio del químico farmacéutico cuyo beneficiario es la persona que recibe el servicio<sup>17</sup>.

En este contexto, se inició con el presente estudio realizándose el SFT en pacientes con HTA, atendidos en el consultorio externo del servicio de cardiología en el Hospital “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, con el propósito de mejorar la CVRS. Planteándose los siguientes objetivos:

- Evaluar el seguimiento farmacoterapéutico en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena.
- Determinar el género y grupo étnico predominante en pacientes con hipertensión arterial.
- Registrar los problemas relacionados con medicamentos y los resultados negativos asociados a la medicación.
- Confrontar valores de presión arterial, antes y después del seguimiento farmacoterapéutico.
- Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hipertensión arterial según el estado emocional y manifestaciones somáticas.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

**Ballesteros**<sup>18</sup>, efectuó una investigación en el ámbito comunitario en torno a la CVRS en personas con edad media – avanzada que adolecen con HTA asociados a factores de comorbilidad. Concluyó que el género masculino obtuvo mayor porcentaje de prevalencia de factores de comorbilidad siendo las principales la avanzada edad, riesgo cardiovascular, escaso control oportuno de PA, comorbilidad de Charlson, infarto agudo de miocardio, enfermedad vascular y eventos cardiovasculares; y referente al género femenino presentó la dislipemia, la obesidad abdominal y el hábito tabáquico.

**García et al.**<sup>19</sup>, investigaron el impacto que genera la AF en personas mayores con HTA, asociados a enfermedades crónicas en Cuba. En el que determinaron 232 RNM, en el que prevaleció con mayor frecuencia la seguridad con 75,4 %, proseguida de la efectividad con 17,7 %. Lograron solucionar 82,76 % de los RNM. Así mismo, hicieron 237 intervenciones farmacéuticas permitiendo aumentar la adherencia a la terapia farmacológica y terapia no farmacológica de forma íntegra en la población en estudio. En el que, concluyeron que el servicio de AF proporcionado a pacientes con HTA, consiguió efectos positivos debido a las participaciones del químico farmacéutico, obteniendo la adherencia terapéutica en un mayor porcentaje y la satisfacción en su totalidad del grupo en estudio.

**Luque et al.**<sup>20</sup>, investigaron la revisión sistemática de evidencias sobre los cambios que genera la AF en la población con HTA, llevado a cabo en España en farmacias comunitarias. Realizaron una búsqueda de base de datos bibliográficos en DIALNET, MEDLINE, COCHRANE y páginas electrónicas calificadas en AF. En el que, concluyeron sobre el análisis concerniente al impacto de la AF en la comunidad española, cuyos resultados de valores clínicos presentaron una mejoría en un mayor porcentaje en pacientes con HTA las cuales fueron confrontadas con estudios realizados a nivel internacional.

**Gómez et al.**<sup>21</sup>, investigaron en una comunidad del estado de México, respecto a la CVRS en treinta personas hipertensas. En el que, obtuvieron como resultado de la investigación; la edad media que fue de 57 años. Los resultados que consiguieron fueron analizados mediante la correlación de Pearson que revela la presencia de un vínculo positivo y significativo en las funciones de la escala de CVRS para lo emocional y manifestaciones somáticas. Concluyeron que el nivel de CVRS es muy buena en las personas con HTA debido a que la PA fue controlada.

**Arredondo**<sup>22</sup>, realizó una investigación en un establecimiento de salud de la ciudad de Tacna en una población de adultos mayores con HTA, cuyo propósito fue comprobar el efecto que produce el SFT. En el que, concluyó con la identificación de 63 RNM, con mayor influencia para ineffectividad cuantitativa con 71 % seguida por la inseguridad no cuantitativa con 17 %; ocasionados por 74 PRM, con mayor frecuencia para el incumplimiento con 55 % seguida por la probabilidad de efectos adversos con 16 %. El acto de la intervención del químico farmacéutico fue significativo al lograr disminuir la PAS de 130 a 117,63 mm Hg y la PAD de 73,95 a 70,26 mm Hg, con la resolución del 84,13 % de los RNM.

**Pinillos**<sup>23</sup>, investigó el efecto que pueda generar la actuación del químico farmacéutico en el SFT en la comunidad en personas con HTA, que acudieron a un establecimiento de salud. Donde, realizó ocho visitas domiciliarias, con una duración de nueve meses, utilizando una adaptación del método Dáder. En

el que, concluyó con el descenso y mantenimiento de la PAS (138,6 a 118,8 mm Hg) y PAD (87,1 a 79,3 mm Hg); y la adherencia terapéutica en un 100 %.

**Rubiños**<sup>24</sup>, investigó el SFT en adultos mayores con HTA en un albergue de la ciudad de Lima; haciendo uso del método Dáder de SFT, en una población de personas con avanzada edad que adolecen de diversas patologías crónicas en el que determinó 48 PRM, siendo los PRM 1, de mayor porcentaje con 44 %, seguido por PRM 5, con 25 %. Identificó las causas de mayor frecuencia, siendo el de incumplimiento que fue 17 % y la probabilidad de efectos adversos que fue 15 %. En el que, concluyó obteniendo valores positivos de la PAS de 130 mm Hg ( $p < 0,01$ ) y PAD de 80 mm Hg ( $p < 0,05$ ).

**Ayala et al.**<sup>25</sup>, investigaron el impacto que genera el SFT en personas con HTA primaria mediante la valoración de la CVRS, que se llevaron a cabo en el Hospital de Atención Especializada de la ciudad de Lima. Para lo cual, emplearon el método Dáder de SFT y para determinar la CVRS el cuestionario específico MINICHAL. Detectaron 29 PRM: siendo lo más relevante la necesidad con 66 %, seguida de la efectividad con 24 % y finalmente la seguridad con 10 % y; resolvieron 24 PRM (75 %). En el que, concluyeron que la CVRS fue positivo debido a la participación del químico farmacéutico en el SFT. Las intervenciones que realizaron con mayor frecuencia entre farmacéutico y paciente fue 87,5 %, en el que aplicaron el mensaje oral como escrito; y farmacéutico, paciente y médico fue 12,5 % de manera escrita.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. Atención farmacéutica**

La AF es un conjunto de funciones de prestación de servicios de salud propias del desempeño profesional sanitario del químico farmacéutico dirigidas al paciente, con el fin de garantizar la efectividad, seguridad y racionalidad del medicamento<sup>10,11,12</sup>; cooperando con el prescriptor y demás profesionales relacionados con la salud, con el propósito de lograr la mejoría de la salud integral del paciente<sup>13</sup>. Siendo las actividades asistenciales más relevantes, la prevención de enfermedades, educación sanitaria, farmacovigilancia y seguimiento farmacoterapéutico<sup>17,19</sup>.

### **2.2.2. Seguimiento farmacoterapéutico**

Se sabe que el SFT, es un conglomerado de habilidades y conocimientos que cuenta el químico farmacéutico, al responder a las prioridades del paciente vinculadas con el cumplimiento de la farmacoterapia<sup>10,11</sup>. Esta se realiza mediante las intervenciones farmacéuticas, permitiendo reconocer los PRM para prevenir y finalmente resolver los RNM<sup>13,17</sup>.

Los servicios de SFT se desarrolla de manera integral, en todos los ámbitos de afectación de la salud del paciente, con la continuidad del servicio permanente y registrando de forma ordenada en documentos; con la aceptación y participación activa de la persona en su calidad de paciente; y todos los profesionales relacionados con la salud, con el propósito de conseguir resultados precisos de mejoría en la CV del paciente<sup>19</sup>.

### **2.2.3. El método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico**

Se llegó a desarrollar en el año 1999 y se encuentra vigente en la actualidad, el Tercer Consenso de Granada del 2007; dándose inició como un proyecto de SFT que tuvo un propósito de otorgar al químico farmacéutico una herramienta que le facilitará la identificación, solución y prevención de los PRM y RNM en el campo sanitario<sup>10,11</sup>. El fundamento del presente método se basa en el uso de un conjunto de acciones dirigidas a brindar asistencia en el campo de la salud, siendo adaptables a las necesidades del ámbito clínico en establecimientos de salud y oficinas farmacéuticas, que permite evaluar y monitorizar la terapia farmacológica persiguiendo que sea esencial, efectiva, oportuna y segura de acuerdo a las particulares de cada situación clínica, con la finalidad de conseguir resultados favorables en la salud del paciente<sup>11,12,22</sup>.

**Tabla 1. Desarrollo del seguimiento farmacoterapéutico según el Método Dáder<sup>26</sup>**

<b>Etapas</b>	<b>Acciones</b>
Oferta del servicio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivos de la acogida del servicio de SFT</li> <li>• Anuencia informada</li> </ul>
Entrevista farmacéutica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apreciación del paciente respecto a su problema de salud</li> <li>• Mediciones clínicas (ejemplo: presión arterial)</li> <li>• Síntomas y signos</li> <li>• Eventos clínicos</li> <li>• Necesidades del paciente respecto de su medicación</li> <li>• Datos de todos los medicamentos que toma</li> <li>• Datos relevantes de la medicación anterior</li> </ul>
Estado de situación	Recopilación de la información del tratamiento farmacológico que está recibiendo el paciente.
Fase de estudio	Uso de información actualizada con base científica referente a la terapia que recibe el paciente.
Fase de evaluación	Estimación del químico farmacéutico referente a los PRM y RNM detectados en la terapia que recibe el paciente.
Fase de intervención	Se inicia con la planificación seguida de la evolución y finalmente se obtiene los resultados a los que arribo después de las participaciones farmacéuticas. Estimación del químico farmacéutico.
Entrevistas sucesivas / Resultado de la intervención	Información que proviene de visitas subsiguientes con el paciente.

Fuente. Silva M. Evaluación del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hospitalizados. Análisis del método Dáder y su implantación en diferentes servicios asistenciales [tesis doctoral]. España: Universidad de Granada; 2010.

#### **2.2.4. Problemas relacionados a los medicamentos (PRM)**

Se precisa a los PRM como *“aquellas circunstancias que se dan en el transcurso del tratamiento farmacológico por el uso de la administración del medicamento o fármaco, pudiendo estas originar la aparición de RNM en el paciente”*<sup>1,12</sup>.

#### **2.2.5. Resultados negativos asociados a la medicación (RNM)**

Se puntualiza que los RNM son *“aquellos efectos indeseables que se manifiestan en la salud del paciente, como consecuencia de la administración del medicamento en el transcurso del tratamiento farmacológico, que son ajenos al propósito de la terapia farmacológica”*; plasmada en el Tercer Consenso de Granada. Para medirlos se utilizan variables clínicas como: síntomas, signos, eventos clínicos, medidas metabólica o fisiológica y la muerte<sup>11,27</sup>.

### 2.2.6. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

La Organización Mundial de la Salud<sup>28</sup>, precisa la salud como un “estado completo de bienestar físico, mental y social” (1948) y la CV como el “grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional y social, así como el sentido que le atribuye a su vida” (1994).

Bulpit<sup>29</sup>, define la CVRS como la estimación que percibe la persona de sí mismo, referente al bienestar o carencia del estado físico, psicológico y la realización de actividades propias que desea cumplir.

Para Patrick y Erickson<sup>30</sup>, acerca de la CVRS precisan que es la estimación de la esperanza de vida que emite la persona, referente a las restricciones psicológicas, físicas y sociales; y el descenso de oportunidades originadas por la patología, sus consecuencias, por tratamientos y por el sistema de salud. Incluso Schumaker y Naughton<sup>31</sup>, expresan que la CVRS es la apreciación de manera subjetiva, concerniente a la situación actual de su salud y la competencia para efectuar ciertas labores propias de la persona.

Schwartzman<sup>32</sup>, considera que la CVRS es una estimación emitida por la persona, según sus propios juicios referente a su situación personal en lo físico, mental y social en un espacio específico.

La CVRS es una concepción multidimensional y por ello es importante destacar que cada dimensión de la CV cambia a través del tiempo; por ello, se diseñaron muchos instrumentos de medición<sup>33,34</sup>, como son:

- **Específicos**, son instrumentos que se utilizan para valorar aspectos de CV de una determinada patología o manifestación clínica en particular, con la respectiva validación en poblaciones particulares. Por consiguiente, se pretende conseguir mayor sensibilidad frente a la variación que los genéricos. Se cuenta con ejemplos de cuestionarios específicos: MiniCHAL, para evaluar la CVRS en pacientes con HTA, Quality of Life in Epilepsy (QOLIE89), MOSHIV, permite evaluar la CVRS en pacientes con VIH, Saint

George Respiratory questionnaire (EORTC-DLQ-C3) y Asthma QoL questionnaire.

- **Genéricos**, son instrumentos que se utilizan para valorar aspectos de CV muy independientes de una patología o manifestación clínica en particular, pudiendo ser aplicados en una población sin ninguna peculiaridad o afección que permita la comparación del impacto que genera las diversas enfermedades sobre la CVRS. Se tiene con ejemplos de cuestionarios genéricos: MOS SF-12, EuroQol (EQ-5D), Sickness Impact Profile (SIP), Health Utility Inde y MOS SF-36.

### 2.2.7. Hipertensión arterial (HTA)

Es de origen desconocido, que se da en la mayoría de las personas que adolecen de esta patología cardiovascular siendo una de las peculiaridades de la HTA, que viene afectando a un gran porcentaje de personas en la comunidad; y siendo el síntoma más preponderante, el aumento anómalo y permanente de la PAS y PAD<sup>3,35,36</sup>. Según el séptimo informe del JNC<sup>35</sup> de los Estados Unidos, señala que el adulto  $\geq 18$  años de edad, es hipertenso cuando se da un incremento constante de la PAS  $\geq 140$  mm Hg y la PAD  $\geq 90$  mm Hg<sup>2,5,35,36</sup>.

**Tabla 2. Valores referenciales de la presión arterial<sup>35,36</sup>**

Categoría PA	Presión sistólica (mm Hg)	Presión diastólica (mm Hg)
Normal	<120	<80
Pre-hipertensión	120-139	80-89
Hipertensión	$\geq 140$	$\geq 90$
Estadio 1	140-159	90-99
Estadio 1	$\geq 160$	$\geq 100$

Fuente. Chobanian A, Bakris G, Black H, Cushman W, Green L, Izzo M, et al. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: the JNC 7 report. *Jama*. 2003; 289 (19): p. 2560-2571.

Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva. 2015.

### **2.2.8. Etiología de la hipertensión arterial (HTA)**

La razón del origen de la HTA es clasificarse en:

Hipertensión primaria, es aquella hipertensión en la que no existe una causa fisiológica de origen conocido; sino se presentan debido a múltiples factores que se relacionan o se asocian; sin embargo, no establecen la relación entre causa y efecto; pudiendo deberse probablemente a una serie de factores hereditarios y factores circunstancial (avanzada edad, obesidad, excesivo aporte de sodio en la dieta, dieta bajo en calcio y potasio, escasa actividad física, beber alcohol y estrés mental). De modo que comprende a la mayor población que padece HTA con 95 %<sup>2,35</sup>.

Hipertensión secundaria, es aquella hipertensión que se da por origen conocido; en efecto la expulsión o mejoría trae consigo un adecuado registro de la PA y, por consiguiente, se da la curación de la patología en muchas personas que la padecen. En la mayoría de casos la HTA es debido a patologías renales, trastornos endocrino metabólicos con alteración de las hormonas tiroides, aldosterona y glucocorticoides. Corresponde al menos al 5 % del total de casos de HTA<sup>4,36</sup>.

### **2.2.9. Factores de riesgos<sup>36,37</sup>**

Los factores se ven influenciadas por el incremento de la PA siendo los siguientes:

Estilo de vida, se da por los hábitos poco saludables, como es el consumo de bebidas alcohólicas, bebidas gasificadas, ingesta de sal en la dieta, tabaco, café, dieta rica en ácidos grasos de origen animal y carbohidratos. Por otra parte, la inactividad física, que repercuten en la obesidad abdominal, obesidad y el sobrepeso a causa del excesivo aporte calórico, de ahí el aumento del volumen plasmático y gasto cardíaco.

El ambiente, es concerniente al estrés de la persona originado por la disminución o falta del nivel socioeconómico y los rasgos de personalidad, así como la predisposición a la ansiedad, depresión, cansancio y agotamiento.

Factores genéticos, es la presencia en el componente familiar de enfermedades cardiovasculares; por consiguiente, no se presentan por lo general en pacientes con HTA primaria.

#### **2.2.10. Signos y síntomas**

Una de las características de la patología de HTA es la carencia de síntomas o signos de alerta, por esta razón la persona con HTA primaria desconoce que la padece. Es mucho más fácil identificar a un paciente, cuando presente complicaciones provenientes por la falta de diagnóstico, control y mantenimiento oportuno de la PA. Teniendo como complicaciones crónicas a nivel de los órganos del corazón (hipertrofia ventricular izquierda), ojos (retinopatía hipertensiva), cerebro (accidentes cerebro vasculares), riñón (insuficiencia renal) y sistema vascular<sup>7,8</sup>.

Se tiene los síntomas más relevantes como dolor de cabeza, mareos momentáneos, hemorragias nasales, ritmo cardiaco irregular, ansiedad, alteración de la visión, náuseas, dolor torácico, temblores, zumbidos y alteraciones a nivel de la consistencia<sup>9,35,36</sup>.

#### **2.2.11. Reducción de la presión arterial**

El tratamiento apropiado del control y mantenimiento de la PA dentro de los rangos normales, es recibir una terapia farmacológica oportuna y de manera simultánea cumplir con las recomendaciones generales que favorecen la vida saludable del paciente<sup>3,7,8</sup>.

##### **a) Terapia farmacológica**

Los medicamentos antihipertensivos conforman un grupo amplio, que permite una buena selección de la farmacoterapia de acuerdo a las características o manifestaciones clínicas del paciente; en el que se tiene en cuenta la información de la PAS y PAD y el deterioro de algún órgano blanco como consecuencia de las complicaciones<sup>35,36,37</sup>.

## b) Recomendaciones generales

La recomendación primordial para el control y mantenimiento de la PAS y PAD en personas que adolecen con HTA, es el cambio o mejoría a una vida más saludable; que permita prolongar o prevenir el tratamiento farmacológico de manera segura y eficaz<sup>2,3,5</sup>.

**Tabla 3. Recomendaciones generales**<sup>35,36</sup>

<b>Modificación</b>	<b>Recomendación</b>
Disminución de peso	Se debe conseguir llegar al peso corporal normal y mantenerla; con un índice de masa corporal (IMC) entre 18,5 a 24,9 y el perímetro del abdomen que debe presentar por debajo de 102 cm en el género masculino y 88 cm en el género femenino.
Régimen alimenticio	Consumir alimentos bajos en calorías y en ácidos grasos de origen animal. Consumir vegetales frescos, frutos secos, frutas y granos integrales.
Restricción de ingesta excesiva de sal	Disminuir la ingesta de sal en los alimentos no excediéndose de 5 gramos al día.
Realización de actividad física	Realizar movimiento físico de moderada intensidad de forma regular. Por ejemplo, caminar, pasear, moverse en casa, trotar, aeróbicos y nadar de 30 minutos al día o 150 minutos semanales; seguida de ejercicios de reparación profunda, flexibilidad y relajación.
Eludir o disminuir la ingesta de alcohol	Limitar o dejar de ingerir bebidas alcohólicas. En caso de ingerir bebidas alcohólicas, no deben superar los 20-30 g/día de etanol en el género masculino y 10-20 g/día en el género femenino.
Prohibido el tabaco	Dejar la práctica de fumar. Evitar exponerse al humo del tabaco.

Fuente. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva. 2015.

### **III. MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **3.1. Tipo y diseño de investigación**

Cuasi experimental, prospectivo y longitudinal<sup>38,39,40</sup>.

#### **3.2. Ámbito de estudio**

El estudio se efectuó en el consultorio externo del servicio de cardiología y en el módulo de control de HTA del nosocomio "Miguel Ángel Mariscal Llerena".

#### **3.3. Población de estudio**

Pacientes hipertensos, que concurrieron al consultorio ambulatorio del servicio de cardiología y que recibieron tratamiento farmacológico, mayores de 40 años de ambos sexos<sup>38,41</sup>.

#### **3.4. Muestreo**

No probabilístico por conveniencia, en el mes de enero de 2019<sup>39,41</sup>.

#### **3.5. Tamaño de muestra**

20 pacientes con HTA, separados en grupos de SFT (10) y control (10) de forma aleatoria<sup>38,39,41</sup>.

##### **3.5.1. Criterio de inclusión**

Pacientes con HTA, sin ninguna patología crónica asociada, mayores de 40 años, que recibieron terapia farmacológica y que participaron voluntariamente en el estudio.

### **3.5.2. Criterio de exclusión**

Pacientes con HTA, que recibieron tratamiento farmacológico, menores de 40 años.

Pacientes con HTA, que recibieron tratamiento farmacológico y no desean ser parte del estudio.

Pacientes con HTA, que presentaron alteraciones de la función cognitiva y trastornos de personalidad.

Pacientes embarazadas con diagnóstico de HTA.

### **3.6. Unidad de análisis**

Pacientes con HTA, que concurrieron al consultorio externo del servicio de cardiología<sup>38</sup>.

### **3.7. Procedimiento de recolección de datos**

Se desarrolló empleando el método de SFT Dáder<sup>11,12,42</sup>, en las diferentes etapas, el cual se adaptó a la particularidad y necesidad del paciente que previamente se llegó a dividir de manera aleatoria en grupo de SFT y grupo control<sup>39,41</sup>.

### **Oferta del servicio**

Previa autorización de la dirección del Hospital Regional de Ayacucho, se brindó la información a todos los profesionales prescriptores del servicio de consulta externa de cardiología y posteriormente en pacientes, referente al servicio de SFT, para la realización del estudio.

### **Entrevista farmacéutica**

Aquellos pacientes que fueron admitidos según las pautas de inclusión y a su vez aceptaron ser parte del estudio, en el que plasmaron su firma de consentimiento informado de manera voluntaria (anexo 1). Enseguida recibieron la primera entrevista, registrándose los valores de la PA tomadas adecuadamente, las cuales concluyeron con la inspección de la historia clínica trasladando las informaciones más relevantes para su estudio al formato farmacoterapéutica (anexo 2).

### **Elaboración del primer estado de situación**

Se procedió a registrar en el formato farmacoterapéutica (anexo 2) los medicamentos que llegó a tomar el paciente tal como, indica en la prescripción médica contrastando con la existencia física de los mismos; de manera análoga se comprobó la incorporación de un nuevo medicamento o suspensión de uno o más medicamentos. En seguida, se continuó con la educación al paciente en el tema de HTA, enfatizando en los valores normales de la PA, la importancia del cumplimiento de la farmacoterapia, aplicación en la actividad diaria de las recomendaciones generales y las complicaciones que genera la HTA, en forma oral y escrita (anexo 5). Es crucial la elaboración del estado de situación ya que es la columna del método aplicado; por lo que, las siguientes etapas se basarán a la correcta y apropiada información vertida del problema de salud relacionado al consumo de fármacos.

### **Fase de estudio y de evaluación**

Se fundamentó en el análisis exhaustivo de bibliografía basada en evidencias científicas actualizada, que permitió evaluar la farmacoterapia de forma íntegra entre el problema de salud existente en el paciente y los medicamentos utilizados; identificando oportunamente los PRM y RNM de manera sistemática (anexo 4).

La evaluación y valoración de la CVRS, se realizó al comienzo y al final del estudio, tanto en el grupo de SFT y grupo control; para tal fin se utilizó el cuestionario de CVRS MINICHAL para la HTA previamente validado (anexo 3)<sup>46</sup>.

El cuestionario MINICHAL<sup>46,47,48</sup>, es un instrumento de medida de la Arterial Hypertension Quality of Life Questionnaire (calidad de vida en la HTA – CHAL) en su versión reducida; que fue desarrollado y posteriormente validado en el año 2002 en España, el cual permite establecer el vínculo que existe entre la CVRS y los parámetros clínicos.

El cuestionario de CVRS MINICHAL para la HTA, estuvo comprendido por dieciséis preguntas, de las cuales se agruparon en el componente **emocional** formado por diez ítems y **manifestaciones somáticas** formado por seis ítems; con respuestas según la escala Likert con cuatro alternativas: 0 (No, absolutamente), 1 (Sí, poco), 2 (Sí, bastante), 3 (Sí, mucho). Se obtuvo el puntaje integro mediante la suma total de los ítems el cual varió entre 0 (mejor nivel de salud) y 48 (peor nivel de salud).

### **3.8. Análisis de datos**

Los valores obtenidos al final del estudio se analizaron mediante la prueba paramétrica de comparación para dos grupos relacionados. En el que se evaluó los cambios que hubiese en la CVRS en ambos grupos con la prueba t Student para grupos relacionados; al principio y término del periodo de seis meses en el grupo control asimismo en el grupo de SFT, con un nivel de significancia de  $p < 0,05$ . En el que, se usó el programa Microsoft Excel 2019 igualmente, el programa estadístico SPSS versión 26 para Windows.

#### **Prueba de contraste de hipótesis**

Se llegó a plantear los siguientes enunciados en el estudio.

$H_0$ : La media de la CVRS del grupo de SFT es igual a la media de la CVRS del grupo control. Si  $p > 0,05$

$H_1$ : La media de la CVRS del grupo de SFT es diferente a la media de la CVRS del grupo control. Si  $p < 0,05$

El valor obtenido de  $p$  deberá ser menor a 0,05 para que se acepte  $H_1$  lo cual significará que la CVRS del grupo de SFT es diferente del grupo control.

En caso contrario, es decir si el valor de  $p$  es mayor a 0,05 significará que no existen diferencias significativas en la CVRS de ambos grupos.

## **IV. RESULTADOS**

**Tabla 4. Distribuciones porcentuales de grupos etáreos y género de pacientes hipertensos atendidos en el consultorio externo de cardiología del Hospital Regional de Ayacucho, 2019.**

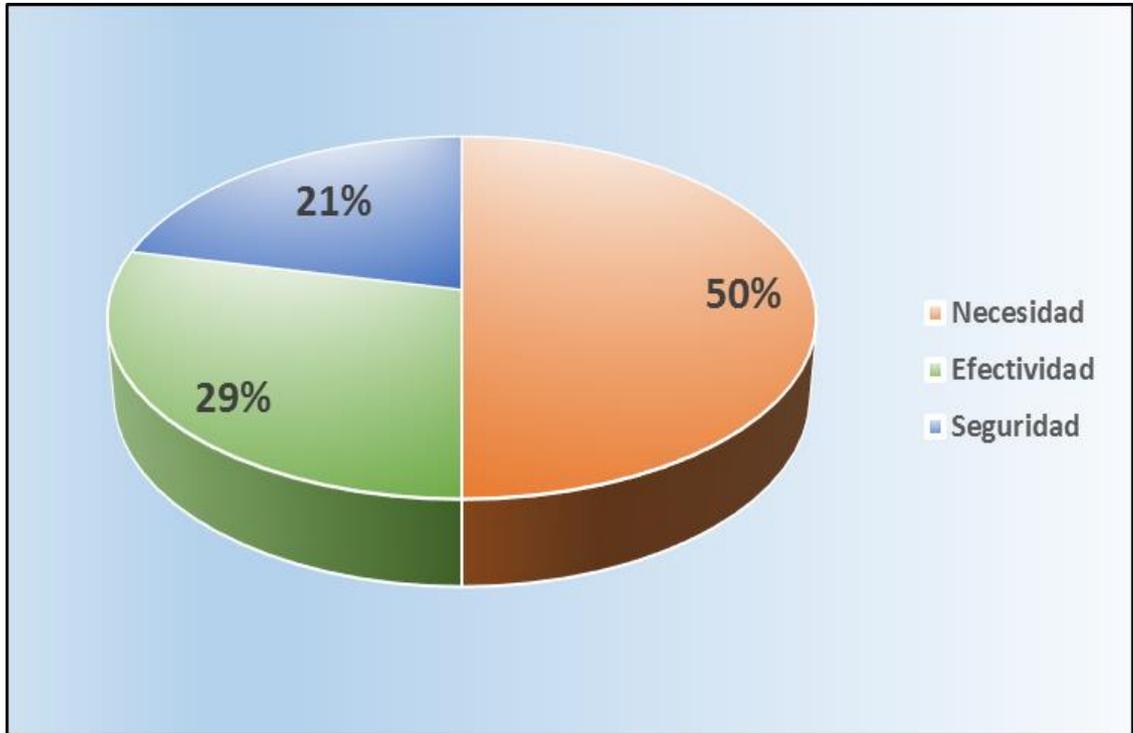
Género	Grupos etáreos				Total %
	40 - 49	50 - 59	60 - 69	>70	
Varones	...	1	5	1	35 %
Mujeres	2	3	4	4	65 %
Porcentaje por grupo	10	20	45	25	

El grupo etáreo y sexo predominante, fue de 60 a 69 años y el femenino, respectivamente.

**Tabla 5. Distribución porcentual de problemas relacionados con medicamentos (PRM) identificados en pacientes hipertensos del Hospital Regional de Ayacucho, 2019.**

<b>N°</b>	<b>Cód. de PRM</b>	<b>Tipo de PRM</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1	2	Actitudes negativas del paciente	5	36
2	9	Incumplimiento	7	50
3	12	Probabilidad de efectos adversos	2	14
		Total	14	

Las causas de PRM, más frecuentes fue el incumplimiento (50 %).



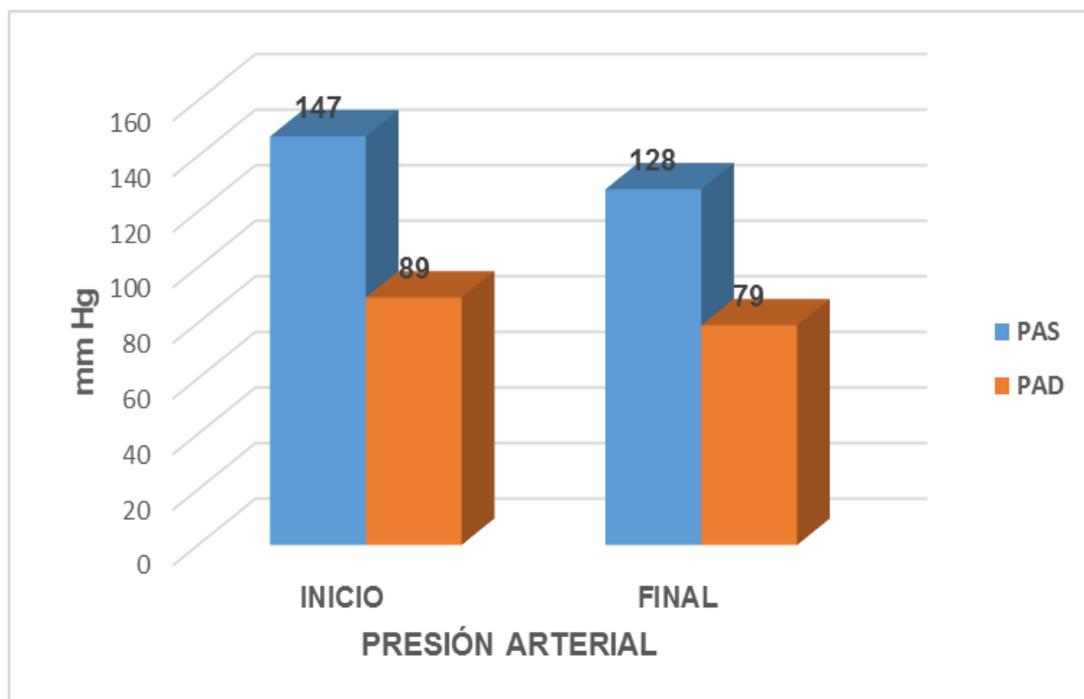
**Figura 1. Porcentaje de resultados negativos asociados a la medicación (RNM) según tipo, en pacientes hipertensos del Hospital Regional de Ayacucho, 2019.**

La categoría de RNM, más frecuentes fue por necesidad y efectividad.

**Tabla 6. Distribución porcentual de resultados negativos asociados a la medicación (RNM) según categoría, en pacientes hipertensos del Hospital Regional de Ayacucho, 2019.**

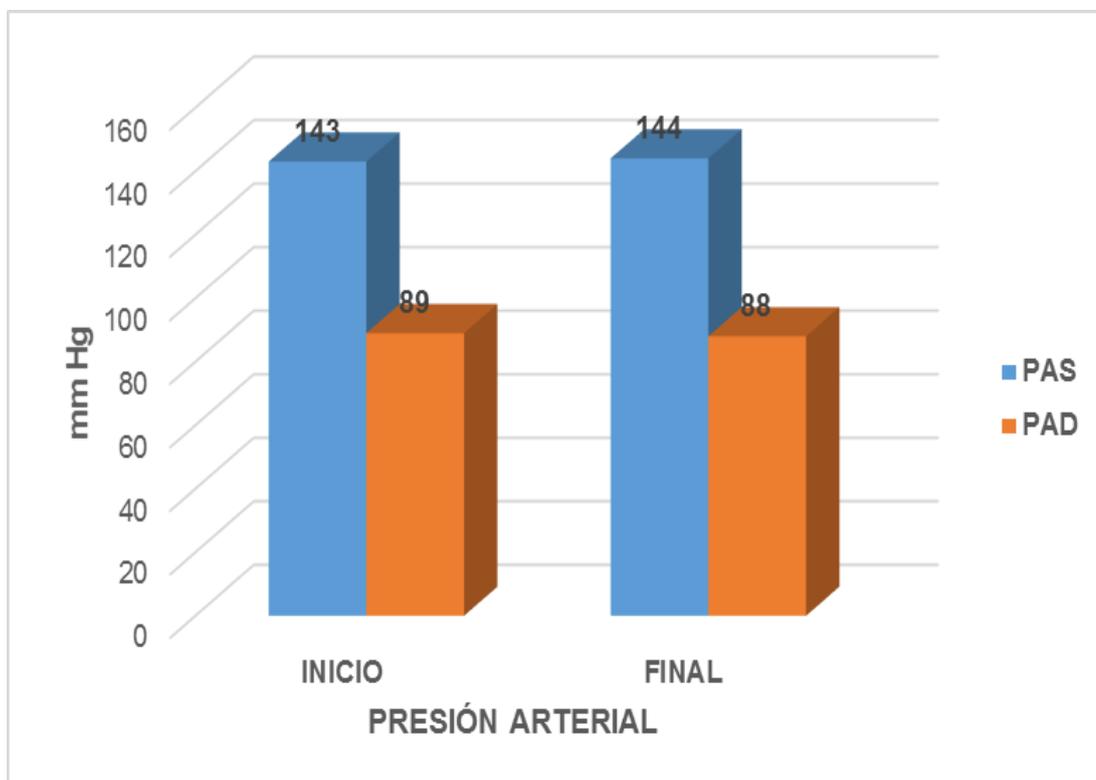
Clasificación de RNM		Porcentaje	
		N	%
Necesidad	RNM 1 Problema de salud no tratado	05	36
	RNM 2 Efecto de medicamento innecesario	02	14
Efectividad	RNM 3 Inefectividad no cuantitativa	03	21
	RNM 4 Inefectividad cuantitativa	01	7
Seguridad	RNM 5 Inseguridad no cuantitativa	02	14
	RNM 6 Inseguridad cuantitativa	01	7
Total		14	

Los RNM, de mayor porcentaje fue el problema de salud no tratado.



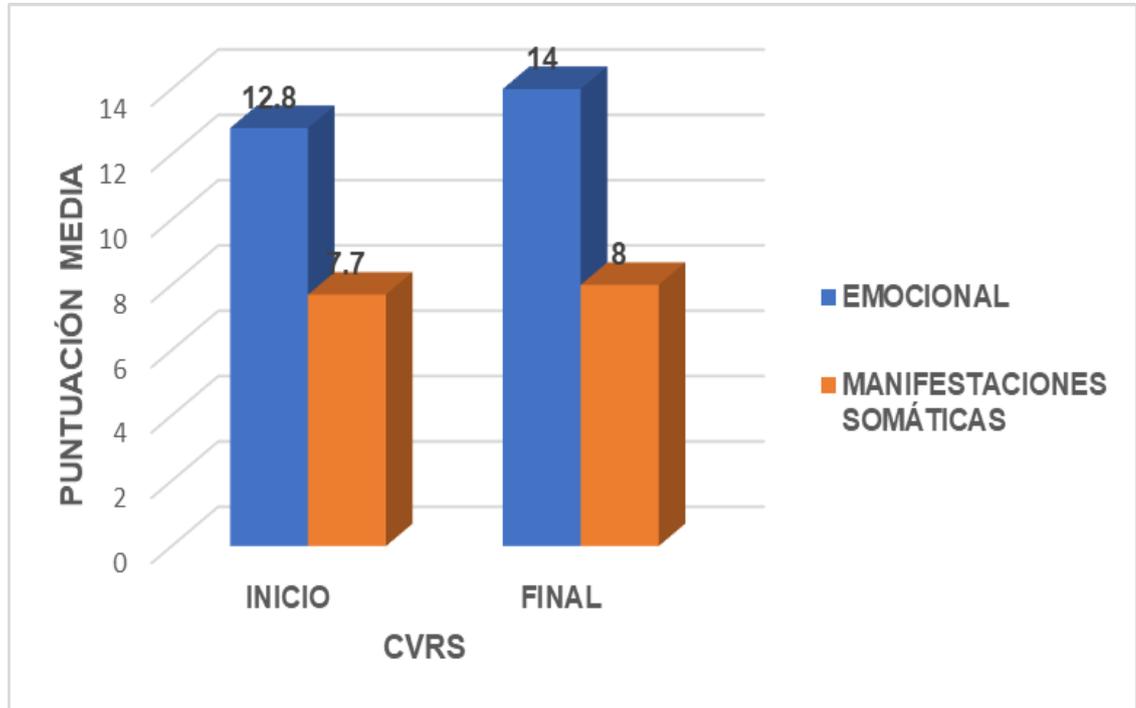
**Figura 2. Control inicial y final de la presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD) en el grupo de seguimiento farmacéutico (SFT), en pacientes hipertensos del Hospital Regional de Ayacucho, 2019.**

La PA media disminuyó de 147/89 a 128/79 en el grupo de SFT ( $p < 0,05$ ).



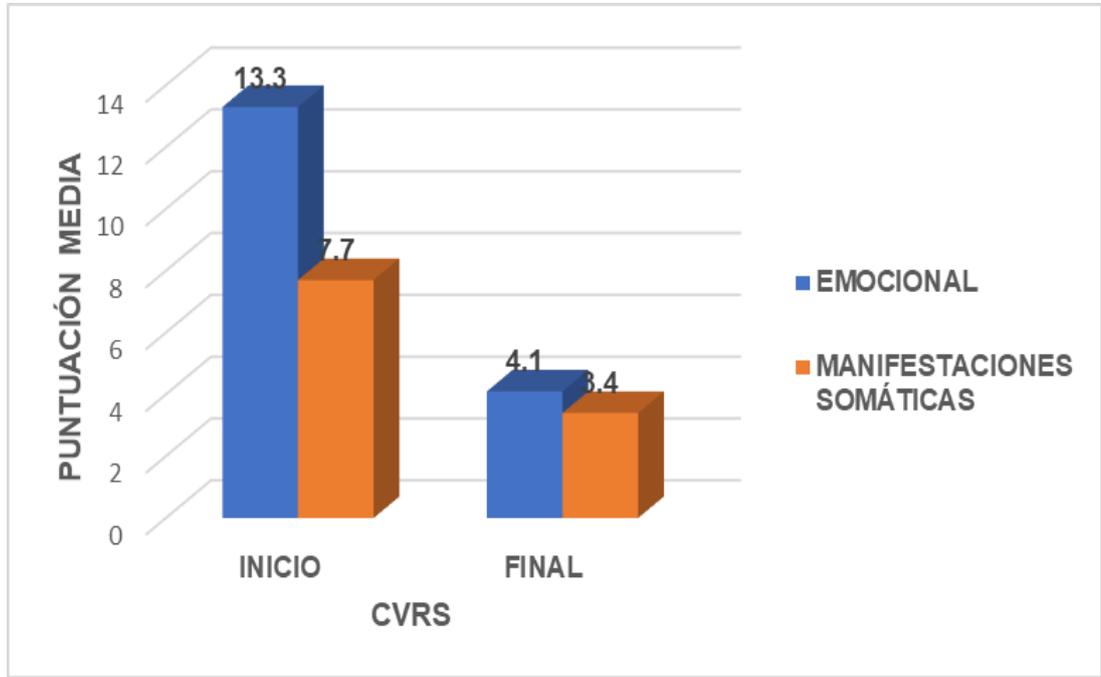
**Figura 3. Control inicial y final de la presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD) en el grupo control, en pacientes hipertensos del Hospital Regional de Ayacucho, 2019.**

La PA media fue de 143/89 a 144/88 en el grupo de control no habiendo un cambio significativo ( $p > 0,05$ ).



**Figura 4. Puntuación media de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en lo emocional y manifestaciones somáticas, antes y después en el grupo control, en pacientes hipertensos del Hospital Regional de Ayacucho, 2019.**

Los pacientes con HTA del grupo control no mejoró la CVRS en lo emocional y manifestaciones somáticas al final del estudio ( $p > 0,05$ ).



**Figura 5. Puntuación media de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en lo emocional y manifestaciones somáticas, antes y después en el grupo de SFT, en pacientes hipertensos del Hospital Regional de Ayacucho, 2019.**

Los pacientes con HTA del grupo de SFT mejoró la CVRS significativa en lo emocional y manifestaciones somáticas al final del estudio ( $p < 0,05$ ).

## V. DISCUSIÓN

La HTA como patología crónica, es considerada en el mundo como la principal causa de inicio de alteraciones a nivel del corazón y riñón; si bien existen numerosos componentes que coadyuban a la aparición de la HTA y que a veces son propios de cada persona como son el ambiente, aspecto genético, edad, etc.; mientras en otros, lo van adquiriéndolo en el curso de sus vidas por el alto consumo de sodio, bebidas alcohólicas, fumar tabaco, sedentarismo, aspectos psicosociales<sup>1,3,35,36</sup>. Se conoce que, la HTA en el 2012 registró 31 % de todas las defunciones en el mundo<sup>7,8</sup>. Se estima para el 2025, la cifra de adultos con HTA, incrementará en 60 %, lo que representaría 1.56 billones de adultos con esta patología. Por tal motivo, la World Heart Federation ha iniciado con labores de promoción, prevención y control de la HTA con el propósito de reducir la prevalencia relativa en el mundo en 25 % al 2025<sup>3,45</sup>.

Por las razones mencionadas, se debe tener en cuenta la práctica del seguimiento a la terapia farmacológica en pacientes con HTA primaria, cuyo fin es el cumplimiento de la farmacoterapia que trae consigo la disminución de la PAS y PAD; y a su vez el control de los valores de la PA dentro de los rangos normales<sup>11,37</sup>. Para conseguirlo, el químico farmacéutico debe actuar, bajo el concepto de la AF, con la intención de localizar y evitar los posibles PRM para posteriormente dar solución mediante intervenciones oportunas<sup>12,13</sup>.

En el Perú, la expectativa de vida se ve incrementado en los últimos años; al igual que los malos hábitos, el sedentarismo y el estilo de vida nada saludable de manera cotidiana en la comunidad. Este problema de salud identificada en

la comunidad, permite realizar diversos estudios en personas propensas a padecer HTA.

El presente estudio se efectuó, en el consultorio externo de cardiología del Hospital Regional de Ayacucho, durante el periodo de seis meses, en el que se llevó a cabo el SFT, según el método Dáder y la CVRS según el cuestionario MINICHAL en 20 personas; que se dio inició brindando la oferta de servicio mediante el criterio de inclusión a pacientes con HTA mayores de 40 años a más.

El género de pacientes seleccionados con mayor porcentaje en el estudio (tabla 4); fue el femenino con 65 % respecto al masculino con 35 %; obteniendo resultados semejantes en un estudio efectuado por Arredondo L<sup>22</sup>, en que reportó el predominio del género femenino con 55,26 % sobre el 44,74 % del masculino; asimismo, en la investigación de Ocampo P<sup>48</sup>, obtuvo una ligera preponderancia del género femenino con 57,84 % sobre el 42,16 % del masculino; resultados similares reportó Rubiños A<sup>24</sup>, en el que influye el género femenino con 70 % sobre el 30 % del masculino; por otro lado se tiene la información de la ENDES, 2020<sup>6</sup>, en el que afirmaron que en nuestro país la HTA es frecuente en varones con 21,3 % y en mujeres con 12 %.

La preponderancia del género femenino con HTA en adultos mayores efectuados en diversos estudios, obedecería al factor de la edad en la que se ve incrementada la rigidez de las arterias; al igual que la alteración que se produce a nivel del perfil lipídico en mujeres posmenopáusicas, quienes son propensas a padecer enfermedades cardíacas. Se sabe que los estrógenos endógenos son hormonas que cumplen un rol en el organismo como es el de protección del sistema cardiovascular y su disminución en mujeres después de la menopausia es una de las causas que originaría la HTA; y por ello se presentaría con mayor frecuencia en atenciones clínicas. Por otro lado, se asume que la mayoría de mujeres que acuden a consultas médicas, estaría asociada con la manera de responsabilizarse por su salud y la patología, por los roles sociales que le recae en comparación con los varones.

La población de estudio (tabla 4), estuvo comprendida con edad entre 40 a 80 años, hallándose el grupo etáreo más representativo de 60 a 69 años con 45 %; datos que llegaron a coincidir con la investigación efectuada por Ayala et al.<sup>25</sup>, en los que evidenciaron un aumento de pacientes con HTA en el grupo etáreo de 60 a 69 años con 43 %, comprendida entre 40 a 70 años a más de edad; por lo que, se llegó a coincidir con estudios que demostraron un aumento en la prevalencia de la HTA a medida que se va incrementado la edad de la persona. Por otro lado, se apreció datos que no se asemejan con lo manifestado por Rubiños A<sup>24</sup>, en el estudio que realizó en pacientes con HTA en el que reportó, la edad admitida entre 70 a 89 años, siendo el grupo etáreo más representativo entre 80 a 89 años con 48 %, esta respondería a una población de estudio de pacientes, que se caracterizan por poseer una edad avanzada, pluripatología, polimedicados que dificultaron continuar con el adecuado tratamiento farmacológico.

En el estado de estudio y evaluación, se identificó 14 PRM (tabla 5), siendo las causas de mayor frecuencia el incumplimiento terapéutico con 50 %, seguida de actitudes negativas del paciente con 36 %; resultados que concuerdan con Rubiños A<sup>24</sup>, que identificó 48 PRM, donde también predominó el incumplimiento terapéutico con 17 %, seguida de la probabilidad de efectos adversos con 15 %; de igual manera, estudio efectuado por Valdiviezo K<sup>49</sup>, identificó 46 PRM, siendo los más relevantes el incumplimiento terapéutico con 37,7 % seguido por conservación inadecuada del medicamento con 26 %; por su parte, Arredondo L<sup>22</sup>, identificó 47 PRM, en el que prevaleció el incumplimiento terapéutico con 55,4 % seguida de la probabilidad de efectos adversos con 16,2 %. El incumplimiento terapéutico voluntario se relaciona con las actitudes negativas que presenta el paciente con patología crónica; en el que inicia a tomar decisiones propias basadas en su idiosincrasia sin tener en cuenta las recomendaciones e instrucciones de la terapia farmacológica que debe seguir proporcionada por el prescriptor tratante y en otros casos se da de manera inconsciente principalmente por olvido.

En el incumplimiento terapéutico, se debe considerar una serie de barreras que favorecen o facilitan la presencia del incumplimiento como tal y entre ellas se tiene, la carencia de conocimientos sobre la enfermedad y sus complicaciones, la falta de actitud positiva para conllevar una enfermedad crónica, la dificultad de recodar la dosis de administración del medicamento, la existencia de efectos adversos producidos por los medicamentos, la falta de acompañamiento del entorno familiar y la sociedad, la carencia o escaso acompañamiento sanitario; y finalmente se tiene la decisión racional del propio paciente que coadyuva con el incumplimiento de la terapia farmacológica<sup>11,12,37</sup>.

De los 14 RNM identificados (figura 1), se encontró 50 % que correspondieron a necesidad y 29 % a efectividad; siendo los de mayor frecuencia, RNM 1 y RNM 3 (tabla 6); datos que coincidieron con la investigación de Rubiños A<sup>24</sup>, que obtuvo 48 RNM, registrando 54 % relacionados con necesidad y 29 % con seguridad; análogos resultados obtuvieron en la investigación que realizaron Flores et al.<sup>50</sup>, quienes identificaron 52 % relacionados con necesidad y 33 % con seguridad; asimismo, Ayala et al.<sup>25</sup>, reportaron 66 % relacionados con necesidad y 24 % con efectividad; por otra parte, resultados discrepantes en la investigación de Arredondo L<sup>22</sup>, que encontró 63 RNM, con alta incidencia a problemas relacionados de ineffectividad con 74,6 % e inseguridad con 20,63 %; al igual que García et al.<sup>19</sup>, que determinaron 232 RNM, predominando los de seguridad con 75,4 % y efectividad con 17,7 %.

Respecto al control de la PAS y PAD, fue el principal valor que se registró en cada una de las sesiones programadas durante el período de estudio, el que sirvió de indicador en la evaluación de resultados del SFT. Es decir, en la figura 2, al inició del estudio la media de PAS fue 147 mm Hg y PAD fue 89 mm Hg; al culminar, la PAS fue 128 mm Hg y PAD fue 79 mm Hg, existiendo una disminución significativa ( $p < 0,05$ ) de la PAS y PAD. Por su parte, Arredondo L<sup>22</sup>, reporto al inicio del estudio la media de PAS de 130 mm Hg y PAD de 73,95; y después de la intervención farmacéutica, la PAS fue 117,63 mm Hg y PAD fue 70,26 mm Hg, en el que consiguió disminuir significativamente la PAS y PAD. En el estudio efectuado por Rubiños A<sup>24</sup>, las medias de la PAS y PAD

disminuyeron significativamente, en el que reportó la PAS de 138 mm Hg a 130 mm Hg y PAD de 85 mm Hg a 80 mm Hg en el grupo de SFT. Además, Rodríguez A<sup>51</sup>, reportó valores iniciales y finales de las medias de PAS y PAD en el que logró disminuir significativamente en el grupo de SFT; en el que reportó la PAS de 137,68 mm Hg a 130,08 mm Hg y PAD de 80,84 mm Hg a 77,45 mm Hg.

Referente a los valores de PA en el grupo control (figura 3), los resultados muestran, al inicio del estudio la media de PAS fue 143 mm Hg y PAD fue 89 mm Hg; al culminar, la PAS fue 144 mm Hg y PAD fue 88 mm Hg, no existiendo un cambio significativo ( $p > 0,05$ ) para la PAS y PAD. Los resultados de los niveles de PA, obtenidos no conducen al control y mantenimiento de PA en pacientes al final del estudio; debido a la falta de adherencia terapéutica, mejores condiciones de salubridad, disminución de factores de riesgo asociados, prevención de PRM, resolución de RNM; lo que si evidencia los resultados del grupo de SFT con la disminución y mantenimiento de los valores de PA al final del estudio.

Por lo que, al final del estudio se logró disminuir y controlar la PA en pacientes con HTA en mayor porcentaje en el grupo de SFT; al respecto es importante señalar que las distintas guías de práctica clínica, existentes actualmente convergen en señalar en que la cifra óptima es 120/80 mm Hg, mientras unos aceptan dos estadios otros mantienen tres, y únicamente la del *Joint National Committee VII (JNC-VII)*<sup>35</sup> incluye el concepto de prehipertensión siendo esta última la que adopta la Sociedad Peruana de Cardiología, siendo válido para efectos de diagnóstico. Sin embargo, se considera que el punto de quiebre para hipertensión en consultorio médico es 140/90 mm Hg.

Respecto a la apreciación de la CVRS, se empleó un cuestionario previa validación con el propósito de certificar su medición en las personas que fueron parte del estudio<sup>42,43,44</sup>. En el que se procedió con el análisis clínico y la evaluación del efecto del tratamiento terapéutico en los primeros diez pacientes con HTA sobre la CVRS, que se presentaron en el consultorio externo de cardiología del Hospital Regional de Ayacucho y que fueron admitidos con los

criterios de inclusión. Para ello, se empleó un formulario de entrevista para la validación, que se realizó posterior al desarrollo del cuestionario MINICHAL, que estuvo constituido por nueve ítems, de ellas cinco pertenecían a preguntas con respuestas cerradas y cuatro a preguntas con respuestas abiertas, las cuales fueron elaboradas en relación a las respuestas de las cinco primeras preguntas.

Los valores de la CVRS, en el grupo control (figura 4), muestran los resultados al inicio del estudio, la media del estado emocional fue 12,8 y manifestaciones somáticas fue 7,7; al culminar, el estado emocional fue 14, no existiendo una diferencia significativa ( $p > 0,05$ ) y, para las manifestaciones somáticas fue 8, no existiendo una diferencia significativa ( $p > 0,05$ ). Por lo tanto, los resultados a los que se arribó coinciden con otras investigaciones similares efectuadas en las que manifiestan, una carencia CV en pacientes con HTA en comparación con las personas que no la padecen<sup>18,25,34</sup>.

De igual manera, la CVRS es la percepción relacionada especialmente con la aparición de síntomas que provienen de la patología en sí, al elevarse la PAS y PAD de manera desproporcional o debido a efectos nocivos del tratamiento<sup>50,51,52</sup>. Sin embargo, para el grupo de SFT la CVRS (figura 5), al inicio del estudio la media del estado emocional fue 13,3 y manifestaciones somáticas fue 7,7; al culminar, el estado emocional fue 4,1; existiendo una diferencia significativa ( $p < 0,05$ ) y, para las manifestaciones somáticas fue 3,4; existiendo una diferencia significativa ( $p < 0,05$ ). Resultados que coincidieron con el estudio de Ayala et al.<sup>25</sup>, en los que evidenciaron los valores de la CVRS promedio de la media inicial de 9 y final de 4,7 para el grupo con intervención farmacéutica. Estos cambios en los resultados obtenidos, se deben a la disminución de los síntomas por la acción en la educación en temas de HTA y sus complicaciones, informaciones y la aplicación sobre recomendaciones preventivas de la HTA, adherencia terapéutica y la actitud positiva del paciente para enfrentar de manera ecuánime la enfermedad crónica ante sí mismo y su entorno.

## **VI. CONCLUSIONES**

1. El seguimiento farmacoterapéutico realizado en pacientes con hipertensión arterial, atendidos en el Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena, mejoró la calidad de vida relacionada con la salud.
2. El sexo predominante, fue femenino y el grupo de edad más frecuente fluctuó los 60 a 69 años.
3. Los problemas relacionados con los medicamentos de mayor frecuencia fue el incumplimiento terapéutico y se identificaron 14 resultados negativos asociados a los medicamentos, predominando el problema de salud no tratado.
4. El seguimiento farmacoterapéutico permitió la disminución de la presión arterial promedio y en el grupo control no hubo cambios.
5. La calidad de vida relacionada con la salud en el estado emocional y manifestaciones somáticas, en pacientes hipertensos, en ambos grupos al inicio fueron similares; sin embargo, al finalizar el estudio mejoró en el grupo de seguimiento farmacoterapéutico y no hubo mejoría en el grupo de control.

## **VII. RECOMENDACIONES**

1. Continuar con estudios de adherencia terapéutica, intervención farmacéutica, educación farmacológica y no farmacológica, farmacoeconomía, y el impacto socioeconómico.
2. Implementar una unidad de Atención Farmacéutica en el Hospital Regional de Ayacucho, que brinde el servicio de SFT a pacientes con patologías crónicas permitiendo controlar la HTA al inicio, durante y después de su diagnóstico.
3. Hacer partícipe de las actividades asistenciales a los profesionales relacionados con la salud, en el control de la PA, atención médica, educación farmacológico y no farmacológico.
4. El químico farmacéutico debe continuar realizando estudios similares en los diferentes ámbitos asistenciales, haciendo uso del método Dáder de SFT en patologías catalogadas como crónico que afectan a la comunidad.
5. Involucrar al entorno familiar del paciente en las actividades del SFT, con el propósito de coadyuvar con el control de la PA y el restablecimiento de la salud.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Espinosa A.** Hipertensión arterial: cifras para definirla al comenzar 2018. Revista Finlay. 2018; 8 (1): p. 66-74.
2. **Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al.** Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). European heart journal. 2018; 39 (33): p. 3021-3104.
3. **Organización Mundial de Salud.** Hipertensión [Internet]. 2021 [Consultado 2021 Oct 16]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
4. **Whelton PK, Carey RM.** The 2017 clinical practice guideline for high blood pressure. Jama. 2017; 318 (21): p. 2073-2074.
5. **Ministerio de Salud del Perú.** Mide tu presión y ayuda a tu corazón [Internet]. Lima: Perú; 2021 [Consultado 2021 Sep 10]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/campa%C3%B1as/361-mide-tu-presion-y-ayuda-a-tu-corazon>
6. **Instituto Nacional de Estadística e Informática.** Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES. Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2020 [Internet]. Lima: Perú; 2020 [Consultado 2020 Dic 30]. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1796/cap01.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1796/cap01.pdf)
7. **Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la lucha contra la hipertensión arterial** [Internet]. España; 2021 [Consultado 2021 Jul 12]. Disponible en: <https://seh-lelha.org/2021/05/03/documento-de-consenso-sobre-consulta-telematica-en-hipertension-y-riesgo-vascular/>
8. **Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud.** Día Mundial de la Hipertensión 2017: Conoce tus números [Internet]. Santiago: Chile; 2017 [Consultado 2020 May 20]. Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=)

13257:dia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-  
numeros&Itemid=42345&lang=es

9. **Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al.** Guía de práctica clínica de la ESH/ESC para el manejo de la hipertensión arterial, 2013. Hipertensión y riesgo vascular. 2013; 30: p. 4-91.
10. **Foro de Atención Farmacéutica, panel de expertos.** Documento de Consenso. Madrid: Editorial Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2008.
11. **Tercer Consenso de Granada.** Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). Ars Pharm. 2007; 48 (1): p. 5-17.
12. **Sabater D, Silva M, Faus M.** Método Dáder: Guía de seguimiento farmacoterapéutico. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (GIAF). 3a ed. España: La Gráfica S.C. And Granada; 2007.
13. **Paredero VM, Arrébola-López M, Berga-Fauria C, Pañella-Agusti F, Gómez-Moya B.** Impacto en la calidad de vida. Angiología. 2003; 55: p: 250-259.
14. **Bruce B, Fries JF.** The Stanford Health Assesment Questionnaire: Dimensions and Practical Applications. Health and quality of life outcomes. 2003; 1 (1): p. 1-6.
15. **Viñeta ED.** Control y seguimiento de medicación en pacientes hipertensos. Pharmaceutical Care España. 1999; 1 (11): p. 28-34.
16. **Buenas Prácticas del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.** Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en Farmacia Comunitaria. España; 2014.
17. **Oliveira D, Varela N.** La investigación cualitativa en Farmacia: aplicación en la Atención Farmacéutica. Revista Brasileira de Ciencias Farmacéuticas. 2008; 44: p. 763-772.

18. **Ballesteros S.** Aspectos sobre la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hipertensos y otros factores de comorbilidad [tesis doctoral]. España: Universidad Miguel Hernández; 2017.
19. **García D, Lores D, Dupotey N, Espino D.** Atención farmacéutica en adultos mayores hipertensos. Una experiencia en la atención primaria de salud en Cuba. *Ars Pharmaceutica*. 2018; 59 (2): p. 91-98.
20. **Luque R, Martínez-Martínez F, Martí M, Gastelurrutia MA, Dago A, Andrés J.** Revisión sistemática de los estudios españoles sobre atención farmacéutica comunitaria en hipertensión arterial. *Pharmaceutical Care España*. 2014; 16 (5): p. 193-202.
21. **Gómez M, García C, Gómez V, Mondragon P.** Calidad de vida en pacientes que viven con hipertensión arterial sistémica. *Revista mexicana de enfermería cardiológica*. 2011; 19 (1): p. 7-12.
22. **Arredondo L.** Impacto del seguimiento farmacoterapéutico a pacientes crónicos, adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Atención Primaria II Óscar Fernández Dávila EsSalud - Tacna, Julio a Setiembre del 2018 [tesis]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2019.
23. **Pinillos VDP.** Impacto del seguimiento farmacoterapéutico ambulatorio en pacientes hipertensos que acuden al centro de salud unión en el periodo abril-noviembre del 2015 [tesis de Maestría]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2017.
24. **Rubiños A.** Seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con hipertensión arterial del Albergue Central Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro [tesis de Maestría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
25. **Ayala L, Condezo K, Juárez J.** Impacto del seguimiento farmacoterapéutico en la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con hipertensión arterial. *Ciencia e Investigación*. 2010; 13 (2): p. 78-81.
26. **Silva M.** Evaluación del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hospitalizados. Análisis del método Dáder y su implantación en diferentes servicios asistenciales [tesis doctoral]. España: Universidad de Granada; 2010.

27. **Foro.** Documento sobre PRM y RNM: conceptos y definiciones. Farmacéuticos. 2006; 315: p. 28-29.
28. **World Health Organisation.** WHOQOL- Study Protocol: the development of World Health Organization Quality of Life assessment instrument. Publication. MNH/PSF/93.9. Geneva, Switzerland: Division of Mental Health. 1993.
29. **Bulpit CJ.** Quality of life as an outcome measure. Postgrad Medical Journal. 1997; 73 (864): p. 613-616.
30. **Patrick D, Erickson P.** Assessing health-related quality of life for clinical decision-making. Quality of life assessment: Key issues in the 1990s. Springer, Dordrecht. 1993; p. 11-63.
31. **Shumaker SA, Naughton MJ.** The international assessment of health-related quality of life: a theoretical perspective. In: Shumaker SA, Berzon R (Eds). Quality of life: theory, translation, measurement and analysis. Ed. Oxford: Rapid Communications of Oxford. 1995; p. 3-10.
32. **Schwartzmann L.** Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Ciencia Enfermería. 2003; 9 (2): p. 9-21.
33. **Pardo MA, Fuster R.** Medidas de resultados en las UFPE. En: Fuster R, Pardo MA, Ventura JM, editores. Manual para las unidades de atención farmacéutica a pacientes externos (UFPE) de servicios de farmacia hospitalaria. Valencia: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). 2007; p. 53-70.
34. **Soto M, Failde I.** La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. Revista de la Sociedad Española del Dolor. 2004; 11 (8): p. 53-62.
35. **Chobanian A, Bakris G, Black H, Cushman W, Green L, Izzo M, et al.** The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: the JNC 7 report. Jama. 2003; 289 (19): p. 2560-2571.
36. **Ministerio de Salud.** Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva. 2015.

37. **Machuca M, Parras M.** Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre hipertensión. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. España. 2003.
38. **Supo J.** Seminario de investigación científica: Metodología de la Investigación para las Ciencias de la Salud. Perú: Editorial Bioestadístico EIRL; 2014.
39. **Hernandez R, Fernández C, Baptista P.** Metodología de la Investigación. 6a ed. México: Editorial Mc Graw-Hill; 2014.
40. **Baena P.** Metodología de la investigación. 3ª ed. México: Grupo Editorial Patria; 2017.
41. **Valderrama S.** Pasos para elaborar proyectos de investigación científica: Cuantitativa, Cualitativa y Mixta. 5a ed. Perú: Editorial San Marcos EIRL; 2015.
42. **Badia X, Roca-Cusachs A, Dalfo A, Gascon G, Abellan J, Lahoz R, et al.** Validation of the short form of the Spanish Hypertension Quality of Life Questionnaire (MINICHAL). *Clinical Therapeutics*. 2002; 24 (12): p. 2137-2154.
43. **Schulz RB, Rossignoli P, Correr CJ, Fernández-Llimós F, Detoni PM.** Validation of the short form of spanish hypertension quality of life questionnaire (MINICHAL) for portuguese (Brasil). *Arquivos Brasileiros Cardiologia*. 2007; 90 (2): p. 139-144.
44. **Melchioris A, Correr C, Pontarolo R, De Oliveira F.** Calidad de vida en pacientes hipertensos y validez competitiva del Minichal-Brasil. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 94 (3): p. 343-349.
45. **Adler AJ, Prabhakaran D, Bovet P, Kazi DS, Mancia G, Mungai-Singh V, et al.** Reducing cardiovascular mortality through prevention and management of raised blood pressure. *Glob Heart*. 2005; 10 (2): p. 111-122.
46. **Sociedad Peruana de Hipertensión Arterial y Sociedad Peruana de Cardiología** [Internet]. Lima: Perú; 2021 [Consultado 2021 Dic 28]. Disponible en: <https://sopecard.org/sesion-conjunta-sociedad-peruana-de-hipertension-arterial-y-sociedad-peruana-de-cardiologia/>

- 47. Instituto Nacional de Estadística e Informática.** Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES. Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2020 [Internet]. Lima: Perú; 2020 [Consultado 2020 Dic 30]. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1796/cap01.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1796/cap01.pdf)
- 48. Ocampo P.** Factores influyentes sobre el estado de la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes hipertensos [tesis doctoral]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2015.
- 49. Valdiviezo K.** Seguimiento farmacoterapéutico a pacientes hipertensos del servicio de consulta externa del Centro de Salud plan piloto Tipo A del cantón la Concordia provincia Santo Domingo de los Tsáchilas [trabajo final de grado]. Ecuador: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2019.
- 50. Flores L, Segura C, Quesada MS, Hall V.** Seguimiento farmacoterapéutico con el Método Dáder en un grupo de pacientes con hipertensión arterial. *Pharmacy Practice*. 2005; 3 (3): p. 154-157.
- 51. Rodríguez A.** Seguimiento farmacoterapéutico en el control de pacientes hipertensos [tesis doctoral]. España: Universidad de Granada; 2014.
- 52. Atequipa R, Damian J.** Implementación de un programa de seguimiento farmacoterapéutico y su efecto en la calidad de vida en pacientes hipertensos en el centro materno infantil “Laura Rodríguez Dulanto Duksil”. Comas, 2018 [tesis]. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 201

## **IX. ANEXOS**

## ANEXO 1.

### UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA ESCUELA DE POSGRADO

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**TÍTULO:** Seguimiento farmacoterapéutico en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena", Ayacucho 2019.

#### Declaración del paciente:

Yo,.....  
identificado con DNI N° ....., paciente atendido del consultorio externo del Servicio de Cardiología del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho. Acepto participar en forma voluntaria en el programa de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) dirigidos a pacientes con hipertensión arterial.

1. Declaro que:

- Me brindaron información detallada sobre la investigación.
- Realice preguntas referido a la investigación.
- Recibí la información de la investigadora.

2. Entiendo que mi participación es voluntaria.

3. Entiendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando yo desee
- Sin dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

4. Entiendo que ninguna información podrá ser entregada a otras personas que no sea la investigadora implicada en la investigación y asimismo no seré identificado en ningún informe del estudio.

Existiendo la información vertida en los puntos anteriores, DOY MI CONSENTIMIENTO a la investigadora para la realización del seguimiento farmacéutico, con todo lo expresado en este documento y sin necesidad de autenticación por notario, lo suscribo.

Fecha: / /

\_\_\_\_\_  
Firma del participante  
(paciente)

\_\_\_\_\_  
Firma de la investigadora  
Vivian Vilma Falconi Oré

## ANEXO 2.

### UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA ESCUELA DE POSGRADO

#### FICHA FARMACOTERAPÉUTICA

<b>I. DATOS PERSONALES</b>				<b>FECHA:</b>	
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>					
<b>DIRECCIÓN ACTUAL:</b>				<b>PROCEDENCIA:</b>	
<b>OCUPACIÓN:</b>	<b>FECHA NAC.</b>	<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>	<b>M</b>	<b>F</b>
<b>TELÉFONO:</b>	<b>NOMBRE DEL PARIENTE</b>				
<b>Antecedentes familiares:</b>					
<b>Antecedentes patológicos / diagnóstico actual:</b>					
<b>Problemas de salud:</b>					
<b>Funciones vitales:</b>					
<b>Hábitos de consumo:</b>					
<b>Hábitos alimenticios y/o dietéticos:</b>					
<b>Ejercicios físicos:</b>					
<b>Pruebas de laboratorio:</b>					
<b>Medicamentos que uso en el pasado:</b>					
<b>Medicamentos que usa actualmente:</b>					
<b>Médicos tratantes:</b>					

### ANEXO 3.

## UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA ESCUELA DE POSGRADO

### CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA PARA LA HTA

Nombre y apellidos:..... Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### Objetivo

La finalidad del cuestionario es conocer su opinión en los últimos siete días acerca de la calidad de vida. Su opinión es fundamental para el mejoramiento del proceso de SFT.

#### Instrucción

Marque con un aspa (X) la opción que mejor corresponda en cada pregunta. No marca más de 2 respuestas en cada pregunta.

N°	Ítems	Valoración			
		No, en absoluto 0	Sí, algo 1	Sí, bastante 2	Sí, mucho 3
I	<b>ESTADO DE ÁNIMO</b>	0	1	2	3
1	¿Ha tenido dificultades para conciliar el sueño?				
2	¿Ha tenido dificultades para continuar con sus relaciones sociales habituales?				
3	¿Le ha resultado difícil entenderse con la gente?				
4	¿Siente que no está jugando un papel útil en su vida?				
5	¿Se siente incapaz de tomar decisiones y empezar nuevas cosas?				
6	¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?				
7	¿Tiene la sensación de que la vida es una lucha continua?				
8	¿Se siente incapaz de disfrutar sus actividades habituales cada día?				
9	¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas?				
10	¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?				
II	<b>MANIFESTACIONES SOMÁTICAS</b>	0	1	2	3
11	¿Ha notado dificultades al respirar o sensación de falta de aire sin causa aparente?				
12	¿Se le han hinchado los tobillos?				
13	¿Ha notado que orina más a menudo?				
14	¿Ha notado sequedad de boca?				
15	¿Ha notado dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo?				
16	¿Ha notado una sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo?				
<b>VALOR EA:</b>		<b>VALOR MS:</b>		<b>VALOR TOTAL:</b>	

**ANEXO 4.**  
**FORMATO DE ESTUDIO Y EVALUACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

**I. DATOS GENERALES**

NOMBRE:				FECHA:	
SEXO: Femenino ( <input type="checkbox"/> ) Masculino ( <input type="checkbox"/> )	EDAD:	PESO:	Alergias:		

PROBLEMAS DE SALUD				MEDICAMENTOS				EVALUACIÓN					I.F.
Fecha de inicio	Problemas de Salud	Controlado	Preocupa	Fecha de inicio	Medicamento (p.a.)	Posología prescrita	Posología usada	PROCESO		RESULTADOS			Fecha
								Sospecha PRM	N	E	S	Sospecha RNM	
	A												
	B												
	C												
	D												
	E												
	F												
	G												

<b><u>OBSERVACIONES:</u></b>	<b>PARÁMENTROS</b>	<b>V.N.</b>
Preocupa <b>P</b> : Poco <b>R</b> : Regular <b>B</b> : Bastante		
Nota: Llenar las columnas correspondientes con los números que figuran a la izquierda de cada bloque		
Q.F. RESPONSABLE: VIVIAN VILMA FALCONI ORÉ		

## ANEXO 5.

### TRATAMIENTO:

#### ➤ Tratamiento farmacológico

Acudir a tu médico de confianza y cumplir con el tratamiento farmacológico.

Consulta con tu médico y/o farmacéutico sobre cambios que te produce el consumo de medicamentos.

#### ➤ Tratamiento farmacológico **no**

Conoce que viene hacer la hipertensión.

Cumplir con la prevención de hipertensión.

Controlar la presión arterial cada semana como máximo.

Modifica tu estilo de vida.

### COMPLICACIONES:

Las complicaciones de la hipertensión arterial causan anualmente 9,4 millones de muertes.



**Cerebro**  
Derrame cerebral



**Corazón**  
Infarto cardíaco



**Riñón**  
Insuficiencia renal



**Ojos**  
Ceguera

Están en tus posibilidades evitar las complicaciones de la hipertensión.

Tener el control de tu presión arterial es tu compromiso.

## Hipertensión Arterial



### DEFINICIÓN:

✓ La presión arterial es una fuerza ejercida contra las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea sangre al cuerpo.

✓ Hipertensión es el término que se utiliza para describir la presión arterial alta.

**¿Cómo prevenir y tratar esta enfermedad?**

## ¿Qué es la hipertensión?

Es un trastorno en el que la presión **en los vasos sanguíneos** es superior a lo normal

Valores normales de presión arterial: **120/80 mmHg.**

**NORMAL**



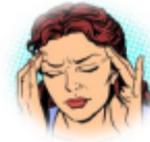
Se considera hipertensión cuando la presión arterial: **140/90 mmHg.**

**ALTA**



## SÍNTOMAS:

- ✓ Mareos, Náuseas
- ✓ Zumbidos de oídos
- ✓ Dolor de cabeza



- ✓ Visión borrosa
- ✓ Cansancio
- ✓ Dificultad al respirar



- ✓ Opresión en el pecho
- ✓ Hormigueo en manos y pies



## PREVENCIÓN:

*Significa tener en cuenta las recomendaciones:*

- Aumentar consumo de agua.
- Consumir frutas, verduras y alimentos bajos en grasa.
- Disminuir el consumo de sal.



- Control de peso corporal, disminuyendo la obesidad.
- Disminuir el estrés.
- Realizar ejercicio físico, disminuyendo el sedentarismo.



- Evitar el consumo de alcohol.
- No consumir café.
- Evitar el hábito de fumar.



## EVITA LAS COMPLICACIONES

Si no se controla o trata a tiempo, la hipertensión puede ocasionar:

**Derrame cerebral**  
Primera causa de discapacidad en el mundo

**Daño ocular**  
Lleva a la ceguera

**Infarto cardíaco**  
Primera causa de muerte en el mundo

**Insuficiencia renal**  
Lleva a hemodiálisis

## Cuida tu corazón

Sigue estos consejos y evita la hipertensión:

- Mantén un peso adecuado
- Realiza al menos 30 minutos de actividad física al día en tu tiempo libre
- No agregues sal a tus comidas
- Disminuye el consumo de grasas de origen animal
- Evita el consumo de alcohol
- Decídete a dejar de fumar



## Mide tu PRESIÓN y ayuda a tu *corazón*



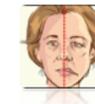
### ¿Qué puede pasar si no se le trata la hipertensión?

La presión arterial no presenta síntomas y se le considera una enfermedad silenciosa.

La presión arterial alta puede causar:



Insuficiencia Renal



Derrames



Ataques Cardiacos



Ceguera

## PRESIÓN ARTERIAL



Es la presión que ejerce la sangre contra la pared de las arterias. Esta presión permite que la sangre circule por los vasos sanguíneos y aporte oxígeno y micronutrientes a todos los órganos del cuerpo, para su funcionamiento.

## HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Una persona es hipertensa si su presión arterial es igual o **mayor a 140/90 mm Hg** en dos o más oportunidades medida en condiciones adecuadas.

Sin embargo, si tus valores de presión arterial están por encima de los **120/80 mm Hg** debes acudir al médico e iniciar los cambios en tu estilo de vida (alimentación saludable y actividad física).

## SÍNTOMAS

No presenta síntomas. Sin embargo, se puede sentir dolor de cabeza, mareos, visión borrosa o náuseas. Cuando no hay señales de advertencia, la enfermedad puede pasar desapercibida durante muchos años.

## ¿Quiénes pueden padecerla?

Puede presentarse en todas las personas a cualquier edad. Sin embargo, los hombres tienen mayor riesgo a padecerla.

## Factores de riesgo:

- ✓ Uso excesivo de sal en las comidas
- ✓ Antecedentes familiares de hipertensión arterial, diabetes, sobrepeso y obesidad.
- ✓ Colesterol y triglicéridos altos
- ✓ Estrés o ansiedad
- ✓ Bajo consumo de frutas y verduras
- ✓ Falta de actividad física
- ✓ Fumar cigarrillos
- ✓ Exceso de estrés mental

## Mide tu presión:

La hipertensión arterial puede ser identificada y tratada oportunamente, así evitarás posibles daños a tu corazón, cerebro, riñón y ojos. La única forma de saber si tienes la enfermedad es midiendo tu presión regularmente.

## ¿Cómo se mide?

Se mide con un dispositivo llamado tensiómetro y con la ayuda de un estetoscopio que te muestra dos números, el primero corresponde a la presión sistólica y el segundo a la presión diastólica separados por una barra, y los valores normales tienen que ser menores a 120/80 mm Hg.



**UNSCH**ESCUELA DE  
POSGRADO**CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD 016-2023-UNSCH-EPG/EGAP**

El que suscribe; responsable verificador de originalidad de trabajo de tesis de Posgrado en segunda instancia para la Escuela de Posgrado - UNSCH; en cumplimiento a la Resolución Directoral N<sup>º</sup> 198-2021-UNSCH-EPG/D, Reglamento de Originalidad de trabajos de Investigación de la UNSCH, otorga lo siguiente:

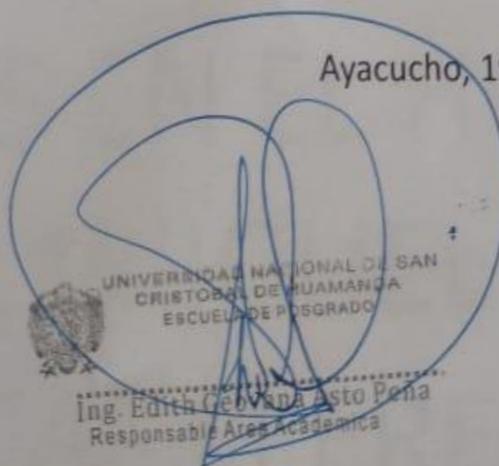
**CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD**

<b>Autor:</b>	Bach. VIVIAN VILMA FALCONI ORÉ
<b>Maestría:</b>	ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y FARMACIA CLÍNICA
<b>Título de tesis:</b>	SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA", AYACUCHO 2019
<b>Evaluación de originalidad:</b>	5%
<b>N<sup>º</sup> de trabajo:</b>	1995587100
<b>Fecha:</b>	19-ene.-2023

Por tanto, según los artículos 12, 13 y 17 del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación, es procedente otorgar la constancia de originalidad con depósito.

Se expide la presente constancia, a solicitud del interesado para los fines que crea conveniente.

Ayacucho, 19 de enero del 2023.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN  
CRISTÓBAL DE HUAMANGA  
ESCUELA DE POSGRADO

Ing. Edith Geovana Asto Peña  
Responsable Área Académica

SEGUIMIENTO  
FARMACOTERAPÉUTICO EN LA  
CALIDAD DE VIDA  
RELACIONADA CON LA SALUD  
EN PACIENTES CON  
HIPERTENSIÓN ARTERIAL  
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL  
REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL

Fecha de entrega: 19-ene-2023 03:23p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 100537100

Nombre del archivo: TESIS\_POSTGRADO\_Vivian\_Vilma\_Falconi\_Ore.pdf (1.87M)

Total de palabras: 9996

Total de caracteres: 53110

MARISCAL LLERENA",  
AYACUCHO 2019

*por* Falconi Oré Vivian Vilma

# SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA", AYACUCHO 2019

INFORME DE ORIGINALIDAD

5%

INDICE DE SIMILITUD

5%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

2%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	1library.co Fuente de Internet	1%
2	revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga Trabajo del estudiante	1%
5	hdl.handle.net Fuente de Internet	<1%
6	edoc.pub Fuente de Internet	<1%
7	repositorio.uladech.edu.pe Fuente de Internet	<1%

8

repositorio.unsch.edu.pe  
Fuente de Internet

<1 %

9

repositorio.ucv.edu.pe  
Fuente de Internet

<1 %

Excluir citas      Activo

Excluir bibliografía      Activo

Excluir coincidencias      < 30 words

Acta de sustentación de tesis de la Bach. Vivian Vilma Falconi Oré

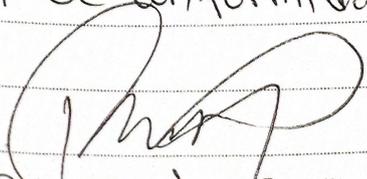
R.D. N° 0573-2021-UNACH-EPQ.D.

(Maestría en Ciencias, Mención en Atención Farmacéutica y Farmacia Clínica)

En la ciudad de Ayacucho, siendo las 2:10 pm. del día veintinueve de diciembre del año dos mil veintiuno, en el auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, se reunieron los miembros del Jurado calificador conformado por el Dr. Emilio Ramírez (Presidente), Director

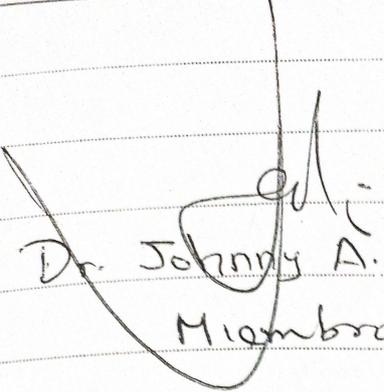
Grafiresa

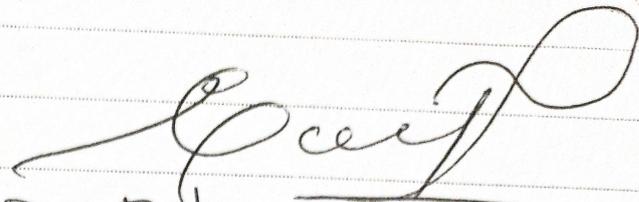
de la Escuela de Posgrado, Dra. Julia Cristina Salcedo Cancho (Directora de la UPG - FCS), Dr. Johnny Aldo Tineo Sayo (miembro) y Dr. Edwin Carlos Enciso Roca (miembro), quien además actúa como Secretario docente encargado, para recibir y calificar la sustentación de la tesis "SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ANGE LLERENA" <sup>MDRISCOL</sup> ~~LLERENA~~ <sup>MDRISCOL</sup> ~~LLERENA~~ Y DISCUCIÓN 2021", presentado por la Bach. Vivian Vilma Falconi Oré, con la cual aspira obtener el grado de Maestro en Especialización Farmacéutica y Farmacia Clínica. El presidente del Jurado Dr. Emilio Germán Ramírez Roca, dispuso al secretario docente, dar lectura a la Resolución Directoral N° 0575-2021-UNSCM-EPG-D, en seguida invitó a la aspirante dar inicio a la sustentación y defensa pública de la tesis mencionada en el tiempo reglamentario, conforme lo establece el reglamento. Finalizada la exposición, los miembros del Jurado formularon las preguntas y observaciones en el orden siguiente: Dr. Edwin C. Enciso Roca, Dr. Johnny A. Tineo Sayo, Dra. Julia C. Salcedo Cancho y finalmente el Dr. Emilio Ramírez Roca. Las preguntas fueron absueltas por la aspirante, en tanto las observaciones deben ser subsanadas en la versión final de la tesis a entregar. Luego de ello el presidente del Jurado, invitó al aspirante y al público asistente abandonar momentáneamente el auditorio para dar paso a la deliberación y calificación para cada uno de los miembros del Jurado y el resultado promedio es de Diecisiete (17) aprobado por unanimidad, siendo las 3:40 p.m. finaliza el acto de sustentación. En fe de lo cual firman los asistentes al pie del presente, en señal de conformidad y compromiso.

  
Dr. Emilio G. Ramírez Roca  
Presidente

  
Dra. Julia C. Salcedo Cancho  
Miembro - DUGP-FCS



  
Dr. Johnny A. Tinoco Jayo  
Miembro

  
Dr. Edwin C. Enciso Roca  
Miembro - Secretario-Docente