

Caracterización del uso de medicamentos en pacientes con hipertensión arterial

Characterization of the use of medications in patients with arterial hypertension

Lina Neri Espinosa Pire^{1*} <https://orcid.org/my-orcid?orcid=0000-0001-6498-473X>

Abdel Bermúdez-del Sol¹ <https://orcid.org/0000-0002-0777-7635>

Douglas Fernando Constante Samaniego¹ <https://orcid.org/0000-0002-2320-3818>

Erick Armando Gálvez Campoverde²

¹Universidad Regional Autónoma de los Andes (UNIANDES), Ecuador.

²Grupo de Investigación de Farmacología. Maestría en Farmacia Clínica y Hospitalaria. Centro de Salud Tipo C del Cantón Catamayo, Provincia de Loja, Ecuador.

*Autor para correspondencia: ua.linaespinosa@uniandes.edu.ec

RESUMEN

Introducción: El problema relacionado con la medicación (PRM) es cualquier suceso que se puede presentar en un paciente, el cual puede estar relacionado o producido con el tratamiento, el cual va a interferir con el resultado de salud del paciente. El seguimiento es un servicio integral que trata de asegurar una farmacoterapia óptima con la finalidad de detectar, prevenir y resolver los posibles problemas relacionados con los medicamentos.

Objetivo: caracterizar el uso de medicamentos en pacientes con hipertensión arterial.

Métodos: La metodología empleada para la indagación se basó en pautas del método Dáder, así también para la recolección de información, se recurrió a la revisión de las historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial. Se entrevistaron 50 informantes clave de ambos sexos, con 35 años o más.

Resultados: Entre los resultados más relevantes de la investigación se evidenció que la mayoría de los pacientes utilizaban una terapia combinada, por otra parte, al realizar el seguimiento se demostró que existían problemas de descompensación en la presión en aquellas personas que, no tratado eficientemente su enfermedad, así como en aquellos que emplearon medicamentos innecesarios, dando origen a problemas de salud secundarios.

Conclusiones: Las causas de PRM se encuentran en el incumplimiento voluntario o involuntario del tratamiento farmacológico por parte de los pacientes, siendo esta una las situaciones más frecuentes de fracasos en la terapia.

Palabras clave: Hipertensión arterial; medicación; problema relacionado con la medicación; método Dáder; Centro de Salud.

ABSTRACT

Introduction: Medication-related problem (DRP) is any event that may occur in a patient, which may be related to or produced with the treatment, which is going to interfere with the patient's health outcome. Follow-up is a comprehensive service that seeks to ensure optimal pharmacotherapy with the aim of detecting, preventing, and resolving potential medication-related problems.

Objective: To characterize the use of medications in patients with arterial hypertension.

Methods: The methodology used for the investigation was based on the guidelines of the Dáder method, as well as the review of the medical records of patients with

arterial hypertension. 50 key informants of both sexes, aged 35 years or older, were interviewed.

Results: Among the most relevant results of the investigation, it was evidenced that most of the patients used a combined therapy, on the other hand, upon follow-up, it was demonstrated that there were problems of decompensation in the pressure in those people who did not treat their disease efficiently, as well as in those who used unnecessary medications, giving rise to secondary health problems.

Conclusions: The causes of DRP are found in the voluntary or involuntary noncompliance with pharmacological treatment by patients, this being one of the most frequent situations of therapy failures.

Keywords: Arterial hypertension; medication; medication-related problem; Dáder method; Health Center.

Recibido: 04/05/2023

Aprobado: 31/05/2023

Introducción

Las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles se han convertido en un problema alarmante para la humanidad por la alta morbilidad que presentan y por sus consecuencias sobre el individuo, la familia y la sociedad.

Las características principales de este tipo de patología es que son incurables, permanentes e irreversibles con periodos de remisión y recaídas. Uno de los padecimientos crónicos muy comunes es la hipertensión arterial, que es una patología con un alto riesgo para el paciente de no ser controlada correctamente, por lo que requieren de tratamiento de larga duración para su adecuada evolución y

control, que deben ser mantenidos de manera sistémica durante toda la vida, lo que exige un comportamiento responsable y persistente.⁽¹⁾

Así también, se expone que la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce las diferentes políticas terapéuticas en pacientes con hipertensión arterial y la elevada magnitud terapéutica, así como sus repercusiones en la salud y considera que su atención debe ser una estrategia de trabajo priorizada por los sistemas de salud.

Varios autores manifiestan que es necesario que el paciente reciba la información suficiente para modificar las creencias acerca del tratamiento de la enfermedad, generar buenas prácticas de salud y fomentar una relación de calidad con el equipo de salud. Así mismo, se expone que las políticas terapéuticas para pacientes con hipertensión arterial son un tema joven dentro del campo de la salud, aunque existen ya diversas investigaciones alrededor del mundo. Por ejemplo, en China y las Islas Seychelles (África Oriental) se trabaja con pacientes hipertensos y solo el 43, 27 y 26 % respectivamente, se adhieren al régimen terapéutico.^(2,3)

Por su parte la OMS expone que en países desarrollados, como Estados Unidos, solo el 51 % se adhieren al tratamiento prescrito. En México un estudio con pacientes hipertensos evidencia que el 83 % no se encuentran apegados al tratamiento frente a un 18 % que si estaban apegados a este. En Ecuador, son pocos los estudios que se generan acerca de las diferentes políticas terapéuticas en pacientes con hipertensión arterial, sin embargo, no se lo toma desde una perspectiva de carácter obligatorio dentro de las políticas sanitarias para que se implemente una estrategia estandarizada a nivel de todo el sistema de salud.⁽⁴⁾

Se determina que la falta de cumplimiento con el régimen terapéutico conlleva a múltiples consecuencias de tipo clínico, como la resistencia al medicamento, la agudización de los problemas crónicos que deteriora la calidad de vida y retrasan el proceso de recuperación de la salud, y, por lo tanto, la gravedad del impacto clínico depende de la integración de tres factores el tipo de incumplimiento: la enfermedad tratada, la farmacodinamia y la farmacocinética del medicamento.⁽³⁾

El 15 % de la población cubana rural y el 30 % de la urbana son hipertensas. Lamentablemente el control de estos pacientes aún no es adecuado, ya que no sobrepasa el 50 % en la mayoría de los estudios que se revisan y se conoce que para lograr disminuciones importantes en la mortalidad cardio y cerebrovascular por Hipertensión Arterial (HTA) deben controlarse más del 85 % de ellos.^(5,6,7)

Se considera que estudios, como el de Framingham, MRFIT, Administración de Veteranos, y el MRC *Working Party* demuestran que los accidentes cardio y cerebrovasculares fatales y no fatales, se incrementan de forma progresiva con el aumento de las cifras sistólicas y diastólicas. Esta relación resulta ser fuerte, continuada, independiente, predictiva y etiológicamente significativa. Así se puede conocer que una persona mayor de 35 años que tenga cifras diastólicas de presión arterial superiores a 100 mm de Hg, sin recibir tratamiento regular, puede llegar a tener una reducción de su expectativa de vida equivalente a 16 años.^(8,9,10)

Precisamente, la presente investigación enfrenta el problema investigativo aquí detallado, para lo cual tiene como objetivo caracterizar el uso de medicamentos en pacientes con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud tipo C del cantón Catamayo, Ecuador.

Métodos

Información metodológica general

Esta investigación sobre los problemas relacionados con la medicación en pacientes con Hipertensión Arterial se realizó en el cantón Catamayo, provincia de Loja, Ecuador, para lo cual se llevó a cabo un estudio de tipo exploratorio-descriptivo. Se ejecutó entre los meses octubre de 2019 a octubre del 2020. En el trabajo de campo no fue necesario el uso de intérpretes ya que los informantes clave hablaban el mismo idioma. Para la recolección de los datos primarios se utilizó una entrevista basada en una guía.

Descripción del área de estudio

El cantón Catamayo se encuentra al sur de Ecuador, perteneciente a la provincia de Loja, al oeste de la ciudad de Loja, siendo sus límites: al norte por la provincia de El Oro y el cantón Loja, al sur con los cantones Gonzanamá y Loja, al este por el cantón Loja y al oeste por el cantón Chaguarpamba y el cantón Olmedo; sus coordenadas son Longitud: 79°21'32" O, Latitud: 3°59'11" S y a una altitud de 1.268 metros sobre el nivel del mar (Ver Figura 1).

El clima de Catamayo se clasifica como cálido seco y subtropical húmedo. El promedio de la temperatura está entre 24°C y 26°C, con una precipitación que fluctúa entre 500 y 700 mm.

Catamayo se asienta en la Hoya de Catamayo, en la llanura del valle, la cual es bañada por tres importantes ríos: Boquerón, Guayabal y Trapichillo, con la unión de estos cursos fluviales que da lugar al río Catamayo.

El relieve del valle de Catamayo es aproximadamente plano, el cual es limitado por colinas alargadas que se extienden con rubro noreste – sureste y que coinciden aproximadamente con la dirección general de la cordillera de los Andes.

El cantón Catamayo tiene una extensión de 649 km² y está dividido en dos parroquias urbanas: Catamayo y San José y cuatro parroquias rurales, las cuales son: El Tambo, Guayquichuma, San Pedro de la Bendita y Zambi.

En el cantón de Latacunga se asienta el pueblo indígena panzaleo, en conjunto con la población mestiza, la unión de los dos pueblos afianza la conexión del conocimiento de la utilización de las plantas medicinales para tratar sus principales dolencias.

Las encuestas fueron aplicadas en pacientes con hipertensión arterial que acudían al Centro de Salud tipo C del cantón Catamayo, provincia de Loja.

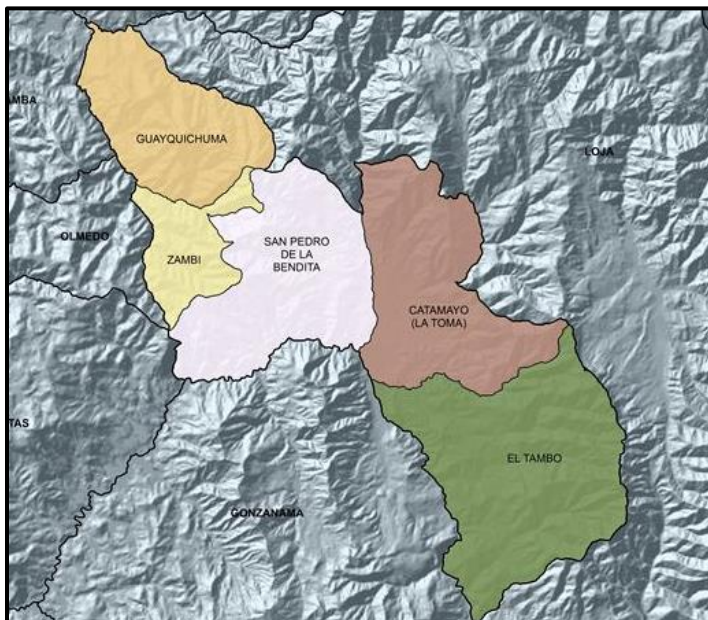


Fig. 1- Mapa político del cantón Catamayo.

Fuente: Sistema Nacional de Información; Catamayo-Loja.

Muestra estudiada

Se entrevistaron 50 informantes clave de ambos sexos, con 35 años o más, los cuales eran pacientes del Centro de Salud tipo C y padecían de Hipertensión Arterial.

Para seleccionar la muestra se realizó un muestreo intencional a los asistentes del Centro de Salud tipo C del Canto Catamayo.

Consideraciones éticas

Las entrevistas fueron realizadas bajo el consentimiento informado de cada persona y para conseguir su aprobación para ser entrevistado se les notificó todos los detalles científicos de la investigación (objetivo y alcance), insistiéndoles en la importancia del estudio y su relevancia al participar y al proporcionar información acerca de sus experiencias relacionadas a los problemas relacionados con su medicación. Se les aseguró que todos los datos brindados serían conservados de manera confidencial y anónima y después de terminar el estudio estos serían

archivados para la seguridad de estos y serían ocupadas solamente para fines científicos. Es así como se logró el consentimiento informado de forma verbal, de todas las personas entrevistadas.

Método Dáder

Se empleó el método Dáder, también conocido como Atención Farmacéutica Domiciliaria, el cual es una orientación de atención farmacéutica que se enfoca en el paciente y sus necesidades individuales. Fue desarrollado por un grupo de farmacéuticos españoles liderados por el Dr. Fernando Martínez-Martínez en la década de 1990, y se basa en un enfoque de seguimiento farmacoterapéutico personalizado y sistemático.

El método Dáder busca mejorar la calidad de vida de los pacientes a través de un seguimiento cercano y sistemático de su tratamiento farmacológico, identificando y resolviendo los problemas relacionados con los medicamentos y la adherencia al tratamiento. Este método se centra en la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con los medicamentos y en la promoción de la educación sanitaria del paciente.

El método Dáder consta de seis fases:

1. Recopilación de datos: se recopila información relevante sobre la salud del paciente, su tratamiento y su estilo de vida.
2. Identificación de problemas relacionados con los medicamentos: se identifican y analizan los problemas relacionados con los medicamentos, como la falta de adherencia, la ineffectividad, la seguridad y los efectos secundarios.
3. Establecimiento de objetivos terapéuticos: se establecen objetivos terapéuticos para mejorar la eficacia y la seguridad del tratamiento.
4. Planificación del seguimiento farmacoterapéutico: se planifica el seguimiento farmacoterapéutico para realizar un seguimiento del tratamiento y solucionar los problemas identificados.

5. Evaluación y seguimiento: se evalúa el tratamiento y se realiza un seguimiento de la evolución del paciente.
6. Documentación: se documenta todo el proceso en la historia clínica del paciente.

Se empleó el método Dáder porque ha demostrado ser efectivo para mejorar la adherencia al tratamiento, reducir los problemas relacionados con los medicamentos y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Es utilizado en muchos países de habla hispana y se considera uno de los modelos de atención farmacéutica más completos y eficaces.

Resultados

Características demográficas de la muestra estudiada

En total fueron entrevistados 50 informantes clave, en los cuales el rango de edad que predominó fue el comprendido entre 65 a 74 años lo cual fue un porcentaje del 40 % del total de los informantes. El sexo que predominó fue el masculino con un porcentaje de 72 %.

En la Tabla 1 se muestran las c Características demográficas de la muestra estudiada.

Tabla 1- Características demográficas de la muestra estudiada

Edad	N°	%
35 - 44	2	4
45 - 54	10	20
55 - 64	15	30
65 - 74	20	40
75 - 84	3	6

Sexo	N°	%
Femenino	14	28
Masculino	36	72

Estado nutricional de pacientes con hipertensión arterial

Al efectuar una recolección de datos sobre el estado nutricional de los pacientes hipertensos se logró determinar que el 56 % presentó una obesidad; con un 34 % se hallaban aquellas personas que se consideraban que tenían un sobrepeso y un 10 % demostró tener una nutrición considerada dentro de lo normal.

La Figura 2 expone el estado nutricional de los pacientes con hipertensión arterial.

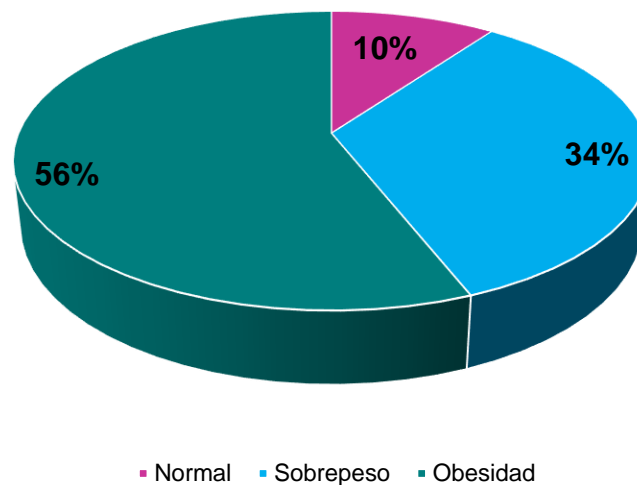


Fig. 2- Estado nutricional de pacientes con hipertensión arterial.

Terapia farmacológica en pacientes con Hipertensión arterial

Las terapias farmacológicas utilizadas en los pacientes con hipertensión arterial, de acuerdo a la indagación, se estableció ser la combinada como ARA II + Hidroclorotiazida (HCT) _IECA + HCT_ ARA II + HCT + calcio antagonista _

betabloqueante + ARA II + HCT la que demuestra ser más representativa con un 56 %, mientras que el 30 % empleaban la monoterapia IECA, ARA II, calcio antagonistas y un 14 % la politerapia hace énfasis a antihipertensivos + analgésicos, antibióticos, antimicóticos.

La Tabla 2 evidencia la terapia farmacológica en pacientes con hipertensión arterial.

Tabla 2- Terapia farmacológica en pacientes con hipertensión arterial

Terapia farmacológica	Frecuencia	Porcentaje
Monoterapia	15	30 %
Terapia combinada	28	56 %
Politerapia	7	14 %
Total	<u>50</u>	<u>100 %</u>

Seguimiento farmacéutico en pacientes con hipertensión arterial de acuerdo con la situación del paciente

Con respecto al seguimiento farmacéutico en pacientes con hipertensión arterial de acuerdo con la situación del paciente, se pudo determinar que el 48 % demostró tener problemas, manifestando su presión descompensada; el 34 % ostentaron riesgos de aparición de este tipo de dificultades y en un 18 % se pudo evidenciar que no presentaban problemas relacionados con la medicación.

En la Figura 3, se evidencia el seguimiento farmacéutico en los pacientes con hipertensión arterial, de acuerdo con su situación.

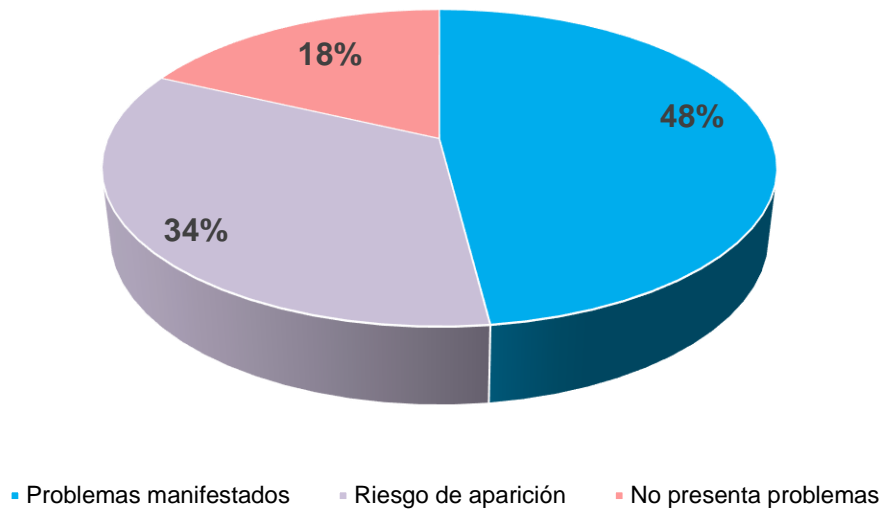


Fig. 3- Seguimiento farmacéutico en pacientes con hipertensión arterial de acuerdo con su situación.

Problemas relacionados a la medicación en pacientes con hipertensión arterial identificado la necesidad

En la Tabla 3 se puede evidenciar que la mayoría (90 %) de los pacientes tenían problemas de salud no tratado, lo cual se debe a que no toman el medicamento sugerido en el tratamiento, debido a creencias que se encuentran en contra la medicina, porque consideran que ya están mejor; prefieren cambiar por remedios naturales o no disponen de los recursos económicos suficientes para suministrarse del medicamento. Mientras que el 10 % de los pacientes presentaban alteraciones en sus valores de la presión arterial por efectos de medicamentos innecesarios; es decir, que tomaban medicamentos que eran sugeridos por otras personas que consideraban que era la mejor forma de tratar la hipertensión arterial, teniendo como resultado complicaciones en la salud del paciente.

Tabla 3- PRM en pacientes con hipertensión arterial identificado la necesidad

PRM	Frecuencia	Porcentaje

Problemas de salud no tratado	37	90 %
Efectos de medicamento innecesario	4	10 %
Total	<u>41</u>	<u>100 %</u>

Causas de problemas relacionados a la medicación en pacientes con hipertensión arterial

Las causas de los PRM en pacientes con hipertensión arterial, de acuerdo a la investigación, se pudieron determinar que se debían principalmente al incumplimiento de lo prescrito en el tratamiento por parte del paciente de manera voluntaria, lo que representó un 80 %; otro inconveniente relacionado dentro de este aspecto fue la duplicidad en el tratamiento en el caso de emplear IECA y ARA II que constituye el 5 % de las personas investigadas; y el 15 % se consideraron por otras causas, tales como contraindicaciones, errores en la prescripción, en la dispensación, o administración errónea del medicamento.

En la tabla 4 se ilustran las causas de PRM en pacientes con hipertensión arterial.

Tabla 4- Causas de PRM en pacientes con hipertensión arterial

Causas PRM	Frecuencia	Porcentaje
Incumplimiento	33	80 %
Duplicidad	2	5 %
Otras	6	15 %
Total	<u>41</u>	<u>100 %</u>

Discusión

Respeto a la edad se puede evidenciar que los pacientes que tienen mayor edad son quienes demuestran tener problemas con hipertensión arterial; en contraste a esto,

Castillo y Villafranca considera que la edad es un factor, no modificable, que influye sobre las cifras de presión arterial, de forma que tanto la presión arterial sistólica como la diastólica incrementan con la edad y lógicamente se halla un mayor número de hipertensos en los grupos de más edad. La hipertensión arterial al relacionarla con la obesidad demuestra ser un importante problema de salud pública, que obligan a establecer programas de prevención, detección, evaluación y tratamiento adecuados.⁽¹¹⁾

En la terapia farmacológica se hace énfasis a través de estudios que se realizan en los que los pacientes que tienen una terapia combinada fija de fármacos demuestran estar mejor controlados respecto a quienes no reciben de manera fija. Respecto a esto, se considera el uso de combinaciones de dos y tres fármacos antihipertensivos a dosis fijas en un solo comprimido, porque al reducir el número de píldoras para ingerir por día, se mejora la adherencia al tratamiento.⁽¹²⁾

Por otra parte, la *Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document* confirma que el control de la PA en monoterapia es eficaz en un escaso número de pacientes hipertensos y enfatiza la necesidad de utilizar combinaciones de fármacos antihipertensivos con mecanismos de acción sinérgicos para incrementar el grado de control de la PA en el mundo.⁽¹³⁾

Dentro de este aspecto del seguimiento farmacéutico se considera que este se considera un instrumento relevante e importante que hace posible colaborar en el control y mantenimiento de los niveles de presión arterial y favorece a mejorar la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con HTA esencial.⁽¹⁴⁾

En relación con los PRM en pacientes con HTA identificado la necesidad, se considera que el usar más cantidad o algún medicamento innecesario llevaría a una inseguridad cuantitativa o a riesgo de efectos por medicamentos innecesarios. La causa de incumplimiento, la frecuencia de aparición es la inversa de cómo ocurre en el resto de las causas y, esto puede deberse a que los pacientes son más inteligentes de lo que piensan y sólo un pequeño porcentaje (3-5 %), van a usar algo

que no debían o más cantidad de medicamentos necesario por su cuenta, presentándose inseguridades y por consiguientes PRM o riesgo de PRM por este motivo.

El incumplimiento farmacoterapéutico, la inobservancia o falta de adherencia a los tratamientos, se instituye en un transcendental problema que puede afectar a la salud de los pacientes, lo que llega a constituirse en una de las principales causas del fracaso de la terapia.⁽¹⁵⁾

Ramos et al, consideran que la hipertensión arterial es una de las causas importantes de mortalidad en varios países, debido a ello se desarrollan un completo arsenal terapéutico de eficacia demostrada, sin embargo, no se alcanzan los logros esperados del tratamiento. Las causas de esta situación son complejas, entre ellas un inadecuado nivel de control y el incumplimiento terapéutico, que pueden oscilar desde el desconocimiento completo de la enfermedad hasta el olvido de las tomas de medicación.⁽¹⁶⁾

Conclusiones

Un elevado porcentaje de pacientes con hipertensión arterial no presentaron un adecuado control clínico de la tensión arterial, dado que no cumplían a cabalidad el tratamiento prescrito; o en su caso cambiaban por otro tipo de medicamentos, ocasionando efectos secundarios que alteran seriamente su salud.

La principal causa de problemas relacionados con la medicación fue el incumplimiento de las prescripciones por parte de los pacientes, es decir, la falta de adherencia al tratamiento farmacológico prescrito.

La solución a estos problemas puede ser la implementación de una guía de seguimiento farmacoterapéutico para contribuir al uso racional de los medicamentos en pacientes con hipertensión arterial.

Referencias bibliográficas

1. Martín ALdIA. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario 2003-200. La Habana: Ministerio de Salud Pública. Escuela Nacional de Salud Pública; 2009.
2. Liburukia. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. *Liburukia* 19 (1). 2011; p. 1-6. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2011/es_def/adjuntos/infac_v19_n1.pdf. Accedido el 20 de abril de 2023.
3. Espinosa BAD. La adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas no trasmisibles. *Revista Finlay* 6(3). 2016: p. 236-238. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/460/1511>. Accedido el 20 de abril de 2023.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. México: Organización Panamericana de Salud; 2004.
5. The Fifth Report of the Joint National Committee on Prevention Detection. The Fifth Report of the Joint National Committee on Prevention Detection. *Arch Intern Med. Evaluation and Treatment of High Blood Pressure*: p. 154-183. doi: <https://doi.org/10.1001/archinte.1993.00410020010002>. Accedido el 20 de abril de 2023.
6. Macías C, et al. Programa Nacional para la prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial. Cuba: Comisión Nacional MINSAP; 1995.
7. Dueña AN. Educación del paciente hipertenso. Manual de entretenimiento para el personal de la salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1995.
8. Kannel W, Wilson P, Abbott R, Rodríguez R, Curb J. Blood pressure as a cardiovascular risk factor: prevention and treatment. *Jama* 1(6). 1996: p. 275-344.
9. Peter W, Hanssens M, Brott T, MacDonald G, SW M. Coronary risk factor. Incidence of CHD in Framingham Offspring 36 th Annual Conference on Cardiovascular Disease. *Circulation* 93(11). 1996: p. 11-36.

10. Med BJ. Trends of treatment of hypertension in older adults: principal results. Medical Research Council (MRC) Working Party. 1994: p. 304-405.
11. Navarrete BC, Cartes VR. Prevalencia de hipertensión arterial en comunidades pehuenches, Alto Biobio. *Rev Chil Cardiol*. 2012;31(2):102-107. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-85602012000200004&script=sci_arttext&tlng=p. Accedido el 20 de abril de 2023.
12. Delucchi A, et al. Registro nacional de hipertensión arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en Argentina. Estudio RENATA 2. *Rev Fed Argent Cardiol*. 2017;46(2):91-95.
13. Bryce A, Coca A. Tratamiento de la hipertensión arterial: monoterapia o combinaciones. *Rev Argent Cardiol*. 2011;79(4):355-363. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3053/305326988009.pdf>.
14. Ayala LK, Condezo K, Juárez J. Impacto del seguimiento farmacoterapéutico en la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con hipertensión arterial. *Cienc Invest*. 2010;13(2):77-80. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/farma/article/view/3230/2698>.
15. Rodríguez CM, Rodríguez CA, García J. Incumplimiento terapéutico en pacientes en seguimiento farmacoterapéutico mediante el método Dáder en dos farmacias rurales. *Pharm Care Esp*. 2011;8(2):62-68.
16. Ramos CAM, et al. Propuesta de seminario de actualización farmacoterapéutica sobre hipertensión arterial. *Medisur*. 2014;12(1):145-149. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1800/180032233001.pdf>.