



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

IMPACTO DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO
FARMACOTERAPÉUTICO SOBRE LA AUTOPERCEPCIÓN DE
LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES DIABÉTICOS DEL
PUESTO DE SALUD “MIRAFLORES ALTO” DISTRITO
CHIMBOTE, MAYO - JULIO 2017

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE QUÍMICO
FARMACÉUTICO

AUTOR:

Bach. CUEVA OBESO JEANPIERE
ORCID: 0000-0001-5462-4108

ASESOR:

DR. FARM. OCAMPO RUJEL PERCY ALBERTO
ORCID: 0000-0002-9498-5431

CHIMBOTE – PERÚ

2019

EQUIPO DE TRABAJO

CUEVA OBESO JEANPIERE
ORCID: 0000-0001-5462-4108

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Escuela de Pregrado,
Chimbote-Perú

ASESOR:

DR. FARM. OCAMPO RUJEL PERCY ALBERTO

ORCID: 0000-0002-9498-5431

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Facultad de Ciencias de
la Salud, Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica, Chimbote-Perú

JURADO:

DIAZ ORTEGA JORGE LUIS

ORCID: 0000-0002-6154-8913

RAMIREZ ROMERO TEODORO WALTER

ORCID: 0000-0002-2809-709X

VASQUEZ CORALES EDISON

ORCID: 0000-0001-9059-6394

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Dr. Q.F. Jorge Luis Díaz Ortega
PRESIDENTE

Mgtr. Q.F. Teodoro Walter Ramírez Romero
MIEMBRO

Mgtr. Q.F. Edison Vásquez Corales
MIEMBRO

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO

En primer lugar, dedico este proyecto de a Dios por haberme dado la vida, por bendecirme en todo momento y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres Nicolás y Tania por apoyarme en todo momento y ayudarme a nunca darme por vencido, además por los valores que me han inculcado y la fortaleza que me caracteriza.

A mis hermanas Pierina y Marcia por ser una inspiración para ser mejor cada día y que en el futuro puedan seguir mis pasos.

A mi asesor de tesis, Mg. Percy Ocampo Rujel por su dedicación, quien con sus conocimientos, experiencia, paciencia y motivación ha logrado que pueda concluir con éxito el presente trabajo.

También agradecer a mis profesores que me enseñaron desde que empecé la carrera profesional, las cuales me brindaron sus conocimientos, consejos y amistad en el transcurso de mi formación profesional.

Gracias a todas estas personas importantes en mi vida, que siempre estuvieron listas para brindarme toda su ayuda, así como mis compañeros de clase con quienes conviví lindos años de estudio.

Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga.

Cueva Obeso Jeanpiere

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo de investigación fue determinar el impacto de un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre la autopercepción de calidad de vida dirigido a pacientes diabéticos intervenidos desde el puesto de salud “Miraflores Alto” Chimbote en el periodo de Mayo a Julio del 2017. La metodología desarrollada fue de tipo aplicada, cuantitativa y de nivel pre- experimental, con un diseño de tipo prospectivo, longitudinal de una sola casilla, no probabilístico y semi ciego. La muestra de 12 pacientes fue monitoreada a través de un programa de seguimiento farmacoterapéutico de seis fases: captación, levantamiento de información, evaluación de la información, intervención, seguimiento y medición de resultados. En cada fase se obtuvo información mediante el uso de fichas farmacoterapéuticas además del test SF-12 para medir la autopercepción de calidad de vida en sus dimensiones físicas y mentales. Se encontraron un total de 33 PRMs de las cuales se solucionaron 29 PRMs (88 %) y hubo 4 no resueltos (12%) los cuales dejaron expuesto al paciente a que presenten RNMs. De este total, el incumplimiento fue el PRM más frecuente (39.4%). Se concluye que el programa de SFT fue significativo para mejorar la mayoría de los PRMs encontrados. Los Problema Relacionado con Medicamentos no resueltos dejo a 4 pacientes expuestos a sufrir potenciales Resultados Negativos de la Medicación relacionados. Cabe recalcar que se mejoró de manera significativa la autopercepción de calidad de vida de los pacientes tanto en la dimensión física como en la dimensión mental.

Palabras clave: Seguimiento fármaco terapéutico (SFT), Problemas relacionados con medicamentos (PRMs), Resultados negativos de la medicación (RNMs), Diabetes.

ABSTRACT

The aim of this research was to determine the impact of a pharmacotherapy program on the self-perception of quality of life aimed at diabetic patients operated from the health post "Miraflores Alto" Chimbote in the period from May to July 2017. The methodology developed was applied, quantitative and of a pre-experimental level, with a prospective, longitudinal design of a single cell, non-probabilistic and semi-blind. The sample of 12 patients was monitored through a pharmacotherapy follow-up program of six phases: recruitment, information gathering, information evaluation, intervention, follow-up and measurement of results. In each phase, information was obtained through the use of pharmacotherapeutic cards in addition to the SF-12 test to measure the self-perception of quality of life in their physical and mental dimensions. A total of 33 PRMs were found, of which 29 PRMs were solved (88%) and there were 4 unresolved (12%) which left the patient exposed to having NMRs. Of this total, non-compliance was the most frequent PRM (39.4%). It is concluded that the SFT program was significant to improve most of the PRMs found. The Problems Related to Unresolved Medications left 4 patients exposed to potential negative Medication Results. It should be emphasized that the self-perception of patients' quality of life was significantly improved both in the physical dimension and in the mental dimension.

Key words: Therapeutic drug monitoring (SFT), Drug related problems (PRMs), Negative medication results (RNMs), Diabetes.

INDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
I. INTRODUCCION	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2. Objetivos de la investigación.....	2
1.2.1. Objetivo General	2
Determinar el impacto del programa de SFT sobre la autopercepción en las dimensiones física y mental de pacientes diabéticos intervenidos desde el Puesto de Salud “Miraflores Alto”, distrito de Chimbote. Mayo a Julio 2017.	2
1.2.2. Objetivos Específicos	2
1.2.2.1 Evaluar el estado de situación del uso de medicamentos en pacientes diabéticos del Puesto de Salud “Miraflores Alto”, distrito de Chimbote. Mayo a Julio 2017.	2
1.2.2.3 Medir el impacto de la intervención mediante SFT sobre la autopercepción de calidad de vida en la dimensión física de los pacientes diabéticos del Puesto de Salud “Miraflores Alto”, distrito de Chimbote. Mayo a Julio 2017.	2
1.2.2.4. Medir el impacto de la intervención mediante SFT sobre la autopercepción de calidad de vida en la dimensión mental de pacientes diabéticos del Puesto de Salud “Miraflores Alto”, distrito de Chimbote. Mayo a Julio 2017.	2
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	3
2.1 Antecedentes.	3
2.1.1. Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico.	3
2.1.2. Evolución del Seguimiento Farmacoterapéutico en el Perú.	5
2.1.3. Antecedentes Epidemiológicos de la Diabetes:	6
2.1.4. Seguimiento Farmacoterapéutico y la autopercepción de la calidad de vida:	7
2.2. Marco Teórico.	8
2.2.1. Problemas relacionados con el uso de medicamentos y Resultados Negativos a la medicación.	8
2.2.2. Diagnóstico de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM).	13
2.2.3. La Atención Farmacéutica (AF) y el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) contribuyen al mantenimiento de la salud pública.	20
2.2.4. Autopercepción de la calidad de vida	26
2.2.5 Diabetes mellitus	28
2.2.6. Puesto de salud de Miraflores alto	30
III. HIPÓTESIS	31

IV. METODOLOGÍA	32
4.1 Diseño de la investigación.....	32
4.1.1. Tipo y el nivel de la investigación:.....	32
4.1.2. Diseño de la investigación:.....	32
4.2. Población y muestra:	33
4.3. Definición y operacionalización de las variables e indicadores.	34
4.3.1 Matriz operacionalización	34
4.4. Técnicas e instrumentos	36
4.4.1. Técnica.....	36
4.4.2. Instrumentos.....	36
4.4.2.1. Fichas Farmacoterapéutico (FFT) (Anexo N° 8.3).	36
4.4.2.2. Instrumento para medir la percepción de calidad de vida.	37
4.4.3. Procedimiento de recolección de datos.....	39
4.4.3.1. Procedimiento para oferta del servicio y captación de los pacientes.	39
4.4.3.2. Levantamiento de información.....	41
4.4.3.3. Fase de estudio y evaluación de la información para la identificación de problemas relacionados con medicamentos y la estrategia de intervención.	41
4.4.3.4. Fase de intervención y seguimiento Farmacoterapéutico.....	42
4.4.3.5. Evaluación del impacto de la intervención.	43
4.5. Plan de análisis de datos.	43
4.6. Criterios éticos.	46
4.7 MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	46
V. RESULTADOS	48
5.1. Resultados.....	48
5.1.1. CARÁCTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES Y TIEMPOS INVERTIDOS DURANTE LA EL PROCESO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO.	48
5.1.2. MORBILIDAD DIAGNÓSTICADA, AUTO PERCIBIDA Y EL USO DE MEDICAMENTOS.	49
5.1.3. RESULTADOS SOBRE LOS PRM ENCONTRADOS Y RNM EVIDENCIADOS 52	
5.1.4.1 IMPACTO DEL PROGRAMA DE SFT EN LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA SOBRE LA DIMENSIÓN FISICA SEGÚN EL TEST SF-12	54
5.1.4.2 IMPACTO DEL PROGRAMA DE SFT EN LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA SOBRE LA DIMENSIÓN MENTAL SEGÚN EL TEST SF-12	55
5.2. Análisis de Resultados.	56
5.2.1. Sobre los pacientes y los tiempos de intervención.....	56

5.2.2. Sobre los diagnósticos identificados y los medicamentos utilizados por los pacientes durante el proceso de SFT.....	57
5.2.3. Acerca de los problemas relacionados con medicamentos (PRM) y los resultados negativos de la medicación (RNM).....	58
5.2.4. Impacto acerca de la autopercepción de la calidad de vida y los resultados.	59
VI. CONCLUSIONES	64
6.1. Conclusiones	64
6.2. Aspectos Complementarios	64
6.2.1. Sugerencias y recomendaciones.	64
6.2.1. Limitaciones.	65
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	66
VIII. ANEXOS	76
8.1 ANEXO: SOLICITUD DE PERMISO DIRIGIDO AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.	76
8.2 ANEXO: EJEMPLO DE HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	77
8.3. ANEXO. FICHAS FARMACOTERAPÉUTICAS.	78
ANEXO N°8.3.1 Ficha farmacoterapéuticas. Registro de la información del paciente, de su enfermedad de sus medicamentos y del médico prescriptor.	78
ANEXO N° 8.3.2. Ficha farmacoterapéuticas. Registro de la información del paciente, de su enfermedad de sus medicamentos y del médico prescriptor.	79
ANEXO N° 8.3.3. Ficha farmacoterapéuticas. Registro de la información del paciente, de su enfermedad de sus medicamentos y del médico prescriptor.	80
ANEXO N° 8.3.4. Ficha farmacoterapéuticas. Registro de la información del paciente, de su enfermedad de sus medicamentos y del médico prescriptor.	81
ANEXO N° 8.3.5. Ficha farmacoterapéuticas. Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes.	82
ANEXO N° 8.3.6. Ficha farmacoterapéuticas. Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes.	83
ANEXO N° 8.3.7. Ficha farmacoterapéuticas. Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes.	84
ANEXO N° 8.3.8. Ficha farmacoterapéuticas. Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes.	85
ANEXO N° 8.3.9. Ficha farmacoterapéuticas. Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes.	86
ANEXO N° 8.3.10. Ficha farmacoterapéuticas. Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes.	87

ANEXO N° 8.3.11. FICHA FARMACOTERAPÉUTICAS. REGISTRO DE LOS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE CONSUME PARA OTRAS ENFERMEDADES CONCOMITANTES.....	88
ANEXO N° 8.3.12. COMPILACION DE RESULTADOS TEST-SF-12.....	89
8.4. ANEXO: ESTADOS DE SITUACIÓN PACIENTES DIABETICOS	90
8.5. ANEXO: FOTOS	99
8.6. ANEXO: MAPA DE UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD....	¡Error!

Marcador no definido.

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO N° 01. Listado de problemas relacionados con medicamentos. Modificado por Ocampo ³⁴ del método Dáder del seguimiento Farmacoterapéutico.....	10
CUADRO N° 02. Clasificación de Resultados Negativos asociados con la Medicación (RNM) Tercer Consenso de Granada 2007 ⁴¹	11
CUADRO N° 03. Actividades de Atención Farmacéutica en el ejercicio profesional del Farmacéutico Comunitario.....	21
CUADRO N° 04. Clasificación de intervenciones farmacéuticas destinadas a prevenir o resolver resultados clínicos negativos de la farmacoterapia.....	29
CUADRO N° 05. Tipos de canales para comunicar las recomendaciones del farmacéutico para la solución de problemas relacionados con medicamentos.....	42
CUADRO N° 06. Criterio para calificar la adherencia o cumplimiento de los pacientes.....	455

INDICE DE FIGURAS

FIGURA N ⁰ 01. Pasos claves del método DADER modificado de Seguimiento Farmacoterapéutico.....	25
FIGURA N ⁰ 02. Esquema del modelo de intervención farmacéutica.	32
FIGURA N ⁰ 03. Flujograma de las actividades de seguimiento Farmacoterapéutico.	40

INDICE DE TABLAS

TABLA N ⁰ 01. Pacientes participantes del programa de SFT agrupados por sexo y promedio de edad. Puesto de salud “Miraflores Alto”, Distrito de Chimbote, mayo-julio 2017.....	48
TABLA N ⁰ 02. Numero de contactos y tiempos de intervención utilizados para el desarrollo del programa de SFT en pacientes diabéticos del Puesto de salud “Miraflores Alto”, Distrito de Chimbote, mayo-julio 2017.....	48
TABLA N ⁰ 03 Problemas de salud diagnosticados y autopercebidos durante el programa de seguimiento farmacoterapeutico en pacientes diabéticos del Puesto de salud “Miraflores Alto”, Distrito de Chimbote, mayo-julio 2017.....	49
TABLA N ⁰ 04 Medicamentos prescritos y automedicados utilizados por los pacientes diabéticos del Puesto de Salud “Miraflores Alto”, Distrito de Chimbote, mayo-julio 2017.....	50
TABLA N ⁰ 05 Distribución de la frecuencia y porcentaje de los PRMs evidenciados en pacientes diabéticos del Puesto de Salud “Miraflores Alto”, Distrito de Chimbote, mayo-julio 2017.....	52
TABLA N ⁰ 06. Distribución de la frecuencia y las intervenciones ejecutadas frente a los PRM diagnosticados en pacientes diabéticos del Puesto de salud “Miraflores Alto”. Distrito de Chimbote, mayo-julio 2017. .	52
TABLA N ⁰ 07 Comparativo de la edad, numero de diagnósticos, numero de medicamentos, PRMS detectados y PRMS solucionados durante el seguimiento farmacoterapeutico en cada paciente diabético participante del Puesto de salud “Miraflores Alto”, Distrito de Chimbote, mayo-julio 2017.....	53
TABLA N ⁰ 08. Resultados de la autopercepción de la actividad física en pacientes diabéticos que participaron del programa de SFT, utilizando el test SF-12. Puesto de Salud “Miraflores Alto” Chimbote. Mayo a julio 2017.....	54
TABLA N0 09. Resultados de la autopercepción de la actividad mental en pacientes diabéticos que participaron del programa de SFT, utilizando el test SF-12. Puesto de Salud “Miraflores Alto” Chimbote. Mayo a julio 2017.....	55

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO N ^o 01. Porcentaje de medicamentos utilizados para los problemas de salud que fueron identificados. Programa de SFT a pacientes diabéticos. Puesto de salud “Miraflores Alto” Chimbote. Mayo a Julio 2017.....	51
GRAFICO N ^o 02. Comparación del resultado del test SF-12 en la dimensión física, antes – después de la intervención mediante el programa de SFT a pacientes diabéticos. Puesto de Salud “Miraflores Alto”, Chimbote. Mayo a julio 2017.....	54
GRAFICO N ^o 03. Comparación del resultado del test SF-12 en la dimensión mental, antes – después de la intervención mediante el programa de SFT a pacientes diabéticos. Puesto de Salud “Miraflores Alto”, Chimbote. Mayo a julio 2017.....	55

I. INTRODUCCION

A partir de los potenciales reportes de los efectos causados por el consumo de la talidomida en la década de los sesenta, hoy en día en la actualidad los medicamentos deben cumplir con buena seguridad y eficacia; sin embargo, a pesar de todos los estudios que se han realizado, se pueden provocar efectos negativos. Este uso irracional de medicamentos puede causar daños a la salud e incluso llegar a causar la muerte^{1,2}.

En la actualidad el uso irracional de los medicamentos es un problema sanitario muy grande. En donde diferentes autores han presentado evidencia exhaustiva respecto al uso inadecuado de los medicamentos y su impacto en los establecimientos de salud^{2, 4,5, 6,7}.

Los avances en otras realidades para la contención de problemas relacionados con medicamentos se dan gracias al uso intensivo de estrategias de aseguramiento de la calidad y programas sanitarios dirigidos específicamente a mejorar el uso racional de medicamentos.

Para la solución a estos problemas de uso irracional a medicamentos, en diversas partes del mundo se han implementado diferentes modelos de atención farmacéutica sobre todo en España y Estados Unidos, las cuales se fundamentan en el rol del profesional Químico farmacéutico como experto en medicamentos⁸.

Tal como señalan *Rodríguez y Bonal* y col.: “Es necesario promover la adaptación de estos modelos e instrumentos farmacéuticos para garantizar de esta manera la calidad del uso de medicamentos por los pacientes”^{9,10}.

Por estas situaciones es necesario plantear el desarrollo de proyectos que permitan evidenciar la contribución del farmacéutico en la sociedad a través de estrategias dirigidas a la prevención y el control de problemas relacionados con la medicación. Centrando los esfuerzos en enfermedades crónicas prevalentes que acarrear los mayores riesgos para el uso inapropiado de medicamentos.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Específicamente el programa de SFT estuvo orientada a determinar si: ¿Tendrá impacto el programa de SFT para mejorar la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física y mental de pacientes diabéticos del Puesto de Salud “Miraflores Alto” distrito – Chimbote, Mayo – Julio 2017

1.2. Objetivos de la investigación

1.2.1. Objetivo General

Determinar el impacto del programa de SFT sobre la autopercepción en las dimensiones física y mental de pacientes diabéticos intervenidos desde el Puesto de Salud “Miraflores Alto”, distrito de Chimbote. Mayo a Julio 2017.

1.2.2. Objetivos Específicos

1.2.2.1 Evaluar el estado de situación del uso de medicamentos en pacientes diabéticos del Puesto de Salud “Miraflores Alto”, distrito de Chimbote. Mayo a Julio 2017.

1.2.2.2 Intervenir a los pacientes que presentan Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs) mediante un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT).

1.2.2.3 Medir el impacto de la intervención mediante SFT sobre la autopercepción de calidad de vida en la dimensión física de los pacientes diabéticos del Puesto de Salud “Miraflores Alto”, distrito de Chimbote. Mayo a Julio 2017.

1.2.2.4. Medir el impacto de la intervención mediante SFT sobre la autopercepción de calidad de vida en la dimensión mental de pacientes diabéticos del Puesto de Salud “Miraflores Alto”, distrito de Chimbote. Mayo a Julio 2017.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Antecedentes.

2.1.1. Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico.

Las diversas intervenciones de atención farmacéutica desarrolladas basadas en Seguimiento Farmacoterapéutico y realizadas en diversos ámbitos han evidenciado resultados positivos. Las intervenciones orientadas a mejorar la calidad de uso de los medicamentos y control de diversas entidades patológicas muestran resultados en ámbitos clínicos, humanísticos y económicos, ganancia en capacidades y empoderamiento de los profesionales farmacéuticos¹¹.

Se han reportado éxitos en la regularización de presiones arteriales (diastólicas y sistólicas)^{11, 12, 13} y el mejoramiento de la adherencia o cumplimiento de las indicaciones médicas (ambos en el ámbito clínico)^{14, 15, 16}. Además se han reportado éxitos en los niveles de percepción de calidad de vida y el mejoramiento de la calificación por parte de la población del trabajo que realiza el farmacéutico a nivel comunitario (ámbito humanístico)^{17, 18, 19}. Se demuestra que la intervención del farmacéutico mediante el SFT, mejora la adherencia al tratamiento, el farmacéutico mejoro los aspectos de cumplimiento y percepción, del paciente sobre su tratamiento y enfermedad, los farmacéuticos pueden utilizar el test Morisky como instrumento para evaluar la adherencia en la práctica del SFT^{20, 21}.

El incumplimiento a las indicaciones médicas o no adherencia, constituye un factor de riesgo crítico para el éxito de los tratamientos y con diversos porcentajes uno de los más importantes reportados en diversos estudios. Basterra, reporta límites de incumplimiento de hasta el 80%¹⁶.

Las intervenciones farmacéuticas han demostrado ayudar a mejorar el conocimiento de la medicación y otros factores importantes, un estudio encontró que el 40% de los pacientes que participó en una intervención farmacéutica afirmó que eran más adherente como resultado de la simplificación del régimen terapéutico y el 80% dijo que eran más adherentes como resultado de su mayor conocimiento de la medicación²⁴.

En cuanto a los tipos de intervenciones realizadas, Sabater y et al, analizaron 2361 hojas de intervención farmacéutica y determinaron que las más prevalentes fueron aquellas encaminadas hacia la sustitución del medicamento (23,6%), seguidas por aquellas destinadas a la adición de un medicamento al paciente (23,5%). También destacaron las intervenciones dirigidas hacia la disminución del incumplimiento voluntario (14,8%), hacia la retirada de un medicamento (14,6%) y hacia la modificación de la dosis (13,4%). El resto de los tipos de intervención definidos fueron: educación en medidas no farmacológicas (3,4%), disminución del incumplimiento involuntario (3,4%), modificación de la dosificación (2,2%) y modificación la pauta de administración (1,2%)²⁵.

Son múltiples las evidencias sobre los resultados positivos alcanzados a través de la introducción de programas de seguimiento Farmacoterapéutico en todos los niveles de atención de salud clínicos y ambulatorios²⁷. Así mismo de su utilidad como herramienta que mejora el nivel de control de morbilidad ocasionada por el uso de medicamentos en pacientes con patologías de curso diverso crónicas o agudas, transmisibles o no^{27,28}.

Las investigaciones muestran también evidencias del efecto de intervenciones farmacéuticas realizadas a través de diversos canales de comunicación que utilizan no solo las entrevistas personales sino también las alternativas electrónicas y el internet. Se concluye sobre la potencia y eficacia de estos medios para la transmitir a los pacientes indicaciones de uso de medicamentos y la monitorización sobre el cumplimiento o reporte de reacciones no esperadas^{29 - 32}.

2.1.2. Evolución del Seguimiento Farmacoterapéutico en el Perú.

La política de medicamentos del Perú del 2004 es el primer documento normativo que refiere a promover el desarrollo de la atención farmacéutica y el cumplimiento de las buenas prácticas de farmacia entre los profesionales farmacéuticos, tanto del sector público como privado³⁴.

De los criterios de política se desprende La Ley 29459, Ley de medicamentos, de 2009 y sus reglamentos que entraron en vigencia en 2011. De esta norma a su vez se desprende toda la regulación en materia de medicamentos que existe actualmente en el Perú. En ella se zanja el problema semántico y se definen los alcances de la atención farmacéutica y el seguimiento Farmacoterapéutico como actividades esenciales de las buenas prácticas de farmacia^{35,36}.

Según La Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud del Perú (DIGEMID), a enero de 2008 el desarrollo de la atención farmacéutica podía ser explicado revisando las distintas actividades académicas normativas y profesionales desarrolladas en los últimos 10 años. En el documento de referencia se explica que la implementación de la atención farmacéutica en el Perú se ha basado únicamente en evaluar el potencial efecto de los programas y en la identificación de las características a favor y en contra que tienen los tipos de establecimientos de salud existentes y las estrategias que se requerirían en cada uno para la implementación de este servicio³⁷.

En el 2012 la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud del Perú, presentó su modelo de seguimiento Farmacoterapéutico para establecimientos farmacéuticos públicos. Se declaran las fases del proceso y se sugieren hacer mediciones de los resultados a través de indicadores de uso de medicamentos, resolución de problemas relacionados con medicamentos y el impacto del proceso sobre la adherencia al tratamiento. Sin embargo, no existe una guía de cómo desarrollar el proceso³⁸.

2.1.3. Antecedentes Epidemiológicos de la Diabetes:

La diabetes es una enfermedad crónica asociada a un incremento de muerte prematura; así, cada año, cerca de 4 millones de muertes son relacionadas a la Diabetes Mellitus (DM) la cual constituye el 6.8% de la mortalidad global por todas las causas; el 80% de las muertes por Diabetes Mellitus (DM) se produce en países en vías de desarrollo. En consecuencia, los pacientes diabéticos pueden tener mayores complicaciones macro vasculares como enfermedad isquémica coronaria, enfermedad cerebro vascular y complicaciones microvasculares como retinopatía, nefropatía y neuropatía³⁹.

En el Perú, un estudio realizado por el instituto nacional de salud, mostro que la prevalencia de (DM) en mayores de 20 años para el año 2005 fue de 2.8%, asimismo los estudios de factores de riesgos realizados por la dirección general de epidemiologia encontraron una prevalencia de DM de 2.8% a 3.9% en ciudades de la costa o sierra (Lima, Callao, Villa el Salvador, Trujillo, Huancayo)⁴⁰.

En la actualidad se estima que existen 300 millones de diabéticos en el mundo, este número se puede incrementar a 439 millones en el 2030. Lo mismo debe estar ocurriendo en todo el Perú, siendo además, prevaleciendo en zonas más necesitadas por la población las cuales carecen de educación y como consecuencia de información de los factores de riesgo. Desde el inicio de la Vigilancia Epidemiológica de Diabetes al primer semestre de 2013 se habían registrado 501 casos de diabetes, en 16 hospitales (seis de ellos en Ancash) y en una clínica privada de Ancash⁴¹.

Así mismo Ayay et al⁴², en su trabajo de investigación —Atención Farmacéutica sobre Diabetes Mellitus y nivel de Autocuidado en pacientes Adultos del Programa de Control de Diabetes. Hospital I EsSalud - Chepénll. Determinó que de 44 pacientes en estudio el 84,1% presentaron un buen nivel de información, el 15.9% regular nivel de información y un 0% con nivel de información bajo. Así mismo el 86.4% presentó un adecuado nivel de autocuidado y sólo el 13.6% un nivel de autocuidado inadecuado.

2.1.4. Seguimiento Farmacoterapeutico y la autopercepción de la calidad de vida:

La intervención farmacéutica ha demostrado ser efectivo para optimizar el cumplimiento del tratamiento. Un estudio prospectivo multifacético aleatorizado y controlado con seguimiento a pacientes diabéticos de Lee et al⁴³, halló un incremento desde el 61,2% al 96,9% (5,2%; P=0,01) en el cumplimiento de la medicación entre los pacientes en el grupo de estudio que se mantuvo invariable en los seis meses posteriores mediante un programa de atención farmacéutica. Sin embargo en el grupo control, que luego de la fase de intervención regresó al manejo habitual, la adherencia a la medicación decayó hasta 69,1%(16,4%) (p = 0,001).

En la evaluación de la calidad de los servicios sanitarios, la valoración del paciente proporciona información sobre el éxito del proveedor en el cumplimiento de las expectativas⁴⁴. La satisfacción de los pacientes es uno de los resultados humanísticos, considerados por Donabedian como la aprobación final de la calidad de la atención y refleja la habilidad del proveedor para cumplir las necesidades de los pacientes-usuarios. De esta manera la información y atención que el paciente recibe del farmacéutico puede servir como un indicador de la calidad de los servicios de atención farmacéutica. Así mismo, es de utilidad para conocer la valoración que dan los pacientes a los establecimientos farmacéuticos⁴⁵.

Estudios realizados en seguimiento fármacoterapéutico han observado mejoras significativas en la calidad de vida del paciente con respecto al servicio farmacéutico. Armando⁴⁶ sostiene que la satisfacción de los pacientes con el seguimiento fármacoterapéutico está relacionada con mejoras en el conocimiento de los medicamentos y el cumplimiento de los tratamientos prescritos por el médico. Ferrer⁴⁷., concluye que existe relación entre el grado de satisfacción del paciente con el servicio farmacéutico por un lado y por otro la auto percepción del estado de salud tanto físico como mental y el compromiso del paciente con el cumplimiento de las indicaciones médicas y farmacéuticas.

2.2. Marco Teórico.

2.2.1. Problemas relacionados con el uso de medicamentos y Resultados Negativos a la medicación.

Según el sindicato médico de Uruguay refiere que: “La consideración del medicamento como bien económico no siempre va en el mismo sentido que su percepción como bien social lo que ocasiona que los intereses económicos se antepongan a los sanitarios. Esto origina que frecuentemente se perjudique o ponga en riesgo la salud de las personas, en particular de las más vulnerables, creándose una permanente tensión entre atender las necesidades terapéuticas reales y la ampliación del mercado farmacéutico”⁴⁸.

“El verdadero valor social del medicamento radica, sin embargo, en sus efectos más intangibles, imponderables y sensibles a las emociones humanas: la disminución del sufrimiento y su contribución a la vida y a la felicidad de las personas. La aportación del medicamento y su industria a la ciencia médica y su aplicación en los sistemas asistenciales salva vidas, alivia el dolor y el sufrimiento físico y psíquico de los pacientes y de sus familias, haciendo posible el desarrollo humano y la integración social de las personas”⁴⁹.

El tercer consenso de Granada refiere que: “El uso de medicamentos no siempre se consiguen resultados positivos. En ocasiones la farmacoterapia falla provocando daños adicionales directos o indirectos cuando no se consiguen los objetivos terapéuticos buscados. Estos fallos de la farmacoterapia tienen un coste en la salud de los pacientes y un coste en recursos sanitarios y sociales, lo que los convierten en un auténtico problema de salud pública”⁵⁰.

Así como también, Strand y Hepler “Definen la Drug Related Problems o problemas relacionados con medicamentos (PRM), como aquella experiencia indeseable del paciente que involucra a la terapia farmacológica y que interfiere real o potencialmente con los resultados deseados por la terapéutica, para que un suceso sea calificado como problema relacionado con medicamentos deben de existir al menos dos condiciones: 1) el paciente debe estar experimentando o puede ser posible que

experimente una enfermedad o sintomatología, y 2) esta patología debe tener una relación identificable o sospechada con la terapia farmacológica”^{4,51}.

Según Blasco, Mariño y et al. “Definen error de medicación (EM) a cualquier actuación prevenible que puede causar daño al paciente o morbilidad Farmacoterapéutico (MFT). Los errores de medicación pueden tener su origen errores de prescripción, en el manejo posterior de la administración de la medicación por algún profesional sanitario o en el propio paciente”⁵².

Los errores de medicación (EM) se cometen durante la práctica profesional cotidiana en la prescripción, comunicación, dispensación, preparación y en la administración del medicamento por algún profesional sanitario o en el propio paciente. Los EM según el denominado “Tercer Consenso de la Universidad de Granada” son también Problemas Relacionados con Medicamentos. En base a este enfoque los PRMs son una categoría mayor que subyace cualquier suceso inesperado durante el uso de medicamentos y que engloba tanto los errores de medicación prevenibles como otros problemas de salud no prevenibles como las reacciones adversas o interacciones desconocidas^{50,53}. (Cuadro N° 01)

CUADRO N^o 01. Listado de problemas relacionados con medicamentos. Modificado por Ocampo³⁴ del método Dáder del seguimiento Farmacoterapéutico.

1. Administración errónea del medicamento
2. Actitudes personales del paciente
3. Conservación inadecuada
4. Contraindicación
5. Dosis, pauta y/o duración no adecuada
6. Duplicidad
7. Errores en la dispensación
8. Errores en la prescripción,
9. Incumplimiento
10. Interacciones
11. Otros problemas de salud que afectan al tratamiento
12. Probabilidad de efectos adversos
13. Problema de salud insuficientemente tratado
14. Otros.

Modificado de: Tercer Consenso de Granada⁵¹.

El consenso español considera que los PRMs como la causa de resultados negativos asociados a la medicación (RNMs) y los RNM son considerados por la Organización Mundial de la Salud como morbilidad Farmacoterapéutico (MFT) .El Tercer Consenso de Granada del 2017 “Definió como sospecha de resultados negativos asociados a la medicación (RNMs) a la situación en la que el paciente está en riesgo de sufrir un problema de salud asociado al uso de medicamentos generalmente por la existencia de uno o más problemas relacionados con medicamentos (PRMs) los que se consideran como factores de riesgo o causas de este RNM”^{50,54}.

CUADRO N^o 02. Clasificación de Resultados Negativos asociados con la Medicación (RNM) Tercer Consenso de Granada 2007⁵⁰.

N ^o	Clasificación del RNM	Descripción del RNM
1	Necesidad	Problema de Salud no tratado. El paciente sufre un problema de salud asociado a no recibir una medicación que necesita.
2		Efecto de medicamento innecesario. El paciente sufre un problema de salud asociado a recibir un medicamento que no necesita.
3	Efectividad	Inefectividad no cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad no cuantitativa de la medicación.
4		Inefectividad cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad cuantitativa de la medicación.
5	Seguridad	Inseguridad no cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad no cuantitativa de un medicamento.
6		Inseguridad cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad cuantitativa de un medicamento.

Tomado de Tercer Consenso de Granada 2007⁴²

El consenso de Granada admite que, Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs) como causas de Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNMs), propone un listado inicial que no se sugiere no es ni tan exhaustivo ni excluyente (Cuadro N^o01) y por tanto puede ser modificado de acuerdo a la realidad y la práctica clínica en distintas condiciones sociales ⁴⁹. El consejo General de colegio oficiales de Farmacéuticos afirma que: “Los problemas relacionados con medicamentos se pueden dividir en: potenciales o no manifestados, cuando el paciente potencialmente puede llegar a experimentar algún suceso indeseable (RNM) que podría interferir en los resultados deseados y reales cuando el paciente experimenta de hecho un suceso indeseable relacionado con la farmacoterapia que genera un resultado negativo de la medicación (RNM)” ⁵⁵.

Hall-Ramírez dice que: “Una demostración clara de la actividad que se realiza para identificar y sistematizar los eventos se puede afirmar que los farmacéuticos al verificar Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs) para prevenir un Resultado Negativo de la Medicación (RNMs) o una Morbilidad Farmacoterapéutica (MFT) realiza en realidad un diagnóstico de un signo o síntoma (PRM) que debe prevenirse o evitarse para que no se genere una morbilidad (RNM o MFT)”. La definición sobre los PRMs y resultado negativo de la medicación (RNM) puede ser el inicio de una actual posición profesional del farmacéutico en los sistemas de básicos salud como facultativo del diagnóstico de un grupo de problemas de salud asociados al mal uso de medicamentos⁵⁶.

Según Culbertson, “Refiere que en la práctica, lo que ha ocurrido es que los farmacéuticos, por diversas razones, hemos evitado utilizar la palabra diagnóstico para referirnos finalmente a la actividad profesional de prevenir resultados negativos asociados a la medicación (RNMs) a través de la identificación y el tratamiento de sus causas, los PRMs. Si para los profesionales médicos es clara su labor diagnóstica de las enfermedades que son capaces de identificar para los farmacéuticos debe quedar claro cuáles son los problemas relacionados con medicamentos (PRM) que son capaces de diagnosticar para evitar la aparición de resultados negativos asociados a la medicación (RNM)”⁵⁷.

Algunos autores “Definieron como diagnóstico farmacéutico (DF) al proceso cognitivo centrado en la identificación de problemas específicos originados en el uso de medicamentos por parte de los pacientes. El DF debe estar basado en evidencia suficientes que permita sostener que la causa del problema de salud que enfrenta el paciente es efectivamente el uso de los medicamentos”^{58,59}. Según Ferriols confirma que, “Con una elevada frecuencia, los PRM se originan en la forma en que los medicamentos son seleccionados, prescritos o indicados, dispensados, administrados y principalmente, monitorizados. Por tanto, además de la obligada calidad intrínseca de los medicamentos que se manejan es imprescindible una correcta selección, prescripción, indicación, preparación, dispensación y administración”. Es decir, como afirma Calvo posterior a la administración es exigible la vigilancia del logro de resultados y la evolución del paciente por parte del farmacéutico para evitar o prevenir acontecimientos adversos relacionados con la farmacoterapia”^{59,60}.

2.2.2. Diagnóstico de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM).

Los profesionales Químicos Farmacéuticos deben ser capaces de diagnosticar PRMs. El diagnóstico farmacéutico es la capacidad profesional de identificar problemas relacionados con medicamentos que pueden ser reales o potenciales y que a su vez son el origen de Resultados Negativos de la Medicación, a partir de la aplicación de técnicas de diálogo con el paciente, medicación de signos clínicos, evaluación de información sobre prescripción y dispensación de medicamentos, carga genética del paciente y hábitos de vida saludables ⁵⁰.

Los diagnósticos deben precisar las características de los Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs), su etiología y los factores desencadenantes. A partir del análisis se podrá determinar su naturaleza y se podrán escoger las estrategias más efectivas para la solución. De lo contrario la práctica se volverá empírica y sujeta al ensayo y error. La documentación de la aplicación estas prácticas profesionales contribuirán con abundar el estado del arte y a la especialización de las intervenciones farmacéuticas.

El Tercer Consenso de Granada y la Guía de Seguimiento Fármaco terapéutico del Método DADER presentan adaptaciones a las definiciones de los PRM del modelo americano. Estas definiciones son la base del análisis y del diagnóstico final de PRMs. Estas definiciones son utilizadas en la presente investigación, explicadas según el orden de identificación propuesto en el flujograma de la etapa de estudio y evaluación (Anexo 8.8) y la ficha Farmacoterapéutico (Anexo N° 8.3)” ^{50,61}.

a) PRM 1: Administración errónea del medicamento: Los pacientes toman el medicamento de manera inadecuada y diferente a la prescrita por el médico. Se suelen automedicar y tomar medicamentos sin prescripción médica cuando no los necesitan⁶¹.

En el Perú según Ley de medicamentos: Los medicamentos están clasificados en cuatro categorías: 1) Aquellos que se obtienen sin prescripción y se encuentran en los establecimientos no farmacéuticos; 2) Los que se obtienen sin prescripción solo en los establecimientos farmacéuticos; 3) Medicamentos bajo prescripción médica y solo se

encuentran en establecimientos farmacéuticos y 4) Medicamentos especiales que solo se venden en farmacias y bajo prescripción médica restringida ³⁶.

Otras de las causas frecuentes de interpretación errónea sobre la posología, es la administración de formas farmacéuticas por vías inadecuadas, como por ejemplo: cómo usar un supositorio oralmente, partir los medicamentos en las distintas formas farmacéuticas para hacer más fácil la toma, confundir los medicamentos que debe tomar con otros que mantiene en su domicilio y otros propios de influencias culturales.

b) PRM 2: Actitudes negativas: El paciente tiene actitudes negativas de acuerdo a su tratamiento, esto quiere decir que el paciente interno o influencia de los demás, tiene el pensamiento de que los medicamentos causan daños y que no son necesarios de tomarlos⁶¹.

Las actitudes negativas se evidencian cuando el farmacéutico inquiere: ¿confía en los medicamentos que toma? Y se obtiene respuestas nada positivas. Algunas veces se originan en reacciones adversas muy mortificantes motivan a los pacientes a dejar la medicación. En consecuencia, las actitudes negativas devienen en incumplimiento defiriendo por ser una actitud convencida y razonada por otro lado en el incumplimiento es una muestra de desinterés ⁶¹.

c) PRM 3: Conservación Inadecuada: son las condiciones ambientales negativas en donde se mantienen los medicamentos, que dañan directamente su eficacia. Estas condiciones pueden ser: lugares inapropiados, al alcance de niños, expuestos a luz solar, ambientes húmedos, temperaturas excesivas o en lugares expuestos a maltrato físico u otros⁶¹.

Lo que dice Sabater también es que: Una conservación inadecuada se considera también a su almacenamiento del medicamento de manera desordenada, por ejemplo: en bolsas plásticas, cajas, armarios, etc. Otro aspecto importante es la manera del guardado como fuera de su empaque secundario mezclándose con otros medicamentos de similar apariencia⁶¹.

d) PRM 4: Duplicidad: Está relacionado con la administración de varios medicamentos con el mismo principio activo o diferentes principios activos pero cumplen el mismo efecto farmacológico sin ventajas terapéuticas. Esta duplicidad conlleva a serios problemas debido a la sobre dosificación⁶¹.

Así como Silva refiere que: “El principio de un problema de duplicidad es la prescripción. Se considera que dos medicamentos son duplicados cuando son medicamentos que necesitan receta para su uso y de hecho figuran en una misma prescripción o fueron indicados en dos oportunidades diferentes para la misma o diferente morbilidad”⁶¹.

La duplicidad también ocurre cuando el paciente quiere tomar dos medicamentos que no requiere receta médica, pero con el mismo efecto farmacológico. No es considerado duplicidad en el caso de que el paciente opta por su propia voluntad tomar un medicamento que necesita prescripción, sin imaginarse que toma un medicamento prescrito con el mismo efecto farmacológico. Esta situación se trata de una administración errónea del medicamento (PRM 1)⁶¹.

Según Sabater concluye que “Para que haya duplicidad los dos o más medicamentos duplicados deben ser medicamentos prescritos con el mismo objetivo farmacológico o el uso de medicamentos no sujetos a prescripción que tienen el mismo efecto farmacológico”⁶¹.

e) PRM 5: Dosis, pauta y/o duración no adecuada: Esto ocurre cuando la receta no concuerda con las posologías habituales o recomendadas en esquemas de tratamiento institucionales. El desacorde puede ser en la dosis, la vía de administración, el tiempo recomendado para el tratamiento o la frecuencia de administración ⁶¹.

f) PRM 6: Contraindicaciones: refiere que cuando el paciente padece una sintomatología o enfermedad que no esté en condiciones de usar o administrar un determinado medicamento. Las contraindicaciones pueden desencadenar a un daño muy negativo para el paciente⁶¹.

Se puede reconocer un medicamento contraindicado, al revisar los medicamentos prescritos que el paciente consume de manera regular. O cuando el paciente consume un fármaco de venta libre contraindicado para su condición⁶¹.

Sabater también refiere que: “No es considerado contraindicación cuando el paciente se auto medica con medicamentos no apropiado para su patología que requiere prescripción”. En este caso será un error de medicación (PRM 1)⁶¹.

g) PRM 7: Error de Dispensación: En la mayoría de los casos los medicamentos deben ser, dispensados como fueron prescritos en las recetas. “Según la norma vigente el farmacéutico está facultado para ofrecerle al paciente una alternativa farmacéutica al medicamento prescrito, indicándole las diferencias de origen y precio. El cambio puede ser desde un medicamento prescrito en denominación internacional (DCI) a un medicamento de marca, si el paciente lo prefiere y fue informado del cambio. O también el cambio más favorable de un medicamento prescrito en nombre comercial por otro en DCI.”^{62,63}.

Al revisar los medicamentos el Farmacéutico deberá asegurar que lo dispensado este conforme a la receta en cuanto a su naturaleza como alternativa farmacéutica, forma farmacéutica y cantidad.

h) PRM 8: Errores de Prescripción: Suele suceder cuando el medico entrega una receta médica con muchas incoherencias como por ejemplo recetas incompletas, complicadas, confusas y que conllevan al paciente a utilizar los medicamentos de manera incorrecta⁶¹.

El personal farmacéutico verifica conjuntamente con el paciente la receta emitido por el medico teniendo a la mano los medicamentos atendidos. Verifica si la receta contiene todos datos requeridos según el reglamento para que el paciente utilice adecuadamente los medicamentos y si son coherentes farmacológicamente al diagnóstico⁶⁴.

Es recomendable revisar ambas partes de la prescripción; las indicaciones para la farmacia y las indicaciones para el paciente. Lo que está indicada para la Farmacia

incluyen: los datos completos del prescriptor, nombre del paciente, escritura clara de los medicamentos en DCI, forma de presentación y cantidad total de medicamentos en unidades. El paciente debe conocer las indicaciones de cada medicamento: dosis, frecuencia de dosis y el tiempo de tratamiento. Debe coincidir la cantidad del medicamento prescrito según su posología y su tiempo de tratamiento. Deben incluir en las recetas precauciones, incompatibilidades y advertencias”⁶¹.

i) PRM 9: Incumplimiento o no Adherencia al Tratamiento Prescrito: Haynes citado por Basterra, definió la adherencia al tratamiento como: “El grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”. Se utilizó de manera indefinida los términos cumplimiento terapéutico, cumplimiento de la prescripción, adherencia al tratamiento y adherencia terapéutica con el mismo significado semántico.¹⁶

Osterberg, afirma que: “la no adherencia es un problema mundial de gran magnitud al tratamiento de las enfermedades crónicas y que en los países desarrollados solo el 50% de los pacientes son adherentes mientras que en los países en vías de desarrollo las tasas son inclusive menores”⁶⁵.

El incumplimiento es una de los efectos negativos para no lograr llegar a las metas sanitarias, esto puede deberse a que la mayoría son pacientes con enfermedades crónicas, mayor incidencia de complicaciones mayores, costos en salud y finalmente agravamiento y muerte ^{66, 67}.

Según Quintana dice que: “El grado de adherencia medido antes y después de una intervención Farmacoterapéutico sirve como un indicador de la eficacia del seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) sobre la resolución de PRM”⁶⁰. Y Morisky dice que “El grado de la adherencia se evaluará mediante la aplicación del test denominado Medication Adherence Scale o Test de Morisky”⁶⁹.

j) PRM 10: Interacciones: Se refiere al uso de 2 o más medicamentos (policonsumo), en la cuales se pueden afectar los efectos de estos medicamentos, o pudiendo ser tóxicos llegando a perjudicar la salud del paciente e incluso llegar a causar la muerte.

Silva y Fulmer dicen que: “La evaluación de la interacción es compleja y debe primar el criterio de costo beneficio de la administración conjunta, frente a otras alternativas terapéuticas”^{70, 71}. Y Sabater, considera “además las interacciones con productos naturales o alimentos que el paciente suele consumir de manera regular junto con los medicamentos que pudieran afectar negativamente la medicación”⁶¹.

Por otro lado, en las contraindicaciones y en la duplicidad se estima interacciones cuando el origen de uso de los medicamentos implicados es una prescripción médica. Sabater refiere que: “Si la interacción se da por el uso de un medicamento automedicado que necesita prescripción el problema se estandariza como error de medicación (PRM1)”⁶¹.

k) PRM 11: Otros Problemas de Salud que afectan al Tratamiento: Está relacionado a los problemas de salud diagnosticados o no, que condicionan al paciente hacia comportamientos que ponen en riesgo el uso de los medicamentos prescritos motivando a la automedicación inapropiada ⁶¹.

Tenemos claros ejemplos para estos problemas que son: estrés, depresión, dolor, constipación, infecciones respiratorias, malestares gastrointestinales, alergias, sensaciones extrañas u otro similar. El paciente puede disponer de alguna opción no convencional para calmar los síntomas poniendo en riesgo la terapia en marcha⁶¹.

l) PRM 12: Probabilidades de Reacciones Adversas: Son problemas de salud provocados por el medicamento. Conviene revisar la evidencia científica que existe sobre la probabilidad de aparición de un determinado efecto indeseado, así como también su gravedad.

Sabater refiere: “Es necesario establecer cuáles son los signos clínicos que permiten identificar la aparición de los efectos indeseados de un medicamento. Lo cual es preciso revisar resultados de análisis clínicos que pudieran estar alterados por causa del medicamento”. En este problema relacionado con medicamentos también es necesario considerar el origen de uso. Así mismo los medicamentos auto medicados que necesitan prescripción y generan una reacción adversa son reportados como errores de medicación (PRM 1)⁶¹.

m) PRM 13: Problema de Salud Insuficientemente Tratado: Este problema se identifica cuando el Farmacéutico pregunta al paciente: ¿Cuándo toma los medicamentos se siente mejor, peor o igual? Si las respuestas son iguales o peor denotan malestar en el paciente y un signo de ineffectividad del tratamiento prescrito⁶¹.

“La ineficacia puede ser el origen de prácticas inapropiadas para la salud del paciente. El farmacéutico ante un diagnóstico de problema insuficientemente tratado debe comunicarse inmediatamente con el médico”⁶¹.

Según el Tercer Consenso de Granada, sugiere que su lista de (PRMs) puede mejorar a medida que donde se pongan en práctica programas de (SFT) y se definan otras entidades o factores propios del entorno que puedan desencadenar un (RNMs).⁵¹. En este sentido se han considerado las recomendaciones de investigaciones similares y se han agregado como PRMs: los problemas económicos, ya que esto influye negativamente al entorno, el uso de medicamentos ilegales ya que son factores propios de nuestra realidad³³.

n) PRM 14: Influencias culturales, religiosas o creencias: Son actitudes y conductas negativas asumidas por el paciente, por su entorno social y cultural que influyen su actitud y valoración de los medicamentos.

Así mismo las influencias negativas provienen de familiares, amistades, vecinos que padecen lo mismo o problemas similares y aconsejan con el convencimiento de, lo que hace bien a uno es bueno para todos. Por otro lado, existen también las influencias que pueden provenir de publicidad engañosa, grupos religiosos, etc.

o) PRM 15: Medicamentos falsificados o ilegales: Es la obtención y uso de medicamentos de origen ilegal y sin registro sanitario vigente, muestras médicas, contrabando, robado de instituciones públicas sanitarias, esto se puede identificar a través del análisis organoléptico, es decir: envase primario y secundario no adulterado, fecha de vencimiento, registro sanitario vigente, estado físico de la forma farmacéutica o el envase en buen estado, etc.

p) PRM 16: Problemas Económicos: Es un problema claro cuando el paciente no toma su medicación por no tener las condiciones económicas suficientes para abastecer la receta sin estar inscrito en ningún seguro social. Por lo cual incumple con la toma de sus medicamentos.

2.2.3. La Atención Farmacéutica (AF) y el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) contribuyen al mantenimiento de la salud pública.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) mencionan en el año 1993 que: “La misión de la práctica farmacéutica debe ser: suministrar medicamentos, otros productos y servicios para el cuidado de la salud y ayudar a la sociedad para que sean usados de la mejor manera posible”⁷².

Una parte de la misión señalada por la OMS se contiene en la definición del término Pharmaceutical Care. “En España país donde se ha incorporado el término a la asistencia sanitaria, El Ministerio de Sanidad y Consumo promueve el concepto de atención farmacéutica (AF) como un conjunto de servicios farmacéuticos dirigidos al paciente que van desde el control de calidad de la prescripción hasta actividades de farmacovigilancia”^{2,73}.

En el ambiente comunitario, según Andrés Rodríguez refiere: “Las actividades de atención farmacéutica podrían esquematizarse según el Cuadro N° 03, donde destacan aquellas actividades orientadas hacia los pacientes mayores en número que aquellas tradicionales orientadas exclusivamente hacia el aseguramiento de la calidad del medicamento. Las actividades centrales relacionadas con atención farmacéutica son: dispensación, asesoramiento farmacéutico, farmacovigilancia y seguimiento Farmacoterapéutico”⁸.

CUADRO N° 03. Actividades de Atención Farmacéutica en el ejercicio profesional del Farmacéutico Comunitario.

<p>ACTIVIDADES ORIENTADAS AL MEDICAMENTO</p>	<p>Adquisición, custodia, almacenamiento, Conservación de materias primas, especialidades farmacéuticas y productos sanitarios.</p>
<p>ACTIVIDADES ORIENTADAS AL PACIENTE: ATENCION FARMACÉUTICA</p>	<p>Dispensación de medicamentos. Formulación magistral.</p>
	<p>Indicación farmacéutica. Formación en uso racional. Educación sanitaria. Farmacovigilancia.</p>
	<p>Seguimiento de tratamiento farmacológico.</p>

Tomado de Andrés Rodríguez⁹

Según Gaspar C. y la universidad de Costa Rica, hacen mención que “Aquellas actividades que no están directamente relacionadas con el uso de medicamentos pueden contribuir también con este objetivo siendo consideradas más como actividades para el aseguramiento de la calidad intrínseca de la forma farmacéutica, por ejemplo a través de análisis de control de calidad”^{54,57}.

“Las actividades directamente relacionadas con atención farmacéutica: Las buenas prácticas de dispensación (BPD), la indicación farmacéutica, el seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), las buenas prácticas de farmacovigilancia, las actividades relacionadas con la farmacia clínica, todas ellas deben contribuir con la prevención, solución o amenguamiento de los PRM asociados con el uso directo de los medicamentos por parte de los pacientes”⁷⁴. (Cuadro N° 01).

Lo impactante de la Atención Farmacéutica es el uso del término mismo. Quizá nunca antes en la historia de la farmacia, se había usado el término “atención” para

evidenciar la función del farmacéutico en la sociedad. Antes era más frecuente hablar de servicios farmacéuticos, que de atención y existen diferencias entre ambos términos. Así mismo el diccionario define “atención” como “la responsabilidad individual de alguien para entregar bienestar y seguridad”, por otro lado, un “servicio” implica simplemente funciones o actividades⁷⁵.

Martínez y Col refieren que: Al incluir la palabra Atención. El Farmacéutico se compara con otros profesionales de la salud que también dan atención al paciente, en el centro de nuestra labor profesional. Hay tres elementos básicos que caracterizan el ejercicio de la atención farmacéutica: Responsabilidad, el compromiso de trabajar con el paciente para alcanzar las metas terapéuticas y el mejoramiento de la calidad de vida^{76,77}.

Como Ocampo menciona que: “El problema mayor del concepto de “Atención Farmacéutica”, es llevarlo a la práctica en una actividad proactiva independiente de la apreciación del paciente y de las expectativas del prescriptor, teniendo como objetivo detectar problemas complejos en el uso de medicamentos que solo pueden ser diagnosticados por la experiencia profesional del Farmacéutico. Quiere decir actividad en la cual el farmacéutico asume de manera profesional la responsabilidad, de evaluar a los pacientes que consumen medicamentos con el fin de detectar PRMs y resolverlos”³³.

Clopes, Garcao mencionan “que han propuesto para este fin una serie de actividades concretas que permitan obtener resultados medibles que evidencien la utilidad del trabajo profesional farmacéutico para la prevención, solución o amenguamiento de los problemas asociados al uso de los medicamentos (PRM). Una respuesta a esta necesidad es la implementación de modelos basados en seguimiento Farmacoterapéutico (SFT)”^{78, 79}.

Van, refiere que: “Las actividades del SFT están orientadas a la detección de problemas relacionados con medicamentos (PRM) para la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM). Este servicio implica un compromiso y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud,

con el fin de alcanzar resultados concretos para el mejoramiento la calidad de vida del paciente”⁸⁰.

El significado de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), tal como se plantea en el Tercer Consenso sobre Atención Farmacéutica de España en 2007, es: “La práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente que usa medicamentos”⁵⁰.

Machuca indica que, “Actualmente los términos: atención farmacéutica (AF), intervención farmacéutica (IF) y seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) se usan indistintamente en las diferentes investigaciones sobre el tema para indicar una misma actividad orientada a asegurar calidad y prevenir el riesgo en el consumo de medicamentos por parte de los pacientes”⁸¹.

Tal como señala Climente y Jiménez “De manera general los programas de AF o SFT deben soportarse en métodos o sistemas para dar respuesta a los siguientes aspectos: a) Identificación temprana de pacientes que se beneficiarían con su implantación; b) Registrar las categorías y causas que originan los problemas relacionados con medicamentos y su documentación; c) Generar alertas para solucionar fallos del sistema; d) Evaluar la utilidad clínica de los procesos asistenciales en curso y e) Facilitar la propuesta de mejoras en la calidad de la gestión Farmacoterapéutico”⁸².

Durante los años se ha desarrollado métodos para este fin, entre los más conocidos son: a) The Therapeutics Outcomes Monitoring (TOM): indicados a grupos de pacientes que sufren enfermedades de alto riesgo planteado por Charles Hepler b) El Método del Global Pharmaceutical Care de Linda Stand y et al. c) El método de Seguimiento Farmacoterapéutico Dáder desarrollada desde la Universidad de Granada en España. Existen así mismo otros métodos propuestos como el método Laser desarrollado por Climente y Jiménez ^{11, 51, 82, 83}.

Ocampo utilizo en esta investigación como modelo de seguimiento Farmacoterapéutico una modificación del método Dáder, aplicado por primera vez con el objetivo de medir el impacto del seguimiento Farmacoterapéutico sobre el uso de

medicamentos y la prevención y solución de PRMs y RNMs en pacientes diabéticos”³³.

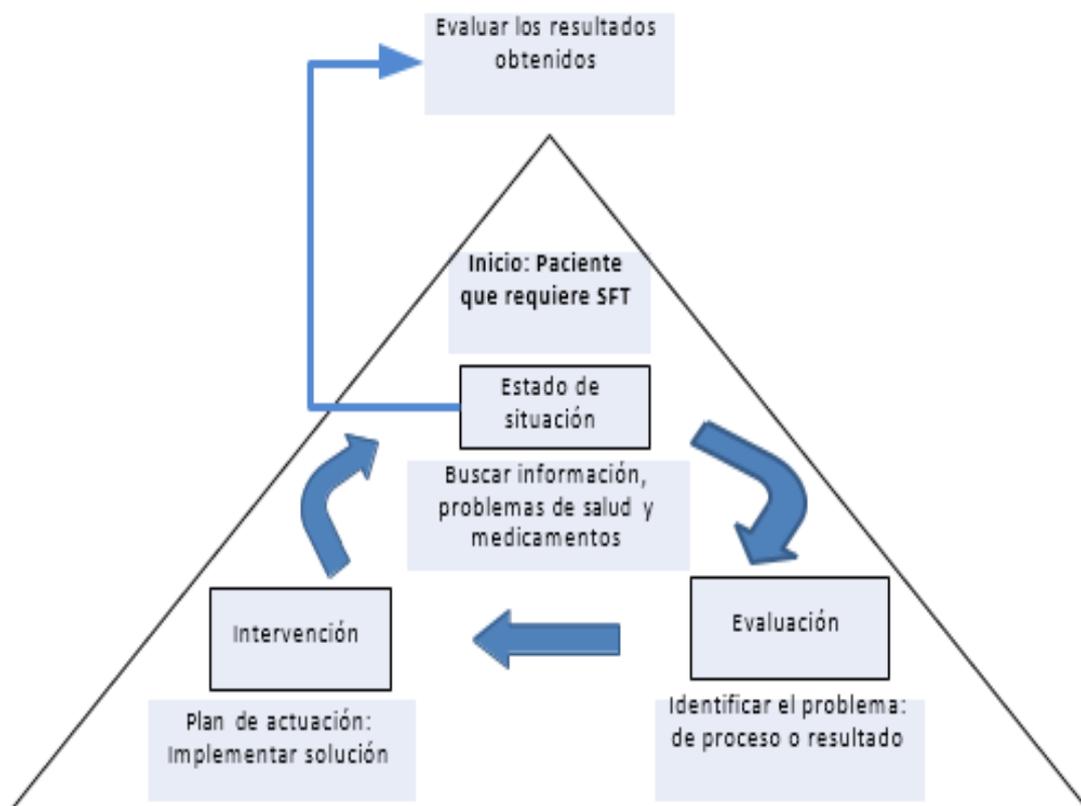
“El método Dáder nació en 1999 como propuesta del Grupo de Investigación en atención farmacéutica de la Universidad de Granada. Intenta ser una herramienta sencilla y de fácil aplicabilidad sin perder el rigor de un procedimiento operativo normalizado. Según los autores el modelo pretende ser universal para la prestación del seguimiento Farmacoterapéutico en cualquier ámbito asistencial, independientemente del tipo de paciente y por cualquier fármaco”⁸⁴.

El sistema demostró ser un logro en la prevención, detección y resolución de (PRMs) desde el nivel de atención primaria ⁷⁷. No obstante, tal como lo proponen el Grupo de Investigación de la Universidad de Granada y Deselle y et al., es necesario evaluar su utilidad en escenarios sociales diferentes que permitan establecer estándares de actuación en situaciones particulares para medir en ellos el impacto real de la Atención Farmacéutica (AF) ^{27,84}.

Ocampo adaptó las herramientas de recojo de información para hacerlas más fáciles de aplicar por el profesional farmacéutico en el contexto peruano y más entendibles para el paciente. Así mismo se han introducido procedimientos y herramientas que permiten detectar rápidamente problemas de no adherencia al tratamiento ³³.

Tanto en el método Dáder, como en la versión modificada por Ocampo, se pueden identificar como fases centrales del proceso de seguimiento Farmacoterapéutico a las siguientes: a) Elaboración del primer estado de situación del paciente; b) La evaluación e identificación de sospechas de PRMs; c) la intervención para resolver los PRMs y prevenir potenciales RNMs y d) La evaluación del nuevo estado de situación del paciente (Figura N°02)^{11,33}.

FIGURA N° 01. Pasos claves del método DADER modificado de Seguimiento Farmacoterapéutico.



Tomado de: P. Ocampo³⁴

Fajardo refiere que: “Un punto principal es desarrollar un modelo que agregue valor a la asistencia sanitaria, un impulso cualitativo a las actividades del profesional farmacéutico y además genere rentabilidad económica al establecimiento farmacéutico. Sin embargo Ocampo dice que: El objetivo del seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), independiente del modelo, es dar solución a los problemas relacionados con medicamentos (PRMs) a través de intervenciones farmacéuticas efectivas”³³.

Según, Sabater y Parras, plantearon una clasificación de las intervenciones farmacéuticas que podrían surgir durante el proceso de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) (Ver Cuadro N°04). En esta clasificación los autores definen la intervención farmacéutica como: “Una propuesta de actuación sobre el tratamiento y/o las conductas del paciente, encaminada a resolver o prevenir un Problema Relacionado con los Medicamentos (PRM) y evitar Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM)”²⁵.

Parras refiere que: “Las intervenciones sobre la terapia indicada por un facultativo que corresponde las dimensiones 1 y 2 con el objetivo de cambiar las dosis, frecuencias de dosis, reparto de dosis, aumentar o quitar un medicamento y/o sustituir alguno deben implementarse a través de una interconsulta con el médico prescriptor. Mientras que las intervenciones en la dimensión 3 son de naturaleza educativa y de responsabilidad directa del farmacéutico y del paciente”²⁶.

2.2.4. Autopercepción de la calidad de vida

Los pensamientos de salud relacionados con la muerte y la enfermedad al concepto de salud integral preventiva ha significado que los profesionales de la salud se den cuenta de la importancia que tiene el seguimiento de la calidad de vida de los pacientes como un nuevo indicador de salud⁸⁵. Por ello la atención farmacéutica tiene como objetivo final de mejorar la calidad de vida a través de un esfuerzo cooperativo entre el farmacéutico y el paciente⁸⁶.

En general existe muy poca experiencia respecto a la evaluación de la calidad de vida relacionada con salud (CVRS) por los farmacéuticos; existiendo barreras conceptuales, metodológicas, de actitud y de práctica, para que los farmacéuticos adopten este rol. Sin

embargo, los farmacéuticos tienen las capacidades suficientes y además muestran mucho interés en utilizar instrumentos para evaluar CVRS⁸⁶

Los términos —calidad de vida y más específicamente —calidad de vida relacionada con salud (CVRS) se refiere a la percepción que tiene la persona respecto a los componentes físicos, psicológicos y sociales de su salud las cuales pueden ser influenciados por sus creencias, percepciones y experiencias personales^{87,88}. Los cuestionarios de calidad de vida, y en intervenciones farmacéuticas los —medical outcomes study short form y sus variaciones son de los más utilizados⁸⁸, sin embargo no sustituyen a las evaluaciones sintomáticas, analíticas, morfológicas, etc., sino que las complementan, introduciendo algo tan trascendente como la visión del propio paciente sobre su percepción de salud⁸⁹.

Según Côté⁹⁰, Las intervenciones farmacéuticas han demostrado resultados ambiguos en términos de mejoras en los indicadores de CVRS. Probablemente debido a la alta influencia subjetiva en los resultados, no obstante, los cuales no dejan de ser importantes para evaluar el componente humanístico de las intervenciones.

Jarrillo et. Al⁹¹. Sostiene que existe relación entre el nivel de conocimiento sobre la enfermedad, adherencia al tratamiento dado por el médico y la auto percepción de la calidad de vida de un diabético. En el presente español sobre el impacto de la atención farmacéutica en pacientes con enfermedad coronaria (más conocido como estudio TOMCOR) utilizando el instrumento SF-36 se encontró una mejora marcada en la función física y un empeoramiento de las funciones sociales, emocionales y de salud mental (atribuido este cambio a una mayor conciencia de la enfermedad). Simon et al como resultado de un meta análisis de las intervenciones farmacéuticas relacionadas con CVRS hallaron cambios significativos sobre todo en aquellas relacionadas con asma, diabetes y cardiopatías crónicas. El análisis de la autopercepción de calidad de vida fue evaluado con una versión resumida del instrumento SF-36 denominado SF-12 la cual es un test que consta de una hoja de auto evaluación compuesta por 12 ítems que miden la autopercepción del paciente acerca de su estado funcional y emocional. Es un instrumento probado y estandarizado que permite puntuar las dimensiones de salud física y salud mental.

2.2.5 Diabetes mellitus

La diabetes mellitus aparece cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula los azúcares en la sangre activando su captación celular. En la diabetes mellitus no controlada, se da por una no producción de insulina (tipo I) o por fallos en su utilización (tipo II) persiste la hiperglucemia, es decir un aumento pernicioso del azúcar en la sangre, que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

La diabetes tipo 2 se caracteriza por insulino-resistencia y una declinación progresiva de la función de la célula beta, por lo tanto, no se activan los mecanismos de ingreso de azúcares a los tejidos, quedando el azúcar en la sangre en concentraciones tóxicas generando múltiples problemas degenerativos⁹². La diabetes mellitus de tipo 2, se inicia generalmente en la edad adulta. Es una enfermedad crónica y los factores de riesgo más prevalentes son el peso corporal excesivo y a la inactividad física.

Los Síntomas de la diabetes consisten en: sed (polidipsia), excreción excesiva de orina (poliuria), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, los niveles de Glicemia en ayunas mayor o igual a 126 mg/dl (un período sin ingesta calórica de por lo menos ocho horas) o una glicemia en cualquier momento del día mayor o igual a 200 mg/dl (dos horas después de una carga de 75 g de glucosa durante una Prueba de Tolerancia a la Glucosa Oral). Debido a que la diabetes tipo 2 se desarrolla lentamente, algunas personas con niveles altos de glucemia son completamente asintomáticas⁹³.

El tratamiento de la diabetes tipo 2 consiste en cambios en el estilo de vida, alimentación saludable, manejo del peso corporal, actividad física, la cesación del hábito de fumar y beber alcohol, tratamiento farmacológico personalizado, monitoreo, autocontrol y en algunos casos tratamiento quirúrgico realizada en pacientes obesos severos y mórbidos. La meta es lograr niveles de glicemia lo más cercano al rango normal (110mg/dl), resguardando la seguridad del paciente⁹³.

CUADRO N° 04. Clasificación de intervenciones farmacéuticas destinadas a prevenir o resolver resultados clínicos negativos de la farmacoterapia.

N°	Dimension	Intervención	Acción
1	Intervención sobre cantidad de medicamento	Modificar la dosis.	Ajuste de la cantidad de fármacos que se administra en cada toma.
		Modificar la frecuencia de dosis o el tiempo de tratamiento	Cambiar la frecuencia y/o duración del tratamiento.
		Modificar la pauta de administración (redistribución de cantidad).	Cambiar el esquema por el cual quedan repartidas la toma del medicamento a lo largo de un día.
2	Intervenir sobre la estrategia farmacológica	Añadir un medicamento(s).	Incorporar un nuevo medicamento que no utilizaba el paciente.
		Retirar un medicamento(s).	Abandonar la administración de un determinado(s) medicamento(s) de los que utiliza el paciente.
		Sustituir un medicamento(s).	Reemplazar algún medicamento de los que tomaba el paciente por otros de composición diferente, o bien de diferente forma farmacéutica o vía de administración.
3	Intervenir sobre la educación al paciente	Disminuir el incumplimiento involuntario (educar en el uso de medicamento).	Educación en las instrucciones y precauciones para la correcta utilización y administración del medicamento.
		Disminuir el incumplimiento voluntario (modificar actitudes respecto al tratamiento).	Refuerzo de la importancia de la adhesión del paciente a su tratamiento.
		Educación en medidas no farmacológicas.	Educación del paciente en todas aquellas medidas higienico-dietéticas que Favorezcan la consecución de los objetivos terapéuticos.

Tomado de Sabater y et al.⁶¹

2.2.6. Puesto de salud de Miraflores alto

La presente investigación se llevó a cabo en la Farmacia del Puesto de Salud de Miraflores Alto. La farmacia está ubicada en el distrito de Chimbote, departamento de Ancash, en la zona de la Avenida Pardo cuadra 28 S/N – Chimbote. La población cercana y que se tratan en el establecimiento son de clase socioeconómica media o baja.

El Puesto de Salud Miraflores Alto cuenta con los servicios de medicina, obstetricia, laboratorio, farmacia, dental, tóxico, enfermería, etc. En el área de Farmacia se cuenta con la presencia de 2 profesionales Químicos farmacéuticos y 1 técnico en farmacia. La farmacia ofrece la dispensación de medicamentos genéricos, medicamentos con receta médica y otros artículos relacionados como material médico quirúrgico. La farmacia atiende diariamente un promedio de 70 a 80 pacientes. Se atiende un promedio de 100 recetas por día aproximadamente 3020 a 3050 recetas al mes, la atención es de 12 horas de 8:00 am -8:00 pm de lunes a sábado. Las patologías más frecuentes para las cuales se dispensan los medicamentos son: Infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), Infección del Tracto Urinario (ITU), Hipertensión arterial (HTA), Diabetes Mellitus.

La Farmacia del Puesto de Salud Miraflores Alto está en un proceso de implementación de buenas prácticas de oficina farmacéutica y buenas prácticas de almacenamiento. Es decir, está en vías de certificar Buenas Practicas de Dispensación, Buenas Practicas de Fármaco vigilancia, Buenas Practicas de Seguimiento Fármaco terapéutico.

III. HIPÓTESIS

3.1. Impacto del SFT sobre la dimensión física

3.1.1 Ho

El programa de SFT no tiene efecto para mejorar la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física de pacientes diabéticos.

3.1.2 H₁

El programa de SFT tiene efecto significativo para mejorar la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física de pacientes diabéticos.

3.2 Impacto del SFT sobre la dimensión mental

3.2.1 Ho

El programa de SFT no tiene impacto para mejorar la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión mental de pacientes diabéticos.

3.2.2 H₁

El programa de SFT tiene impacto significativo para mejorar la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión mental de pacientes diabéticos.

IV. METODOLOGÍA

4.1 Diseño de la investigación.

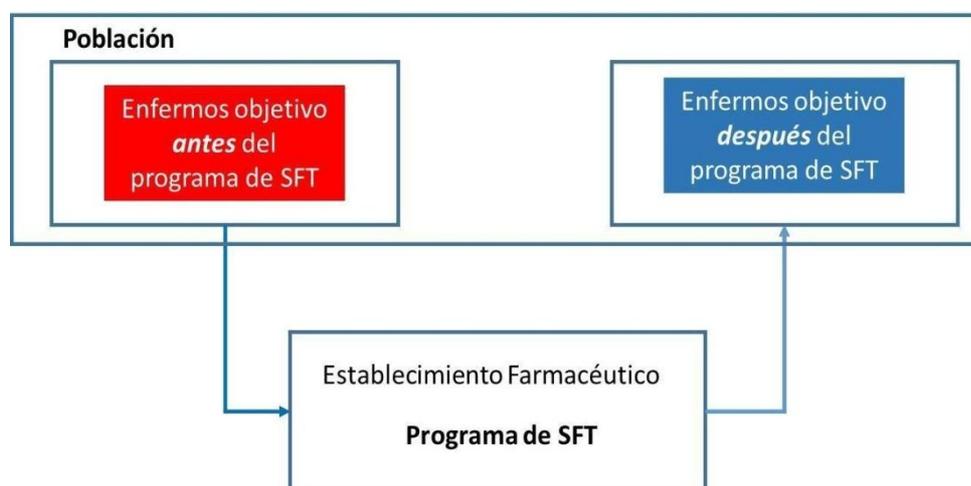
4.1.1. Tipo y el nivel de la investigación:

La presente investigación fue de nivel pre-experimental tipo aplicativa.

4.1.2. Diseño de la investigación:

El diseño fue de tipo prospectivo longitudinal de una sola casilla, no probabilístico y semi-ciego.

FIGURA N° 02. Esquema del modelo de intervención farmacéutica.



Fuente: elaborado por OCAMPO³³.

4.2. Población y muestra:

El universo de sujetos de estudio estuvo conformado por pacientes con hipertensión arterial atendidos de manera regular en la Farmacia Centro de Salud Miraflores Alto, los pacientes se autoseleccionaron entre aquellos que visitaron el establecimiento farmacéutico durante los meses de Mayo a Julio del 2017 y cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron libremente ingresar al programa de SFT mediante la firma de un documento de consentimiento informado. El número final de los pacientes de la muestra fue arbitrariamente en 12 pacientes.

Porque algunos autores, con base a la experiencia y sugerencia de farmacéuticos que han participado en trabajos de investigación comunitarios, establecen entre 10 a 20 el número de pacientes razonable por farmacéutico¹⁰.

Los criterios para la inclusión de los pacientes en la muestra final fueron:

- Edad entre 45 y 75 años.
- Con receta vigente para la enfermedad objetivo de antigüedad no mayor de tres meses.
- Consentimiento explícito a través de un documento firmado.
- Capacidad de comunicación en idioma español de manera fluida escrita y hablada.
- Autosuficientes, es decir la toma de medicación no dependió de terceros.

No se incluyeron pacientes que presentaron en el momento del estudio:

- Pacientes participantes en otros estudios de investigación o en programas al mismo tiempo de la intervención del seguimiento Farmacoterapéutico.
- Pacientes en gestación.

4.3. Definición y operacionalización de las variables e indicadores.

4.3.1 Matriz operacionalización

Variables	Denominación	Definición teórica	Instrumento	Indicadores
Variable Independiente	Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico	Es una práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades de los pacientes relacionados con los medicamentos mediante la detección, prevención y resolución de Problemas Relacionados con la Medicación (PRM) ⁷⁴ . El SFT es una variable independiente administrada a los pacientes para diagnosticar, tratar y/o prevenir PRM que degeneren en resultados negativos de la medicación. El SFT se aplica mediante una intervención profesional en una secuencia de actividades en cinco fases conducidas por el Farmacéutico y dirigidas al paciente y/o prescriptor ⁸³ .	El instrumento del SFT es la Ficha Farmacoterapéutica (FFT) (Anexo N° 03) donde se registra la evolución del proceso. Se consignan datos del paciente, morbilidades, uso de medicamentos, costumbres y otros.	Medicamentos utilizados, PRMs, diagnosticados, Tipo de intervenciones, Canales de comunicación usados,
Variables Dependientes	Problemas Relacionados con Medicamentos	Situaciones que en el proceso de uso de medicamentos causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación. En la presente investigación utilizaremos como base el listado original de PRM sugerido por el tercer consenso de Granada ^{1,59} . (Cuadro N° 01).	El diagnóstico de PRMs fue cuantitativo como resultado del análisis de la información recogida en las fichas farmacoterapéuticas.	Cantidad de PRMs diagnosticados de acuerdo a la tabla modificada por Ocampo, de 16 potenciales problemas y que se describen en el cuadro N°01.

	Resultados Negativos Asociados con la Medicación (RNM).	Se define como sospechas de RNM a la situación en la que el paciente está en riesgo de sufrir un problema de salud asociado al uso de medicamentos, generalmente por la existencia de uno o más PRM, a los que podemos considerar como factores de riesgo de este RNM (Cuadro N° 02) ⁶⁸ .	La identificación de los RNMs se realizó en la FFT luego del análisis y la tipificación del PRM que es la causa original.	Los RNMs se clasifican según: Necesidad, efectividad y seguridad. La descripción se desarrolla en el cuadro N°02.
	Medición de la autopercepción de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS).	Es un indicador indirecto del componente humanístico de las intervenciones farmacéuticas. Definimos como percepción de la CVRS a aquella que un individuo tiene de los componentes físicos, psicológicos y sociales de su salud que pueden ser influenciados por sus experiencias, creencias, expectativas y percepciones personales. Evaluamos la variable en sus dimensiones de salud física y mental.	Utilizamos para el análisis el instrumento SF-12.	El Test SF-12 arroja un número de valor ordinal según la respuesta del paciente basada en una escala de Lickert de 5 ítems que luego es estandarizado a un puntaje positivo o negativo según una escala normalizada por Ware, Kosinski y Keller). Los resultados arrojan puntuaciones diferenciadas para la dimensión física y para la dimensión mental del paciente. Los puntajes finales para cada dimensión pueden variar en un rango de 0 a 100 siendo la media de 50 el puntaje de una persona que se autopercibe en buena salud tanto física como mental. Puntajes menores de 50 se consideran como una autopercepción más negativa y mayores de 50 como una autopercepción más positiva en ambas dimensiones.

4.4. Técnicas e instrumentos

4.4.1. Técnica.

El Seguimiento Farmacoterapéutico se condujo a través de la técnica de la entrevista personal y la conversación telefónica. La entrevista personal se realizó en el establecimiento farmacéutico o en el domicilio del paciente. La técnica de abordaje y de interacción con el paciente en las entrevistas fue el recomendado por la guía de seguimiento Farmacoterapéutico del método Dáder ^{49, 60, 73, 94}

4.4.2. Instrumentos.

4.4.2.1. Fichas Farmacoterapéutico (FFT) (Anexo N° 8.3).

Las fichas Farmacoterapéutico son hojas para el registro de los datos del seguimiento Farmacoterapéutico. Es el instrumento base para el levantamiento de información. Es un documento que consiste en 5 partes de información sobre el paciente: Datos generales, información sobre las enfermedades, los medicamentos consumidos, problemas con el uso de medicamentos y las acciones realizadas por el profesional farmacéutico para resolverlas.

Se utilizó este instrumento en las 5 fases del SFT. El registro de la información en las FFT se realizó de acuerdo a las indicaciones de la guía para el seguimiento Farmacoterapéutico del método Dáder ²⁸.

Las fichas Farmacoterapéutico permiten además identificar y describir a los PRMs identificados durante la fase de diagnóstico mediante la interacción con el paciente. En la hoja 4 de la FFT se escribe el o los medicamentos origen del PRM y/o la morbilidad asociada. Luego se identifica la naturaleza del PRM que aparece en casillas identificado con un número (Ver Anexo N° 8.3.7 – 8.3.10). Se utiliza una hoja 4 por cada PRM identificado. Es decir al final un paciente puede ser diagnosticado con más de un PRM y por lo tanto su expediente personal contendrá más de una hoja cuatro.

4.4.2.2. Instrumento para medir la percepción de calidad de vida.

El tés de salud SF – 12 es la adaptación realizada para España por Alonso et. Al⁹⁵. Del SF – 12 Health Survey. El SF-12 es una versión reducida del cuestionario de salud SF-36 diseñada para usos en los que este sea demasiado largo o complejo. Consiste en un subconjunto de 12 ítems extractados de la versión mayor SF-36. El instrumento incluye uno o dos ítems de cada una de las 8 escalas de SF-36. La información de estos 12 ítems (cuadro n°06) se utiliza para construir, a través de la categorización de las respuestas mediante puntuaciones promedio estándares, las medidas sumario física y mental del SF-12.

El procedimiento para la determinación de las sumatoria de los escores del componente físico (SCF) y mental (SCM) del SF-12 involucro tres pasos:

Paso 1. Se identificó los valores fuera de rango de cada uno de las preguntas si hubiese alguna. Si hubiera algún dato faltante no puede proseguirse.

Paso 2. Se convirtió cada ítem respuesta en su componente físico y mental utilizando la tabla de escores⁹⁶.

Paso 3. Se sumaron los valores hallados en el paso dos desde la pregunta 1 hasta la 12 y se aumentó en 56,57706 para crear el SF-12 en el componente físico y 60, 75781 para el componente mental que son valores estándares que definen el escore final tal como lo escribe la universidad de Michigan⁹⁷ y el US Departament of labor⁹⁸.

Para facilitarla interpretación estas puntuaciones se han estandarizado los valores de las normas poblacionales de los Estados Unidos, de forma que 50 (de=10) es la medida de la población general. Los valores superiores o inferiores a 50 se interpretaron como mejores o peores, respectivamente, que la población de referencia. Para cada uno de las 8 dimensiones, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud)⁹⁶. La puntuación de realizo con un ordenador y utilizando los algoritmos de puntuación del anexo 01 al inicio y al final de la intervención⁹⁷.

Cuadro N°06. Cuestionario de la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la saludSF-12.

CUESTIONARIO DE LA AUTOPERCEPCION DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD. Programa de Atención Farmacéutica para paciente hipertenso. Farmacia Comunitaria ULADECH.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ COD* _____

FIRMA: _____ FECHA: ____/____/____

COD INTERV:

INSTRUCCIONES :

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA:

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1) Excelente 2) Muy buena 3) Buena 4) Regular 5) Mala

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED HACE EN UN DÍA NORMAL, PARA AVERIGUAR SI SU SALUD ACTUAL ¿LE LIMITA PARA HACER ESAS ACTIVIDADES O COSAS? SI ES ASÍ, ¿CUÁNTO?

- 1) Sí, me limita mucho 2) Sí, me limita un poco 3) No, no me limita nada

2. ¿Le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora o barrer?

3. ¿Le limita para subir varios pisos por la escalera?

DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS ¿HA TENIDO PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS A CAUSA DE SU SALUD? Y A CAUSA DE ELLO:

- 1) Sí 2) No

4. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?

5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?

DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS ¿HA TENIDO PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS A CAUSA DE ALGUN PROBLEMA EMOCIONAL (COMO ESTAR TRISTE, DEPRIMIDO, O NERVIOSO? Y A CAUSA DE ELLO:

- 1) Sí 2) No

6. ¿Hizo menos de lo que hubiera podido hacer?

7. ¿No hizo o las hizo con menos cuidado en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su problema emocional?

8. Durante las últimas cuatro semanas ¿Hasta que punto el dolor ha influenciado su trabajo individual (Incluyendo su trabajo fuera de casa y su trabajo doméstico)?

- 1) Nada 2) Un poco 3) Regular 4) Bastante 5) Mucho

CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS CUATRO ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED. ¿Cuanto tiempo...

- 1) Siempre 2) Casi siempre 3) Muchas veces 4) Algunas veces 5) Sólo alguna vez 6) Nunca

9. Se sintió calmado y tranquilo?

10. Tuvo mucha energía?

11. Se sintió desanimado y triste?

12. Durante las d últimas semanas , ¿hasta que punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- 1) Siempre 2) Casi siempre 3) Algunas veces 4) Sólo alguna vez 5) Nunca

4.4.3. Procedimiento de recolección de datos.

Los datos se recolectaron durante el programa de seguimiento Farmacoterapéutico, cuyo proceso se esquematiza en la Figura N° 03. En esencia se sigue el procedimiento sugerido en el método Dáder ⁹⁴ con la modificación de la terminología y el anexo de otros datos que son útiles para nuestra realidad.

Las etapas del procedimiento de recolección de datos:

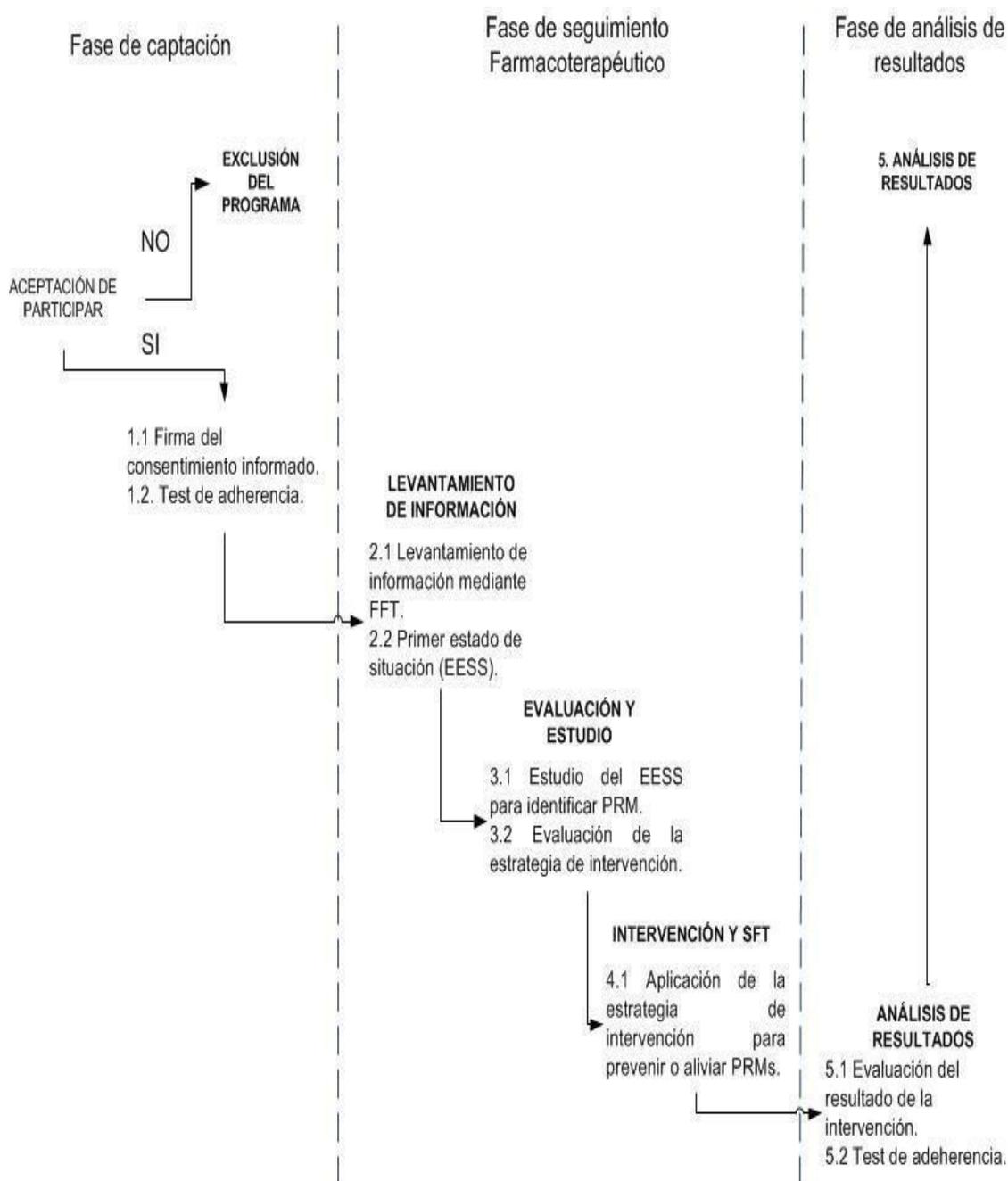
1. Oferta del servicio y captación de pacientes.
2. Levantamiento de información. Primer estado de situación.
3. Estudio y evaluación.
4. Intervención y seguimiento.
5. Análisis de resultados.

4.4.3.1. Procedimiento para oferta del servicio y captación de los pacientes.

Se ofertó el servicio a todos los pacientes hipertensos que acudieron a la Farmacia del Centro de Salud Santa en el mes de Marzo a Julio del 2016, hasta obtener doce pacientes. Los pacientes firmaron su consentimiento de participar de la experiencia en un documento firmado (Anexo N° 8.2). El documento de consentimiento explicita la responsabilidad del farmacéutico en vigilancia del uso de medicamentos, la cautela de los datos del paciente, la gratuidad del servicio, ni la venta o donación de ningún tipo de medicamento.

Así mismo el consentimiento autoriza al farmacéutico a intermediar con el médico para la solución de los problemas complejos o urgentes relacionados con el uso de medicamentos. Por otro lado obliga al paciente a entregar toda la información referida a enfermedades y uso de medicamentos que pueda ser útil para el diagnóstico de PRMs.

FIGURA N° 03. Flujoograma de las actividades de seguimiento Farmacoterapéutico.



Elaboración por Ocampo³⁴.

4.4.3.2. Levantamiento de información.

La información se registró en la ficha Farmacoterapéutico (FFT) (Anexo N° 8.3). Se anotó la información general del paciente, datos sobre enfermedades, profesionales que diagnosticaron, medicamentos utilizados, hábitos de vida, antecedentes familiares y percepción de signos y síntomas de problemas de salud que el paciente asocie con el uso de medicamentos.

Se registró además el uso de productos naturales y el uso de medicamentos sin prescripción. Para este fin se solicitó al paciente mostrar todos los productos farmacéuticos que usaba de manera regular, se usen o no para la enfermedad objetivo. Durante el registro se interroga al paciente sobre factores de riesgo y sospechas de problemas relacionados con el uso de medicamentos. Se procuró que el tiempo entre la captación y el levantamiento de información no sea más de 5 días.

4.4.3.3. Fase de estudio y evaluación de la información para la identificación de problemas relacionados con medicamentos y la estrategia de intervención.

Se analizó la información en un ambiente con todas las condiciones de materiales y equipos para desarrollar un análisis exhaustivo de cada caso. El ambiente estuvo provisto de teléfono, internet, materiales de escritorio y material bibliográfico.

Se estudia toda la información registrada en la FFT para interrelacionar las variables en busca de PRMs: enfermedades diagnosticadas, morbilidad sentida, medicamentos prescritos, automedicación, sospechas de reacciones adversas, adherencia al tratamiento, etc. para diagnosticar problemas con el uso de los medicamentos (PRMs) como causa de morbilidad Fármaco Terapéutica o RNMs. Se usó material bibliográfico de apoyo para certificar los hallazgos del PRMs y RNMs^{99, 100}.

Por cada problema diagnosticado el Farmacéutico estudiará la mejor estrategia de solución que se reportará en la hoja 5 de las FFT. La estrategia pudo contener una serie de acciones dirigidas directamente al paciente o al prescriptor. Para cada PRM y

sus estrategias de solución se buscó el mejor canal de comunicación que pudo dirigirse al paciente o al médico. Cada paciente pudo ser diagnosticado con más de un PRM.

Como resultado de esta fase surge el diagnóstico de los PRMs, los objetivos que deben lograr el paciente y/o el médico para su solución y la estrategia de comunicación. Los canales de comunicación utilizados se muestran en el cuadro siguiente:

CUADRO N° 05. Tipos de canales para comunicar las recomendaciones del farmacéutico para la solución de problemas relacionados con medicamentos.

N°	Canales de comunicación.
1	Verbal farmacéutico - paciente.
2	Escrito farmacéutico - paciente.
3	Verbal farmacéutico - paciente - medico.
4	Escrito farmacéutico - paciente - médico.
5	Verbal farmacéutico - médico.

4.4.3.4. Fase de intervención y seguimiento Farmacoterapéutico.

El objetivo de esta fase fue comunicar asertivamente los objetivos y los plazos que deben cumplir el paciente y/o médico para la solución de PRMs. La intervención fue mediante visitas domiciliarias y contacto telefónico. Para la comunicación de las estrategias de solución al paciente se usó las entrevistas personales y recomendaciones escritas.

Para la comunicación de las estrategias dirigidas al paciente, el farmacéutico hará uso del lenguaje verbal y en algunos casos, cuando sea necesario fijar claramente algún aspecto se dejarán recomendaciones escritas.

Luego de comunicar la sugerencia de solución se monitorizó su cumplimiento a través de nuevas visitas o llamadas por teléfono. El tiempo de monitorización fue de siete días como máximo, luego de los cuales se dio por cerrado el proceso⁹³.

4.4.3.5. Evaluación del impacto de la intervención.

La entrevista para evaluación final de los resultados fue conducida por un investigador diferente al que realizó el seguimiento Farmacoterapéutico.

Se preguntó al paciente si ejecutó las recomendaciones dadas para la solución del PRM o si el médico puso en prácticas las sugerencias de modificación de la terapia. Independientemente de la aceptación de la sugerencia para la solución se le preguntó si consideraba resueltos cada problema relacionado con medicamentos que fue diagnosticado.

Así mismo se midió la percepción de calidad de vida de los pacientes mediante del test SF-12.

4.5. Plan de análisis de datos.

La información en las fichas Farmacoterapéutico y el test de Morisky, se transfirió a tablas en MS Excel. Se construyeron tablas de datos sobre:

- a. Información general de los pacientes (sexo, edad, dirección, teléfono) y tiempos de intervención según canales de comunicación utilizados.
- b. Estado de situación con datos sobre. Problemas de salud y medicamentos utilizados, PRM, RNM asociados, estrategias de intervención usada y las vías de comunicación. También se anotó si el PRM

fue o no resuelto y la percepción final del paciente sobre la solución del problema.

- c. Autopercepción de calidad de vida de pacientes diabéticos antes y después de la intervención del programa de SFT.

Con las tablas se generó una base de datos en MS Acces para el acumulado de frecuencias según las variables paciente, morbilidad, medicamentos, PRMs, acciones realizadas por el farmacéutico, resultados de las intervenciones, etc.

A partir de los datos acumulados en MS Acces, se elaboraron tablas de resultados de doble y simple entrada con frecuencia relativas, absolutas y porcentajes. Se crearon tablas y gráficos sobre las características de los pacientes intervenidos, problema de salud, frecuencias de medicamentos usados, tipo y frecuencia de PRMs. Así mismo tablas para evidenciar la asociación entre el uso de medicamento y PRMs, los objetivos de intervención para solucionar los problemas y los Resultados Negativos a la Medicación (RNM) sospechados.

Para evidenciar los resultados de la intervención se construyeron tablas sobre la frecuencia de los canales de comunicación utilizados, el tipo y frecuencia de PRM diagnosticados y el porcentaje de soluciones. También los resultados de la diferencia entre el nivel de adherencia antes y después de la intervención y entre los niveles de los parámetros clínicos.

La cuantificación de los resultados de adherencia se hizo de acuerdo al puntaje del instrumento. Las respuestas negativas (respuestas no) se consideraron favorables a la adherencia y se puntúan con 0. Las respuestas asertivas a las preguntas del test (respuestas sí) son consideradas negativa para la adherencia y se puntúan con 1. De las ocho preguntas del test bastó una sola respuesta si, puntaje 1, para tipificar a los pacientes como no adherentes.

Para la determinación de la significancia estadística de los resultados de adherencia antes y después de la intervención se aplicó el test de McNemar para datos dicotómicos, de muestras pareadas usando el programa Statistical Package for the

Social Sciences (SPSS) de IBM versión 20. Para todas las pruebas estadísticas se usó un nivel de significancia menor de 0,05.

Se evaluó el impacto del SFT sobre la actitud del paciente en cada una de las preguntas del test de Morisky y se comparó el resultado acumulado de los 12 pacientes para cada pregunta antes y después de la intervención con el fin de verificar en cuál de ellas el comportamiento hacia la adherencia fue más difícil de seguir, se utilizó para este análisis el mismo criterio, es decir, 0 significó adherencia y 1 no adherencia. Se midió la significancia estadística del cambio mediante el test de McNemar específico para datos no paramétricos dicotómicos.

Se evaluó además el comportamiento de los pacientes de acuerdo al acumulado total de sus respuestas a los cuatro ítems del test. Se consideró el cumplimiento de los pacientes de acuerdo a estos límites de resultados:

CUADRO N^o 06. Criterio para calificar la adherencia o cumplimiento de los pacientes

PACIENTE:	Suma de sí
BAJA ADHERENCIA	> 2
MEDIANA ADHERENCIA	1 o 2
ALTA ADHERENCIA	0

4.6. Criterios éticos.

El estudio se llevó a cabo siguiendo las normas éticas de la Declaración de Helsinki¹⁰¹. Se realizó con el consentimiento de los responsables del Servicio Farmacéutico de referencia. Se reportaron a los responsables del tratamiento las incidencias de las visitas de manera inmediata si se identifican factores de riesgo agravados que originen la inmediata atención del paciente.

Se preservará en todo momento el anonimato de los pacientes. Los datos personales registrados en la ficha fármaco terapéutica no figuran en la tabla de análisis de datos sólo un número de identificación, sexo y edad. Para la intervención es necesario conocer su nombre, apellidos y su dirección de correo electrónico de ser posible. Estos datos serán conocidos por el investigador y por un auxiliar encargado de la aleatorización. Los datos permanecerán en la base de datos informática hasta la finalización del estudio y será destruida posteriormente al término de la investigación.

A todos los pacientes se les informará del estudio solicitándoles el consentimiento escrito para su inclusión en el mismo. La hoja de consentimiento informado (Anexo N°8.2) detalla las obligaciones del farmacéutico y las del paciente. No se modificará la terapia prescrita sin el consentimiento del profesional prescriptor.

El informe estuvo aprobado por el Comité de Investigación de la Escuela profesional de Farmacia de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.

4.7 MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN	VARIABLES E INDICADORES	ANÁLISIS DE RESULTADOS
<p>¿Tendrá impacto el programa de SFT para mejorar la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física y mental de pacientes diabéticos?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL: Determinar si el programa de seguimiento Farmacoterapéutico mejora la autopercepción de la calidad de vida en las dimensiones física y mental de pacientes diabéticos intervenidos desde el Puesto de Salud “Miraflores Alto”, distrito de Chimbote. Mayo a Julio 2017.</p> <p>Objetivos Específicos.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar el estado de situación del uso de medicamentos en pacientes diabéticos y diagnosticar los problemas relacionados con medicamentos existentes. 2. Intervenir a los pacientes que presentan Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs) mediante un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) para prevenirlos o solucionarlos. 3. Medir el impacto de la intervención mediante SFT sobre la autopercepción de calidad de vida en la dimensión física de los pacientes diabéticos. 4. Medir el impacto de la intervención mediante SFT sobre la autopercepción de calidad de vida en la dimensión mental de pacientes diabéticos. 	<p>Impacto del SFT sobre la dimensión física</p> <p>Ho: El programa de SFT no tiene efecto para mejorar la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física de pacientes diabéticos.</p> <p>H1: El programa de SFT tiene efecto significativo para mejorar la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física de pacientes diabéticos.</p> <p>Impacto del SFT sobre la dimensión mental</p> <p>Ho: El programa de SFT no tiene impacto para mejorar la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión mental de pacientes diabéticos.</p> <p>H1: El programa de SFT tiene impacto significativo para mejorar la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión mental de pacientes diabéticos.</p>	<p>El nivel de la investigación es Experimental. El diseño es pre experimental.</p>	<p>Variable independiente:</p> <p>El programa de SFT</p> <p>Variable dependiente:</p> <p>Autopercepción de calidad de vida.</p>	<p>Se analizarán los resultados desde los instrumentos.</p> <p>Se crearán bases de datos en acceso y Excel.</p> <p>Se construirán tablas de doble y simple entrada.</p> <p>Se aplicarán herramientas de estadística descriptiva y estadística inferencial.</p> <p>Se utilizó la prueba de Wilcoxon con una significancia al 95%</p>

V. RESULTADOS

5.1. Resultados

5.1.1. CARÁCTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES Y TIEMPOS INVERTIDOS DURANTE LA EL PROCESO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO.

TABLA N⁰ 01. Pacientes participantes del programa de SFT agrupados por sexo y promedio de edad. Puesto de salud “Miraflores Alto”, Distrito de Chimbote, mayo-julio 2017

GENERO	PROM EDAD (AÑOS)	fi	%
F	55.6	12	100.0
\bar{x}	55.6	12	100.0
S	7.7		

Fuente: Anexo N° 8.4 Tabla de estado de situación.

TABLA N⁰ 02. Numero de contactos y tiempos de intervención utilizados para el desarrollo del programa de SFT en pacientes diabéticos del Puesto de salud “Miraflores Alto”, Distrito de Chimbote, mayo-julio 2017

PAC	EF		DOMICILIO		TELÉFONO		OTRA VIA		TOTAL	
	conta ctos	tiempo (min)								
1	1	40	3	90	2	10	0	0	6	140
2	1	30	3	100	2	8	0	0	6	138
3	1	30	3	100	0	0	0	0	4	130
4	1	30	3	90	0	0	0	0	4	120
5	1	30	3	90	0	0	0	0	4	120
6	1	30	3	100	2	8	0	0	6	138
7	1	45	3	65	0	0	0	0	4	110
8	1	45	3	85	2	6	0	0	6	136
9	1	20	3	75	0	0	0	0	4	95
10	1	40	3	105	0	0	0	0	4	145
11	1	30	3	100	2	7	0	0	6	137
12	1	25	3	90	1	5	0	0	5	120
TOT AL	12	395	36	1090	11	44	0	0	59	1529
□	1	32.9	3	90.8	0.9	3.7	0	0	4.9	127.4
□ x CONT.		32.9		30.3		4.1		0		26

5.1.2. MORBILIDAD DIAGNÓSTICADA, AUTO PERCIBIDA Y EL USO DE MEDICAMENTOS.

TABLA N^o 03. Problemas de salud diagnosticados y autopercebidos durante el programa de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes diabéticos del Puesto de salud “Miraflores Alto”, Distrito de Chimbote, mayo-julio 2017.

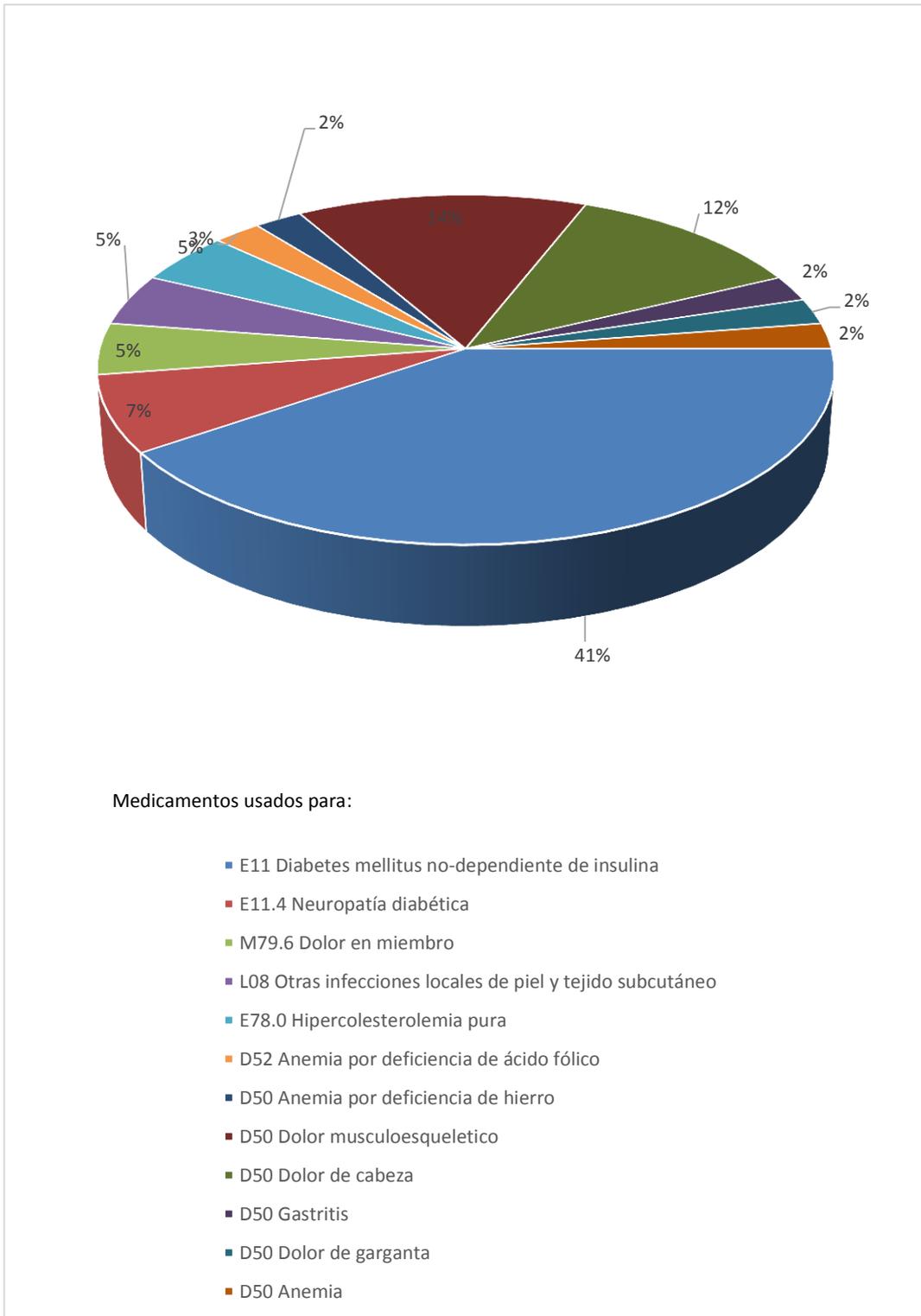
Morbilidad	CIE10	Diagnostico	fi	%
Diagnosticada	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina	12	30.0
	E78.0	Hipercolesterolemia pura	2	5.0
	E11.4	Neuropatía diabética	2	5.0
	M79.6	Dolor en miembro	1	2.5
		Otras infecciones locales de piel y tejido subcutáneo	1	2.5
	L08		1	2.5
	D52	Anemia por deficiencia de ácido fólico	1	2.5
	D50	Anemia por deficiencia de hierro	1	2.5
	Sub total	20	50.0	
No Diagnosticada		Dolor musculo esquelético	7	17.5
		Dolor de cabeza	5	12.5
		Somnolencia	2	5.0
		Zumbido de oídos	1	2.5
		Malestar estomacal	1	2.5
		Gastritis	1	2.5
		Dolor de garganta	1	2.5
		Anemia	1	2.5
		Alergia	1	2.5
	Sub total	20	50.0	
	Total	40	100.0	

Fuente: Anexo N^o 8.4 Tabla de estado de situación.

TABLA N° 04. Medicamentos prescritos y automedicados utilizados por los pacientes diabéticos del Puesto de Salud “Miraflores Alto”, Distrito de Chimbote, mayo-julio 2017.

Origen del Medicamento	Morbilidad	Denominación en DCI	fi	Fi	%
Prescritos	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina	Metformina	12	17	40.4
		Glibenclamida	4		
		Glimepirida	1		
	Neuropatía diabética	Hidroxicobalamina	1	3	7.1
		Gabapentina	1		
		Diclofenaco	1		
	Dolor en miembro	Ciclobenzaprina	1	2	4.8
		Diclofenaco + vit b 12	1		
	Otras infecciones locales de piel y tejido subcutáneo	Ciprofloxacino	1	2	4.8
		Amikacina	1		
	Hipercolesterolemia pura	Atorvastatina	2	2	4.8
	Anemia por deficiencia de ácido fólico	Ácido fólico	1	1	2.4
	Anemia por deficiencia de hierro	Sulfato ferroso	1	1	2.4
	Sub total				28
Automedicación	Dolor musculo esquelético	Naproxeno	3	6	14.2
		Metilprednisolona	1		
		Gabapentina	1		
		Ciclobenzaprina + meloxicam	1		
	Dolor de cabeza	Paracetamol	4	5	11.9
		Paracetamol + cafeína + aas	1		
	Gastritis	Ranitidina	1	1	2.4
	Anemia	Sulfato Ferroso + ácido fólico	1	1	2.4
Dolor de garganta	Paracetamol	1	1	2.4	
Sub total				14	33.3
TOTAL			42	42	100
			□	3.5	

Fuente: Anexo N°8.4, Tabla de estado de situación.



Fuente: Anexo N°8.4 Tabla de estado de situación

GRAFICO N° 01. Porcentaje de medicamentos utilizados para los problemas de salud que fueron identificados. Programa de SFT a pacientes diabéticos. Puesto de salud “Miraflores Alto” Chimbote. Mayo a Julio 2017.

5.1.3. RESULTADOS SOBRE LOS PRM ENCONTRADOS Y RNM EVIDENCIADOS

TABLA N^o 05. Distribución de la frecuencia y porcentaje de los PRMs evidenciados en pacientes diabéticos del Puesto de Salud “Miraflores Alto”, Distrito de Chimbote, mayo-julio 2017

N°	COD PRM	DESCRIPCIÓN	fi	%
1	9	Incumplimiento	13	39.4
2	1	Adm. Errónea del Med.	8	24.2
3	11	Otros PS	5	15.2
4	8	Error de Prescripción	3	9.1
5	12	Reacciones Adversas	1	3.0
6	10	Interacciones	1	3.0
7	7	Error de Dispensación	1	3.0
8	2	Actitudes Negativas	1	3.0
Total			33	100.0

El tipo de PRM corresponde al Tercer Consenso de Granada ³⁷.

Fuente: Anexo N^o8.4 Tabla de estado de situación.

TABLA N^o 06. Distribución de la frecuencia y las intervenciones ejecutadas frente a los PRM diagnosticados en pacientes diabéticos del Puesto de salud “Miraflores Alto”. Distrito de Chimbote, mayo-julio 2017.

N°	DESCRIPCIÓN PRM	fi	INTERVENCION DESCRIPCIÓN	Fi	%
1	Incumplimiento	11			
2	Adm. Errónea del Med.	6	Disminuir Inc. Involuntario	18	55
3	Reacciones Adversas	1			
4	Otros PS	2			
5	Adm. Errónea del Med.	2	Retirar un Medicamento	5	15
6	Incumplimiento	1			
7	Otros PS	3			
8	Actitudes Negativas	1	Medidas no Farmacológicas	4	12
9	Error de Prescripción	2	Sugerir una alternativa Farmacéutica en DCI	3	9
10	Error de Dispensación	1			
11	Incumplimiento	1	Disminuir Inc. Voluntario	1	3
12	Error de Prescripción	1	Modif. Dosis	1	3
13	Interacciones	1	Modif. Pauta	1	3

Fuente: Anexo N^o8.4 Tabla de estado de situación.

TABLA N^o 07. Comparativo de la edad, numero de diagnósticos, numero de medicamentos, PRMS detectados y PRMS solucionados durante el seguimiento farmacoterapeutico en cada paciente diabético participante del Puesto de salud “Miraflores Alto”, Distrito de Chimbote, mayo-julio 2017.

PAC	SEXO	EDAD	DIAG	MED	PRMS	SOL
1	F	54	5	3	4	4
2	F	54	3	3	2	2
3	F	59	4	3	3	1
4	F	65	2	2	1	1
5	F	59	3	3	2	2
6	F	53	3	2	3	3
7	F	41	3	3	2	1
8	F	60	3	5	3	3
9	F	67	3	3	2	1
10	F	57	6	7	3	3
11	F	43	2	4	6	6
12	F	55	3	4	2	2
TOTAL			40	42	33	29
PROM		55.58	3.33	3.50	2.75	2.42

Pac. Código de Paciente
 DIAG: Número de diagnósticos
 MED: Cantidad de medicamentos
 PRM: Problemas Relacionados con Medicamentos
 SOL: PRMs solucionados
 Fuente: Anexo 8.4, Tabla de Estado de Situación.

5.1.4.1 IMPACTO DEL PROGRAMA DE SFT EN LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA SOBRE LA DIMENSIÓN FÍSICA SEGÚN EL TEST SF-12

TABLA N⁰ 08. Resultados de la autopercepción de la actividad física en pacientes diabéticos que participaron del programa de SFT, utilizando el test SF-12. Puesto de Salud “Miraflores Alto” Chimbote. Mayo a julio 2017.

COD	SCORE TOTAL ANTES	SCORE TOTAL DESPUÉS
1	30.81548	45.0772
2	33.82458	52.56768
3	24.93232	50.49708
4	41.86843	50.49708
5	54.42963	50.49708
6	49.06507	54.90936
7	35.496	35.52836
8	34.46358	51.21844
9	27.20985	33.97263
10	22.28807	36.34299
11	33.87516	53.77612
12	47.01623	49.7518
□	36.27370	47.05299
S	9.962487454	7.508028489

Prueba t (p<0.05) = 0.0015

Fuente: Anexo N°8.3.12, Compilado de resultados Test SF-12

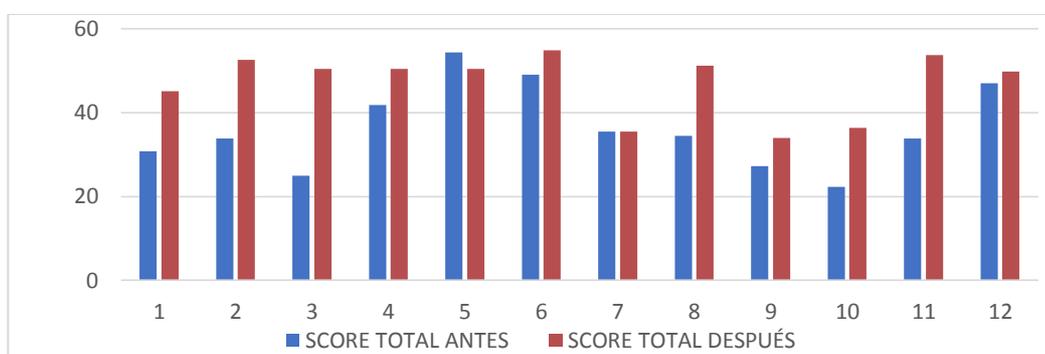


GRAFICO N⁰ 02. Comparación del resultado del test SF-12 en la dimensión física, antes – después de la intervención mediante el programa de SFT a pacientes diabéticos.

Puesto de Salud “Miraflores Alto”, Chimbote. Mayo a julio 2017.

Fuente: Anexo N°8.3.12, Compilado de resultados Test SF-12

5.1.4.2 IMPACTO DEL PROGRAMA DE SFT EN LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA SOBRE LA DIMENSIÓN MENTAL SEGÚN EL TEST SF-12
 TABLA N° 09. Resultados de la autopercepción de la actividad mental en pacientes diabéticos que participaron del programa de SFT, utilizando el test SF-12. Puesto de Salud “Miraflores Alto” Chimbote. Mayo a julio 2017

COD	SCORE TOTAL ANTES	SCORE TOTAL DESPUÉS
1	22.0059	55.74914
2	24.21376	54.59721
3	20.09796	50.84797
4	47.17229	50.84797
5	29.13414	50.84797
6	41.66007	53.8143
7	26.81679	17.22258
8	17.13767	51.57918
9	23.25676	43.6359
10	39.36731	38.70815
11	26.54345	55.04243
12	63.1275	61.69647
□	31.71113	48.71577
S	13.517	11.513

Prueba t (p<0.05) =0.003

Fuente: Anexo N°8.3.12, Compilado de resultados Test SF-12

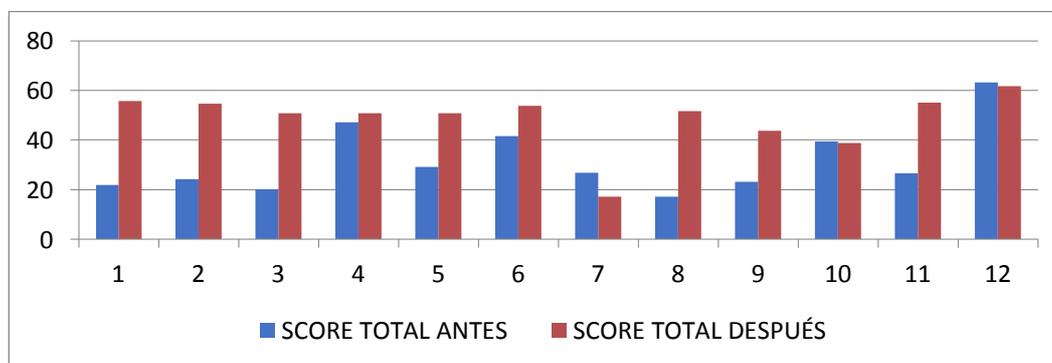


GRAFICO N° 03. Comparación del resultado del test SF-12 en la dimensión mental, antes – después de la intervención mediante el programa de SFT a pacientes diabéticos. Puesto de Salud “Miraflores Alto”, Chimbote. Mayo a julio 2017.

Fuente: Anexo N°8.3.12, Compilado de resultados Test SF-12

5.2. Análisis de Resultados.

Para poder realizar el análisis de los resultados y determinar el impacto del programa de SFT en pacientes diabéticos, se procedió a tabular los resultados obtenidos teniendo en cuenta el objetivo que se planteó en el inicio del programa.

5.2.1. Sobre los pacientes y los tiempos de intervención.

La totalidad de pacientes que participaron del programa de SFT fueron mujeres (100%) que tenían una edad mayor a los 40 años (promedio 55.6). Los resultados obtenidos se asemejan a estudios realizados por diferentes autores en Perú, los cuales muestran que la población femenina en este grupo de edades es la más afectada por la diabetes mellitus tipo II.

De la Paz K. indica que se considera que demográficamente existen más mujeres que hombres en una proporción de 1:7, esta puede ser una de las causas de estos resultados; además, en las mujeres después de los 50 años suceden cambios hormonales que favorecen la obesidad y el sedentarismo, cambian su estilo de vida y presentan malos hábitos dietéticos que pueden estar arraigados desde su juventud, factores que pueden contribuir a padecer dicha diabetes tipo II⁹².

Se presentan en todo el proceso de seguimiento, los tiempos que se invirtieron para la realización de la visita entre otras actividades. Se invirtieron en total 32 minutos aproximadamente por paciente en cada visita y en promedio por todas las visitas realizadas 127.6 min, si tomamos en cuenta el total de pacientes que participaron en el programa se tiene un total de 1529 minutos de labor del profesional farmacéutico dedicado al SFT. El tiempo utilizado en el primer contacto en el establecimiento farmacéutico fue 32.9 minutos en promedio, este medio fue útil para realizar la explicación de la metodología o el proceso de cómo se llevaría a cabo el programa a los pacientes captados, así como también el llenado de los diferentes test, algunas primera fichas y la primera medición de glicemia.

El tiempo utilizado en los contactos en el domicilio fue de 90.8 minutos en promedio, la cual fue un ambiente más adecuado para tener una comunicación directa con el paciente, además de tener una comunicación farmacéutico – paciente más cómoda, tranquila y sin algunas interrupciones que se pueden dar en otros ambientes, como lo fue por ejemplo en el establecimiento en donde el ruido de los alrededores no permitía concentrarse o tener una comunicación más fluida. A través de la comunicación en el domicilio se pudo lograr que le paciente nos informe de acuerdo a los signos de reacciones adversas, interacciones, contraindicaciones y además en cada visita poder medir los niveles de glicemia que son la variable de nuestro trabajo.

El tiempo usado en las intervenciones por teléfono 3.7 minutos en promedio, este medio de contacto entre farmacéutico - paciente fue uno del medio menos empleados, debido a que hubo más presencia en las visitas a domicilio y porque la vía telefónica en el particular impide el contacto directo con el paciente lo cual influía en que no haya una comunicación fluida y cómoda con el mismo.

La última visita sólo tuvo como objetivo el levantamiento de la información después de la intervención y las últimas recomendaciones, además de un agradecimiento a los pacientes por su participación en el programa de SFT.

5.2.2. Sobre los diagnósticos identificados y los medicamentos utilizados por los pacientes durante el proceso de SFT.

Se presenta las morbilidades diagnósticas y auto percibidas, con un total de 40 morbilidades, los pacientes reportaron paciente sufrir enfermedades diagnosticadas por un facultativo (50%) y morbilidad sin diagnóstico (50%). Las enfermedades diagnosticadas tuvieron una prescripción para el uso de medicamentos, mientras que las no diagnosticadas fueron origen de automedicación.

El promedio cada paciente pudo sufrir 3 enfermedades (2 enfermedades diagnosticadas y 1 enfermedad no diagnosticadas). La enfermedad más frecuente fue la diabetes (30 %) por ser la enfermedad objetivo y criterio de inclusión. El dolor musculo esquelético es la segunda enfermedad más frecuente (17.5%).

La hipercolesterolemia pura y la neuropatía diabética son las enfermedades diagnosticadas más frecuentes, luego de la diabetes, esto indica que la morbilidad objetivo en la mayor de los pacientes no estuvo adecuadamente controlada y por ellos las consecuencias como la neuropatía diabética. Además, esto podría indicar que los pacientes no hacen uso correcto de los medicamentos prescritos para la enfermedad objetivo.

En promedio los pacientes usaron 4 medicamentos 3 medicamentos prescritos y 1 medicamento por automedicación. Pena M. afirma que “a medida que aumenta la edad, el riesgo de contraer enfermedades es mayor y con el aumenta a su vez el número de medicamentos que el paciente debe tomar por día”. Indica además a la diabetes mellitus como la afección que provoca mayor consumo⁹⁸. Los medicamentos más utilizados (40.4%) fueron para la enfermedad objetivo. El resto de los medicamentos prescritos estuvieron asociados a las enfermedades crónicas diagnosticadas.

Si bien el promedio de enfermedades diagnosticadas y no diagnosticadas es similar se observa que el consumo de medicamentos prescritos es mayor que los no prescritos, esto podría indicar que los pacientes a pesar de tener algunas dolencias no les prestaban la atención ya que algunas de ellas eran pasajeras.

5.2.3. Acerca de los problemas relacionados con medicamentos (PRM) y los resultados negativos de la medicación (RNM).

La cantidad total de PRM diagnosticados en los pacientes fueron 33, con un promedio de 2,75 por paciente. De este total, el incumplimiento fue el PRM más frecuente (39.4%) lo cual comprueba que los pacientes en ocasiones se olvidan de tomar sus medicamentos y por ello la enfermedad objetivo tiende a no estar controlada y la aparición de las complicaciones. El segundo PRM más frecuente es la administración errónea del medicamento (24.2%) lo que indica la falta de labor del químico farmacéutico y del prescriptor para dar las adecuadas indicaciones de la toma de medicamento. El tercer PRM frecuente es Otros problemas de salud (15.2%) indicando

así el porqué del consumo de medicamentos por automedicación. Los otros PRM diagnosticados fueron menos frecuentes (21%).

La intervención más utilizada al criterio del investigador fue la de disminuir el incumplimiento involuntario (55%) porque así se pudo brindar orientación adecuada para una correcta utilización de los medicamentos, además de técnicas para evitar que el paciente olvide de tomar sus medicamentos con la finalidad de disminuir el incumplimiento involuntario y la administración errónea de los medicamentos. La segunda intervención más frecuente ejecutada por el investigador fue la de retirar un medicamento (15%), debido a que varios pacientes consumían medicamentos por automedicación para sus enfermedades auto percibidas, los cuales producían interacciones con los medicamentos prescritos afectando la seguridad y eficacia del tratamiento; es por ello que se optó por retirar el medicamento y aconsejar que acuda al médico. La tercera intervención frecuente fueron las medidas no farmacológicas (12%) en donde se orientó al paciente respecto a sus hábitos alimenticios, así como también de la visita a otros profesionales de la salud como el psicólogo, partiendo de que estas intervenciones fueron dadas para pacientes que tenían malos hábitos alimenticios además de problemas psicológicos producto de la enfermedad.

5.2.4. Impacto acerca de la autopercepción de la calidad de vida y los resultados.

El objetivo principal de esta investigación fue la de estimar la autopercepción de la calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo II utilizando el instrumento SF12, la cual presenta resultados en dos dimensiones que influyen en la vida habitual del paciente: la dimensión física y la mental. Para el cálculo de los scores finales se utilizaron los indicadores estándares promedio para la población americana obtenidos de la Universidad de Michigan¹⁰². Y del departamento de trabajo de los Estados Unidos¹⁰³. Según la calibración de instrumento un poblador americano debería tener un puntaje promedio de salud tanto mental como físico de 50 con una desviación estándar de 10^{100,104}.

Es importante tener en cuenta que el test (SF12) utilizado en el programa de Seguimiento Farmacoterapeutico fue desarrollado para pacientes de poblaciones

anglosajonas y es por ello que se podrían tener resultados deficientes al ser aplicado en poblaciones latinoamericanas, por lo tanto los resultados no reflejarían la verdadera condición del paciente, sin embargo este test nos permite analizar y evaluar comparaciones antes y después de la intervención y así determinar si el programa de SFT fue realmente beneficioso y efectivo en el bienestar físico y mental de los pacientes participantes.

Los resultados para dimensión física (tabla N°8) muestran que al inicio del programa de SFT, su score promedio fue de 36.27 y después de la intervención su promedio total fue de 47.05, obteniéndose una diferencia de 10.78. El análisis mediante la prueba t para muestras emparejadas de las medias de los puntajes de la dimensión física que se muestra en la tabla N° 7 demuestra que el programa de STF si fue significativo ($p=0.0014$).

Según los resultados de la tabla N° 8 y posteriormente en el gráfico N°02 se nota que hay un cambio significativo, siendo los resultados del paciente N° 03, el más resaltante; en el cual se pudo observar que antes de la intervención se tuvo una percepción en cuanto a la dimensión física de 24.93 y después de la intervención de 50.49 entrando al puntaje promedio aceptable de 50; cabe recalcar que también se tuvieron otros resultados significativos como por ejemplo de los pacientes N° 2 y 11 con un score anterior de 33.82, 33.87 y posterior de 52.56 y 53.77 respectivamente. Se debe tener en cuenta que los resultados significativos dados en el programa de SFT fue porque estos pacientes captaron de una mejor manera las recomendaciones dadas en las visitas respecto a la toma de sus medicamentos, en la adherencia a su tratamiento, hábitos alimenticios, es por ello de estos resultados. Así mismo los pacientes N° 1, 9, 10 y 12, mostraron cambios positivos en cuanto a su percepción en esta dimensión, sin embargo, no alcanzaron el puntaje promedio aceptable.

Los resultados para la dimensión mental mostrados en la tabla N°9 reflejan que al inicio del programa de SFT, su score promedio fue de 31.71 y después de la intervención su promedio total fue de 48.71, obteniéndose una diferencia de 17. El análisis mediante la prueba t para medidas emparejadas arroja un resultado significativo en el análisis bilateral de ($p=0.003$).

Según los resultados de esta misma tabla y posteriormente en el gráfico N°03 se nota que hay un cambio significativo, siendo los resultados del paciente N° 08, el más resaltante; en el cual se pudo observar que antes de la intervención se tuvo una percepción en cuanto a la dimensión mental de 17.14 y después de la intervención de 51.58 entrando al puntaje promedio aceptable mayor 50; cabe recalcar que también se tuvieron otros resultados significativos como por ejemplo de los pacientes N° 01 y , 02, 03, 05, y el 11 con un score antes de la intervención de 22, 24.01, 20.09, 29.13, 26.54 y posterior de 55.75, 54.60, 50.85, 50.85 y 55.04 respectivamente. Asimismo como ya se había mencionado, estos resultados significativos fueron gracias a que estos pacientes dieron todo de sí para sentirse mejor en su estado emocional, ellos necesitaban desahogarse y conversar respecto de lo que tenían y por ello los consejos lo tomaron de buena manera, además de que también hubieron charlas con los familiares ya que ellos sirven como soporte fundamental en los pacientes y donde el apoyo de estos siempre los hará sentir mejor.

Así mismo el score del paciente N° 09, tuvo un cambio positivo y significativo en cuanto a su percepción en esta dimensión, sin embargo, no alcanzo el puntaje promedio aceptable. Por otro lado, los pacientes restantes no mostraron cambios positivos en esta dimensión sino más bien disminuyeron, como por ejemplo los pacientes N° 07 y 10; con un score antes de la intervención de 26.82, 39.36 y posterior de la intervención de 17.22 y 38.70; cabe recalcar que, si bien el score de estos pacientes disminuyo, no fue de manera significativa por lo cual no afecto el promedio general ni la significancia del programa de SFT.

Con los resultados obtenidos en las tablas 08 y 09, observamos el caso del paciente N° 05, con un puntaje inicial de 54.43 con respecto a la dimensión física, y después de 50.5, el paciente en un inicio se sentía bien físicamente y podía realizar sus cosas sin grandes problemas, sin embargo, no se logró aumentar este parámetro como se esperaba sino más bien su puntaje disminuyo; cabe recalcar que el test puede tener un pequeño margen de error, además de que el cambio no es significativo. Por otro lado, se puede rescatar que respecto a la dimensión mental; este paciente si tuvo resultados favorables, ya que antes de la intervención tuvo un score de 29.13 y luego de la intervención, un score de 50.85 la cual es una mejoría significativa, demostrando que si bien en la

dimensión física no hubo buenos resultados como se deseaba, en la dimensión mental si fue de ayuda el programa de SFT y que, gracias a ello, el paciente se sintió mejor emocionalmente.

En el caso de la paciente 07, prácticamente no hubo variación, ya que los resultados antes de la intervención fueron de 35.49 y posterior de 35.53; esto debido a que la paciente si bien tenía algunas complicaciones en la ejecución de sus actividades cotidianas, ella lo veía normal y no le daba importancia a las recomendaciones dadas ya sea en sus hábitos alimenticios, a pesar de que si era medianamente adherente en la toma de sus medicamentos. En la dimensión mental se tuvo una variación negativa con respecto al score inicial, teniéndose un resultado de 26.82 antes y después 17.22. Esto resultados demuestran que no hubo significancia del acto profesional químico farmacéutico en esta paciente; la cual podría haber tenido origen en que la paciente haya sufrido de algunos percances en su vida cotidiana, no cumplía con los hábitos alimenticios saludables; también aparente problemas psicológicos, debido a que mencionaba que consumía elevada cantidad de azúcar y que era consciente de ello; la cual indica que no le importaba si su enfermedad estaba controlada o no; además de que no recibía apoyo por parte de sus familiares directos y estos motivos explican por qué los resultados fueron negativos.

En el caso del paciente N°09 si bien se obtuvieron resultados positivos en la intervención tanto en la dimensión física (antes 27.21 y después 33.97) y mental (antes 23.25 y después 43.63) no se llegó al puntaje promedio aceptable de 50; esto puede estar sujeto a muchos factores tales como la edad de la paciente (65 años), apoyo por parte de sus familiares en su alimentación y toma de sus medicamentos, las cuales interfirieron en que la paciente no obtuviera un puntaje mayor; además de que la paciente padece de otras enfermedades como osteoporosis y artrosis las cuales podrían limitar en su vida cotidiana, aunque no se puede dejar de lado que hubo una pequeña mejoría y que tal vez si se tuviera un mejor apoyo por parte de hijos y cercanos, al estar pendiente de su salud, esto podría mejorar de manera significativa.

Los resultados no positivos de algunos pacientes se deben a que el futuro profesional Químico Farmacéutico no está totalmente capacitado en relación con actividades de SFT, además se debe tener en cuenta que cada paciente lleva una historia diferente y

que los consejos dados en el programa de SFT no son captados al 100%, y que algunos de estos consejos pueden ser aprovechados en beneficio de la dimensión física y mental de algunos pacientes; pero en otros simplemente no les prestaron la debida atención o no hubo una adecuada recepción del mensaje.

Se deben tener en cuenta ciertos puntos que pueden influir en los resultados; por ejemplo el margen de error dado por los mismos puntajes estándares establecidos para pacientes de poblaciones anglosajonas y no para pacientes latinoamericanos. También como ya lo antes mencionado, que los pacientes tienen una historia diferente y que no van a recibir los consejos y recomendaciones de igual manera; algunos los reciben para su bienestar mientras que otros simplemente no hacen caso y no les da importancia su salud. En el caso del estado físico se debe recalcar que la diabetes no era la única enfermedad que podía influir en la vida cotidiana del paciente, sino también había otras dolencias en la mayoría de ellos, es por ello que se recomendaba de visitar los consultorios médicos para un mejor tratamiento, así como también recomendaciones respecto a la toma de medicamentos para evitar la interacción entre ellos y evitar complicaciones.

Luego de evaluar los resultados de los 12 pacientes con diabetes mellitus (DM) tipo II, se observa que algunos de ellos presentaron problemas psicológicos y alimenticios que están relacionadas a la misma enfermedad, debido a que sienten una depresión por lo que de un momento a otro tienen que cambiar sus hábitos alimenticios, controles periódicos en los establecimientos de salud, toma diaria de medicamentos de por vida, entre otras; que influyen en las dimensiones tanto física y mental; es por ello que en estos tipos de pacientes es necesario también la intervención de otros profesionales como el psicólogo y nutricionista. Si bien en el programa dimos información de acuerdo a dieta adecuada; se escuchó a los pacientes y se les dio consejos; en todos los casos no fue suficiente para hacerlos cambiar de pensamiento y actitud.

Sin embargo, a pesar de estos factores influyentes se logró tener un cambio significativo en ambas dimensiones, en la física ($p=0.0014$) y mental ($p=0.003$), demostrándose así la eficacia de este programa de seguimiento farmacoterapéutico en beneficio de pacientes con diabetes, además de resaltar la importante labor del profesional químico farmacéutico en la sociedad.

VI. CONCLUSIONES

6.1. Conclusiones

1. Todos los pacientes participantes del programa de seguimiento farmacoterapéutico sufrieron en su estado inicial de PRMs.
2. Se logró intervenir a los pacientes que fueron diagnosticados con PRMs y mediante el programa de SFT se logró solucionar la mayor parte de estos PRMs; mientras que los problemas que no fueron posibles solucionar dejaron expuestos a los pacientes a sufrir potenciales resultados negativos de la medicación.
3. El programa del SFT tuvo un impacto *significativo* sobre la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física de los pacientes diabéticos.
4. El programa del SFT tuvo un impacto *significativo* sobre la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión mental de los pacientes diabéticos.

6.2. Aspectos Complementarios

6.2.1. Sugerencias y recomendaciones.

- Implementar cursos relacionados al seguimiento farmacoterapéutico para así tener una base a la hora de ejecutar estos programas, además de tener una visión amplia de la actividad profesional.
- Poner en práctica talleres de comunicación para la mejora del desenvolvimiento del profesional químico farmacéutico a la hora de interactuar con el paciente y con otros profesionales de la salud.
- Realizar convenios con diferentes establecimientos de salud para que se facilite la captación de pacientes con morbilidades crónicas y así implementar de manera más eficiente el programa de SFT y que la actividad del profesional químico farmacéutico sea mejor valorada.

6.2.1. Limitaciones.

- Inexperiencia al momento de implementar el programa de seguimiento farmacoterapéutico, a la hora de la captación de los pacientes para lo cual nos tomó más tiempo de lo planeado.
- No se dispuso del tiempo necesario para las visitas del programa de SFT debido a que el horario propuesto por la mayor parte de los pacientes se cruzaba con los horarios de clase.
- Desconfianza por parte de los pacientes a la hora de ofrecer el servicio del SFT, debido a que la actividad profesional del químico farmacéutico en el SFT no es reconocida por la población, ellos tienen la percepción de que el farmacéutico solo dispensa medicamentos.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Faus, M.J. Pharmaceutical Care as a response to social need. *Ars Pharmaceutica*, 41: 1; 137-143, 2000.
2. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1990; 47:533 – 543
3. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Pharm Care Esp*. 1999; 1: 35-47.
4. Frank R, Grizzle J. Drug-Related Morbidity and Mortality: Updating the Cost-of-Illness Model. *J Am Pharm Assoc*. 2001; 41 (2) © 2001 American Pharmacists Association.
5. PJ McDonnell and MR Jacobs. Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions. *The Annals of Pharmacotherapy*: Vol. 36, No. 9, pp. 1331-1336. DOI 10.1345/aph.1A333.
6. Manasse HR Jr. Medication use in an imperfect world: drug misad venturing as an issue of public policy, Part 1. *American Journal of Hospital Pharmacy*, Vol. 46, Issue 5, 929-944
7. Johson A. Bootman L. Drug-Related Morbidity and Mortality: A Cost-of-Illness Model. *Journal of Managed Care Pharmacy*. Vol. 2, No.1. Feb 1996.
8. Rodríguez A. Atención farmacéutica en farmacia comunitaria: ¿es ya realidad o todavía un proyecto de futuro? Discurso de ingreso académico. Academia de Farmacia de Galicia. España. Santiago de Compostela, 2006.
9. Bonal J. Lerany C, Bassons T, Gascón P. Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica. En: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. *Farmacia Hospitalaria Tomo I* [Internet]. [Citado el 16 de Agos. De 2012]. Disponible en: <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap21.pdf>.
10. Moheme G. Cáncer de cuello uterino. Inician campaña de vacunación para niñas peruanas. [Internet] 03 de Noviembre de 2014. *Diario La República*. [Citado el 10 de Jul. de 2015]. Disponible en: <http://larepublica.pe/03-11-2014/cancer-de-cuello-uterino-inician-campana-de-vacunacion-para-ninas>.
11. Faus D. Programa Dáder. *Pharmaceutical Care España*. 2000; 2:73-74.
12. Jácome A. Medidas de resultados en atención farmacéutica. *Boletín De Atención Farmacéutica Comunitaria* Vol. 3 Nº3, Universidad de Granada. Madrid marzo 1999. Desde: <http://www.ugr.es/~atencfar/bofac33.htm>. Tomado el 28/10/17.

13. Sookaneknun P. Richards RME. Sanguansermisri J. Teerasut Ch. Can Pharmacists Improve Outcomes in Hypertensive Patients? Who. Second international conference on improving use of medicines. Chiang Mai. Thailand. 2004. Desde: <http://mednet3.who.int/icium/icium2004/poster.asp?Keyword=Adult Health>.
14. Machado M. Bajcar J. Guzzo GC. Einarson TR. Sensitivity of Patient Outcomes to Pharmacist Interventions. Part II: Systematic Review and Meta-Analysis in Hypertension Management. *The Annals of Pharmacotherapy*: Vol. 41, No. 11, pp. 1770-1781. DOI 10.1345/aph.1K311. Published Online, 9 October 2007, www.theannals.com, DOI 10.1345/aph.1K311.
15. Sookaneknun P. Richards RME. Sanguansermisri J. Teerasut Ch. Pharmacist Involvement in Primary Care Improves Hypertensive Patient Clinical Outcomes. *The Annals of Pharmacotherapy*: Vol. 38, No. 12, pp. 2023-2028. 10.1345/aph.1D605. Published Online, 2 November 2004, www.theannals.com, DOI 10.1345/aph.1D605.
16. Basterra GM. El cumplimiento terapéutico. *Pharmacareesp* 1999; 1: 97-106. Tomado desde: <http://www.cqfperu.org/af/artInteres/af200511cumpliTerape.pdf> el 02/11/17.
17. Granados G. Rosales Nieto JG. Moreno E. Ybarra JL. Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión y diabetes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2007, Vol. 7, N° 3, pp.697-707. ISSN 1697-2600.
18. Tafur V. E. García-Jiménez E. Aproximación del rol de farmacéutico en la calidad de vida relacionada con la salud. *Pharmacy Practice* 2006; 4(1): 18-23.
19. Kheir NM. Foppe van Mil J.W. Shaw J.P. Sheridan J.L. Health-related quality of life measurement in pharmaceutical care targeting an outcome that matters. *Pharmacy World & Science*. Springer Netherlands. ISSN0928-1231 (Print) 1573-739X (Online). Volume 26, Number 3 / junio de 2004. pp. 125-128.
20. Lee JK. Grace KA. Taylor AJ. Effect of a Pharmacy Care Program on Medication Adherence and Persistence, Blood Pressure, and Low-Density Lipoprotein Cholesterol. A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, Published online November 13, 2006.
21. Pickard AS. Johnson JA. Farris KB. The impact of pharmacist interventions on health-related quality of life. Harvey Whitney Books Company. *The Annals of Pharmacotherapy*: 1999. Vol. 33, No. 11, pp. 1167-1172. DOI 10.1345/aph.18460.
22. Arana G. Cilliani B. Abanto D. Cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la presión arterial en pacientes del programa de hipertensión. Hospital Víctor Lazarte Echegaray-ESSALUD, Trujillo. *Rev. Med Hered* 2001; 12(4):120-6.

23. Del Águila J. Perales L. Frech-Irigoyen C. Evaluación del tratamiento de la hipertensión arterial en la consulta externa del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. *Revista Médica IPSS* 1994; 3(2):23-6.
24. Study Commission on Pharmacy & American Association of Colleges of Pharmacy. (1975). *Pharmacists for the future: The report of the Study Commission on Pharmacy: commissioned by the American Association of Colleges of Pharmacy*. Ann Arbor: Health Administration Press.
25. Sabater D. Fernández F. Parras M. Faus MJ. Joe G. et al. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento Farmacoterapéutico. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(2): 90-97.
26. Silva-Castro MM, Tuneui Valls I, Faus MJ. Revisión sistemática sobre la implantación y la evaluación del seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes hospitalizados. *Farm Hosp*.2010; 34(3):106–124. Documento descargado de <http://www.elsevier.es> el 21/11/2017.
27. Desselle S. Schwartz M. Rappaport HM. The Identification of Pharmaceutical Care Practice Standards in the Community Pharmacy Setting. *Journal of Pharmaceutical Care*, published by the School of Pharmacy of Northeast Louisiana University at Monroe LA. Volumen 1, Article 3. February 1997.
28. Fontana RD. Soláthurry N. Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes pediátricos hospitalizados: adaptación de la metodología Dáder. Arán ediciones 2003, s. I. farmacia hospitalaria. *Farm hosp (Madrid)* Vol. 27. N. ° 2, pp. 78-83, 2003.
29. Garnet WR. Davis LJ. Mckenney JM. Steiner KC. Effect of telephone follow-up on medication compliance. *Am J Hosp Pharm* 1981; 38: 676-679.
30. Gil V. Pineda M. Martínez JL. Belda J. Santos MA y Merino J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento terapéutico en la hipertensión. *Med Clin (Barc)* 1994; 102: 532-536.
31. Gamarra HL. Roque RV. Implantación de un programa de atención farmacéutica a pacientes hipertensos en la Farmacia Comunitaria "Omar" en el distrito de Carmen de la Legua Reynoso. Tesis para optar el título profesional de Químico Farmacéutico. La Legua Reynoso. Tesis para optar el título profesional de Químico Farmacéutico. http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2002/gamarra_rh/pdf/gamarra_rh-TH.8.pdf. 21/11/2017.
32. Ayala KL. Condezo MK. Juárez EJ. Impacto del Seguimiento Farmacoterapéutico en la Calidad de Vida Relacionada a la Salud de Pacientes con Hipertensión Arterial. *UNMSM. Ciencia e Investigación* 2010; 13(2): 77-80.

Disponible:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ciencia/v13_n2/pdf/a05v13n2.pdf.
El 21/11/17.

33. Ocampo Rujel P. A. Impacto de un programa de atención farmacéutica sobre el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes hipertensos. In *Crescendo*
http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S2222-30612010000200006&script=sci_abstract. El 21/11/2017.
34. Ministerio de Salud del Perú. La Política Nacional de Medicamentos en el Perú. Consejo Nacional de Salud. Comité de Medicamentos. Resolución Ministerial N° 1240-2004-MINSA.
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/destacados/archivos/65/RM1240-2004.pdf> el 19/08/2014.
35. Congreso de la República del Perú. Ley 29459, Ley de productos farmacéuticos dispositivos médicos y productos sanitarios. Diario Oficial El Peruano. Lima 26 de Noviembre de 2009.
36. Presidencia de la república. Aprueban Reglamento de Registro Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, Decreto Supremo N°016-2011-TR. El peruano. Lima 27 de Julio de 2011.
37. Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Atención Farmacéutica en el Perú (1). Boletín Centro de Atención Farmacéutica - Año 1 Número 1 Enero – Febrero 2008. Tomado desde: www.digemid.minsa.gob.pe, el 28 de Julio de 2012.
38. Álvarez-Risco A, Zegarra-Arellano E, Solís-Tarazona Z, Mejía-Acosta N, Matos- Valerio E. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud del Perú. Boletín (Cent. Aten. Farm.). Año 5- Número 3 - Mayo Junio 2012. ISSN [http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Boletines/Atencion_farmacéutica/B09_2012_03.pdf](http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Boletines/Atencion_farmac%C3%A9utica/B09_2012_03.pdf). El 24/11/2017.
39. American Diabetes Association - Asociación Americana de la Diabetes 1–800–Diabetes(342,2383).Disponible:[http://professional.diabetes.org/admin/UserFiles/file/Reducing%20Cardiometabolic%20Risk_%20Patient%20Education%20Tool kit/Spanish/ADA%20CMR%20Tool kit_15Blood_sp.pdf](http://professional.diabetes.org/admin/UserFiles/file/Reducing%20Cardiometabolic%20Risk_%20Patient%20Education%20Tool%20kit/Spanish/ADA%20CMR%20Tool%20kit_15Blood_sp.pdf).
40. Organización mundial de la salud. Diabetes. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>. Citado el 31 de agosto del 2014.
41. Equipo de Epidemiología. Boletín Epidemiológico 2012 DRSLC, Cercado de Lima, Noviembre 2012;5(10).Disponible en:<http://www.rslc.gob.pe/Descargas/Ep>

- idemiologia/Boletin/2012/Boletin-N-10- 2012.pdf. Citado el 31 de agosto del 2014.
42. Ayay at al Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica sobre Diabetes Mellitus y nivel de Autocuidado en pacientes Adultos del Programa de Control de Diabetes, Farmacia hospitalaria. *Farm Hosp.*2010;34(3):106–124.
 43. Lee JK. Grace KA. Taylor AJ. Effect of a Pharmacy Care Program on Medication Adherence and Persistence, Blood Pressure, and Low-Density Lipoprotein Cholesterol. A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, Published online November 13, 2006.
 44. García-Delgado A, Machuca M, Murillo MD, de la Matta MJ, Martín MJ.. Percepción de la labor asistencial del farmacéutico comunitario por los pacientes incluidos en un programa de seguimiento farmacoterapéutico. *Seguim Farmacoter* 2003; 1(2): 38-42.
 45. Sen S, Thomas III J. Assessment of a Patient-based Pharmaceutical Care Scale. *Am J Health-Syst Pharm* 57(17):1592-1598, 2000. © 2000 American Society of Health-System Pharmacists
 46. Armando P, Uema S, Sola N. Valoración de la satisfacción de los pacientes con el seguimiento farmacoterapéutico. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(4): 205-212.
 47. Ferrer – López I. Efectividad de la indicación farmacéutica en farmacia comunitaria según la percepción de los pacientes. Universidad de Granada. Facultad de Farmacia. Febrero 2007. Tesis doctoral. Ed. de la Universidad de Granada. ISBN: 978-84-338-4262-6.
 48. Sindicato Médico del Uruguay. El valor del medicamento: realidades y esperanzas de futuro. Mayo 2005. *El Diario Médico* N°65. Mayo de 2005. Tomado desde: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/eldiariomedico/n65/pag15.pdf>. El 24/11/2017.
 49. Fernández Llimós F. Faus MJ. Gastelurrutia MA. Baena MI. Martínez F. Evolución del concepto de problemas relacionados con medicamentos: resultados como el centro del nuevo paradigma. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(4): 167-188.
 50. Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *Ars Pharm* 2007; 48 (1): 5-17.
 51. Strand L. Morley P. Cipolle R. Ramsey R. Lamsam G y et al. Drug-related problems: their structure and function. *Drug IntellClin Pharm* 1990; 24:7-1093.

52. Blasco P. Mariño E. Aznar M. Pol E. Alós M. Castells M, et al. Desarrollo de un método observacional prospectivo de estudio de errores de Medicación para su aplicación en hospitales. *Farm Hosp* 2001; 25:253-273.
53. Gaspar Carreño M. Seguimiento de la Intervención Farmacéutica en un hospital dedicado a la cirugía ortopédica traumatológica tras el establecimiento e implantación de un programa de atención farmacéutica. TESIS DOCTORAL. Universidad CEU Cardenal-Herrera Facultad de Farmacia. Departamento de Fisiología, Farmacología y Toxicología. Valencia España 2011.
54. Álvarez de Toledo F. Arcos González P. Eyaralar R. Atención farmacéutica en personas que han sufrido episodios coronarios agudos (Estudio TOMCOR). *Revista Española de Salud Pública*, julio-agosto, año/vol. 75, número 004. Ministerio de Sanidad y Consumo de España Madrid, España pp. 375-388.
55. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. PRM y RNM Conceptos. Portal Farma.com Organización Farmacéutica Colegial. FARMACÉUTICO N.º 315
-
http://www.portalfarma.com/inicio/atencionfarmaceutica/forodeattfarma/Documents/28_29_Atencion_farma.pdf. Tomado el 30/11/2017.
56. Hall-Ramírez V. Atención farmacéutica. Seguimiento del tratamiento farmacológico. Universidad de Costa Rica. Centro Nacional de Información de Medicamentos. Enero de 2003. Tomado desde: <http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed14.pdf>. El 30/11/2017.
57. Culbertson L. Larson R. Cady P. Kale M. Force R y et al. "A conceptual framework for defining pharmaceutical diagnosis," *Am. J.Pharm. Educ.*, 61, 12- 18 (1997). Tomado desde: <http://archive.ajpe.org/legacy/pdfs/aj610112.pdf>. El 30/11/2017.
58. Hurley S. A Method of Documenting Pharmaceutical Care Utilizing Pharmaceutical Diagnosis. *American Journal of Pharmaceutical Education* Vol. 62, Summer 1998.
59. Ferriols R. Valoración de la Atención Farmacéutica en los problemas relacionados con los medicamentos. Presentado en XLIV Congreso Nacional SEFH. Septiembre 1999. Pamplona.
60. Calvo MV. Alós M. Giráldez J. Grupo de Trabajo Atención Farmacéutica. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Bases de la Atención Farmacéutica en Farmacia Hospitalaria. *Farm Hosp* 2006; 30:120-3.
61. Sabater Hernández D. Silva Castro MM. Faus Dáder MJ. Método Dáder. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. Tercera edición, 2007.

62. Presidencia de la república. Aprueban reglamento de establecimientos farmacéuticos, Decreto Supremo N°014-2011-SA. El peruano. Lima 27 de Julio de 2011.
63. Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Norma Técnica de Buenas Prácticas de Dispensación. Tomado desde: www.digemid.minsa.gob.pe. El 30/11/2017.
64. Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Manual de Buenas Prácticas de Prescripción. 2005. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. — Lima. Disponible desde: <http://www.minsa.gob.pe/infodigemid>
65. Osterberg L. Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005; 353:487- 97. Downloaded from www.nejm.org on November 18, 2009.
66. Libertad MA. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev. Cubana Salud Pública*. http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu08404.htm El 30/01/2017.
67. Márquez E. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico. Centro de Salud la Orden, Huelva, España. En <http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/c053/marquez.PDF>. Tomado el 15/02/17
68. Quintana S, Fernández J. Adherencia terapéutica farmacológica anti-hipertensiva en adultos de atención primaria y factores relacionados con su incumplimiento. *Rev Cubana Invest Biomed* 2009; 28-96.
69. Morisky DE. Green LW. Levine DM. Concurrent and Predictive Validity of a Self-Reported Measure of Medication Adherence. *Medical Care*, Vol. 24, No. 1 (Jan., 1986), pp. 67-74.
70. Silva-Castro MM. TuneuiValls I. Faus MJ. Revisión sistemática sobre la implantación y la evaluación del seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes hospitalizados. *Farm Hosp.*2010; 34(3):106–124. Documento descargado de <http://www.elsevier.es> el 21/05/2010.
71. Fulmer TT. Feldman PH. Kim TS. Carty B. Beers M, Molina M. et al. An intervention study to enhance medication compliance in community-dwelling elderly individuals. *J GerontolNurs* 1999 Aug; 25(8): 6-14.
72. Organización Panamericana de Salud. El Papel Del Farmacéutico En El Sistema De Atención De Salud. Informe de La Reunión de la OMS Tokio, Japón, 31 de agosto al 3 de septiembre de 1993. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de La Organización Mundial de la Salud.
73. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de España. Consenso sobre Atención Farmacéutica. *Ars Pharmaceutica*, 42:3-4; 221-241, 2001

74. Comité de Consenso: Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM). *Ars Pharmaceutica*, 43:3-4; 179-187, 2002.
75. Gonzales G. Fundamentos de Atención Farmacéutica Cap. 11. Pontificia Universidad Católica de Chile. Tomado desde: http://cursos.puc.cl/unimit_qim_002-1/almacén/1220552779_ggonzale_sec4_pos0.pdf. El 16/08/2017.
76. Martínez A. 2000. El concepto atención farmacéutica. Sus influencias gnoseológicas en el contexto de la profesión. *Revista del Centro de Investigación. Universidad La Salle*, enero, año/vol. 4, número 014 Universidad La Salle Distrito Federal, México. pp. 83-85.
77. Rodríguez J. Efectos de la interacción entre el profesional sanitario y el paciente. Satisfacción del paciente. Cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. En: Rodríguez Marín J, editor. *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis; 1995.p.151-60.
78. Clopes A. Intervención Farmacéutica. En: Bonal J y et al. Ed. *Farmacia Hospitalaria*. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Desde: http://sefh.interguias.com/libros/tomo1/Tomo1_Cap1.4pdf. Tomado el 20/05/05.
79. Garção JA. Cabrita J. Evaluation of a Pharmaceutical Care Program for Hypertensive Patients in Rural Portugal. *J Am PharmAssoc* 42(6):858-864, 2002. © 2002 American Pharmaceutical Association.
80. Van Mil J.W.F. *Pharmaceutical Care, the Future of Pharmacy. Theory, research and practice*. Dissertation. Druk: Drukkerij De Volharding, Groningen. J.W.F. van Mil, Zuidlaren, 1999. Gezuetit Monotype Spectrum (J. v. Krimpen/S.L. Hartz). ISBN: 90-9013367-4.
81. Machuca GM. Atención Farmacéutica, seguimiento fármaco terapéutico, Pharmaceutical care: ¿es lo mismo? *Farmacoterapia Social*. España 2006. Disponible desde: www.farmacoterapiasocial.es/local/capitulo1.pdf
82. Climente M y Jiménez N. *Manual para la Atención Farmacéutica*. Tercera edición. Edita: Afahpe. Hospital Universitario DrPeset. Valencia, 2005.
83. Hepler C, Segal R, Doty R, Ben-Joseph R. Therapeutic outcomes monitoring: application of pharmaceutical care guidelines to community pharmacy. *J Am Pharm Assoc (Wash)*. 1997 Nov-Dec; NS37 (6):647-61
84. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. Seguimiento Farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). *Pharmacy Practice* 2006; 4(1): 44-53.
85. Kheir NM, Foppe van Mil J.W, Shaw J.P, Sheridan J.L. Health-related quality of life measurement in pharmaceutical care Targeting an outcome that matters.

Pharmacy World & Science. Springer Netherlands. ISSN0928-1231 (Print) 1573-739X (Online). Volume 26, Number 3 / junio de 2004. pp 125-128.

86. Tafur V. E. García-Jiménez E. Aproximación del rol de farmacéutico en la calidad de vida relacionada con la salud. *Pharmacy Practice* 2006; 4(1): 18-23.
87. Jarillo Ibáñez D. Moreno BF. Rodríguez PJC. Lázaro y de Mercado P. Calidad de Vida y Diabetes. *Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud (TAISS)*. Madrid. desde:<http://www.taiss.com/publi/absful/calidad%20de%20vida%20argo.pdf>. Tomado el 16/01/08.
88. Côté I. Grégoire JP. Moisan J. Chabot I. Quality of life in hypertension: the sf-12 compared to the sf-36. *Canadian society for clinical pharmacology. Can j clin pharmacol*. Vol 11(2) fall 2004: e232-e238; Nov. 9, 2004.
89. Monés J. ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia? *Cir Esp* 2004; 76(2):71-7.
90. Côté I. Moisan J. Chabot I. Grégoire JP. Health related quality of life in hypertension: impact of a pharmacy intervention programme. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 2005. 30 (4), 355–362. doi:10.1111/j.1365-2710.2005.00663.x.
91. Jarillo Ibáñez D. Moreno BF. Rodríguez PJC. Lázaro y de Mercado P. Calidad de Vida y Diabetes. *Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud (TAISS)*. Madrid. desde:<http://www.taiss.com/publi/absful/calidad%20de%20vida%20argo.pdf>. Tomado el 16/01/08.
92. American Diabetes Association. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 1997; 20:1183-1197. Tomado desde: http://care.diabetesjournals.org/content/27/suppl_1/s5.full. El 14/09/2014.
93. Ministerio de salud. Guía clínica diabetes mellitus tipo 2. Santiago: Minsal, 2010. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c3e23d1e04001011f011398.pdf>.
94. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Método Dáder para el seguimiento Farmacoterapéutico. *Ars Pharm* 2005; 46 (4): 309-337.
95. Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM-IMAS). Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO Cuestionario de Salud SF-12. Versión española del Cuestionario de Salud SF-12 adaptada por J. Alonso y cols. Desde: www.iryss.imim.es/iryss/PDFs/Descripcion_SF-12_BiblioPRO.pdf. 19/10/07.

96. García M, Puig M, Mateu MS, Bonet M. Fuentes de información de medicamentos. En: Carnicero J (Coordinador). La gestión del medicamento en los Servicios de Salud. Informes SEIS (8). Pamplona: Sociedad Española de Informática de la Salud, 2008.
97. Jameson JP, Van Noord G, Vanderwoud K. The impact of a pharmacotherapy consultation on the cost and outcome of medical therapy. *J Fam Pract* 1995; 41(5):469-72.
98. University of Michigan Health System. Comprehensive Cancer Center. Scoring Instructions for the Expanded Prostate cancer Index Composite (EPIC) University of Michigan 2002. Desde: www.roadrunner.cancer.med.umich.edu/epic/EPIC-Scoring-2.2002.pdf. Tomado el 11/02/08.
99. National Cancer Institute. Morisky 4-Item Self-Report Measure of Medication- Taking Behavior (MMAS-4). Tomado desde: <https://www.gem-beta.org/public/MeasureDetail.aspx?mid=1133&cat=2>. El 28/08/2017.
100. García M. Puig M. Matéu MS. Bonet M. Fuentes de información de medicamentos. En: Carnicero J (Coordinador). La gestión del medicamento en los Servicios de Salud. Informes SEIS (8). Pamplona: Sociedad Española de Informática de la Salud, 2008. <http://www.seis.es>
101. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013. [página de internet]. Tomado desde: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Declaracion_Helsinki_Brasil.pdf
102. Jarillo D. Moreno B. Rodríguez PJC. Lázaro y de Mercado P. Calidad de Vida e Hipertensión Arterial. Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud (TAISS). Madrid. desde: <http://www.taiss.com/publi/absful/calidad%20de%20vida%20argo.pdf>. Tomado el 16/01/08.
103. González J, Rivera R, Sánchez G, Reviriego A, Casimiro C. Estudio Tarvest: Efecto del tratamiento con AINE sobre la presión arterial en pacientes hipertensos con riesgo cardiovascular elevado. *An. Med. Interna (Madrid)* v.23 n.9 Madrid sep. 2006.
104. National longitudinal surveys. Nlsy79 Appendix 19: Sf-12 Health Scale Scoring. US Department of Labor. Bureau of labor statistics. 2002. Tomado desde: www.bls.gov/nls/79quex/r19/y79r19append19.pdf El 11/02/08.

VIII. ANEXOS

8.1 ANEXO: SOLICITUD DE PERMISO DIRIGIDO AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

Chimbote, 26 de Junio de 2017

Señora
QF. Sheyla Carmen Castillo
PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO
CHIMBOTE
Pte.

Asunto: Facilidades para realizar una investigación sobre Seguimiento Farmacoterapéutico.

De mi especial consideración.

Me dirijo a Usted de manera cordial para solicitarle por su intermedio las facilidades para que la Alumna *Jeanpiere Nicole Cueva Obeso, Cód. N° 0108141011*, pueda desarrollar actividades de Seguimiento Farmacoterapéutico como parte de un proyecto de investigación que tiene por objetivo evaluar la utilidad de este servicio en la prevención, detección e intervención de problemas relacionados con medicamentos que pueden sufrir los pacientes que se atienden en el Servicio Farmacéutico que Usted dirige.

El desarrollo del trabajo demanda la captación post dispensación de 12 pacientes diagnosticados y con prescripción facultativa de medicamentos para el tratamiento de Diabetes Mellitus. El citado profesional desarrollará las actividades iniciales de captación dentro del establecimiento farmacéutico ofreciendo el servicio a los pacientes que cumplan los criterios de inclusión y recogiendo información a través de fichas farmacoterapéuticas. El progreso de la intervención será a través de contactos a través de visitas domiciliarias, citas en la farmacia o contactos telefónicos para levantar información y medir los resultados.

Durante el desarrollo de la actividad se recogerá información que probablemente será muy útil para su institución con el fin de implementar un servicio permanente que les permita acreditar el servicio en Buenas Prácticas de Farmacia de acuerdo al marco legal vigente.

Agradeciendo de antemano la atención que le brinde a la presente, quedo a su disposición para mayor información al respecto.

Atentamente:

Teléfono de Contacto: 943 788 829


Sheyla Carmen Castillo
QUIMICA FARMACEUTICA
C.R.F. 15742


UNIVERSIDAD CATÓLICA
LOS ÁNGELES - CHIMBOTE
PROF. MAG. INVESTIGADOR DE LA INVESTIGACIÓN
Msc. Percy Ocampo Rujel
JEFE DE SECCIÓN DE INVESTIGACIÓN EN FARMACIA

Av. Jose Pardo Nro. 4199 A.H. San Juan
Chimbote - Perú
TELÉFONO: (051) 943 788 829

8.2 ANEXO: EJEMPLO DE HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico

Declaración del paciente:

- 1.- Acepto libremente participar de este programa de Seguimiento Fármaco Terapéutico desarrollado por el Establecimiento Farmacéutico "Miraflores Alto" y que forma parte de una estrategia para mejorar el estado integral de mi salud.
- 2.- Estoy en conocimiento que este servicio de Atención Farmacéutica es absolutamente gratuito durante el tiempo que dure este estudio y que tengo la libertad de abandonarlo cuando lo estime conveniente.
- 3.- Estoy en conocimiento que el programa no contempla la donación ni venta de ningún tipo de medicamento. Las acciones son solo de tipo educativo y el seguimiento de indicadores de salud.
- 4.- Me comprometo a que toda la información entregada por mí sea fidedigna.
- 5.- Toda información que entregue a los investigadores será absolutamente confidencial y no podrá ser divulgada a terceros sin mi autorización.
- 6.- Autorizo que el Farmacéutico encargado del SFT llame en mi nombre al médico tratante para intercambiar puntos de vista sobre mi tratamiento.
- 6.- Autorizo para que los resultados de las encuestas y fichas de información que responda como parte del proceso puedan analizarse y presentarse como resultados dentro de un informe final, manteniendo mi anonimato.
- 7.- La firma de este consentimiento no tiene fin comercial o contractual de ningún tipo.

* NOMBRE DEL PACIENTE: Antonia Valverde Angeles.

* DIRECCION: M. RAFAEL ROS AHO M. Q. D. 20.

* TELEFONO: 924265260

* FIRMA: Antonia Valverde

* DNI: 32 80 7871

* NOMBRE DEL QUIMICO FARMACÉUTICO: Cueva Ulises Trampira

* TELÉFONO: 943493384

* FIRMA: Trampira

* DNI: 70614406

* FECHA: 18 / 09 / 17

* FECHA: 18 / 09 / 17

*Campos obligatorios

ANEXO N° 8.3.3. Ficha farmacoterapéuticas. Registro de la información del paciente, de su enfermedad de sus medicamentos y del médico prescriptor.

Ficha farmacoterapéuticas (Ficha 01 – parte 03). Registro de la información del paciente, de su enfermedad, de sus medicamentos, antecedentes familiares y hábitos de vida.

1.8.- QUE OTRAS ENFERMEDADES O ACCIDENTES* HA SUFRIDO PREVIAMENTE?

NOMBRE DE LA ENFERMEDAD*, ACCIDENTE O DAÑO	Tuvo Dx?	QUIEN LE DIAGNOSTICO?	TELÉF.	Molesta ahora?

**Las enfermedades del pasado, cirugías, accidentes, traumas, etc. Pueden dejar secuelas, signos o síntomas que podrían ser el origen de medicamentos en el presente. Si es así, contarlas como enfermedad actual.*

1.9.- ANTECEDENTES FAMILIARES DE MORBILIDAD:

ENFERMEDAD	MADRE	PADRE	HERMANOS	OTROS
HIPERTENSIÓN				
DIABETES				
COLESTEROL				
OTRA:				

Observaciones:

Los antecedentes de morbilidad en los parientes cercanos podría ser la relación con signos, síntomas o malestar actuales en el paciente.

1.10.- HABITOS DE VIDA:

HÁBITOS:	DESCRIBIR:	INDICACION DEL MEDICO AL RESPECTO
Uso de aceite al cocinar		
Uso de sal al cocinar		
Consumo de alcohol	VECES POR SEMANA: ____ NO: ____	
Fuma cigarrillos o alguien en casa lo hace?	SI: ____ NO: ____ CANTIDAD AL DIA: ____	
Hace ejercicios:	CAMINA: ____ CORRE: ____ GIMNASIO: ____ PESAS: ____ BICICLETA: ____ OTRO: ____	VECES POR SEMANA: ____
Consumo de café	SI: ____ NO: ____ TAZAS DIARIAS: ____	
Dieta:	SI ____ NO ____ Describir: _____	

Los hábitos de vida sobre todo los recomendados por el prescriptor, deben ser reforzados por el farmacéutico. Además permiten percibir la actitud general del paciente hacia su enfermedad

COD INTERV:

ANEXO N° 8.3.4. Ficha farmacoterapéuticas. Registro de la información del paciente, de su enfermedad de sus medicamentos y del médico prescriptor.

Ficha farmacoterapéuticas (Ficha 02 – parte 01). Registro de la información farmacoterapéuticas.

FICHA 02. HOJA DE INFORMACION FARMACOTERAPÉUTICA. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF "MUNDIAL"

PACIENTE COD. N°:

FECHA:

NOMBRE:

2.1. MEDICAMENTOS QUE TOMA EL PACIENTE PARA LOS PROBLEMAS DE SALUD NO DIAGNOSTICADOS.

Nombre 1: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC)	
1. ¿lo toma?	6. ¿cuánto toma?
2. ¿para qué?	7. ¿cómo lo toma?
3. ¿quién lo recetó?	8. ¿hasta cuándo lo tomará?
4. ¿cómo le va?	9. ¿tiene dificultad para tomarlo?
5. ¿desde cuándo lo toma?	10. ¿siente algo extraño luego de tomarlo?
Nombre 2: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC)	
1. ¿lo toma?	6. ¿cuánto toma?
2. ¿para qué?	7. ¿cómo lo toma?
3. ¿quién lo recetó?	8. ¿hasta cuándo lo tomará?
4. ¿cómo le va?	9. ¿tiene dificultad para tomarlo?
5. ¿desde cuándo lo toma?	10. ¿siente algo extraño luego de tomarlo?
Nombre 3: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC)	
1. ¿lo toma?	6. ¿cuánto toma?
2. ¿para qué?	7. ¿cómo lo toma?
3. ¿quién lo recetó?	8. ¿hasta cuándo lo tomará?
4. ¿cómo le va?	9. ¿tiene dificultad para tomarlo?
5. ¿desde cuándo lo toma?	10. ¿siente algo extraño luego de tomarlo?
Nombre 4: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC)	
1. ¿lo toma?	6. ¿cuánto toma?
2. ¿para qué?	7. ¿cómo lo toma?
3. ¿quién lo recetó?	8. ¿hasta cuándo lo tomará?
4. ¿cómo le va?	9. ¿tiene dificultad para tomarlo?
5. ¿desde cuándo lo toma?	10. ¿siente algo extraño luego de tomarlo?
Nombre 5: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC)	
1. ¿lo toma?	6. ¿cuánto toma?
2. ¿para qué?	7. ¿cómo lo toma?
3. ¿quién lo recetó?	8. ¿hasta cuándo lo tomará?
4. ¿cómo le va?	9. ¿tiene dificultad para tomarlo?
5. ¿desde cuándo lo toma?	10. ¿siente algo extraño luego de tomarlo?
Nombre 6: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC)	
1. ¿lo toma?	6. ¿cuánto toma?
2. ¿para qué?	7. ¿cómo lo toma?
3. ¿quién lo recetó?	8. ¿hasta cuándo lo tomará?
4. ¿cómo le va?	9. ¿tiene dificultad para tomarlo?
5. ¿desde cuándo lo toma?	10. ¿siente algo extraño luego de tomarlo?

De esta averiguación pueden identificarse no solo medicamentos, si no sobre todo enfermedades para las cuales se usan estos medicamentos.

ANEXO N° 8.3.5. Ficha farmacoterapéuticas. Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes.

Ficha farmacoterapéuticas (Ficha 02 – parte 02). Registro de los medicamentos que el paciente mantiene en su botiquín.

2.2. MEDICAMENTOS QUE TIENE, NO TOMA, PERO PODRÍA USAR. (REVISIÓN DEL BOTIQUÍN DE MEDICAMENTOS)

Nombre 1:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 2:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 3:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 4:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 5:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 6:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 7:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?

Esta lista de medicamentos puede verificarse en caso que el Farmacéutico tenga acceso al botiquín de medicamentos en el domicilio del paciente. Elaborar este listado tiene dos fines: 1) Identificar uso eventual de medicamentos y 2) Educar al paciente para evitar prácticas irracionales de uso, detectar vencidos, en mal estado, adulterados, etc.

COD INTERV:

ANEXO N° 8.3.6. Ficha farmacoterapéuticas. Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes.

Ficha farmacoterapéuticas (Ficha 03). Guía anatómica de repaso para identificar problemas relacionados con medicamentos.

FICHA 03. GUÍA ANATÓMICA DE REPASO PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS DE SALUD. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF "MUNDIAL"

PACIENTE COD. N°:

FECHA:

NOMBRE:

Percibe usted alguna sensación extraña en algunos de estos órganos o después de tomar sus medicamentos siente que tiene problemas con (anotar de prolijamente los eventos y los medicamentos relacionados):

-PELO:

-CABEZA:

-OIDOS, OJOS, NARIZ, GARGANTA:

-BOCA (llagas, sequedad...):

-CUELLO:

-MANOS (dedos, uñas...):

-BRAZOS Y MÚSCULOS:

-CORAZÓN:

-PULMÓN:

-DIGESTIVO:

-RIÑÓN (orina...):

-HÍGADO:

-GENITALES:

-PIERNAS:

-PIÉS (dedos, uñas):

-MÚSCULO ESQUELÉTICO (gota, dolor espalda, tendinitis...):

-PIEL (sequedad, erupción...):

- ALTERACIONES PSICOLÓGICAS (depresiones, epilepsia...):

- PARÁMETROS ANORMALES (T²,PA, colesterol...):

- TABACO:

- ALCOHOL:

- CAFÉ:

- OTRAS DROGAS:

- SUS HABITOS ANORMALES (ejercicio, dieta...):

- VITAMINAS Y MINERALES:

- VACUNAS:

- ALERGIAS MEDICAMENTOS Y/O SOSPECHAS DE RAM:

- Situaciones fisiológicas (y fecha):

- OBSERVACIONES:

COD INTERV:

ANEXO N° 8.3.7. Ficha farmacoterapéuticas. Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes.

Ficha farmacoterapéuticas (Ficha 04 – parte 01). Hoja guía de intervención farmacoterapéuticas.

FICHA 04. HOJA GUIA DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA.
Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Establecimiento Farmacéutico "MUNDIAL"
Chimbote 2014.

PACIENTE COD N°:
NOMBRE:

4.1.- MEDICAMENTOS Y/O MORBILIDAD INVOLUCRADOS EN EL POTENCIAL PRM.

N°	NOMBRE DEL MEDICAMENTO* O MORBILIDAD**	FFPP	DOSIS REC.	FREC. DE DOSIS/DIA	FECHA DE PRESCR.

*Si el PRM detectado involucra a todos los medicamentos, como errores de prescripción o almacenamiento de medicamentos, etc. En nombre de medicamentos debe consignarse todos.

**Una morbilidad puede ser el origen de PRMs tales como 11 o 13.

4.2.- DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL PRM:

PRM	Descripción	PRM	Descripción
1. Administración errónea del medicamento:	El utiliza erróneamente dos antihistamínicos generando duplicidad de uso	9. Incumplimiento:	
2. Actitudes negativas del paciente:		10. Interacciones:	
3. Conservación inadecuada:		11. Otros problemas de salud que afectan al tratamiento:	
4. Contraindicación:		12. Probabilidad de efectos adversos:	
5. Dosis, pauta y/o duración no adecuada:		13. Problema de salud insuficientemente tratado:	
6. Duplicidad:		14. Influencias culturales, religiosas o creencias:	
7. Errores en la dispensación:		15. Medicamentos falsificados, espurios, de contrabando o muestras médicas:	
8. Errores en la prescripción:	El paciente no entiende la receta	16. Problemas económicos:	

COD INTERV:

ANEXO N° 8.3.8. Ficha farmacoterapéuticas. Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes.

Ficha farmacoterapéuticas (Ficha 04 - parte 02). Hoja guía de los problemas relacionados con medicamentos que pueden desencadenar un resultado negativo de la medicación.

4.3. LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS PUEDEN DESENCADENAR UN RESULTADO NEGATIVO DE LA MEDICACIÓN (RNM):

N°	Clasificación del RNM	Descripción del RNM	PRM origen
1	Necesidad	Problema de Salud no tratado. El paciente sufre un problema de salud asociado a no recibir una medicación que necesita.	
2		Efecto de medicamento innecesario. El paciente sufre un problema de salud asociado a recibir un medicamento que no necesita.	
3	Efectividad	Inefectividad no cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad no cuantitativa de la medicación.	
4		Inefectividad cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad cuantitativa de la medicación.	
5	Seguridad	Inseguridad no cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad no cuantitativa de un medicamento.	
6		Inseguridad cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad cuantitativa de un medicamento.	

Fecha final de la Intervención:

COMENTARIO:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANEXO N° 8.3.9. Ficha farmacoterapéuticas. Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes.

Ficha farmacoterapéuticas (Ficha 04 – parte 03). Hoja guía de clasificación de las intervenciones farmacéuticas.

4.4. QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRM.

La acción considerada para la solución del PRM debe encajar en alguna de las categorías de la siguiente tabla.

TABLA N°4.4. CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS

Categoría	N°	Intervención	Acción
Intervenir sobre cantidad de medicamento	1	Modificar la dosis	Ajuste de la cantidad de fármaco que se administra de una vez.
	2	Modificar la frecuencia de dosis o tiempo de ito.	Cambio en la frecuencia y/o duración del tratamiento.
	3	Modificar la pauta de administración (redistribución de la cantidad)	Cambio del esquema por el cual quedan repartidas las tomas del medicamento a lo largo de un día.
Intervenir sobre la estrategia farmacológica	4	Añadir un medicamento(s)	Incorporación de un nuevo medicamento que no utilizaba el paciente.
	5	Retirar un medicamento(s)	Abandono de la administración de un determinado(s) medicamento(s) de los que utiliza el paciente.
	6	Sustituir un medicamento(s)	Reemplazo de algún medicamento de los que utilizaba el paciente por otros de composición diferente, o bien de diferente forma farmacéutica o vía de administración.
	7	Sugerir una alternativa Farmacéutica en DCI (s)	Reemplazo de algún medicamento de los que utilizaba el paciente que fue prescrito en nombre comercial, por una alternativa farmacéutica en DCI.
Intervenir sobre la educación al paciente	8	Disminuir el incumplimiento involuntario (educar en el uso del medicamento)	Educación en las instrucciones y precauciones para la correcta utilización y administración del medicamento.
	9	Disminuir el incumplimiento voluntario (modificar actitudes respecto al tratamiento)	Refuerzo de la importancia de la adhesión del paciente a su tratamiento.
	10	Educar en medidas no farmacológicas.	Educación del paciente en todas aquellas medidas higiénico-dietéticas que favorezcan la consecución de los objetivos terapéuticos.

COMENTARIO:

ANEXO N° 8.3.10. Ficha farmacoterapéuticas. Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes.

Ficha farmacoterapéuticas (Ficha 05). Hoja de información sobre la intervención farmacéutica.

FICHA 05. HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF "MUNDIAL"

COD° PACIENTE: _____ FECHA: ____/____/____

5.1. NÚMERO DE CONTACTOS UTILIZADOS DURANTE LA INTERVENCIÓN:

N°	Lugar donde se encontraba el paciente	Medio de comunicación	t invertido (min)

Clave	Lugar donde encontraba el paciente
1	Est. Farmacéutico "MUNDIAL"
2	Domicilio
3	Otro: _____

Clave	Medio de comunicación
1	Oral cara a cara
2	escrito
3	correo electrónico
4	Oral por teléfono
5	Otro: _____

6. Fecha final de la Intervención (visita domiciliaria):

COD INTERV:

ANEXO N° 8.3.11. FICHA FARMACOTERAPÉUTICAS. REGISTRO DE LOS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE CONSUME PARA OTRAS ENFERMEDADES CONCOMITANTES.

Ficha farmacoterapéuticas (Ficha 06). Test para medir la autopercepción de calidad de vida.

CUADRO N° 04

CUESTIONARIO DE LA AUTOPERCEPCION DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD. Programa de Atención Farmacéutica para paciente diabético: Punto de Salud y Diagnóstico ALTO.

NOMBRE DEL PACIENTE: Flora Jiménez Cortés COD° 02
 FIRMA: Flora Jiménez Cortés FECHA: 02 / 10 / 17

COD INTERV: 02

INSTRUCCIONES :

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA:

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1) Excelente 2) Muy buena 3) Buena 4) Regular 5) Mala
-

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED HACE EN UN DÍA NORMAL, PARA AVERIGUAR SI SU SALUD ACTUAL ¿LE LIMITA PARA HACER ESAS ACTIVIDADES O COSAS? SI ES ASÍ, ¿CUÁNTO?

- 1) Sí, me limita mucho 2) Sí, me limita un poco 3) No, no me limita nada
2. ¿Le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora o barrer?
3. ¿Le limita para subir varios pisos por la escalera?

DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS ¿HA TENIDO PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS A CAUSA DE SU SALUD? Y A CAUSA DE ELLO:

- 1) Sí 2) No
4. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?
5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?

DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS ¿HA TENIDO PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS A CAUSA DE ALGUN PROBLEMA EMOCIONAL (COMO ESTAR TRISTE, DEPRIMIDO, O NERVIOSO?) Y A CAUSA DE ELLO:

- 1) Sí 2) No
6. ¿Hizo menos de lo que hubiera podido hacer?

7. ¿No hizo o las hizo con menos cuidado en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su problema emocional?

8. Durante las últimas cuatro semanas ¿Hasta que punto el dolor ha influenciado su trabajo individual (incluyendo su trabajo fuera de casa y su trabajo doméstico)?

- 1) Nada 2) Un poco 3) Regular 4) Bastante 5) Mucho
-

CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS CUATRO ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED. ¿Cuanto tiempo...

- 1) Siempre 2) Casi siempre 3) Muchas veces 4) Algunas veces 5) Sólo alguna vez 6) Nunca

9. Se sintió calmado y tranquilo?

10. Tuvo mucha energía?

11. Se sintió desanimado y triste?

12. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- 1) Siempre 2) Casi siempre 3) Algunas veces 4) Sólo alguna vez 5) Nunca
-

ANEXO N° 8.3.12. COMPILACION DE RESULTADOS TEST-SF-12

INVEST	PAC	FECHA	ITEM1	ITEM2	ITEM3	ITEM4	ITEM5	ITEM6	ITEM7	ITEM8	ITEM9	ITEM10	ITEM11	ITEM12	SCORE TOTAL
108141011	1	antes sft	5	2	1	1	1	1	1	3	4	5	2	3	29
		después sft	3	3	2	2	2	2	2	3	2	2	5	4	32
108141011	2	antes sft	4	2	2	1	1	1	1	4	4	4	3	2	29
		después sft	2	2	3	2	2	2	2	1	2	2	5	4	29
108141011	3	antes sft	5	1	1	1	1	1	1	4	5	5	2	2	29
		después sft	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	5	4	34
108141011	4	antes sft	4	2	2	2	2	2	2	2	3	4	4	3	32
		después sft	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	5	4	34
108141011	5	antes sft	4	3	3	2	2	1	1	2	4	4	4	3	33
		después sft	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	5	4	34
108141011	6	antes sft	4	3	3	2	2	2	2	2	4	4	4	3	35
		después sft	3	3	3	2	2	2	2	1	3	2	5	5	33
108132022	7	antes sft	3	1	1	1	1	1	1	2	4	4	2	3	24
		después sft	3	1	1	1	1	1	1	2	4	5	1	2	23
108132022	8	antes sft	4	2	1	1	1	1	1	3	4	4	1	2	25
		después sft	3	3	3	2	2	2	2	2	3	2	5	4	33
108132022	9	antes sft	4	1	1	1	1	1	1	4	4	5	2	2	27
		después sft	4	2	2	1	1	1	2	2	3	3	6	3	30
108132022	10	antes sft	4	1	1	1	1	1	2	4	4	4	5	2	30
		después sft	3	2	2	1	1	2	2	2	4	4	3	3	29
108132022	11	antes sft	4	1	2	1	1	1	1	2	5	6	4	1	29
		después sft	3	3	3	2	2	2	2	1	3	3	6	5	35
108132022	12	antes sft	3	3	2	2	2	2	2	2	1	1	6	5	31
		después sft	3	3	3	2	2	2	2	2	1	1	6	5	32

8.4. ANEXO: ESTADOS DE SITUACIÓN PACIENTES DIABETICOS

COD Paciente	COD CIE 10	DIAGNÓSTICO	ATC	Medicamento utilizado						COD PRM	Descripción del PRM	RNM	Acción realiz. por el qf	COD. INTERVENCIÓN	COD CANAL DE COMUNIC	aceptación	solución	Descripción de la NO solución
				nombre comercial	dci	fp	dosis (mg)	frec dosis (día)	dias tto									
1	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina	A10 BAO 2		Metformina	sol	850	1	30	1	Paciente toma una tableta de metformina y en receta dice 2 tabletas	1	Educar a la paciente en la correcta administración del medicamento a traves de visitas domiciliarias	8	2	1	1	
1	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina	A10 BAO 2		Metformina	sol	850	1	30	9	Paciente suele olvidarse de tomar metformina por las tardes	3	Educar a la paciente en la correcta administración del medicamento a traves de visitas domiciliarias	8	2	1	1	
1	E11		A10 BB0 1		Glibenclamida	sol	5	1	30	1	Paciente toma una tableta de glibenclamida, pero en receta solo dice la mitad	6	Educar a la paciente en la correcta administración del medicamento a traves de visitas domiciliarias	8	2	1	1	
1	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina	A10 BB0 1		Glibenclamida	sol	5	1	30	8	Se le prescribio el doble de tabletas de glibenclamida	5	Educar a la paciente en la correcta administración del medicamento a traves de visitas domiciliarias	8	2	1	1	
1		Dolor de garganta	N02 BE0 1		Paracetamol	sol	500	1	ev									
1		Malestar estomacal																
1		Pesadez en las piernas																
1		Alergia																

2	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina	A10 BA0 2		Metformina	sol	850		18	9	Paciente no toma metformina, toma galvus met que le fue prescrito anteriormente	2	Se retiro el galvus met y se oriento a la paciente para la correcta utilización de metformina	5	2	1	1	
2	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina	A10 BA0 2		Metformina	sol	850		18	12	Paciente dejo de tomar metformina por la presencia de malestar estomacal	1	Educar a la paciente en la correcta administración del medicamento a traves de visitas domiciliarias	8	2	1	1	
2	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina	A10 BB0 1		Glibenclamida	sol	5	1	18									
2		Dolor de cabeza	N02 BE0 1		Paracetamol	sol	500	1	ev									
2		Somnolencia																
3	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina	A10 BA0 2		Metformina	sol	850	2	60	9	Paciente suele olvidarse de tomar metformina frecuentemente	1	Educar a la paciente en la correcta administración del medicamento asi disminuir el incumplimiento involuntario	8	2	1	0	Paciente seguia olvidandose de tomar la metformina, para la cual se continuo con las recomendaciones apropiadas via telefonica
3	E1x .4	Neuropatía diabética	N03 AX1 2		Gabapentina	sol	300	1	60	9	Paciente suele olvidarse de tomar gabapentina	1	Educar a la paciente en la correcta administración del medicamento asi disminuir el incumplimiento involuntario	8	2	1	0	Paciente seguia olvidandose de tomar gabapentina, para la cual se continuo con las recomendaciones apropiadas via telefonica
3	E78 .0	Hipercolesterolemia pura	C10 AA0 5		Atorvastatina	sol	20	1	60									

3									11	Paciente tiene pensamientos negativos que la afectan de manera emocional	1	Se le oriento que acuda al psicologo para que le ayude de manera emocional	10	2	1	1		
3		Dolor																
3		Cansancio																
4	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina	A10 BA0 2		Metformina	sol	850	1	30	9	Paciente suele olvidarse de tomar metformina en algunas ocasiones, no lo toma a la hora prescrita	1	Educar a la paciente en la correcta administración del medicamento asi disminuir el incumplimiento involuntario	8	2	1	1	
4			C10 AB0 4		Gemfibrozil	sol	600	1	30									
4		Dolor de cabeza	N02 BE0 1		Paracetamol	sol	500			11								
5	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina	A10 BA0 2		Metformina	sol	850	2	15	9	Paciente suele olvidarse de tomar metformina en algunas ocasiones	1	Educar a la paciente en la correcta administración del medicamento asi disminuir el incumplimiento involuntario	8	2	1	1	
5	D5 2	Anemia por deficiencia de ácido fólico	B03 BB0 1		Ácido fólico	sol	0.5	1	15	1	Paciente toma ácido fólico por las noches, y la prescripción dice por las mañanas	3	Educar a la paciente en la correcta administración del medicamento	8	2	1	1	
5		Artritis	MO 2AA 12		Naproxeno	sol	550	1	ev									
5		Pesadez en las piernas																

6	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina	A10 BA0 2		Metformina	sol	850	1	30	9	Paciente suele olvidarse de tomar metformina en algunas ocasiones	1	Educar a la paciente en la correcta administración del medicamento así disminuir el incumplimiento involuntario	8	2	1	1	
6	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina	A10 BB0 1		Glibenclamida	sol	5	1	30	1	Paciente toma glibenclamida en el almuerzo, y la prescripción es en ayunas	6	Educar a la paciente en la correcta utilización del medicamento	8	2	1	1	
6										2	Paciente consume bebidas con elevada cantidad de azúcar perjudicando su salud	5	Se oriento respecto a las consecuencias que traería el consumo de estas bebidas	10	2	1	1	
6		Somnolencia																
6		Zumbido de oídos																
7	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina	A10 BA0 2		Metformina	sol	850	2	30	9	Paciente olvida de tomar metformina a la hora prescrita y en ocasiones no lo toma	1	Se oriento a la paciente en la importancia de tomar sus medicamentos a la hora prescrita	8	2	1	1	
7	D50	Anemia por deficiencia de hierro	B03 AA0 7		Sulfato Ferroso	sol	300	1	30									
7								1		11	Paciente presenta problemas emocionales a raíz de la amputación de su pie izquierdo y consume bebidas y alimentos azucarados	1	Se sugirió a la paciente y a sus familiares que acudan al psicólogo	10	2	1	0	Se le sugirió que la lleven al psicólogo

7		Dolor de cabeza		Migra dol	Paracetam ol + cafeina + aas	sol	250 + 65 + 250	1	ev								
8	E11	Diabetes mellitus no- dependiente de insulina	A10 BA0 2		Metformin a	sol	850	1	45	1	Paciente toma metformina junto con galvus met la cual no esta prescrita	2	Se sugirio dejar de tomar galvus met, porque esta tomando metformina de igual acción	5	2	1	1
8	E11	Diabetes mellitus no- dependiente de insulina	A10 BA0 2		Metformin a	sol	850	1	45	9	Paciente olvida de tomar metformina en algunas ocasiones	1	Se oriento a la paciente en la importancia de tomar sus medicamentos a la hora prescrita	8	2	1	1
8	E11	Diabetes mellitus no- dependiente de insulina	A10 BA0 2		Metformin a	sol	850	1	45	11	Paciente toma otros medicamentos por automeducación que pueden disminuir el efecto de metformina	3	Se le sugirio dejar de tomar los medicamentos por automedicación y acuda al médico	5	2	1	1
8	E11	Diabetes mellitus no- dependiente de insulina	A10 BB0 1		Glibencla mida	sol	5	1	45								
8	E78 .0	Hipercolesterolemia pura	C10 AA0 5		Atorvastat ina	sol	40	1	30								
8		Artrosis	H02 AB0 4	Medro l	Metilpred nisolona	sol	16	1	c 2 d	11	Paciente toma Medrol por automeducación que puede disminuir el efecto de metformina	3	Se le sugirio dejar de tomar los medicamentos por automedicación y acuda al médico	5	2	1	1

8		Artrosis		Dolo tenso dox	Ciclobenza prina + meloxicam	sol	5 + 15	1	c 3 d	11	Paciente toma Dolo tenso dox por automeducaci on que puede disminuir el efecto de metformina Paciente toma metformina junto con galvus met por que de tomar metformina a la	3	Se le sugirio dejar de tomar los medicamentos por automedicaci on y acuda al médico Se sugirio dejar de tomar galvus met por que Se oriento a la paciente en la importancia de	5	2	1	1	
8		Diabetes mellitus no- dependiente de insulina	A10 BA0 2	Galvus met	metformin a + glimepirid Metformin a	sol	1000 + 50	1		1	Paciente toma metformina junto con galvus met por que de tomar metformina a la	2	Se sugirio dejar de tomar galvus met por que Se oriento a la paciente en la importancia de	5	2	1		
9	E11	Diabetes mellitus no- dependiente de insulina	A10 BA0 2		Metformin a	sol	850	2	15	9	Paciente olvida de tomar metformina a la	1	Se oriento a la paciente en la importancia de	8	2	1	1	
9										11	Paciente presenta dolor a causa de osteoporosis y artritis	1	Se le sugirio a la paciente acudir al médico especialista	10	2	1	0	Se le recalco la importancia de acudir al especialista y asi evite automedicarse y mejorar su problema de salud
9		Dolor de huesos	M0 2AA 12		Naproxeno	sol	275	1	ev									
9		Dolor de cabeza	N02 BE0 1		Paracetam ol	sol	500	1	ev									
10	E11	Diabetes mellitus no- dependiente de insulina	A10 BA0 2		Metformin a	sol	850	1	30	9	Paciente suele de olvidarse de tomar metformina	1	Educar a la paciente en la correcta administraci on del medicamento asi disminuir el incumplimiento involuntario	8	2	1	1	
10	E1x .4	Neuropatía diabética	M0 1AB 05		Diclofenac o	iny	75	1	2									
10	E1x .4	Neuropatía diabética	B03 BA0 3		Hidroxicob alamina	iny		1	2									
10		Dolor de cabeza	N02 BE0 1		Paracetam ol	sol	500	1	ev									

10		Anemia			Ferranin fol	sol	100 + 0.8	1	c 2 d	11	Paciente toma ferranin fol y otros medicamentos por automedicación entre las cuales puede haber interacciones	2	Se sugirió retirar el medicamento y acudir al médico	5	2	1	1
10		Ardencia de estómago	A02 BA02		Ranitidina	sol	300	1	ev	11	Paciente toma ranitidina y otros medicamentos las cuales pueden interactuar	2	Se sugirió retirar el medicamento y acudir al médico	5	2	1	1
10		Dolor de piernas	N03 AX12		Gabapentina	sol	300	1	ev	11	Paciente toma gabapentina y otros medicamentos los cuales pueden interactuar	2	Se sugirió retirar el medicamento y acudir al médico	5	2	1	1
10		Dolor de piernas	N03 AX12		Gabapentina	sol	300	1	ev	1	Paciente se automedica con gabapentina para su problema de dolor	4	Se sugirió retirar el medicamento y acudir al médico	5	2	1	1
11	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina	A10 BA02	Enmor	Metformina	sol	850	2	10	1	Paciente toma metformina en el almuerzo y cena, sin embargo esta fue prescrita con el desayuno y cena	3	Se oriento a la paciente para que tome metformina a la hora prescrita	8	2	1	1
11	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina	A10 BA02	Enmor	Metformina	sol	850	2	10	7	A la paciente se le dispense metformina con nombre comercial, creando confusión a la hora de tomarlo	3	Se le sugirió que cuando acuda a un establecimiento farmacéutico exija le vendan generico	7	2	1	1

11	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina	A10BA02	Enmor	Metformina	sol	850	2	10	9	Paciente olvida de tomar metformina despues de la cena	1	Se oriento a la paciente en la importancia de tomar sus medicamentos	8	2	1	1
11	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina	A10BA02	Enmor	Metformina	sol	850	2	10	10	Paciente toma metformina junto con glimepirida y ciprolin pudiendo esto causar interacciones	3	Se modifico la pauta de administración de estos medicamentos	3	2	1	1
11	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina	A10BB12	Amyt rip	Glimepirida	sol	4	1	10	1	Paciente toma glimepirida en el almuerzo, sin embargo esta fue prescrita con el desayuno	3					
11	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina	A10BB12	Amyt rip	Glimepirida	sol	4	1	10	7	A la paciente se le dispense glimepirida con nombre comercial, creando confusión a la hora de tomarlo	3	Se le sugirio que cuando acuda a un establecimiento farmacéutico exija le vendan generico	7	2	1	1
11	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina	A10BB12	Amyt rip	Glimepirida	sol	4	1	10	10	Paciente toma glimepirida junto con metformina y ciprolin pudiendo esto causar interacciones	3	Se modifico la pauta de administración de estos medicamentos	3	2	1	1
11	L08	Otras infecciones locales de piel y tejido subcutáneo	J01MA02	Cipro nor	Ciprofloxacino	sol	500	2	5	7	A la paciente se le dispense ciprofloxacino con nombre comercial, creando confusión a la hora de tomarlo	3	Se le sugirio que cuando acuda a un establecimiento farmacéutico exija le vendan generico	7	2	1	1

11	L08	Otras infecciones locales de piel y tejido subcutáneo	J01MA02	Cipro nor	Ciprofloxacino	sol	500	2	5	8	A la paciente se le prescribio ciprofloxacino con nombre de marca ciprolin	3	Se le sugirio una alternativa farmacéutica	7	2	1	1
11	L08	Otras infecciones locales de piel y tejido subcutáneo	J01MA02	Cipro nor	Ciprofloxacino	sol	500	1	5	10	Paciente toma ciprofloxacino a junto con metformina y glimepirida pudiendo esto causar interacciones	3	Se modifico la pauta de administración de estos medicamentos	3	2	1	1
11	L08	Otras infecciones locales de piel y tejido subcutáneo	J01GB06		Amikacina	iny	500	1	5								
12	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina	A10BA02		Metformina	sol	850	2	15	9	A la paciente cuando se le termina su metformina, no compra y lo vuelve a tomar hasta que pase consulta	1	Se oriento a la paciente para que tome no deje de tomar metformina, si se le terminan que compre	9	2	1	1
12	M79.6	Dolor en miembro	M01AB05	Dolfe nex B	Diclofenaco + vit b 12	sol				8	A la paciente le prescribieron medicamentos de marca perjudicando su economía	1	Se le sugirio una alternativa farmacéutica	7	2	1	1
12	M79.6	Dolor en miembro	M03BX08	Tensyol	Ciclobenzaprina	sol				8	A la paciente le prescribieron medicamentos de marca perjudicando su economía, no los compro	1	Se le sugirio una alternativa farmacéutica	7	2	1	1
12		Dolor de rodilla	M02AA12		Naproxeno	sol	550	1	ev								

8.5. ANEXO: FOTOS



FIGURA N° 04:
Paciente firmando hoja
de consentimiento



FIGURA N° 05:
Sacando muestra de
sangre para el análisis
en el glucómetro