



CHIMBOTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y
BIOQUÍMICA

EFICACIA DE UN PROGRAMA PILOTO DE
SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO SOBRE LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS, CENTRO DE SALUD COISHCO
DISTRITO DE CHIMBOTE

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
QUÍMICO FARMACÉUTICO

AUTOR

JOSÉ GUSTAVO DOMINGUEZ ALVAREZ
ORCID: 0000-0001-9756-247X

ASESOR

PERCY ALBERTO OCAMPO RUJEL
ORCID: 0000-0002-9498-5431

CHIMBOTE – PERÚ

2019

TITULO

**EFICACIA DE UN PROGRAMA PILOTO DE
SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO SOBRE LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS, CENTRO DE SALUD COISHCO
DISTRITO DE CHIMBOTE**

EQUIPO DE TRABAJO

AUTOR

Bach. Dominguez Alvarez José Gustavo

ORCID: 000000019756247X

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Estudiante de Pregrado,
Chimbote, Perú

ASESOR

Ocampo Rujel Percy

ORCID:

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 Y ASESOR

Dr. DIAZ ORTEGA, JORGE LUIS

PRESIDENTE

Mgtr. RAMÍREZ ROMERO, TEODORO WALTER

MIEMBRO

Mgtr. VASQUEZ CORALES, EDISON

MIEMBRO

Dr. OCAMPO RUJEL, PERCY

ASESOR

AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA

El presente informe de tesis, me gustaría agradecerle en primer lugar a Dios por permitirme llegar hasta donde he llegado, porque hizo realidad esta meta anhelada.

Agradezco a mis padres Gustavo Domínguez y Juana Álvarez por su apoyo incondicional, sus consejos y enseñanzas, porque ellos son el motor por el cual estoy alcanzando la meta que me propuse.

A mis hermanos y amigos por su apoyo incondicional y a toda mi familia por compartir conmigo buenos y malos momentos.

Agradezco a mi asesor de tesis, Dr. Percy Ocampo Rujel por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar el presente trabajo.

A cada uno de mis maestros que me brindaron conocimientos que es lo más importante que el ser humano va adquiriendo a lo largo de la vida.

RESUMEN

El presente estudio de investigación tiene como objetivo el determinar la eficacia de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes mellitus, Centro de Salud Coishco, distrito de Chimbote. La muestra consto de 12 pacientes que fue monitoreada a través de un programa de seguimiento farmacoterapéutico basado en una modificación de método DADER la cual se divide de cinco fases: captación, levantamiento de información, evaluación de la información, intervención, seguimiento y medición de resultados. En cada fase se recogió información en herramientas e instrumentos específicos: Fichas fármaco terapéuticas, nivel de eficacia con el Test de Macnemar ($p=0.05$), test de Morinsky-Green-Levi, medido con una significancia ($p=0.05$) del Test de Wilcoxon basado en Escala de adherencia a la medicación (MAS). En los resultados se identificó 52 PRMs y se solucionaron 39 problemas relacionados con medicamentos (75%) y los no resueltos dejaron expuesto al paciente a la aparición de resultados negativos asociados a la medicación (RNMs). La adherencia pasó del 0 % al 60% demostrando una mediana adherencia luego de la intervención. La adherencia comparada antes–después de la intervención mediante el SFT, indico un efecto poco significativo de $P=0.125$ sobre el nivel de adherencia al tratamiento medido luego de la intervención. Se concluye que el programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con diabetes mellitus resolvió la mayor parte de los PRM identificados pero no fue significativo en cambiar el nivel de adherencia al tratamiento.

Palabras claves: eficacia, diabetes, programa piloto, seguimiento farmacoterapéutico, adherencia.

SUMMARY

This research study aims to determine the efficacy of a pilot pharmacotherapeutic follow-up program on adherence to the treatment of patients with diabetes mellitus, Coishco Health Center, Chimbote District. The sample consisted of 12 patients that was monitored through a pharmacotherapeutic follow-up program based on a modification of the DADER method which is divided into five phases: collection, information gathering, information evaluation, intervention, monitoring and measurement of results. . In each phase, information was collected on specific tools and instruments: therapeutic drug sheets, level of efficacy with the Macnemar Test ($p = 0.05$), Morinsky-Green-Levi test, measured with a significance ($p = 0.05$) of the Test of Wilcoxon based on Medication Adherence Scale (MAS). In the results, 52 PRMs were identified and 39 drug-related problems (75%) were solved and the unresolved ones left the patient exposed to the appearance of negative results associated with the medication (RNMs). Adhesion increased from 0% to 60%, showing a medium adherence after the intervention. Adherence compared before – after the intervention using the SFT, indicated an insignificant effect of $P = 0.125$ on the level of adherence to the treatment measured after the intervention. It is concluded that the pilot program of pharmacotherapeutic follow-up for patients with diabetes mellitus resolved most of the PRM identified but was not significant in changing the level of adherence to treatment.

Keywords: efficacy, diabetes, pilot program, pharmacotherapeutic follow-up, adherence.
on.

INDICE

AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA.....	v
RESUMEN.....	vi
SUMMARY.....	vii
I. INTRODUCCIÓN	15
1.1. Planteamiento del problema.	15
1.2. Objetivos de la Investigación.	17
1.2.1. Objetivo General	17
1.2.2. Objetivos Específicos.	18
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	19
2.1. Antecedentes	19
2.1.1. Atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico	20
2.1.2. Evolución del seguimiento farmacoterapéutico en el Perú.....	21
2.1.3. Antecedentes epidemiológicos de la Diabetes	22
2.1.4. Seguimiento farmacoterapéutico y calidad de vida relacionada con la salud.....	23
2.2. Marco Teórico.....	24
2.2.1. Problemas Relacionados con el uso de Medicamentos y Resultados Negativos de la Medicación.	24
2.2.2. Diagnóstico de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM)	25
2.2.3. Atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico: contribución del farmacéutico al mantenimiento de la salud pública.....	28
2.2.4. Definición de adherencia al tratamiento.....	35
2.2.5. Diabetes.....	35
2.2.6. Centro de salud de Coishco.....	38
III. HIPÓTESIS.....	39
IV. METODOLOGÍA	40
4.1. Diseño de la investigación.....	40
4.1.1. Tipo y el nivel de la investigación:.....	40
4.1.2. Diseño de la investigación.....	40
4.2. Población y muestra.	41
4.3. Definición y operacionalización de las variables	42
4.3.1. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT)	42
4.3.2. Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM)	42
4.3.3. Resultados negativos asociados a la medicación (RNM).....	43
4.3.4. Medición de la adherencia al tratamiento.....	43
4.4. Técnicas e instrumentos	43
4.4.1. Técnica	43

4.4.2.	Instrumento.	44
4.4.2.1.	Fichas Farmacoterapéuticas (FFT). (Anexo N° 03)	44
4.4.2.2.	Instrumento para medir la adherencia. Test de Morinski (Cuadro N° 06)	44
4.4.3.	Procedimiento de recolección de datos.	46
4.4.3.1	Oferta del servicio y captación de los pacientes	46
4.4.3.2.	Levantamiento de información.....	47
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.	48
4.4.3.4.	Fase de intervención: actividades de seguimiento farmacoterapéutico.....	49
4.4.3.5.	Matriz de consistencia.....	50
4.5.	Plan de análisis de datos.....	51
4.6.	Criterios éticos.....	53
V.	RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	54
5.1.	Resultados.	54
5.2	Análisis de Resultados	63
5.2.1	Sobre los pacientes y los tiempos de intervención en SFT.....	63
5.2.2.	Sobre los diagnósticos identificados y los medicamentos utilizados por los pacientes durante el proceso de SFT	66
5.2.3.	Resultados negativos asociados a la medicación por PRMS.....	68
5.2.3.	Efecto de la intervención sobre la adherencia.	69
VI.	CONCLUSIONES Y ASPECTOS COMPLEMENTARIOS	71
6.1.	Conclusiones	71
6.2.	Aspectos Complementarios.....	71
6.2.1	Recomendaciones.....	71
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
VIII.	ANEXOS	83
Anexo N° 8.1.	Solicitud de permiso dirigido al establecimiento farmacéutico.....	83
Anexo N°8.2.	Hoja de consentimiento informado.	84
Anexo N°8.3.	Fichas Farmacoterapéuticas	85
Anexo N° 8.4.	Estado de situación de salud.....	96
Anexo N° 8.5.	Fotos del frontis.....	106
Anexo N°8.6.	Ubicación geográfica del establecimiento de salud.....	106
Anexo N°8.7.	Ejemplo de glucometro	107
Anexo N°8.7.	Glosario de términos	108

ÍNDICE DE CUADROS, FIGURAS, TABLAS Y GRÁFICOS

CuadroN°01	Listado de problemas relacionados con medicamentos (PRN).	28
	·	
	Clasificación de resultados negativos asociados con la medicación. (RNM).	
CuadroN°02	Tercer consenso de Granada. 2007. (Clasificación que le correspondía a los PRMs hasta el segundo consenso de Granada).	29
	·	
	Actividades de atención farmacéutica en el ejercicio profesional del farmacéutico comunitario.	36
CuadroN°03	·	
	Clasificación de intervenciones farmacéuticas destinadas a prevenir o resolver resultados clínicos negativos de la farmacoterapia.	39
CuadroN°04	·	
	Clasificación de infecciones respiratorias agudas.	41
CuadroN°05	·	
	Escala de adherencia a la medicación (MAS) de Morisky – Green – Levine.	51
CuadroN°06	·	
	Tipos de canales para comunicar las recomendaciones del farmacéutico para la solución de problemas relacionados con medicamentos.	55
CuadroN°07	·	
	Criterio para calificar la adherencia o cumplimiento de los pacientes	58
CuadroN°08		

Índice de gráficas

FiguraN°01 Etapas clave del proceso de seguimiento farmacoterapéutico modificado de DADER.....	35
FiguraN°02 Esquema del modelo de intervención farmacéutica.....	38
FiguraN°03 Flujograma de las actividades de seguimiento farmacoterapéutico.....	45
FiguraN°04 Frontis del Centro de Salud Coishco.....	107

Índice de tablas

TablaN°01.	Distribución de frecuencias y porcentajes por sexo y edad promedio de los pacientes intervenidos. Programa de seguimiento farmacoterapéutico dirigido a pacientes con Diabetes mellitus Centro de salud Coishco.	63
TablaN°02.	Contactos entre el químico farmacéutico y los pacientes según el lugar donde fue realizado durante la intervención farmacéutica dirigido a pacientes con Diabetes mellitus.	64
TablaN°03.	Distribución de la frecuencia y porcentajes de los Problemas de Salud identificados en los pacientes intervenidos según si fueron diagnosticadas o no. Programa de SFT dirigido a pacientes con Diabetes mellitus, Centro de salud Coishco.	65
TablaN°04.	Medicamentos prescritos y no prescritos utilizados por los pacientes identificados durante el seguimiento farmacoterapéutico dirigido a pacientes con Diabetes mellitus.	66
TablaN°05.	Distribución de los pacientes según sexo edad diagnósticos medicamentos y PRMs identificados y PRMS solucionados por paciente intervenido. Programa de SFT a pacientes con Diabetes mellitus, Centro de salud Coishco.	67

TablaN°06. Impacto del SFT sobre la Adherencia al Tratamiento. Programa de SFT a pacientes con Diabetes mellitus, Centro de salud Coishco 68

Tabla N° 07 Efecto del Seguimiento Farmacoterapéutico sobre las actitudes que reflejan cada una de las preguntas del Test de Morinsky en pacientes con Diabetes mellitus, Centro de salud Coishco. 69

Índice de gráficos

GráficoN°01	Porcentaje de los medicamentos usados para los problemas de salud identificados. Programa de SFT a pacientes con Diabetes mellitus.	65
GráficoN°02	Comparación del resultado Test de Morisky antes - después del SFT en los pacientes con Diabetes.	68

I. INTRODUCCIÓN

El trabajo de los primeros líderes farmacéuticos en años donde no se tenía un identidad de la importancia del ejercicio para resolver incidentes dentro de los casos de tratamiento fallidos, eventos adversos o hasta episodios de mortalidad por una mala elección de medicamentos, sobre personas vulnerables, según categoría o grupo etario, produjo que naciera una colaboración de un conjunto de ideales, que ocasiono una evolución más amplia en el concepto del Químico farmacéutico. ¹

En ello se basó por el acontecimiento fatal de la talidomida fármaco que indicaba su uso seguro antiemético en personas embarazadas pero ocasiono trastornos fetales, esto hizo que el personal farmacéutico se involucre de alguna forma en promocionar un nuevo servicio que en la sociedad se relacione como una atención por la salud vigilante, debido a las intervenciones, servicios, especialmente en ser constante en el tiempo, genero un estilo en particular llamado método Dáder. ²

La atención farmacéutica se conceptualiza en estos días como la disposición participativa del farmacéutico a la farmacoterapia en la parte posterior de la curación relacionada con el uso de los medicamentos y con el motivo de alcanzar fuertes efectos que mejoran el semblante personal y la salud de los pacientes. ³

Esta definición a través de los años ha tenido que evaluarse a través de entidades únicas después de varios consensos o conferencias que generaron cambios con el paso de los estudios que confirmaron cómo se habían transmitido las repercusiones, las percepciones y los impactos después del trabajo elaborado por los farmacéuticos dentro de la institución médica, centros comunitarios y centros de educación para especialistas nuevos, todos enfocados en mejorar los servicios que se crearon o fortalecieron con la ayuda del campo hospitalario. ⁴

En retrospectiva al tema por esa razón, el nombre de "Atención farmacéutica" dicho en el año 1999 logro un variado cambio en los años siguientes, promovido por todos hacia un significado moderno o útil que hoy se centre en los mejores resultados y forme parte indispensable de un centro de salud en cualquier nivel. ⁵

Después del primer Consenso diagnosticado en esa asamblea, en que el método se desglose en fases que comienza con una primera oferta, iniciando una reunión, coordinando una y otras más entrevistas que abarque el reconocimiento de los medicamentos, tratamientos farmacológicos, problemas patológicos, hasta analizar las situaciones en donde se encuentra, hasta hallar una reacción después de un resultado final sea una solución a ello, mejorando la calidad y la vida de los pacientes.⁶

En consecuencia, la técnica llamada Dáder viene a brindar mayor desarrollo, sin excepción de ningún tipo de persona afectada, experimentando efectos precisos, pues esto mejoró con nuevos ajustes, para un segundo consenso y para un tercero que podría terminar su última revisión en 2005, así consistiría en nuevos términos que determinan que ya no solo se debe buscar problemas en interacción con la toma o comportamiento frente a sus medicamentos si no sobre el hecho final si fue positivo o negativo ese acto del paciente seguido por lo dicho por el médico o responsabilidad propia.⁷

Ahora este método es lo más práctico en particular la voluntad de un paciente logra mucho en adelante, el tiempo tomado y dado por ambos paciente - farmacéutico, actualmente consigue conocer los errores de una mala prescripción, la forma de manejo del paciente, la duplicidad o la consecuencia de un impacto desfavorable, conociéndose ahora con un mal resultado, un diagnosticado sobre la observación de los medicamentos.⁸

En este punto, el seguimiento farmacoterapéutico se presenta como un programa de atención que ofrece estadísticas sobre las actividades de la reunión, el examen de la patología, la historia clínica y el análisis actual, hasta que se hace un intento de abordar los errores y las respuestas, a modo de ejemplo, reacciones negativas no documentadas.⁹

Entonces la adherencia se muestra como una conducta de filiación a lo que traiga consigo su recuperación, relacionando con ello otras pautas como el modo de vida, demografía de viviendas, que aumentan los casos de estas recurrentes y la poca adherencia al tratamiento suministrándose todos los fármacos necesarios en dosis, fracción, horario, frecuencia, manera de hacerlo y se cumplan como lo redactado en sus recetas médicas.¹⁰

Se ha evaluado que los datos sugieren que en todo el mundo de cada 3 pacientes, 1 obtiene resultados negativos después del tratamiento dependiendo de las imperfecciones de su remedio, administración, porción, recurrencia, necesidad, seguridad, viabilidad y asociación, y que el paciente abandona la adherencia a sus fármacos poco a poco por el poco incentivo en su rápida recuperación.¹¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone disminuir la mortalidad por diabetes a través de marcos que trabajen en reducir la tasa de personas en edad temprana que sufren esta patología crónica.¹²

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) en el presente 2019 ha actualizado todos sus estándares como sus recomendaciones desde la práctica clínica y la forma de atender los casos desde lo terapéutico como lo alimentario en su bienestar, las técnicas de precisión para medir sus niveles correctos pre-prandial como pos-prandial de la concentración de glucosa en sangre para su control.¹³

La diabetes se puede caracterizar en sus distintas formas generales cuando se acompañan por etiologías variadas como la destrucción por medio del sistema inmunitario de las células β , la pérdida dinámica de la descarga de insulina de las mismas células β , presente en el segundo o tercer trimestre del embarazo, la neonatal, de origen por padecer afecciones pancreáticas, por sustancias como la medicación larga con glucocorticoides y nuevos orígenes.¹⁴

La lista de los tipos de fármacos que existen en los protocolos terapéuticos se alinean a medicamentos solos o combinados según el avance de la enfermedad, entonces se va tratar de que su accesibilidad sea primaria para que su mantenimiento saludable sea sostenible pues estos principios pueden clasificarse según el ADA, en sulfonilureas, biguanidas, glitazonas, agonista de los receptores de péptido tipo 1, insulina de distinta categoría, etc.¹⁵

Por tanto es de rigor continuar con investigaciones que determinen el comportamiento de las personas al seguimiento farmacoterapéutico como labor de los profesionales de salud, por el impacto con los buenos o malos resultados obtenidos hasta el presente y si ello mejora con la correcta adherencia, entonces se podrá masificar estas prácticas en todo espacio garantizando el papel sobresaliente y útil del Químico farmacéutico.¹⁶

1.1. Planteamiento del problema.

Ante lo expuesto en esta presente investigación, se planteó el siguiente problema ¿Cuál es la eficacia del programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes mellitus Centro de Salud Coishco?

La Investigación se desarrolló en el Centro de Salud del Distrito de Coishco, abril – julio del 2016

1.2. Objetivos de la Investigación.

1.2.1. Objetivo General.

Determinar la eficacia del programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes mellitus en el Centro de Salud de Coishco.

1.2.2. Objetivos Específicos.

1.2.2.1. Identificar el estado del uso de medicamentos de una muestra de pacientes con diabetes mellitus intervenidos en el Centro de Salud de Coishco.

1.2.2.2. Diagnosticar y solucionar Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs) mediante un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) en pacientes con Diabetes Mellitus intervenidos en el centro de salud de Coishco.

1.2.2.3. Evaluar la influencia de la intervención sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus luego del seguimiento Farmacoterapéutico

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes.

2.1.1. Atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico

Faus¹⁷ determinó que los remedios debían ser supervisados debido a la mala disposición de los pacientes hacia el uso de ellos, por lo que el acuerdo consistió en aplicaciones de atención farmacéutica en espacios de instituciones médicas, farmacias en una premisa ambulatoria, de esta manera fluyeron hacia un seguimiento del tratamiento farmacoterapéutico hasta cumplir como un concepto en revolución por el momento.

A principios del año 2000 ya se practicaba un método que se describía en etapas que conectaban paciente farmacéutico y forjo las bases para luego ser vital para tener una consideración farmacéutica en la población, por esta sencilla razón hubo una reunión en 1999, se inició la crítica y el debate del deber de los farmacéuticos dentro de la oficina farmacéutica, área y tiempo de desarrollo personal trazando los nuevos objetivos de un bienestar integral, después de una atención primaria continuaría la del especialista en observar el tratamiento y toda la lectura de sus recetas, frecuencia, la aparición de efectos desconocidos hasta estrategias que la interrumpen su mal sentir por un seguimiento hasta su evolución favorable.¹⁸

El desarrollo de esta nuevo enfoque se trabajó en el esmero que se tenía, pretendido en mejorar todo desde la intervención del paciente hasta las maneras de captar a estos ensayando en creativos pilotos, dedico al farmacéuticos en centran sus esfuerzos en la metodología precisa el seguimiento farmacoterapéutico en los medicamentos como normas generales para construir un modelo aplicable por quien lo tomara como referente.¹⁹

Acto seguido en el 2001 como los siguientes tiempos ya se iniciaban programas propios para imponer en farmacias cercanas; todo en busca de una ventaja dentro de la terapia de los pacientes, esto se convirtió en un estilo humanista que causó el ofrecimiento de nuevas iniciativas; Vásquez y autores²⁰ hasta el 2003, responsabilizaban que un inapropiado uso de medicamento por naturaleza se manifestaba en un problema en relación a lo poco o exagerado uso.

En concordancia con la línea de tiempo hasta el presente el 2003 Barris y colaboradores²¹ asistían a participar a las atenciones verificables en la comunidad, denotando mucha ausencia de la mano del farmacéutico en proceso como las

enfermedades crónicas cardíacas en elevada presión o disfunción orgánica por la edad.

Los primeros diagnósticos de una realidad cruda y baja en evidencia de eficacia lo anula Chamorro ²² que durante los 12 meses de 2004, en detalle a resumen de su estudio que el impacto de su intervención obtuvo un resultado superior por sinérgico debido a la comprensión y el compromiso del servicio brindados a través del experto en medicina aliado al farmacéutico en el favor del bienestar del grupo.

Fajardo ²³ de 2005 se dio cuenta de que la conexión farmacéutica paciente, medicación y seguimiento, proporcionaba al profesional un entorno favorable crecer, para crear, determinar problemas, despejarlos y presentar soluciones por estrategia apropiada, explicando según los datos entregados que la intervención en la farmacoterapia siempre debe hallar una solución.

En Sudamérica como en España está valiosa encomienda de tomar y resolver desigualdades terminó en medio de la necesidad de ubicar la labor dentro de la Farmacia de los participantes de salud, confirmándose la oportunidad de tener como principio el programa de seguimiento y el análisis de los datos que asombran desde su finalización y cambiando su idea de los papeles que se deben adueñar en bien de todos los resultados .buenos para los pacientes. ²⁴

El investigador peruano Ocampo P, ²⁵ en su observación menciona en el año 2010, tras su estudio que identificar con consistencia los problemas farmacológicos antes de su compromiso y después de su intervención profesional como farmacéutico demuestra un valor de reivindicación pues siempre habrá un mayor número entre los pacientes satisfecho, mostrando un efecto excelente trabajo cuando se hace desde una perspectiva a escala, bastándote en soñar a

2.1.2. La evolución del seguimiento como servicio farmacoterapéutico en Perú.

La evolución de una política pública en salud tiene siempre que ser sustentado por un grupo de expertos en raciocinio y divulgue los derechos, deberes y demandas por encontrar el artículo del decreto supremo en el 2004 analiza la cuestión de cómo tratar la condición de medicación en la distribución de la población peruana con esta declaración del Decreto 29459 la medicación cambia a ser una política de estado, a través del registro de guías en tres enfoques atención farmacéutica, Buenas Prácticas de Farmacia (BPF) y el seguimiento farmacoterapéutico (SFT) en todos los espacios donde requiera

implementarse un servicio o establecimiento de salud.²⁶

Como todo país este delega obligaciones si termina siendo la institución autorizada para consultar los datos, regulación, permisos y registro de conformidades que recaen entonces en la Dirección General de Medicamentos (DIGEMID) de la mano a las disposiciones del Ministerio de Salud (MINSA), desde el 2008, hasta el momento el uso de la norma y una guía oficial donde el proceso es pautado no se ha ejecutado en la realidad de los tipos de establecimiento para adaptar los procesos pero ha tenido tras pilotos y proyectos un impacto bueno y en mejora constante sin detenerse en la atención farmacéutica como pilar dentro del sistema de salud.²⁷

En situaciones esperadas el año 2012 con el reconocimiento de Digemid, el modelo de SFT se hace de fácil acceso y perfección, cuando se torna como un enfoque para proporcionar datos recopilatorio de pacientes con un seguimiento terapéutico.²⁸

En la realidad del Perú fue Risco²⁹ el mismo año en la capital de Lima, declaro que la población de pacientes carecían de la atención del farmacéutico desde la medida de su signos vitales como la presión, peso y manejo de efectos adversos suscitados sin hallar mejor propicio que su seguimiento en el tiempo para corregir e introducir practicas necesarias que fortalezcan el servicio.

Mejía³⁰ el año 2013, fomento la farmacovigilancia desde de la farmacia Institucional DIGEMID luego de implementar el servicio del seguimiento farmacoterapéutico al hallar sospechas de nuevos efectos adversos de medicamentos tras la marcha de un seguimiento farmacoterapéutico.

2.1.3. Antecedentes epidemiológicos de diabetes.

En consonancia con la OMS, 1 de cada nueve humanos padece diabetes y la prediabetes es un organismo que crece a más escalas sin que se le diagnostique porque no se encuentra en los protocolos, ni hace campañas para una detección sostenida a lo largo del tiempo y no maneja la patología continua.³¹

Sobre la base de que, en el año 1996, es especial que la baja prevalencia de diabetes en los peruanos se constituya con la ayuda de la carta genética, el factor ambiental, que no es probable que crezca en un porcentaje de disminución en el futuro, pero las modificaciones en el comportamiento nutricional convertir a la población en el futuro al grado de Europa y los Estados Unidos con problemas de aptitud física y vidas humanas.³²

El siguiente análisis para 2015 confía en que un millón de peruanos que ya padecen diabetes y un millón de prediabetes debido a la ausencia de programas de administración en el grado primario de atención de la condición física. Los niños y adultos con diabetes internacional cuentan con 422 millones, lo que equivale al 8%, registrando el fallecimiento de más de 1.6 millones de pacientes debido a esta patología.³³

El daño sistémico de esta dolencia con su crecimiento ha mostrado ceguera, dolor neuroléptico, trastorno renal, hepático, eréctil, infecciones, septicemia, mutilación después de la amputación, tensión y demencia, teniendo como tendencia la edad de vivir este tipo de resultados cuando Prevenir contra esta condición.³⁴

Brinda una mortalidad y morbilidad que debido a la hipertensión, las dislipidemias se han convertido en la sexta causa de muerte dentro de la realidad peruana, esto representa el 31% de los infartos agudos de miocardio y el 25% de las lesiones cerebrovasculares.³⁵

El Simposio peruano de 2016 en los componentes epidemiológicos de la diabetes determina que Perú tiene el 7% de su población con este trastorno, el 8% influye en la diabetes mellitus tipo 2 y el tipo 1 dice que cada 12 meses de cada cien mil habitantes puede sufrir esta enfermedad, incluso cuando las mujeres embarazadas también pueden incurrir en un 16% en su embarazo, y los adultos mayores son más susceptibles a los accidentes cardiovasculares y cerebrovasculares, por lo que es una tarea para disminuir esos niveles para el dispositivo de fitness.³⁶

2.1.4. Seguimiento farmacoterapéutico y calidad de vida relacionada con la salud.

García³⁷ y otros proponen que para desempeñar una administración de atención después de la demostración de caracterizar sus problemas y reflexionar acerca de las soluciones, deja al seguimiento farmacoterapéutico como algo ideal, en cada miembro se dará una ventaja con el desarrollo farmacoterapéutico, esperando que su visión cambie hacia un vista del progreso en la satisfacción personal, los impactos en su conducta y la acción contraproducente de descubrir el bienestar a través de estos procedimientos educados y acordados.

Calles³⁸ presenta otro detalle del efecto sobre la calidad, que insiste en la utilidad de este trabajo para el paciente, por lo que su acción es una cura sorprendente en el tiempo normal, la prueba sobreviviente y reconocible de los efectos secundarios desfavorables en el punto de partida de la medicación que usa y detener o retirar como la regla sugerida dejará los problemas para su prosperidad.

Pela ³⁹ eligió que la evaluación de la consistencia de los pacientes de edad avanzada con seguimiento farmacoterapéutico consideró que reorganizaron la utilización de cada uno de ellos, disminuyeron las indicaciones de agravación, mostraron y restauraron su salud, razón por la cual los altos puntajes de evaluación se debieron a la experiencia fenomenal que les ofreció el programa.

Después de una descripción general competente, Silva ⁴⁰ contempló que los maestros de la medicación han establecido por largo tiempo proyectos de mediación en farmacias concentrados en el campo de la farmacoterapia, adquiriendo una gran reflexión después de algún tiempo por parte de especialistas para alentar la naturaleza del tratamiento y su impacto en el bienestar y la vida de pacientes.

Los proyectos de seguimiento farmacoterapéutico también se conectaron en los territorios de Chimbote, cuando Chávez ⁴¹ dirigió un examen para decidir si un programa de experimentos de SFT consistía en el tratamiento de pacientes con Diabetes Mellitus, demostrando que el programa de SFT era experto en los objetivos de los resultados negativos de los fármacos, por ejemplo la adherencia al tratamiento.

En esta circunstancia específica, 2014 mejora la satisfacción personal de los pacientes diabéticos luego de completar el programa SFT y desarrollar el PRM en el enfoque de bienestar privado que se resuelve con la consistencia del pensamiento farmacéutico utilizando la metodología DADER, los errores analizados por el desarrollo continuo.⁴²

2.2. Marco Teórico.

2.2.1. Problemas Relacionados con el uso de Medicamentos y Resultados Negativos de la Medicación.

Los errores de prescripción de medicamentos continúan causando una triste y mortal realidad, el deterioro de la integridad del fármaco, caducidad, forma de administración o frecuencia convergen a englobar detalles de las características que resaltan tras los análisis para entender los efectos sociales, sobre gastos, bajo aporte a encontrar bienestar, terminando por ser de mayor importancia su estudio para disminuir los enormes errores, como la creciente pérdida de confianza por la cantidad de baja eficacia, seguridad y alta necesidad de su tratamiento así los medicamentos terminan siendo públicamente lo más primordial para la salud. ⁴³

Siguiendo a conocedores de la realidad del cambio y orígenes como Hepler, Strand, hasta Ocampo todo lo manifestado en relato a los problemas relacionados con los medicamentos (PRM), encausan desarrollos por el estado peruano a definiciones como total expresión mal uso al inicio de mala prescripción o dispensación cuando en este presente las tecnologías hacen más automatizadas el trabajo, pero asume la patria que los medicamentos sean mencionados siempre como bien social anteponiéndose al económico, en la mecánica de seguir los objetivos de evidenciar efectos en recuperación de la salud, diagnosticar errores, como brindar beneficios como ningún otro campo esencial para cambiar el sistema y cualquier resultado negativo. ⁴⁴

Entonces los Problemas relacionados con los medicamentos o PRM son aquellas reacciones adversas en circunstancias que no deberían ocurrir, tras o durante el tiempo empleado en el uso de medicamentos, así estos pueden causar un resultado final negativo fijado en relación al consumo del medicamento, que surgen en el mismo momento que tienen contacto con él o sus componentes, también después de iniciado el proceso de medicalización, todo ello como ante el resultado no favorable, percibido como malo. ⁴⁵

En tanto los PRM solo suponen para el cliente que consume los medicamentos un peligro más grave que solo un resultado negativo puede afectar su entorno, hacer perenne las circunstancias que vive tras sobrellevar su enfermedad, pues durante el tiempo empleado de los medicamentos debería provocar en el recuperación progresiva, así la presencia de otro actor como la receta mal detallada, dispensación errónea pueden hacer suma y ser de riesgo en la vitalidad del paciente. ⁴⁶

Los precedentes molestos en el paciente son encontrados dentro de la lista de clasificaciones de PRM, por ello para adherirse a los tratamientos de largas temporadas incluyendo pausas en selectivos medicamentos sin dejarlos de usar.⁴⁷

En todo tratamiento con medicamentos, el uso terapéutico se debe a una evidencia farmacológica, por ello de la confianza del uso de cada uno, la patología nutre de malestares al paciente el medicamento debería frenar o alejar esos malestares y que en cada porción administrada se cumpla la recuperación de la salud para no enfrentarnos a un problema negativo en evidente relación con el medicamento que puede causar un deterioro significativo.⁴⁸

Debido a la PRM, el paciente puede citar nula estabilidad en su enfermedad, poca seguridad en su fármaco de toma diaria, con la presencia de nuevas manifestaciones puede requerir mejora del tratamiento, sentirse agraviado, retirar la prolongación de hospitalización tras la afección no mejorada, esto condiciona totalmente la buena salud de las instituciones que trabajan por ello.⁴⁹

Entre el listado de errores o problemas se ha demostrado que dentro ellos tenemos como (PRM) errores en el tratamiento, prescripción inadecuada, interacciones, poca necesidad, dosis no adecuada y otros, esto albergan la necesidad de mejores resultados y bienestar porque no se puede lidiar con un PRM cuando estamos conscientes de la vitalidad que debería generar un medicamento.⁵⁰

Por ello un PRM se caracteriza como en los acuerdos de Granada como un problema médico identificado con la farmacoterapia y no es deseado, mientras que otros consideran la fusión de estos nuevos términos e ideas en el significado de farmacoterapia sin desarrollo positivo, mucho mayor que los errores de medicación (EM) todo según el Tercer Consenso de Granada, generando sucesos adversos o de interacción durante el uso de medicamentos por su base hereditaria o por idiosincrasias (Cuadro N°01).⁵¹

Cuadro N°01. Lista de los problemas relacionados con los medicamentos (PRMs) propuesta por el Método DADER de Seguimiento Farmacoterapéutico⁵¹

- 1.-Administración errónea del medicamento
- 2.-Actitudes negativas del paciente
- 3.-Conservación inadecuada del medicamento
- 4.-Contraindicaciones
- 5.-Dosis, pauta y/o duración no adecuada
- 6.-Duplicidad
- 7.- Error en la dispensación
- 8.- Error 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.-Problemas económicos
- 15.-Otros

Tercer Consenso sobre medicamentos de la Universidad de Granada ⁵¹.

Esta lista origen, fue modificada por Ocampo P. el autor introdujo tres necesarios PRMs entre ellos a: 14) Influencia del entorno; 15) Uso de medicamentos de origen ilegal y 16) Problemas económicos. Este cambio se logró por recomendación de la misma Universidad de Granada. ⁵²

Recientemente la definición de resultados negativos aunados a la toma de medicamentos (RNM) es en el propio sentido anteriormente expuesto como problemas en relación a medicamentos. Para el 2007 el consenso Tercero de Granada va precisando como una sospecha al RNM entre la condición, en la que el paciente se ha expuesto a padecer un problema de salud asociado al uso del medicamentos prescrito así con vivencia de la existencia de uno o más PRMs que se considera como un factor de alto riesgo de RNM.⁵³

Cuadro N° 02. Clasificación de resultados negativos asociados con la medicación. Tercer Consenso de Granada 2007. (Clasificación que le correspondía a los problemas relacionados con medicamentos hasta el Segundo Consenso de Granada) ⁵³

N°	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.

Culbertson ⁵⁴ et al, en 1997, tomado de Hurley calificaron como Diagnóstico Farmacéutico (DF) al procedimiento subjetivo concentrado en la prueba distintiva de problemas particulares que surgen de la utilización de medicamentos por parte de los pacientes. El DF debe basarse en pruebas adecuadas para ayudar a que la razón por la cual el paciente atiende el problema médico sea con éxito la utilización de medicamentos. Ferriols ⁵⁵ expresa que, con una alta frecuencia, los PRM comienzan de la manera en que se eligen, avalan o muestran las recetas, se distribuyen, se controlan y, en su mayor parte, se verifican. En este sentido, a pesar de la naturaleza innata requerida de los medicamentos que se tratan tras una elección correcta.

En otras palabras, como dice Calvo ⁵⁶ después de la organización, es importante evaluar el cumplimiento de los resultados y el avance del paciente por parte del farmacéutico para evitar o anticipar las ocasiones antagónicas identificadas con la farmacoterapia.

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

El final de la clasificación de un PRM se hace al conjunto de signos e indicaciones de resultados de prescripción negativa (RNM), así se acercó a los especialistas farmacéuticos este listado para el avance de los límites de accesos y puntos de alcances para reconocer cada tipo de característica como posible riesgo que da resultado negativo. Mientras tanto, es imperativo utilizar instrumentos variables de reclutamiento e información para la documentación total de cada caso por ello en este informe se hace mención de ellos.⁵⁷

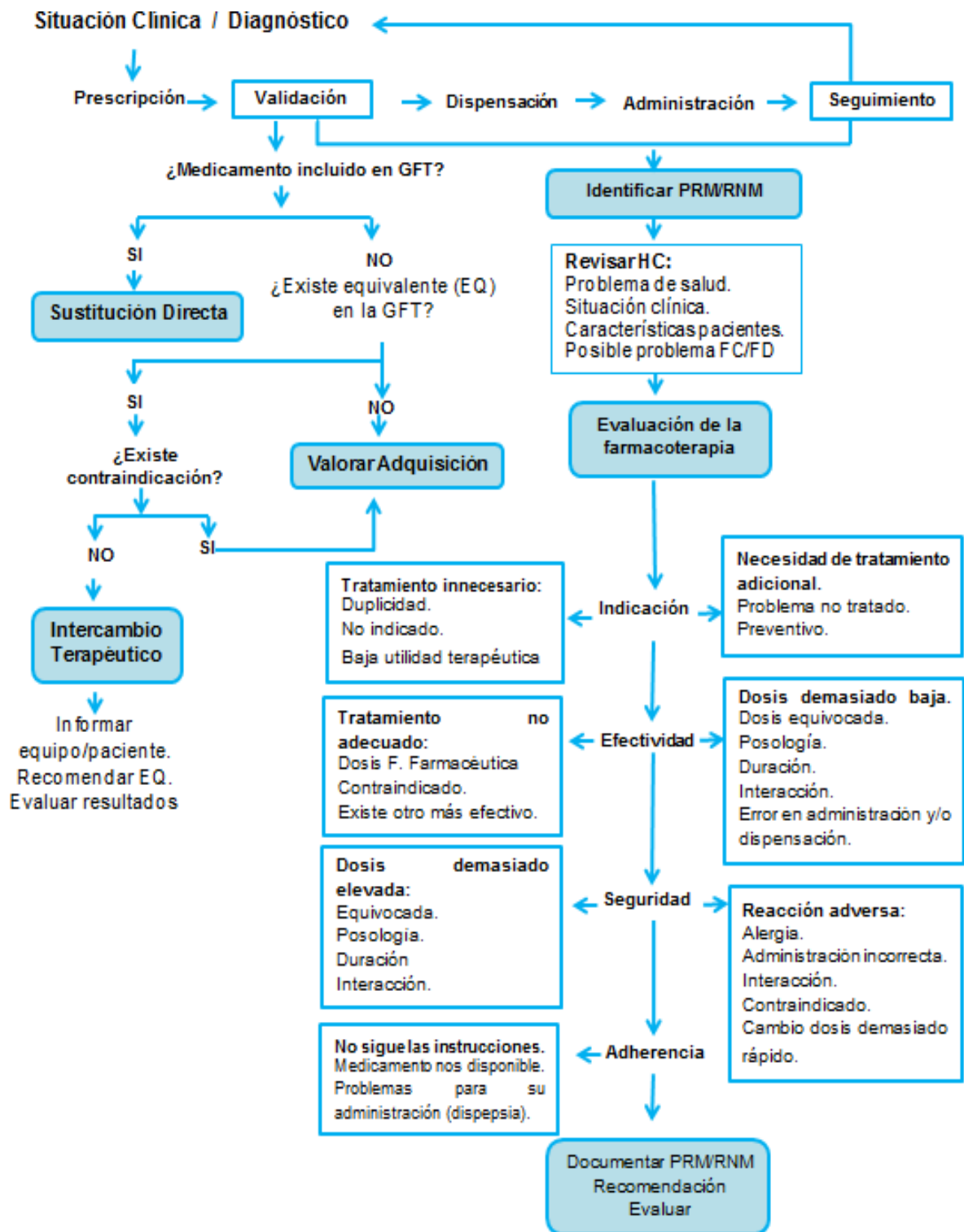
El Tercer Consenso de Granada y la Guía de seguimiento farmacoterapéutico del Método DADER presentaron una extensión de la importancia de lo identificado como PRM propuesta en la Figura N°. 01 y el Archivo de farmacoterapia.⁵⁷

- a) Administración de medicamentos errónea (PRM 1): los pacientes son los que quedan de acuerdo con especialistas médicos en su medicación, sin embargo estos terminan eligiendo las alternativas sobre la utilización que los especialistas no prescriben en el acuerdo o el control, es una opción del paciente utilizar una receta o una cura, sin que lo requiera.⁵⁸
- b) Actitudes negativas (PRM 2): Ocurren cuando el paciente espera iniciar una conducta contraria a la medicinal, en una perspectiva errónea sobre los efectos de las fórmulas. El paciente es persuadido, ya sea por factores naturales o extraños, por ejemplo creencias.⁵⁸
- c) Protección o conservación inadecuada (PRM 3): condiciones poco normales en las que se mantienen los medicamentos en conservación requerida que tiene un impacto explícito en la modificación de su calidad. Estas condiciones pueden ser lugares de riesgo, niños cercanos, exposición a luces el sol, temperaturas altas o bajas en lugares donde pueden causar maltrato físico.⁵⁸
- d) Duplicidad (PRM4): es la utilización de dos medicamentos de manera asociativa, con el mismo contenido para el similar cumplimiento farmacológico, la identidad farmacológica, la comparabilidad de la acción restaurativa repetida, de esta manera se considera que dos medicamentos son duplicados.⁵⁹
- e) Dosis, diseño y / o intervalo no adecuado (PRM 5): Ocurre cuando la afirmación de la porción no está indicada por los principios de la guía farmacológica y se propone en los diseños de la convención de bienestar. La incongruencia también puede destacar, durante todo el período, la reiteración de la frecuencia o el tiempo abreviado o ampliado para el tratamiento.⁶⁰

- f) Contraindicaciones (PRM 6): un medicamento está contraindicado cuando se espera una alteración de las condiciones patofisiológicas del paciente, por lo que no es apropiado usar un medicamento en particular en sus circunstancias, por lo tanto las contraindicaciones pueden incorporar daño para el paciente. ⁶⁰
- g) Errores de dispensación (PRM 7): los medicamentos deben, por regla general, administrarse, obtenerse o administrarse según lo sugerido por el especialista, según las instrucciones actuales, se afirma que el especialista en medicamentos ofrece al paciente una alternativa farmacéutica además de la bioequivalencia, siempre que el cambio se enseñe de misma equivalencia, pues es el mayor contraste en una medicación respaldada por el bien del comercio por otro en DCI. ⁶¹
- h) Errores de prescripción (PRM 8): El error ocurre cuando se realiza el tratamiento o cuando el paciente usa el medicamento, prescrito por el especialista este puede no describe la solución emitida, no estar regulado la frecuencia, la fracción, sin considerar el peso, la talla, prescripción, sin todas las cosas necesarias sustanciales tanto para el paciente como para el especialista en medicamentos que debe descubrir el enfoque, por ejemplo, el nombre del medicamento, DCI, la porción, la recurrencia, la presentación, la fecha, la firma, etc. ⁶¹
- i) No adherencia o incumplimiento en el tratamiento prescrito (PRM 9): La importancia de lo que se conoce como "Premisa directa de la conducta de un paciente al cumplimiento de la toma de su medicamento sin desinteresarse del día a día con el apego real por hacerlo con convicción para su mejoría, así como relacionar el régimen de alimentación o formas de vida, seguir cada una de las reglas dadas por el profesional restaurador. ⁶²
- j) Interacciones (PRM 10): Inconveniente que surge cuando se toma juntos al menos dos medicamentos que impactan con el objetivo de que pueda tener un efecto farmacológico favorable de ambos o de cualquiera de ellos; disminuir o mejorar increíblemente sus actividades, al igual que poner en peligro la prosperidad del paciente por la recuperación. ⁶³
- k) Otros problemas médicos que afectan el tratamiento (PRM 11): se trata de problemas médicos que se rompen o que tienen un efecto significativo para los pacientes que se arriesgan a utilizar soluciones afirmativas por pseudociencias creando hipersensibilidades, estrés y debilitamiento, alborotos gastrointestinales, infecciones respiratorias, sensaciones poco comunes, etc. ⁶⁴

- l) Posibles respuestas adversas (PRM 12): estos son problemas intrínsecos del fármaco prescrito por ello es útil revisar la prueba lógica que existe acerca de la probabilidad de demostrar un efecto no deseado particular y además, su gravedad, como es valioso también adquirir datos sobre los resultados de los síntomas clínicos que pueden ser características de advertencia, pues suele ser contraproducente debido a la utilización en los diferentes organismos humanos.⁶⁵
- m) Problemas tratados de manera deficiente (PRM 13): el experto farmacéutico puede percibir estos problemas generándole preguntas para respuestas concretas para averiguar si siente mejora, empeoramiento o sigue igual, de esta manera el problema significa la insuficiencia del tratamiento recomendado, convirtiéndose en una fuente de prácticas equivocadas para la prosperidad del paciente, por lo que el especialista en drogas debe resolver el problema.⁶⁵
- n) Influencia Negativa del propio entorno (PRM 14): son prácticas según el estado de ánimo de los pacientes debido al efecto de la condición social, íntima familiar, económico y cultural que incorpora su grado de valor y comportamiento hacia las prescripciones de cumplimiento diario.⁶⁶
- o) Medicamentos ilegales (PRM 15): uso de fórmulas sin inscripción genuina o fuente ilegal, sin garantía estéril, por ejemplo, alistamiento, distorsionado, corrompido, robado de asociaciones abiertas. Lo que podemos reconocer a través de la mirada organoléptica, es decir, el envase básico y auxiliar maltraído sin rotulado, poco cuidado de manejo, sin registro de inscripción para su comercialización, la fecha de finalización, el estado físico y adulterado.⁶⁶
- p) Problemas económicos (PRM 16): el problema se afirma cuando el paciente no toma su medicamento por no contar con las condiciones vitales una baja accesibilidad a la cura sin tener como patrocinado ni al propio estado.⁶⁷

Figura N° 01. Flujograma de la etapa de estudio y evaluación. Tomado de Comité de Consenso. 67



2.2.3. Atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico: contribución del farmacéutico al mantenimiento de la salud pública.

La Federación Internacional de Farmacéuticos (IFF) junto a la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 1993 concordó que la más ambiciosa misión de la profesión farmacéutica en la práctica no era solo proporcionar una correcta dispensación de medicamentos o servicios de salud si no enmarcarse dentro del nuevo concepto de Pharmaceutical Cure.⁶⁸

El buen significado de la Atención Farmacéutica, que en países como España el término se incorporó en lo asistencial en salud, luego al seguro social, el Ministerio de Salud, desarrollando énfasis en servicios desde la medida de la presión arterial, glucosa, en bien del paciente, el control de calidad del medicamento, la adherencia al tratamiento por el seguimiento farmacoterapéutico hasta la farmacovigilancia.⁶⁹

Según lo indicado por Rodríguez⁸, los ejercicios de AF podrían delimitarse en el cuadro N° 03, los ejercicios identificados con la atención farmacéutica son: dispensación, asesoramiento farmacéutico, farmacovigilancia y seguimiento de la farmacoterapia.⁷⁰

Cuadro N° 03. Actividades de atención farmacéutica en el ejercicio profesional del farmacéutico comunitario.

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

Tomado de Andrés Rodríguez⁷¹

Como ha evaluado Ocampo los ejercicios que no requieren tratamiento directo con medicamentos similares al tema de estudio, deben considerarse como un objetivo, así tener en cuenta al seguimiento dentro de ello las buenas prácticas de dispensación (BPD), la atención farmacéutica y su importancia pues tras una buena gestión de la calidad de las actividades esto fortalece los programas.⁷²

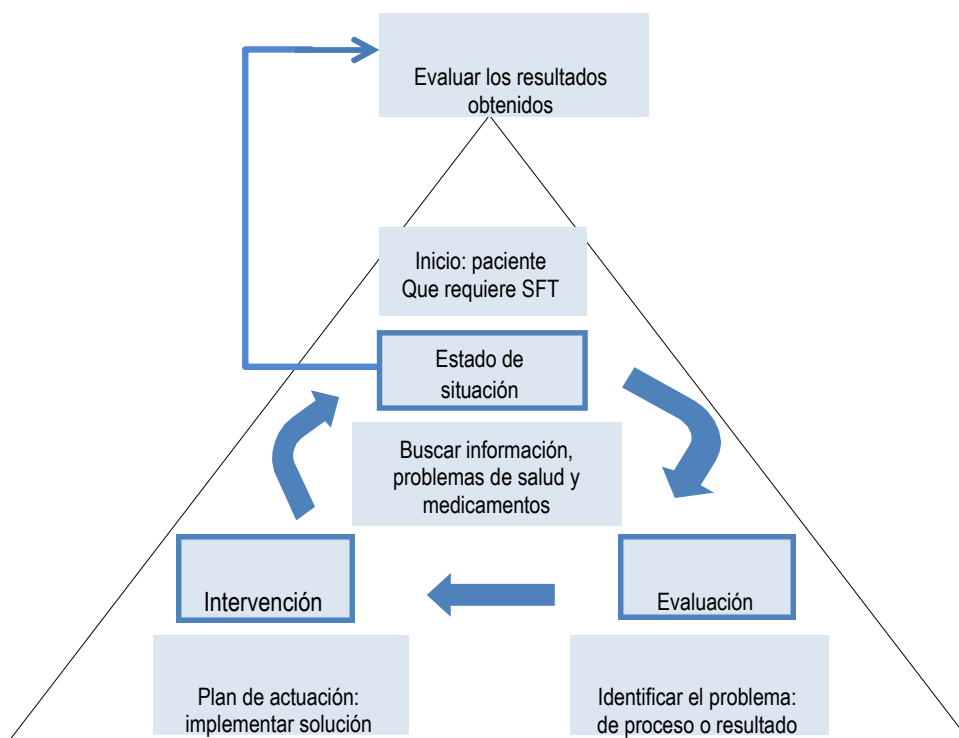
Es deber individual de cada paciente tener un resultado positivo con el tratamiento para que el seguimiento pueda entregar bienestar y seguridad, el servicio implica esencialmente funciones o actividades de los farmacéuticos en primera línea sus pasos y procesos bien ejecutados.⁷³

Estamos proponiendo objetivos sólidos que nos permitan alcanzar los resultados y las consecuencias del uso del medicamento según la administración y mejorar los problemas con estos hasta hallar una satisfacción personal. Así mismo "Los ejercicios de SFT están equipados para atender problemas relacionados con medicamentos (PRM) con el fin de pronosticar resultados negativos por errores como asociaciones de fármacos y la cooperación con el procedimiento de las estrategias expuestas.⁷⁴

Las siguientes son algunas de las características del marco de los RNM: una identificación de los privilegios de las personas que aceptan ayuda relacionada con el dinero; (b) el centro de alistamiento de las clasificaciones y las razones del punto de partida de los problemas identificados con los medicamentos y la documentación; (c) alarmas generales sobre los resultados genuinos del seguimiento; d) Evaluar el uso de los métodos de preparación actuales e) Facilitador de la administración de correspondencia y la administración.⁷⁵

Citando a Ocampo este menciona en varias ocasiones que "Tanto en el método Dáder⁵² como su estilo modificada se podrá siempre identificar cada fase central del procedimiento del seguimiento Farmacoterapéutico como : a) La elaboración del primerizo estado de salud o situación del paciente; b) El examen e identificación de sospechosas reacciones de PRMs; c) Intervenciones que resuelvan PRMs como su prevención de encontrar RNMs y d) Evaluaciones de cada reciente estado de salud o situación del participante. (Figura N° 01)⁵¹.

Figura N° 02. Etapas clave del proceso de seguimiento farmacoterapéutico modificado de DADER.



Tomado de: P. Ocampo⁵¹.

Un impacto significativo es la extensión que se aprueba en el saneamiento de un error por medicación, genera un impulso a las actividades de la profesionalidad y la rentabilidad económica en el farmacéutico, el objetivo del seguimiento farmacoterapéutico no dependiente del tipo de modelo, es brindar solución a todos los problemas en relación con las prácticas farmacéuticas efectivas.⁷⁷

Sabater y et al. "Planifican la clasificación de cada servicio como de las a intervenciones farmacéuticas que se inician con el proceso del seguimiento terapéutico con medicamentos. (Cuadro No. 04).⁷⁸

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

N°	Dimensión	Intervención	Acción
1	Intervenir sobre cantidad de medicamento o	Modificar la dosis.	Ajuste de la cantidad de fármaco que se administra en cada toma.
		Modificar la frecuencia de dosis o el tiempo de	Cambio en la frecuencia y/o duración del tratamiento.
		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.
2	Intervenir sobre la estrategia farmacológica	Añadir un medicamento(s).	Incorporación de un nuevo medicamento que no utilizaba el paciente.
		Retirar un medicamento(s).	Abandono de la administración de un determinado(s) medicamento(s) de los que utiliza el paciente.
		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.
3	Intervenir sobre la educación al paciente	Disminuir el incumplimiento involuntario (educar en el uso del 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.
		Educar en medidas no farmacológicas.	Educación del paciente en todas aquellas medidas higiénico-dietéticas que favorezcan la consecución de los objetivos

Tomado de Sabater y et al.⁷⁸

2.2.4. Definición de adherencia al tratamiento.

La adherencia se muestra como una conducta de filiación a lo que traiga consigo su recuperación, relacionando con ello otras pautas como el modo de vida, demografía de viviendas, que aumentan los casos de estas recurrentes y la poca adherencia al tratamiento suministrándose todos los fármacos necesarios en dosis, fracción, horario, frecuencia, manera de hacerlo y se cumplan como lo redactado en sus recetas médicas.⁷⁸

La Organización Mundial de la Salud caracteriza la adhesión a un medicamento o tratamiento; como el acto de cumplir con todo lo prescrito, indicado y aconsejado por el facultativo en todo el determinado tiempo necesario que tenga de prioridad su medicación.⁷⁹

Digemid, nuestras actividades inspiradoras para apegar al paciente a sus medicaciones, poder encontrar estrategias educativas, informativas, razones de su falta de consideración, también gestión de los pasos más importantes en este proceso que pueda ayudar a cumplir responsablemente.⁸⁰

2.2.5. Diabetes mellitus

La Organización mundial de la salud (OMS) define diabetes mellitus como una enfermedad de tipo crónica que inicia cuando el páncreas no genera la necesaria insulina o también cuando el propio organismo no hace uso de forma eficaz la insulina. Es esta hormona quien controla la regulación del nivel de glucosa en sangre, un alto nivel de este azúcar en torrente sanguíneo, causa los efectos de la diabetes tras ella esta patología instaurada puede llevar a otros con daños a nivel nervioso, hepático, cardíaco y renal.⁸¹

La clasificación de la diabetes tiene dos principales tipos Federación Internacional de Diabetes determina que la diabetes tipo II es una variedad de la enfermedad aquí que no coexiste con una dependencia por la insulina pues el organismo padece una insuficiente sensibilidad de la insulina y sus receptores la clínica de esta afección se caracteriza por que se presentan recurrentes ganas de orinar y una excesiva sed, se pierde peso y siente fatiga.⁸²

También la diabetes que se define como la baja capacidad del organismo para hacer uso correcto y eficiente de la insulina se le llama diabetes de tipo 2, más del 90% en el mundo sufre de este tipo de afección presenta los mismo síntomas que la tipo I, su diagnóstico puede ser luego de muchos años pues suele pasar desapercibido. Así otra es la que suele aparecer en estado de gestación y se le denomina diabetes gestacional.⁸³

Para la organización panamericana de la salud OPS el 2030 estará en su pico máximo patología y producirá la muerte de personas hasta volverse el séptimo motivo de mortalidad mundial.⁸⁴

La fisiopatología de esta afección metabólica según Cervantes es causada por el deterioro progresivo de células secretadas por el páncreas, así determina que células como las diferenciadas células Beta pancreáticas, con la función primordial de liberar insulina de su interior luego de la estimulación por la concentración de glucosa deja de producirse al mismo nivel, como este autor también define a la diabetes tipo 1 celularmente como la destrucción de las células beta pancreáticas generando un proceso inflamatorio crónico del páncreas, mientras la tipo II tiene una correlación con la obesidad cuando el individuo se alimenta excesivamente de contenido energético este si no es usado para el metabolismo se convierte en grasa que produce que la insulina trabaje hiperactivamente.⁸⁵

El diagnóstico de Diabetes se establece ante las siguientes situaciones: a) Nivel de glucemia plasmática ocasional ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/l) (tomada en cualquier momento del día no depende del tiempo transcurrido desde la última ingesta) y síntomas como (poliuria, polifagia, polidipsia y pérdida no explicada de peso); b) Nivel de glucemia plasmática al ayunar (GPA) ≥ 126 mg/dl (7.0 mmol/l), o c) nivel de glucemia plasmática ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/l) a las siguientes 2 h de la prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG). Esta prueba debe aplicarse según la descripción de la OMS (1985), con 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua¹⁰¹. Según la OMS y American Diabetes Association (ADA) se presentan en el cuadro N°05.⁸⁶

Cuadro N°05: Valores referenciales de glucosa en sangre y criterios de diagnóstico.

Valores diagnósticos de Diabetes			
Categoría	Síntomas de diabetes asociados a una medición de glicemia en cualquier momento del día.	Glucosa plasmática en ayunas, (8 horas de ayuno) (mmol/l [mg/dl]).	Glucemia post-prandial, 2 h tras 75 g sobrecarga glucosa (mmol/l [mg/dl]).
Normal	-	< 110 mg/ dl	< 140 mg/ dl
Glucemia alterada en ayunas	-	110 – 125 mg/ dl	-
Tolerancia alterada a la glucosa	-	-	140 – 199 mg/ dl
Diabetes	≥ 11.1 [200] mg/ dl	≥ 7.0 [126] mg/ dl	≥ 11.1 [200] mg/ dl

Tomado de la OMS y American Diabetes Association (ADA) ⁸⁶

Una revisión reciente en México del tratamiento de la diabetes en la actualidad, describe los medicamentos y su función como ejemplo se tiene a los fármacos que van a aumentar la secreción de insulina, donde encuentra al grupo definido como Sulfonilureas de primera generación y segunda generación y entre estos tenemos a glibenclamida y glimepirida.⁸⁷

Otros son los medicamentos que disminuyen la resistencia a la hormona insulina como las Biguanidas aquí se tiene al medicamento de referencia llamado metformina. También grupos como las Tiazolidinedionas aquí se hallan pioglitazona y rosiglitazona. Además están los que actúan en la inhibición de la degradación de la glucosa desde el estómago aquí se distinguen los Inhibidores de las alfa glucosidasas como acarbosa, miglitol.⁸⁸

Pero también están los que aumentan la secreción de la insulina y suprimen la acción del glucagón, así tenemos a los inhibidores de la enzima dipeptidilpeptidasa IV, siendo el más conocido el sitagliptina. Así también se tiene para la tipo I el uso de clases de insulina que provienen de diferente origen y según su duración, se tiene insulina de uso basal, prandial, análogos basales, análogos prandiales, etc.⁸⁹

2.2.6. Centro de salud Coishco

La presente investigación piloto se llevó a cabo en la Farmacia del Centro de Salud Coishco del Distrito de Coishco, Departamento de Ancash, en la dirección 28 de julio, en a cargo del Químico Farmacéutico Luciana Flores. La farmacia ofrece la administración de medicamentos no exclusivos y medicamentos aprobados por médicos. La farmacia tiene un stock de medicamentos que suplen todas las necesidades básicas de las recetas que se entregan y solicitan previamente sus tratamientos farmacológicos, la farmacia llega a un tope de atención normal de 50 pacientes día a día. Las patologías más continuas para las que se administran medicamentos son: medicamentos para infecciones, metabólicas como diabetes, asma, artrosis, contaminaciones del tracto urinario, pediátricas también ya sea para adultos o para jóvenes. En mención las patologías que más tienen alta recurrencia los pacientes que a la diabetes e hipertensión.⁹⁰

III. HIPÓTESIS.

3.1.Ho

El programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico no es eficaz para modificar la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus.

3.2. H1

El programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico es eficaz para modificar favorablemente la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus

IV. METODOLOGÍA

4.1. Diseño de la investigación.

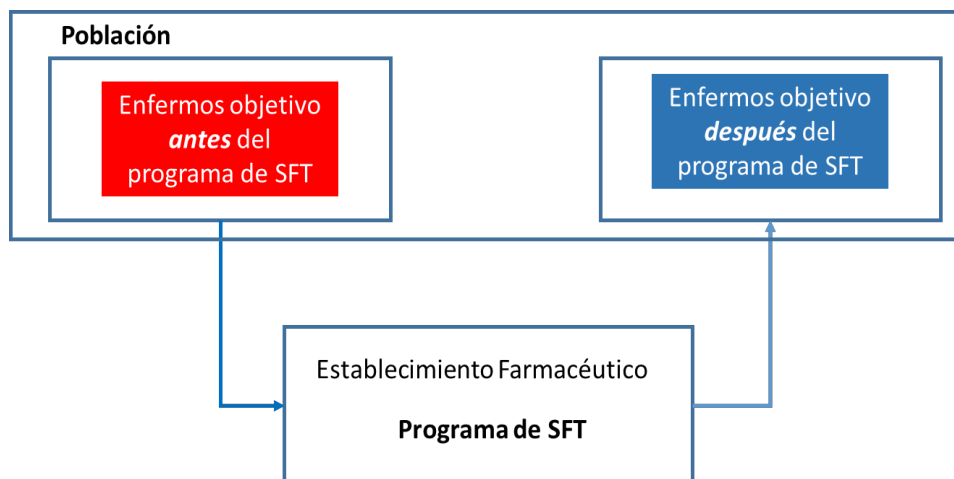
4.1.1. Tipo y el nivel de la investigación:

La presente investigación fue de tipo aplicada, cuantitativa y de nivel pre experimental.

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° 03. Esquema del modelo de intervención farmacéutica.



Fuente: elaborado por Ocampo⁵¹.

4.2. Población y muestra.

Entre los individuos que conformaron el universo se pudo estimar 12 pacientes con diabetes mellitus de atención de forma regular en el Centro de Salud de Coishco, Distrito de Coishco, los pacientes fueron auto elegidos por la visita entre los meses de abril a julio del 2016 y asistieron al Establecimiento Farmacéutico (EF).

Se llevaron a cabo el cumplimiento de criterios de inclusión y exclusión, los participantes dieron aceptación libre para ser parte e ingresar al programa de SFT, sellando su rúbrica o firma en documento conteniendo el consentimiento informado. El número o la muestra final de los pacientes fueron solo de 12 pacientes.

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

- Pacientes con diabetes mellitus con edades mayores de 18.
- Pacientes con su receta en vigencia no mayor a los tres meses.
- La capacidad para poder firmar el documento de consentimiento informado.
- Capacidad de comunicación en idioma español de manera verbal o escrito
- Capacidad para valerse en cada toma de sus medicamentos sin necesidad de depender de un tercero.

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

- Pacientes ya participantes en pasados estudios o similares programas al mismo tiempo de la intervención como del seguimiento farmacoterapéutico.
- Pacientes en gestación
- Pacientes con alguna enfermedad mental
- Pacientes menores de 18 años
- Pacientes sin la capacidad para poder firmar el documento de consentimiento informado.

4.3. Definición y operacionalización de las variables.

Variables	Denominación	Definición teórica	Instrumento	Indicadores
Variable Independiente	Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT)	Es un ejercicio donde el profesional farmacéutico responsable de pacientes y sus problemas identificados con relación a su medicación (PRM). ¹⁸ La SFT es en tanto una variable autónoma reglamentada en los pacientes para lograr analizar, aliviar y / o prevenir algún PRM que produce evidente efecto negativo para su salud. Esta reacción esta interconectada por las cinco etapas liderada por el profesional farmacéutico y en coordinación, paciente y medico prescriptor.	El instrumento SFT es el documento de farmacoterapia (FFT) (Anexo N ° 8.3) en el cual se registra el procedimiento realizado. También se registra, patología o morbilidades, uso de recetas, costumbres y más.	Medicamentos usados. PRMS, tipo de intervenciones aplicadas, tipos de canales de comunicación utilizados.
Variables Dependientes	Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM's)	Acontecimientos durante un tiempo tomado tras la administración de un medicamento recetado, relacionado a un resultado desfavorable o negativo. Se tendrá como referencia el consenso tercero. ³⁵	La conclusión de los PRM fue cuantitativa debido a la investigación de los datos recopilados en las hojas de farmacoterapia.	Cantidad de PRMs que fueron diagnosticados respectivo a la tabla modificada por Ocampo, conformado por 16 posibles problemas y descritas en el cuadro N°01.
	Resultados Negativos Asociados con la Medicación (RNM).	Se denominado como sospechas de un RNM a la reacción desfavorable que pone al paciente en la situación de sufrir un problema basado al uso de fármacos, creando factores de riesgo por resultados negativos (Cuadro N° 01). ³⁵	La identificación de los RNMs se aplicó en la FFT posterior del análisis y tipificación d un PRM original.	Los RNMs se dividen según: Necesidad, efectividad y seguridad.
	Adherencia al tratamiento.	Es el cumplimiento o apego al tratamiento o respectiva toma de forma correcta de sus medicamentos que fue definido por Hynes ⁹⁶ en el presente estudio este concepto solo se refiere a la toma de medicamentos.	El grado de la variable fue determinado de manera indirecta con el uso del algoritmo Morinsky, Green y Levine ⁵⁴ definido como Medication Adherent Scale (MAS). Este Test Morinski compuesto por 8 preguntas conectado a respuesta dicotómica Si (1, uno) o No (0, cero). Según el planteamiento de las preguntas, responder positivamente Si es negativa al cumplimiento y No es positivo.	Puntaje = a 0, alta adherencia, Puntaje entre 1 a 2 medianamente adherencia Puntaje > 2 baja adherencia.

4.3.1. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT).

Es una práctica experta en la que el especialista en medicamentos está a cargo de las necesidades de los pacientes identificados con recetas a través del reconocimiento, la evitación y los objetivos de los Problemas relacionados con la medicación (PRM) ⁷².

La SFT es un factor libre regulado para que los pacientes analicen, traten y / o anticipen PRM que presentan un efecto negativo en las secuelas negativas del medicamento. La SFT está conectada a través de una mediación experta en una sucesión de ejercicios en cinco etapas liderada por el farmacéutico y coordinada con el paciente y / o prescriptor. ^{72,83}.

El instrumento SFT es el archivo de farmacoterapia (FFT) (Anexo N°8.3) donde se registra el avance del procedimiento. Se registra información persistente, morbilidades, utilización de drogas, tradiciones y otros. Los PRM analizados se enlistan, los objetivos propuestos para su respuesta y los canales de correspondencia utilizados. La FFT finalmente registra la consecuencia de la intercesión y los RNM relacionadas con los PRM distinguidos.

4.3.2. Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM).

Circunstancias que, durante el tiempo empleado en el uso de medicamentos, causan o pueden causar la presencia de un resultado negativo relacionado con la receta. En el presente examen, se utilizó como premisa el resumen modificado de PRM propuesto por el Tercer Consenso de Granada. ⁶⁹ (Cuadro N°. 01).

El hallazgo de los PRM es cuantitativo debido al examen de los datos recopilados en los documentos de farmacoterapia. Cada paciente puede soportar más de un PRM cuya naturaleza se registra en la FFT como una ocasión alternativa e individual en las tablas de recurrencia.

4.3.3. Resultados negativos asociados a la medicación (RNM).

Las circunstancias en las que el paciente está en peligro de sufrir un problema médico relacionado con la utilización de medicamentos se caracterizan como dudas de un RNM, en general debido a la presencia de al menos un PRM, que podemos considerar como factores de riesgo para esto. RNM⁴¹. (Tabla N°. 02) ⁶⁹. La señalización de los RNM se realizará mediante la traducción de la PRM relacionada y su inscripción como una ocasión alternativa e individual en las tablas de periodicidad. Cada paciente muestra el mismo número de RNM como los análisis de PRM.

4.3.4. Medición de la adherencia al tratamiento.

El nivel de la variable se resolvió por implicación utilizando el cálculo de Morisky, Green y Levine ⁶⁵, llamado Medication Adherent Scale (MAS), que consta de un tamaño de 8 elementos con SI y NO como alternativas de reacción. Si se incluyen las reacciones de un número considerable de cosas, se obtiene un puntaje absoluto que puede ir de 0 a 8. Cero habla de una alta consistencia o una adherencia extremadamente alta, mientras que 8 recomienda un alto valor predeterminado o una baja adherencia ⁶⁵. El instrumento o prueba se conectó en la primera y última visita.

4.4. Técnicas e instrumentos.

4.4.1. Técnica.

El seguimiento farmacoterapéutico se dirigió a través del sistema de reunión individual y discusión telefónica. La reunión individual se llevó a cabo en la farmacia o en la casa del paciente. El procedimiento de metodología y conexión con el paciente en las reuniones fue sugerido por la guía de seguimiento farmacoterapéutico de la técnica Dáder^{1,30}.

4.4.2. Instrumento.

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

Los registros farmacoterapéuticos son hojas para la inscripción de información de seguimiento farmacoterapéutico. Es el instrumento fundamental para la ocasión social de los datos. Es un registro que consta de 5 partes de datos sobre el paciente: datos generales, datos sobre enfermedades, medicamentos consumidos, problemas con la utilización de medicamentos y los movimientos realizados por el experto farmacéutico para determinarlos. Este instrumento fue utilizado en los 5 periodos de la SFT. El registro de los datos en la FFT se realizó mediante los signos de la guía para el seguimiento farmacoterapéutico de la estrategia Dáder. ³⁰

4.4.2.2. Instrumento para medir la adherencia. Test de Morinski (Cuadro N° 06)

También se caracteriza como una Escala de Adherencia a la Medicación (MAS, por sus siglas en inglés) o, además, como una Prueba de Morisky que trama una escala que consta de cuatro cosas de consultas con SÍ y NO alternativas como respuestas. Las consultas se calculan de modo que las respuestas confirmadas (sí) reflejen incumplimiento o falta de adherencia y valen 1 punto. Las respuestas negativas (no) reflejan adherencia y se puntúan con cero (0). De modo que al incluir las respuestas apropiadas de un número considerable de cosas, los resultados extraordinarios pueden ser cero (0) u ocho (8).

Un puntaje completo de cero habla de sumarse a una total adherencia, es decir respuestas negativas a todas las preguntas, mientras que un puntaje de ocho refleja todo un incumplimiento. Los resultados de las puntuaciones de transición se pueden registrar desde bajo incumplimiento hasta total incumplimiento. Las preguntas de este instrumento se idearon en la primera y última cita entrevista como etapa de una conversación disimuladamente sin objetivo seguido para evitar las respuestas con sesgos del paciente.

CUADRO N° 06. Escala de adherencia a la medicación (MAS) de Morisky- Green Levine.⁶⁵

Ítems	Preguntas	0	1
1	¿Algunas veces usted se olvida de tomar sus medicamentos?		
2	Las personas no toman sus medicamentos por razones a veces diferentes a olvidarse. ¿Recuerda en las últimas dos semanas, si paso que en algún día no tomó sus medicamentos?		
3	¿Alguna vez ha dejado la toma de sus medicamentos porque caían mal, callándose al médico o tu farmacéutico?		
4	¿Cuándo sale de casa por un prolongado tiempo se olvida de llevar consigo sus medicamentos?		
5	¿Se ha olvidado de tomar todos sus medicamentos ayer?		
6	¿Cuándo siente usted que los síntomas de su enfermedad están controlados deja de tomar sus medicamentos?		
7	Tomar los medicamentos cada día día es muy complicado para casi todos. ¿Alguna vez se ha sentido usted decidido a dejar su tratamiento?		
8	¿Cuán frecuente tiene dificultades usted para recordar la toma de sus medicamentos?		
	A. Nunca/raramente, B. Muy esporádicamente, C. Algunas veces, D. Frecuentemente, E. Todo el tiempo. A=0, B-E=1		

Puntuación: >2 = low adherence
 1 or 2 = medium adherence
 0 = high adherence

4.4.3. Procedimiento de recolección de datos.

Se recolectaron los datos durante el desarrollo del programa de seguimiento farmacoterapéutico, cuyo procedimiento se refleja en la Figura N° 03. En principio se sigue el proceso sugerido de esencia en el método Dáder con las modificaciones de términos y la suma de anexo de otros datos que son indispensables para la mejor realidad.

Las etapas del proceso de recolección de datos:

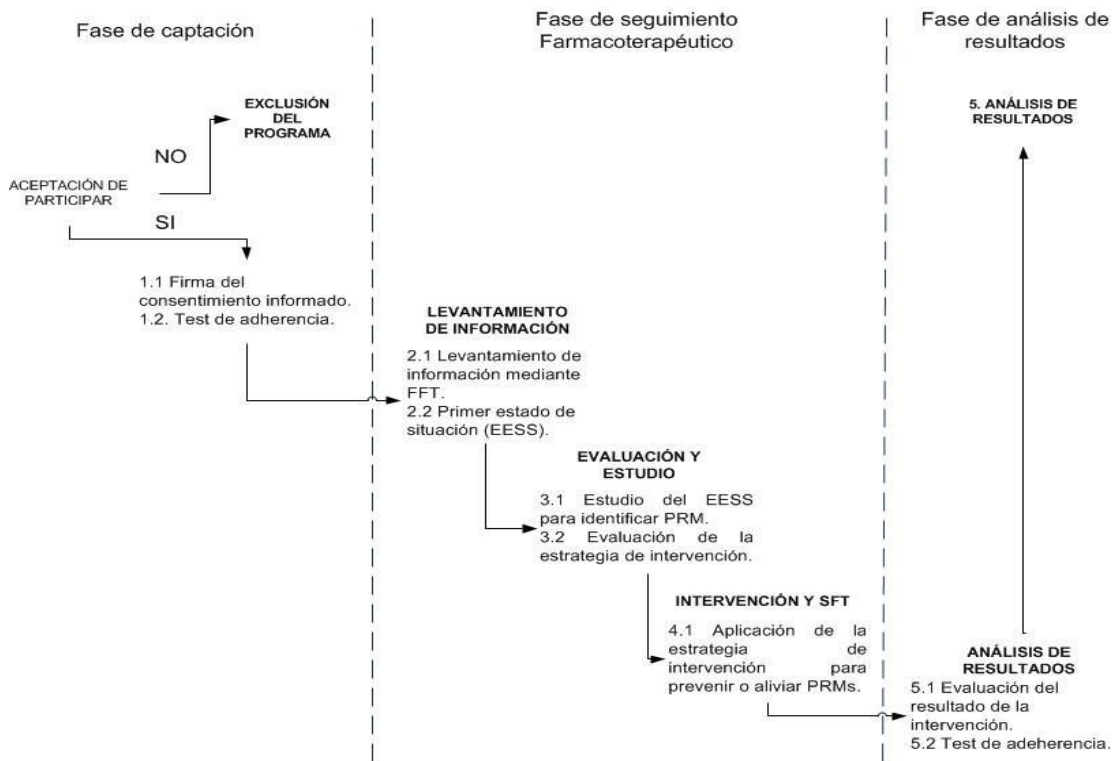
1. Oferta del servicio y la captación de pacientes.
2. Levantamiento de la información. Primer estado de situación.
3. Estudio y evaluación.
4. Intervención y seguimiento.
5. Análisis de los resultados.

4.4.3.1 Oferta del servicio y captación de los pacientes.

Se ofertó a todos los pacientes con infecciones respiratorias aguda que acudieron al servicio de farmacia de la Posta de salud San Pedro; hasta lograr obtener los 12 pacientes. Todos los pacientes firmaron su consentimiento de ser participantes del estudio en un documento firmado (Anexo N° 8.2). El documento de consentimiento detalladamente describe la responsabilidad del farmacéutico en suma vigilancia del uso de cada medicamento, la confidencia de los datos del paciente, gratuidad del servicio, ni hacer la venta o donar de algún medicamento.

Así mismo este consentimiento da valor al farmacéutico de interactuar con el medico e intermediar la solución de los problemas encontrados complejos o urgentes en relación con el uso de los medicamentos prescritos. También ordena al paciente la entregar toda la información requerida a enfermedades referidas y uso de todo medicamento que será útil para el real diagnóstico de PRMs.

FIGURA N° 04. Flujograma de las actividades de seguimiento farmacoterapéutico.



Elaboración por Ocampo.

4.4.3.2. Levantamiento de información.

Los datos se registraron en el registro farmacoterapéutico (FFT) (Anexo N° 8.3). Se registraron los datos generales del paciente, la información sobre enfermedades, los expertos que analizaron, los medicamentos utilizados, las propensiones a la vida, la ascendencia familiar y la impresión de signos y efectos secundarios de los problemas médicos que el paciente asocia con la utilización de medicamentos¹.

La utilización de elementos comunes y la utilización de medicamentos sin solución también se registraron. Por esta razón, se le solicitó al paciente que demostrara todos los productos farmacéuticos que utilizó de manera constante, independientemente de si se utilizaron para la infección objetivo.

Durante el alistamiento, el paciente es interrogado sobre las variables de peligro y las dudas de los problemas identificados con la utilización de drogas. Se garantizó que el tiempo entre la acumulación y la reunión de datos no supera los 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.

Los datos se analizaron en una situación con cada uno de los estados buenos de materiales y equipos para desarrollar una investigación exhaustiva de cada caso. El ambiente fue agradable adaptado con teléfono, web, materiales de área de trabajo y material bibliográfico.

Todos los datos incluidos en la FFT se concentran para interrelacionar los factores que buscan PRM: análisis de enfermedades, errores, prescripciones aprobadas, automedicación, dudas de respuestas antagónicas, adherencia al tratamiento, etc., para determinar los problemas que se deben solucionar. Medicamentos (PRM) como motivo del desagrado Medicamento terapéutico o RNM. Se utilizó material de ayuda bibliográfica para garantizar los descubrimientos de PRMs y RNMs.

Para cada problema analizado, el farmacéutico contemplará la mejor metodología de arreglo que se contabilizará en la hoja 5 de la FFT. El procedimiento podría contener una progresión de actividades coordinadas directamente al paciente o al prescriptor. Para cada PRM y sus metodologías de respuesta, se buscó el mejor canal de correspondencia que podría haber atendido al paciente o al especialista. Se podría determinar que cada paciente tiene más de un PRM.

Debido a esta etapa, el hallazgo de los PRM emerge, los objetivos que el paciente y / o el especialista deben cumplir para su respuesta y la técnica de correspondencia. Las direcciones de correspondencia utilizadas se muestran en la tabla adjunta:

CUADRO N° 07. Tipos de canales para comunicar las recomendaciones del farmacéutico para la solución de problemas relacionados con medicamentos¹.

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

4.4.3.4. Fase de intervención: actividades de seguimiento farmacoterapéutico.

El objetivo de esta etapa era impartir con confianza los objetivos y las fechas de vencimiento que el paciente y / o especialista deben cumplir para la solución de los PRM. La intercesión fue a través de visitas domiciliarias y contacto telefónico. Se utilizaron reuniones individuales y propuestas compuestas para transmitir las técnicas de respuesta del paciente.

Para la correspondencia de los sistemas coordinados con el paciente, el especialista en drogas utilizará el lenguaje verbal y, en ocasiones, cuando sea importante corregir inequívocamente algún punto de vista, se dejarán sugerencias integradas.

A raíz de transmitir la recomendación de acuerdo, se verificó la consistencia a través de nuevas visitas o llamadas telefónicas. El tiempo de control fue siete días máximo, después de lo cual se cerró el procedimiento.

4.4.3.5. Evaluación del impacto de la intervención

La reunión para la evaluación definitiva de los resultados fue dirigida por un especialista que no era exactamente lo mismo que la persona que realizó el desarrollo de la farmacoterapia. Se preguntó al paciente si ejecutaba las propuestas dadas para la solución del PRM o si el especialista ponía en marcha recomendaciones para cambiar el tratamiento. A pesar del reconocimiento de la propuesta para la solución, se le preguntó si consideraba que todos los problemas identificados con los medicamentos analizados habían sido resueltos. Se estimaron los últimos grados de adherencia y los parámetros clínicos de la enfermedad.

4.5. Plan de análisis de datos.

Los datos en los registros farmacoterapéuticos y la prueba de Morisky se trasladaron a las tablas en MS Excel. Las tablas de información se basaron en:

- a. Datos generales de pacientes (sexo, edad, dirección, teléfono) y tiempos de mediación según los canales de correspondencia utilizados.
- b. Estado de la circunstancia con información sobre. Problemas médicos y medicamentos utilizados, PRM, RNM relacionados, sistemas de mediación utilizados y canales de correspondencia. También se señaló si el PRM se resolvió o no y la última impresión del paciente sobre la disposición del problema.
- c. Adherencia como lo indica la prueba de Morisky antes y después del desarrollo del seguimiento farmacoterapéutico.

Con las tablas, se produjo una base de datos en MS Acces para la recurrencia total según las variables del participante, medicamentos, morbilidad, PRMs¹, actividades realizadas por el farmacéutico, resultado de la intervención, etc.

A partir de la información recopilada en MS Acces, se expusieron tablas de resultados de pasaje doble y básico con frecuencias relativas, absolutas y tasas. Se realizaron tablas y cuadros sobre las cualidades de los pacientes que experimentaron procedimientos médicos, problemas médicos, frecuencias de las recetas utilizadas, tipo y recurrencia de PRM. Además, las tablas muestran la relación entre la utilización de la prescripción y los PRM, los objetivos de la mediación para abordar los problemas y el sospechoso de resultados negativos para el medicamento (RNM).

Para exhibir las consecuencias de la mediación, se desarrollaron tablas sobre la recurrencia de los canales de correspondencia utilizados, el tipo y recurrencia de PRM analizados y el nivel de los abordados. Del mismo modo, los efectos secundarios de la distinción entre el grado de adherencia cuando la intercesión y entre los grados de los parámetros clínicos.

La medición de los efectos de la adherencia se realizó mediante la puntuación del instrumento. Las respuestas negativas (no respuestas) se consideraron positivas a la adherencia y se calificaron con 0. Las respuestas seguras a las preguntas de la prueba (respuestas sí) se consideran negativas para la adherencia y se puntúan con 1. De las respuestas ocho preguntas de la prueba fueron suficiente con una sola respuesta, puntuación 1, para agrupar a los pacientes como no cumplidores.

Para decidir la gravedad objetiva de los resultados de adherencia con la intervención, la prueba de Macnemar se conectó, para información dicotómica, de ejemplos combinados que utilizan el Paquete Estadístico de IBM para las Ciencias Sociales (SPSS), versión

20. Para todas las pruebas fácticas se utilizó un nivel de importancia por debajo de 0.05. Se evaluó el efecto de la SFT en la mentalidad del paciente en cada una de las consultas de la prueba de Morisky y la consecuencia total de los 12 pacientes para cada consulta cuando se contrastó la mediación con el control de la conducta de cada paciente. La adherencia fue cada vez más difícil de perseguir, se utilizó un paradigma similar para este examen, es decir, 0 adherencia implícita y 1 no adherencia. La centralidad fáctica del cambio se estimó mediante la prueba de McNemar explícita a información dicotómica no paramétrica. La conducta de los pacientes también fue evaluada por el conjunto de sus reacciones a las cuatro cosas de la prueba. Se consideró la consistencia de los pacientes según estos puntos de confinamiento de resultados:

Cuadro N°. 08. Criterio para calificar la adherencia o cumplimiento de los pacientes

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

4.6. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN	VARIABLES E INDICADORES	ANÁLISIS DE RESULTADOS
¿Cuál es la eficacia de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes mellitus, Centro de Salud Coishco?	<p>1. Objetivo General: Determinar la eficacia de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes mellitus.</p> <p>1.2. Objetivos Específicos:</p> <p>1.2.1. Identificar el estado del uso de medicamentos de una muestra de pacientes con diabetes mellitus intervenidos en el Centro de Salud de Coishco.</p> <p>1.2.2. Diagnosticar y solucionar Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs) mediante un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) en pacientes con Diabetes Mellitus intervenidos en el centro de salud de Coishco.</p> <p>1.2.3. Evaluar la eficacia de la intervención sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus luego del seguimiento Farmacoterapéutico.</p>	<p>Ho: El programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico no es eficaz para modificar la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus.</p> <p>H1: El programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico es eficaz para modificar favorablemente la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus</p>	<p>Diseño es de tipo pre experimental de una sola casilla, no probabilístico y semi ciego.</p>	<p>Variable independiente: Seguimiento farmacoterapéutico.</p> <p>Variable dependiente: Adherencia al tratamiento</p>	<p>Se analizarán resultados con los instrumentos.</p> <p>Se crearan las bases de datos en Acces y Excel.</p> <p>Se formaran tablas de tipo doble y simple entrada.</p> <p>Se aplicarán las herramientas desde la estadística descriptiva y la estadística inferencial.</p>

4.7. Criterios éticos.

El estudio se aplicó siguiendo la línea de las normas éticas todas descritas en la Declaración de Helsinki⁹¹. Se desarrolló con el consentimiento de los responsables del Servicio Farmacéutico de referencia. Se informaron a los responsables del tratamiento las frecuencias de las visitas de manera rápida si se identifican factores de riesgo que generen la inmediata atención del paciente.

Se mantendrá completamente el anonimato de los pacientes. Los datos personales no figuran en ninguna tabla de registro, detallados en la ficha fármaco terapéutica, ni en las tablas, solo su sexo y edad. Para la intervención si es vital saber su nombre, apellidos y la dirección de correo electrónico si se hace necesario. Estos datos solo serán conocidos por el investigador y por algún auxiliar responsable de la aleatorización. Los datos se guardaran en la base de datos informática hasta concluir el estudio y destruida al final de la investigación.

A todos los pacientes se les informo del estudio permitiéndonos su consentimiento escrito para incluirlo en el estudio. La hoja de consentimiento informado (Anexo N° 8.2) detalla los deberes del farmacéutico y las del paciente.

No se hará cambios en la terapia prescrita sin el total consentimiento del profesional médico. El informe estuvo aprobado por el Comité de Investigación de la Escuela Profesional de Farmacia de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.

V. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

5.1. Resultados.

5.1.1. Información general sobre el proceso de intervención

Tabla N° 01. Distribución de frecuencias y porcentajes de los pacientes por sexo y edad promedio de los pacientes intervenidos en la farmacia Centro de Salud de Coishco.

GENERO	PROMEDIO EDAD (AÑOS)	CANTIDAD	%
F	61.4	7	58.3
M	59.2	5	41.7
\bar{X}	60.3	12	100.0
S	0.111		

Tabla N°02. Contactos realizados entre el químico farmacéutico y los pacientes según lugar donde fue realizado a pacientes diabéticos intervenidos en la farmacia del Centro de salud de Coishco.

Paciente	Contacto en Farmacia	Tiempo en Farmacia (min)	Contacto en domicilio	Tiempo en domicilio (min)	Contacto por teléfono	Tiempo por teléfono (min)	Contacto por otras vías	Tiempo por otras vías (min)	Total contacto (min)	Total tiempo (mini)
1	1	90	3	95	0	0	0	0	4	185
2	1	90	3	125	0	0	0	0	4	215
3	1	60	3	100	0	0	0	0	4	160
4	1	20	4	125	0	0	0	0	5	145
5	1	20	4	145	0	0	0	0	5	165
6	1	40	3	95	0	0	0	0	4	135
7	1	30	3	105	0	0	0	0	4	135
8	1	45	3	110	0	0	0	0	4	155
9	1	25	3	100	0	0	0	0	4	125
10	1	20	3	85	0	0	0	0	4	105
11	1	30	3	85	0	0	0	0	4	115
12	1	20	3	94	0	0	0	0	4	114
Total	12.0	490.0	38.0	1264.0	0	0	0	0	50.00	1754.00
Promedio	1.00	40.83	3.17	105.33	0	0	0	0	4.17	146.17
Promedio de tiempo por contacto		40.83		33.26				0		35.08

5.1.2. Resultados sobre los diagnósticos identificados y los medicamentos utilizados por los pacientes durante el proceso de SFT.

Tabla N°03. Problemas de Salud diagnosticados y no diagnosticados en los pacientes intervenidos. Programa de seguimiento farmacoterapéutico a pacientes diabéticos intervenidos en el Centro de salud Coishco.

Morbilidad	CIE 10	Diagnostico	f1	%
Diagnosticada	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de	12	33.3
	J02.9	insulina	1	2.7
	I10	Faringitis aguda sin especificar	1	2.7
	E7	Hipertensión arterial esencial	1	2.7
	8.0	(primaria) Hipercolesterolemia pura		
No Diagnosticadas		Sub Total	15	41.4
		Dolor de cabeza	6	16.6
		Dolor musculo esquelético	4	11.1
		Acidez estomacal	2	5.5
		Adormecimiento en los dedos	2	5.5
		Ronchas en las piernas	1	2.7
		Malestar del cuerpo	1	2.7
		Dolor articular	1	2.7
		Diarrea	1	2.7
		Ardor al orinar	1	2.7
		Hiperacidez gástrica	1	2.7
		Dolor de pierna	1	2.7
		Sub Total	21	57.6
	Total	36	100	

*CIE10. Código Internacional de Enfermedades versión 10

Tabla N° 04. Distribución de la frecuencia de uso de medicamentos según su origen en prescritos y no prescritos durante el proceso de intervención a pacientes con diabetes mellitus en el Centro de Salud Coishco.

Origen del medicamento	Morbilidad	Denominación en DCI	fi	Fi	%			
Prescritos	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina Hipercolesterolemia Hipertensión arterial esencial Faringitis aguda	Metformina	11	20	48			
		Glibenclamida	5					
		Glimepirida	4					
		Ezetimia+ atorvastatina	1					
		Losartan	1					
		Acetilsalicílico ácido	1					
		Cefuroxima	1					
		Sub total		24	58			
No prescritos	Dolor Hipercidez gástrica Malestar del cuerpo Ronchas en las piernas Acidez estomacal Adormecimiento en los dedos Diarrea	Paracetamol		9	21			
		Naproxeno						
		Ergotamina						
		Clonixinato de lisina + ciclobenzaprina clorhidrato	4					
		Diclofenaco + paracetamol	2					
		Diclofenaco + paracetamol	1					
		Hidróxido de aluminio + hidróxido de magnesio	1					
		Paracetamol	1					
		Diclofenaco + paracetamol	1					
		Diclofenaco + paracetamol	1					
		Diclofenaco + paracetamol	1					
		Gentamicina + clotrimazol	1					
		Dexametasona	1					
		Omeprazol	1					
		Ranitidina	1					
		Ezetimia + atorvastatina						
		Naproxeno						
		Sulfametoxazol + trimetropima						
						Sub total	18	42
						Total	42	100
		Promedio	3.5					

*CIE10.- Código Internacional de Enfermedades versión 10

**DCI.- Denominación común internacional.

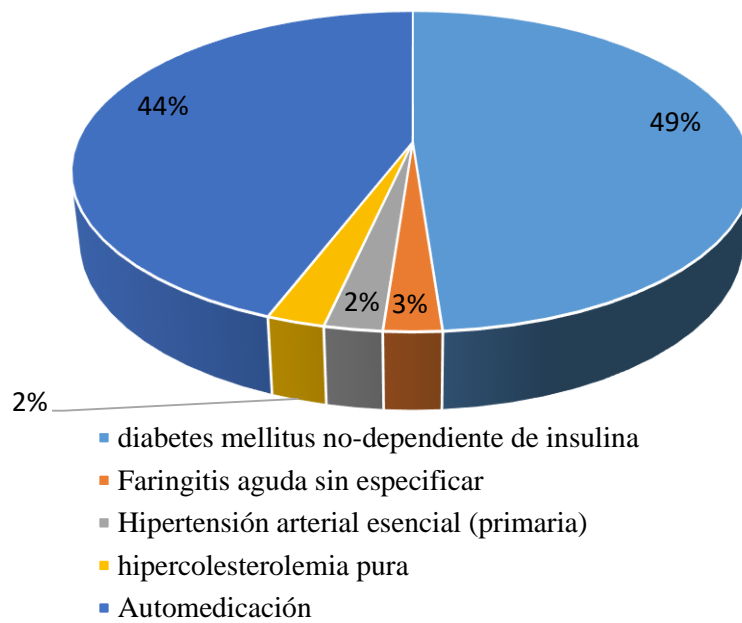


Gráfico N°01. Porcentaje de medicamentos según problemas de salud identificados. Programa de seguimiento farmacoterapéutico a pacientes diabéticos. Centro de salud Coishco.

5.1.3. Resultados sobre los problemas relacionados con medicamentos diagnosticados y resueltos durante el proceso de seguimiento farmacoterapéutico.

Tabla N°05. Problemas Relacionados con Medicamentos diagnosticados durante el Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes con diabetes mellitus intervenidos en el Centro de Salud Coishco.

PRM	Descripción	N°	%
9	Incumplimiento	12	23,1
8	Error de Prescripción	11	21,2
5	Posología inapropiada	9	17,3
3	Conservación Inadecuada	7	13,5
16	Problemas económicos	5	9,6
12	Reacciones Adversas	4	7,7
2	Actitudes Negativas	2	3,8
13	PS con tratamiento Insuficiente	1	1,9
10	Interacciones	1	1,9
	TOTAL	52	100,0

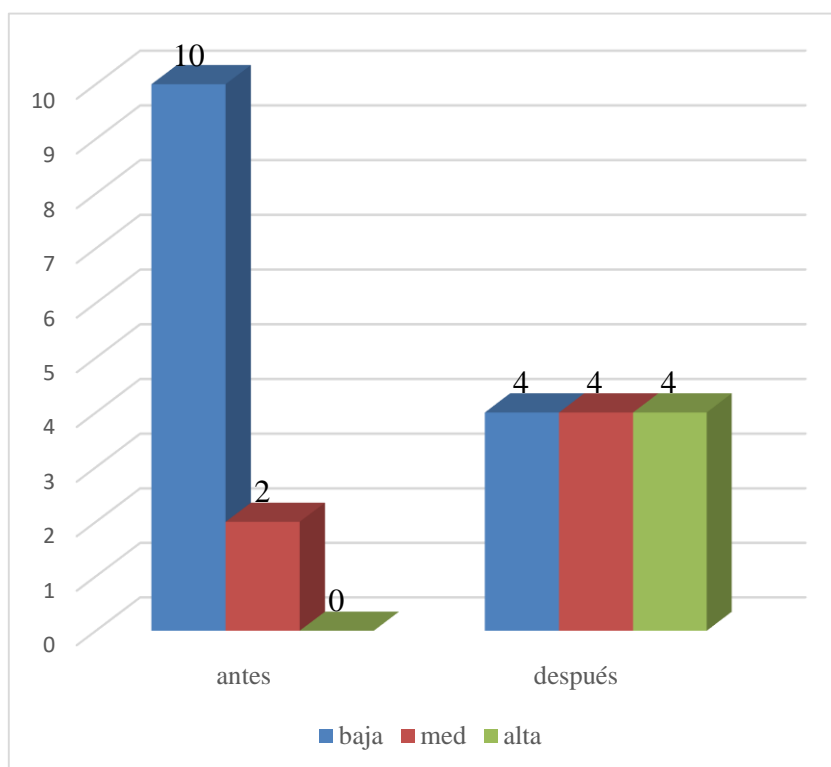
Tabla N°06. Comparativo de la edad, cantidad de diagnósticos, cantidad de medicamentos y PRMs identificados y PRMs solucionados por paciente con diabetes mellitus intervenido en el Centro de Salud Coishco.

Paciente	Sexo	Edad	Diagnostico	Medicamentos	PRMs	Solucionados
1	M	44	7	8	7	4
2	F	61	2	3	6	3
3	F	58	3	4	3	2
4	M	45	2	3	4	3
5	M	75	3	3	4	4
6	F	40	2	3	5	5
7	F	68	3	4	4	3
8	F	71	3	3	4	3
9	M	64	3	3	4	3
10	F	60	3	3	4	4
11	M	68	3	3	3	2
12	F	72	2	3	4	3
TOTAL			36	43	52	39
PROM		60.50	3.00	3.58	4.33	3.25

5.1.4. Impacto de la intervención sobre la adherencia.

Tabla N° 07. Impacto del SFT sobre la Adherencia al Tratamiento en pacientes con diabetes mellitus intervenidos en el Centro de Salud Coishco.

Paciente	Adherencia antes	Adherencia después
1	1	1
2	1	1
3	1	1
4	1	1
5	1	1
6	1	1
7	1	0
8	1	0
9	1	1
10	1	1
11	1	0
12	1	0
NO ADHERENTES	12	8
% NO ADHERENTES	100	66,7
Test de McNemmar	P=	0,125



	Suma de Si	Antes	%	Después	%
BAJA ADHERENCIA	>2	10	83,3	4	33,3
MEDIANA ADHERENCIA	1 o 2	2	16,7	4	33,3
ALTA ADHERENCIA	0	0	0,0	4	33,3
	TOTAL	12	100.00	12	100.00

Gráfico N°02. Evaluación de los puntajes obtenidos, según las respuestas del Test de Morisky antes y después de la intervención farmacoterapéutica. Programa de seguimiento farmacoterapéutico dirigido a pacientes con diabetes mellitus.

Tabla N° 08. Variación de las actitudes evaluadas con las preguntas del Test de Adherencia antes y después de la intervención mediante Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes con diabetes mellitus en el Centro de Salud Coishco

Ítem s	Pregunta s	Preguntas del Test de Morinsky-Green -Levi		
		Respuestas afirmativas		
		Antes	Después	P (Wilcoxon)
1	¿Algunas veces se olvida usted de tomar sus medicamentos?	11	2	0.003
2	¿Las personas no toman sus medicamentos por razones diferentes y a veces tienden a olvidarse. Piense en las dos últimas semanas, si hubo algún día en el cual no tomó sus medicamentos?	9	3	0.058
3	¿Alguna vez ha dejado de tomar sus medicamentos por le te caían mal, sin decirle nada al médico o tu farmacéutico?	0	4	0.046
4	¿Cuándo Usted viaja o sale de su casa por largo tiempo se olvida de llevar sus medicamentos?	9	3	0.034
5	¿Dejó de tomar sus medicamentos ayer?	7	1	0.014
6	¿Cuándo Usted siente que los síntomas de su enfermedad están bajo control deja de tomar su medicación?	3	2	0.655
7	¿Tomar medicamentos todos los días es muy complicado para mucha gente. Alguna vez Usted se ha sentido tentado a dejar su tratamiento?	5	4	0.655
8	¿Cuán frecuente tiene Usted dificultad para recordar tomar sus medicamentos?	5	3	0.317

Fuente: Tabla de Estado de Situación. Anexo N° 08

Fuente: Tabla de datos de Adherencia en pacientes infeccione respiratorias. Anexo N°09

5.2 Análisis de Resultados

El programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico tiene como objetivo en determinar la eficacia de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus obteniendo los presentes resultados, en el cual se han analizado y conectado con razón a la variable. Continuamente se presenta el análisis a través del orden de las muestra de los resultados:

5.2.1 Acerca de pacientes y sus tiempos de intervención:

Por lo hallado en la Tabla N° 01, fueron 12 los pacientes participantes en este programa piloto, entre tanto se determinó que 7 fueron mujeres igual a (58.3%) y 5 fueron varones (41.7%), con una edad promedio por paciente de 60 años.

Los resultados que coinciden con lo encontrado por Maidana et al.⁹² que en su estudio tras su seguimiento halló en pacientes con diabetes mellitus una edad promedio 55,6 años, las pacientes mujeres fueron predominantes con el 72% y hombres solo 28%.

Mientras que esto no se compara a lo hallado por Espinoza et al.⁹³ halló en su estudio en pacientes con diabetes mellitus la edad está en un rango de 51 y los 70 años porque a estas edades existe ya un deterioro de los órganos como el hígado o páncreas.

En la tabla N° 02 se muestra los tiempos intervenidos y el tiempo promedio que se realizó las visitas en el programa de SFT en los domicilios de cada uno de los pacientes. Durante el proceso se informó a los pacientes el beneficio del programa. Una vez aceptado el consentimiento, se acordaron todas las entrevistas que se realizaban en casa de los pacientes, con promedio de (45 min.) por visitas.

Se promedió un total de (40.8 min.) de visita en la farmacia que al ser multiplicado por 12 pacientes intervenidos se obtiene un total (490 min.) de trabajo farmacéutico. Las intervenciones realizadas de visita por domicilio solo fue de (32.2 min.) siendo menor el tiempo por la poca disposición de los pacientes, en tanto que por teléfono no se realizaron, mientras que por otras vías el tiempo intervenido por este medio no se obtuvo minutos de trabajo farmacéutico dedicado al programa por la edad de los pacientes que se les era dificultoso el manejo de estos aparatos

tecnológicos. Al realizar una suma de los contactos visitados a su domicilio, por teléfono y otros medios se obtuvo (1754 min.) de intervención con promedio por paciente de (35 min.).

Datos que se acercan a lo encontrado por García M.⁹⁴ quien en su estudio con pacientes diabéticos necesito invertir un total 109.1 minutos por cada paciente y en cada visita con un promedio por todas las visitas hechas 27.3 min y un total de 1309 minutos.

Datos que fundamenta Martínez y García⁹⁵ que describen la efectividad de la tecnología móvil básica en la adherencia al tratamiento a pacientes con diabetes mellitus empleando mensajes de texto y llamadas telefónicas uso de la tecnología móvil básica, concluyendo que este refuerza el método de seguimiento farmacoterapéutico.

Entonces el hecho de no haber obtenido una intervención aprovechando la vía telefónica puede disminuir el efecto del estudio aplicado, como lo dice Valles⁹⁶ un mensaje de texto puede hacer recordar tomar su medicamento como controlarse la glucemia.

El tiempo dedicado o de trabajo farmacéutico puede tener mucha influencia en encontrar mejores resultados por lo contrastado.

522. Acerca de los diagnósticos reconocidos y los medicamentos usados por los pacientes en el proceso de seguimiento farmacoterapéutico.

Los problemas de salud diagnosticados y auto percibidos por los pacientes intervenidos donde se identificaron 36 enfermedades diagnosticadas según la Tabla N° 03, está asociado a los pacientes intervenidos detallando en el cuadro un (41,4%) estos fueron morbilidades diagnosticadas igual a 15 enfermedades al comparar frente a un (57,6%) equivalente a 21 enfermedades no diagnosticadas, siendo la diabetes mellitus en un 33 % la enfermedad más prevalente diagnostica, seguida por el dolor de cabeza como un 16 % pero sin diagnóstico.

Entonces este nivel superior de morbilidades no diagnosticadas puede llevar a la automedicación que pueda comprometer su tratamiento y con ello afectar su diabetes progresando el deterioro de los órganos.

Datos que se acercan a lo encontrado por García M.⁹⁴ quien en su estudio con

pacientes diabéticos obtuvo un total de 21 enfermedades diagnosticadas y 25 no iguales a 45.7% y las no diagnosticadas 54.3% respectivamente.

Datos no reflejan lo hallado por Rosado P⁹⁷ que en pacientes diabéticos en la intervención la Deslipidemia estuvo en un 80% de los pacientes, luego la hipertensión arterial en 70%, y la gastritis en 40%, siendo la metformina la más consumida en un 90% de los pacientes y un 30 % de glibenclamida.

En la Tabla N° 04 se evaluó el uso de los medicamentos prescritos y sin prescripción asociados al tratamiento de los pacientes. En el cual se determinó que el (58%) fueron respaldados mediante una receta prescrita por el médico indicando el tratamiento correcto. Mientras que el (42%) indica los medicamentos sin prescripción médica optando los pacientes por la automedicación. Es por ello que la calidad de las recetas prescritas con una vigencia mínima de 3 meses fue requisito indispensable para el inicio de la intervención farmacéutica.

En tanto al observar el grafico N° 1 porcentaje de medicamentos según problemas de salud identificados se usó un 40 % de fármacos para la diabetes mellitus como metformina, glibenclamida y glimepirida, seguida y superada por de la automedicación en 49 % que parte de enfermedades no sin diagnostico evidenciando su riesgo de reacciones adversas como resultados negativos por el alto nivel de medicación o polifarmacia.

Datos que no se asemejan a lo encontrado por García M.⁹⁴ quien en su estudio con pacientes diabéticos obtuvo que el 78.4 % de medicamentos fue prescrito y solo un el 21.6 % no prescrito, como así la patología más prevalente para el uso de medicamentos fue diabetes mellitus en un (51.4%) y hipercolesterolemia 5.4 %.

523. Sobre problemas identificados con los medicamentos y los resultados negativos y positivos de la medicación.

Observando la Tabla N° 05, se logró observar los resultados del género, edad, número de diagnósticos, cantidad de medicamentos, PRM's y las soluciones encontrados. Al ser analizados los resultados, se obtuvo un total de 52 PRMs diagnosticados siendo el incumplimiento igual al 23,1 %, el error de prescripción 21,2 %, posología inapropiada 17,3 %, conservación inadecuada 13,5 %, problemas

económicos 9,6 %, reacciones adversas 7,7%, actitudes negativas 3,8%, y problemas de salud con tratamiento insuficiente e interacciones un 1,9 % respectivamente.

Datos que si se acercan a lo presentado por García M ⁹⁴ que los PRMs identificados fueron el Incumplimiento y el error de prescripción más frecuentes con un 27-9%, sumados a los problemas económicos 9.3%, reacciones adversas 4.7%) y actitudes negativas 4.7% .

En la tabla N°6 al comparar la edad, cantidad de diagnósticos, cantidad de medicamentos y PRMs identificados y PRMs solucionados de los 52 PRMs con un promedio de (4.33) por pacientes sin embargo, esto debido a que 7 pacientes tienen 3 enfermedades, 1 pacientes tienen 7 enfermedades y el resto 2 enfermedades. La cantidad de medicamentos encontrados en el estudio fue de 43 con promedio de (3,58), y solo se solucionaron 39 en el seguimiento farmacoterapéutico.

Datos en comparación con García M ⁹⁴ detecto 43 PRM (3.58), 37 medicamentos, 46 diagnosticados, donde solo 11 PRMs fueron solucionados y en donde por paciente se observó 3.58 de promedio.

Los factores por los que se encuentran estos PRMs lo señala Maidana et al. ⁹² porque los pacientes reportan no cumplir o a veces cumplen pero no recuerdan las indicaciones así surge el cumplimiento por el olvido con el uso de muchos medicamentos se crea la polimedicación y eso basta para no adherirse al tratamiento correctamente.

5.2.4 Acerca del impacto en la intervención de la adherencia en el programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico.

El test de McNemar nos indica el grado de significancia (p) es menor a 0.05 entonces existe menos 5% de probabilidades en que otro factor esté modificando el cambio, es decir que más del 95% de probabilidades que sea por causa del seguimiento farmacoterapéutico.

La tabla N° 07 determina el efecto del SFT en la adherencia terapéutica, mediante el Test de Morisky Green Lavine.⁸⁹ donde las interrogantes se responden con SÍ y NO, de modo que las respuestas confirmadas (sí) reflejen incumplimiento o falta de adherencia y valen 1 punto. Las respuestas negativas (no) reflejan adherencia y se puntúan con cero (0).

A inicios del programa (100%) de pacientes no eran adherentes al tratamiento, se olvidaban de tomar los medicamentos a sus horas. Al terminar el programa se obtuvo resultado de (66,7%) que se logró reducir el problema. Entonces el programa no fue eficaz al obtener una significancia de ($p=0.121$) para la optimización de la adherencia al tratamiento. Esto tiene que ver con lo eficaz que es la prueba de Mc Nemmar al momento de medir los resultados. No obstante si medimos el mejoramiento de los pacientes al medir las preguntas de la Tabla N° 07 podemos valorar el trabajo del químico farmacéutico cambiando el comportamiento de los pacientes durante la intervención en el seguimiento farmacoterapéutico pues de 12 pacientes sin adherencia se logró volver adherentes a 8 pacientes.

Mientras tanto García M. ⁹⁴ con pacientes diabéticos tras su intervención logro de 12 no adherentes logro que 11 se hicieran adherentes después de la intervención.

Datos que también Rosado P. ⁹⁷ midió tras su intervención con el cuestionario de Morisky-Green, donde muestra que antes del SFT solo un 20% de los pacientes era cumplidor o adherente y después logro obtener cumplidores o adherentes en un 80% siendo eficaz por $p=0,03$

En el gráfico N°02 presenta un análisis menos radical que sugiere el Test de Morisky. Para este análisis se reevaluó las respuestas del paciente a cada una de las interrogantes del test de Morisky en la que consistió que se les definía a los pacientes como muy adherentes si no respondían positivamente a todas las preguntas del test y medianamente si sus respuestas eran entre 1 y 2, pero si superaban > de 2 eran de baja adherencia.

Los resultados obtenidos antes y después del programa a través de (Gráfico N°02). Antes del programa piloto se observó 10 pacientes con baja adherencia (83,3%), 2 con mediana adherencia (8,3%) y ningún con alta adherente, a diferencia del después del programa con unos datos de 4 con baja adherencia (33,3%), 4 pacientes con mediana adherencia (33,3%) y 4 pacientes con alta adherencia (33,3%).

La tabla N°08 nos indica las 8 preguntas realizadas antes y después de las intervenciones demostrando un cambio de comportamiento en los pacientes, es decir los resultados de la prueba del test de Morinsky, Green y Levi a las preguntas dicotómicas si/no con un $p=$ de Wilcoxon nos muestra 4 preguntas que estuvieron por

debajo de $p=0.05$, indicando que cambiaron sus comportamiento en relación a la adherencia al tratamiento.

Según el estudio de Parady y Vásquez⁹⁸, quienes evaluaron y valoraron la adherencia farmacológica a través de diferentes test como Haynes- Sackett, Morisky- Green y Batalla, demuestran que la adherencia terapéutica varió desde un 20%na un 91% dependiendo del test empleado.

En relación a lo encontrados en el estudio si hubo un cambio del comportamiento de un porcentaje considerable de pacientes que pueden evidenciar la influencia del programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia en pacientes con diabetes mellitus, porque se resolvieron una cantidad grande de PRMs, pero que eso no basta para demostrar una eficacia por lo riguroso del Test de McNemar usado. El aporte de este estudio deja claro que el papel del Químico farmacéutico es de un valor que crece más en el campo de ña salud y que con implementación de programas como SFT podrá hacerse más visible su gran trabajo.

VI. CONCLUSIÓN

6.1 Conclusiones.

6.1.1. Se determinó que el programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) influye positivamente sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus pero no es significativamente eficaz.

6.1.2. En el estado de situación del uso de medicamentos se identificó que se usan medicamentos sin prescripción médica en un 49% y solo un 40 % con prescripción médica para diabetes mellitus.

6.1.3. En los 12 pacientes de la muestra se diagnosticaron problemas relacionados con medicamentos (52), la mayor parte de los PRMs se solucionaron (39) dejando menos pacientes de riesgo de sufrir resultados negativos de la medicación.

6.1.3. El SFT tuvo un efecto poco significativo sobre el nivel de adherencia al tratamiento medido luego de la intervención ($p = 0.121$).

6.2. Aspectos complementarios.

- Se debe brindar mediante orientaciones sobre el estado de salud y los PRM'S, a los pacientes que están dentro del programa de SFT, para que sirva como apoyo a su tratamiento y su calidad de vida.
- Se debe tener en cuenta optimizar los desarrollos de estudios, desde el principio en su elaboración hasta el final con un adecuado informe en un período no mayor de 3 meses.
- Se debe incorporar estudios de medición de impacto socio-económico para las intervenciones farmacéuticas.
- Es necesario formular convenios entre la ULADECH CATÓLICA y los establecimientos de salud con el objetivo de que el estudiante de farmacia y bioquímica sea impulsado al desarrollo de su Carrera profesional mediante la implementación del programa de Seguimiento Farmacoterapéutico en dichas instituciones.

6.2.2. Sugerencias y recomendaciones

Se debe proponer realizar el programa de seguimiento farmacoterapéutico en todos los establecimientos de Salud para la adherencia en los tratamientos con medicamentos a los pacientes, guiada por alumnos de los ciclos ya avanzados de la Uladech Católica.

La diabetes mellitus es una morbilidad que siempre permanecerá presente en la sociedad peruana, para ello mediante estos programas se debe brindar más información a los

pacientes sobre la enfermedad, cuidados y sugerencias para mejorar su estado de vida.
Extender los estudios de investigación realizados a los establecimientos de salud, para
adaptar un área especializada en el SFT-

6.3. Limitaciones:

La disponibilidad de tiempo de los pacientes

No poder usar la vía telefónica para mejorar la comunicación paciente- farmacéutico.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ocampo, P. "Impacto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico, dirigido a pacientes hipertensos, sobre los problemas relacionados con medicamentos, la adherencia al tratamiento y la percepción del paciente sobre la actividad profesional del farmacéutico". ULADECH católica. 2012. Tomado desde: <http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2012/01/08/000180/00018020140211103040.pdf>.
2. Faus M. Pharmaceutical Care as a response to social need. *Ars Pharmaceutica*, 95. 41:1; 137-143, 2000.
3. Hepler C. Strand L. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Pharm Care Esp*. 1999; 1: 35-47.
4. Hepler C, Strand L. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1990; 47 (3):533-43.
5. 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.
6. McDonnell PJ. and Jacobs MR. Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions. *The Annals of Pharmacotherapy*: Vol. 36, No. 9, pp. 1331-1336. DOI 10.1345/aph.1A333.
7. Manasse HR Jr. Medication use in an imperfect world: drug mis adventuring as an issue of public policy, Part 1. *American Journal of Hospital Pharmacy*, Vol 46, Issue 5, 929-944.
8. Johson A. Bootman L. Drug-Related Morbidity and Mortality: A Cost-of-Illness Model. *Journal of Managed Care Pharmacy*. Vol 2, No.1 jan-Feb 1996.
9. Rodríguez A. Atención farmacéutica en farmacia comunitaria: ¿es ya realidad o todavía un proyecto de futuro? Discurso de ingreso como académico de número. Academia de Farmacia de Galicia. España. Santiago de Compostela, 2006.
10. Bonal et al. Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica. En: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. *Farmacia Hospitalaria Tomo I*. Tomado desde:

<http://www.sefh.es/sefhpublicaciones/fichalibrolibre.php?id=4>. El 16/08/2012

11. Villena J. Diabetes Mellitus in Peru. *Annals of Global Health*. 2015; 81(6).
Disponible en: [http://www.annalsofglobalhealth.org/article/S2214-9996\(15\)01315-6/pdf](http://www.annalsofglobalhealth.org/article/S2214-9996(15)01315-6/pdf)
12. Faus M. Programa Dáder. *Pharmaceutical Care España*. 2000; 2:73-74.
13. 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.
14. Mikeal RL, Brown TP, Lazarous HL, Vinson MC. Quality of pharmaceutical care in hospitals. *Am J Hosp Pharm* 1975; 32:567-574.
15. Brodie DC, Parish PA, Poston JW. Societal needs for drugs and drug related services. *Am J Pharm Educ*. 1980; 44:276-278.
16. Brodie DC, Parish PA, Poston JW. Societal needs for drugs and drug related services. *Am J Pharm Educ*. 1980; 44:276-278.
17. Hepler C, Strand L. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1990; 47 (3):533-43.
18. Hurley S. A Method of Documenting Pharmaceutical Care Utilizing Pharmaceutical Diagnosis. *American Journal of Pharmaceutical Education* Vol. 62, Summer 1998.
19. Roohil Y.A.S. the sustainability of the pharmacy profession in a changing healthcare scene in england. *international pharmacy journal*. Vol 27, no. 1 june 2011.
20. Strand M. Morley C. Cipolle J. Ramsey R. Lamsam D. Drug-related problems: their structure and function. *Drug Intell Clin Pharm* 1990; 24:7-1093.
21. Grainger-Rousseau TJ, Miralles MA, Hepler CD, Segal R, Doty RE, BenJoseph R. Therapeutic outcomes monitoring: application of pharmaceutical care guidelines to community pharmacy. *J Am Pharm Assoc (Wash)*. 1997 NovDec; NS37(6):647-61.

22. Machuca GM. Atención Farmacéutica, seguimiento fármaco terapéutico, Pharmaceuticalcare: ¿es lo mismo? Farmacoterapia Social. España 2006. Disponible desde: www.farmacoterapiasocial.es/local/capitulo1.pdf.
23. 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.
24. Cipolle y Morley Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de España. Consenso sobre Atención Farmacéutica. *Ars Pharmaceutica*, 2001; 42:3-4; 221-241.
25. Mikeal RL, Brown TP, Lazarous HL, Vinson MC. Quality of pharmaceutical care in hospitals. *Am J Hosp Pharm* 1975; 32:567-574.
26. Fernández F, Faus M, Gastelurrutia A, Baena I, Martínez F. Evolución del concepto de problemas relacionados con medicamentos: resultados como el centro del nuevo paradigma. *Seguimiento farmacoterapéutico* 2005; 3(4):167-188.
27. Martínez F, Gastelurrutia G, Farragher T, Faus D, Garcia C, Jodar S, Martin M, Noain C, Sabater H, S'aez-Benito S, Varas D, Benrimoj. Medida del impacto clínico, económico y humanístico del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en mayores polimedicados, en la farmacia comunitaria española. *CONSIGUE*. 2014; Disponible en: http://www.actasanitaria.com/wp-content/uploads/2014/02/10_02_2014_Informe-definitivo-conSIGUE-impacto-2.pdf
28. Soto V, Zavaleta S, Bernilla J. Factores determinantes del abandono del Programa de Hipertensión Arterial. Hospital Nacional —Almanzor Aguinaga Asenjol EsSalud, Chiclayo 2000. *Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. ISSN 1025 – 5583. Vol. 63, N° 3 – 2002. Págs. 185 – 190
29. Comité de Consenso: Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM). *Ars Pharmaceutica*, 43:3-4; 179-187, 2002.
30. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. Seguimiento farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). *Pharmacy Practice* 2006; 4(1): 44-53.

31. 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 28/07/2012
32. 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. Tomado desde: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/destacados/archivos/65/RM1240-2004.pdf](http://ftp2.minsa.gob.pe/destacados/archivos/65/RM1240-2004.pdf) el 19/08/2014.
33. 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.
34. 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.
35. Álvarez A. Zegarra E. Solis Z. Mejía N. Matos 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 2221-4259. Tomado desde: http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Boletines/AtencionFarmaceutica/B09_2012_03.pdf El 19/08/2014.
36. Villena J. Diabetes Mellitus in Peru. Annals of Global Health. 2015; 81(6). Disponible en: [http://www.annalsofglobalhealth.org/article/S2214-9996\(15\)01315-6/pdf](http://www.annalsofglobalhealth.org/article/S2214-9996(15)01315-6/pdf)
37. Ramos W, López T, Revilla L, More L, Huamaní M, Pozo M. Resultados de la vigilancia epidemiológica de diabetes mellitus en hospitales notificantes del Perú, 2012. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014;31(1):9-15. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v31n1/a02v31n1.pdf>
38. Palacios A, Durán M, Obregón O. Factores de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2 y síndrome metabólico. Rev. Venez. Endocrinol. Metab. [Internet]. 2012 Oct [citado 2017 Ene 23]; 10(Suppl 1): 34-40. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169031102012000400006.

39. Martínez J. Baena I. La Atención Farmacéutica como método para mejorar la salud de los pacientes y la coordinación entre los profesionales médicos y farmacéuticos. *Pharm Care Esp.* 2001; 3:135-9.
40. Silva L. Tuneu L. Faus M. Revisión sistemática sobre la implantación y la evaluación del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hospitalizados. *Farm Hosp.* 2010;34(3):106-124. Tomado desde: <http://www.elsevier.es/en-revista-farmacia-hospitalaria-121-articulo-revision-sistemica-sobre-implantacion-evaluacion-13150709#elsevierItemsResumenes>.
41. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Consenso Español de Atención Farmacéutica. *Ars Pharm* 2001; 42: 221-41. 13.
42. Kheir N. Emmerton L. Shaw J. Can pharmacists influence the health-related quality of life patients with asthma? *Medical Sciences* 2001; 3(2):69-75.
43. Tafur E. García E. Aproximación del rol de farmacéutico en la calidad de vida relacionada con la salud. *Pharmacy Practice* 2006; 4(1): 18-23.
44. Simon A. Hung Y. An Update on Evidence of Clinical Pharmacy Services' Impact on Health-Related Quality of Life. August 2006. *The Annals of Pharmacotherapy.* 40(9):1623-1634.
45. Melchioris A, Correr C, Rossignoli P, Pontarolo R, Fernández F. Medidas de evaluación de la calidad de vida en Diabetes. Parte I: Conceptos y criterios de revisión. *Seguim Farmacoter* 2013; 2(1). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/242721527_Revision_Review_Revisao_Medidas_de_evaluacion_de_la_calidad_de_vida_en_Diabetes_Parte_I_Conceptos_y_criterios_de_revision_Medidas_de_avaliacao_da_qualidade_de_vida_em_diabetes_Parte_I_Conceitos_e_crit
46. Bances C. Ocampo P. Efecto de un Programa Piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre la Autopercepción de la Calidad de Vida en Pacientes Hipertensos. Tesis para optar el grado de Bachiller. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote 2015.
47. Sindicato Médico del Uruguay. El valor del medicamento: realidades y esperanzas de futuro. *El Diario Médico* N°65. mayo de 2005. Tomado desde: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/eldiariomedico/n65/pag15.pdf>. El 28/08/2012.
48. Fernández F. Faus M. Gastelurrutia A. Baena I. Martínez F. Evolución del concepto de problemas relacionados con medicamentos: resultados como el centro del nuevo paradigma. *Seguimiento farmacoterapéutico* 2005; 3(4):167- 188.

49. 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.
50. Blasco P. Mariño L. Aznar T. Pol E. Alós 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.
51. Ocampo P. Impacto de un programa de atención farmacéutica sobre el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes hipertensos. *in crescendo* 1(2) 2010. Tomado desde: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S2222-30612010000200006&script=sci_abstract.
52. OMS. OPS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 2004.
53. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. PRM y RNM Conceptos. Portal Farma.com Organización Farmacéutica Colegial. FARMACÉUTICO N° 315 - octubre 2006. Tomado desde: http://www.portalfarma.com/inicio/atencionfarmaceutica/forodeattfarma/Documentos/28_29_Atencion_farma.pdf.
54. Hall 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>.
55. Culbertson L. Larson A. Cady S. Kale M. Force W. "A conceptual framework for defining pharmaceutical diagnosis," *Am. J.Pharm. Educ.* 1997; 61:12-18. Tomado desde: <http://archive.ajpe.org/legacy/pdfs/aj610112.pdf>.
56. Hurley C. A Method of Documenting Pharmaceutical Care Utilizing Pharmaceutical Diagnosis. *American Journal of Pharmaceutical Education* Vol. 62, Summer 1998.
57. Ferriols R. Valoración de la Atención Farmacéutica en los problemas relacionados con los medicamentos. Presentado en XLIV Congreso Nacional SEFH. Septiembre 1999. Pamplona.

58. Calvo V. Alós M. Giraldez J. Grupo de Trabajo Atención Farmacéutica. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Bases de la Atención Farmacéutica en Farmacia Hospitalaria. FarmHosp 2006; 30:120-3.
59. Sabater D. Silva M. Faus M. Método Dáder. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. Tercera edición, 2007.
60. Presidencia de la república. Aprueban reglamento de establecimientos farmacéuticos, Decreto Supremo N°014-2011-SA. El peruano. Lima 27 de Julio de 2011.
61. Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Norma Técnica de Buenas Prácticas de Dispensación. Tomado desde: www.digemid.minsa.gob.pe.
62. 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. Tomado desde: <http://www.minsa.gob.pe/infodigemid>.
63. Basterra M. El cumplimiento terapéutico. Pharm care. Esp 1999; 1: 97-106. Tomado desde: <http://www.cqfperu.org/af/artInteres/af200511cumpliTerape.pdf>
64. Márquez E. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico en la diabetes mellitus. Centro de Salud la Orden, Huelva, España. Tomado desde: <http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/c053/marquez PDF>
65. Morisky E. Green W. Levine M. Concurrent and Predictive Validity of a Self-Reported Measure of Medication Adherence. Medical Care. 1986; 24 (1):67-74.
66. Fulmer T. Feldman H. Kim S. Carty B. Beers M. Molina M. Putnam M. An intervention study to enhance medication compliance in community-dwelling elderly individuals. J Gerontol Nurs 1999 Aug; 25(8):6-14.
67. 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.
68. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de España. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Ars Pharmaceutica, 2001; 42:3-4; 221-241.

69. Comité de Consenso: Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM). *Ars Pharmaceutica*, 43:3-4; 179-187, 2002.
70. Gaspar 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.
71. Gonzales G. fundamentos de atencion farmaceutica. Cap 11. Pontificia Universidad Católica de Chile. Tomado desde: http://cursos.puc.cl/unimit_qim_002-1/almacen/1220552779_ggonzale_sec4_pos0.pdf El 16/08/2012.
72. Martínez M. El concepto atención farmacéutica. sus influencias gnoseológicas en el contexto de la profesión. *Revista del Centro de Investigación. Universidad La Salle. México.* 2000. 4(14):83-85.
73. Van W. *Pharmaceutical Care, the Future of Pharmacy. Theory, research and practice.* Dissertation. Druk: Drukkerij De Volharding, Groningen. J.W.F. van Mil, Zuidlaren, 1999. Gezduit Monotype Spectrum (J. v. Krimpen/S.L.Hartz). ISBN: 90-9013367-4.
74. Machuca M. Atención Farmacéutica, seguimiento farmacoterapéutico, Pharmaceutical care. *Farmacoterapia Social.* España 2006. Disponible desde: www.farmacoterapiasocial.es/local/capitulo1.pdf.
75. Clopes A. Intervención Farmacéutica. En: Bonal J. 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.
76. Climente M. Jiménez N. *Manual para la Atención Farmacéutica.* 3º edición. Afahpe. Hospital Universitario Dr Peset. Valencia, 2005.
77. Guamán S., María F. Seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con diabetes mellitus tipo II, atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso [Internet]. Cuenca, Mexico: Universidad de Cuenca - Facultad de Ciencias Químicas 2010. [Publicado: 2011]. disponible en <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/2613>.


78. Grainger T. Miralles A. Hepler D. Segal R. Doty R. Ben R. Therapeutic outcomes monitoring: application of pharmaceutical care guidelines to community pharmacy. *J Am Pharm Assoc (Wash)*. 1997 Nov-Dec; NS37(6):647-61.
79. OMS. OPS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 2004.
80. Dolores M, Fernández L, Tuneu L. Guía de seguimiento Farmacoterapéutico Sobre Diabetes. Granada-España. Espai Gràfic Anagrafic, S.L; 2010. http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_DIABETES.pdf
81. Carrera C. Martínez J. Pathophysiology of diabetes mellitus type 2: beyond the duo "insulin resistance-secretion deficit". *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2013 28(Suppl 2):78-87. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021216112013000800012.
82. Martínez M. El concepto atención farmacéutica. sus influencias gnoseológicas en el contexto de la profesión. *Revista del Centro de Investigación. Universidad La Salle. México*. 2000. 4(14):83-85.
83. Iñesta A. Atención Farmacéutica. Estudios sobre uso de medicamentos y otros. *Rev Esp. Salud Pública* 2001; 75: 285-290 N° 4 - Julio-agosto 2001.
84. García M. Puig M. Mateu S. 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. Tomado desde: <http://www.seis.es>.
85. Francisco Vizcaino, Universidad Colima, Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. Grupo de trabajo ALAD. *Revista de la Asoc. Latinoamericana de Diabetes*. Vol XIV No. 3: 96 – 140, 2004.
86. Enamorado V, et al. Optimización de la farmacoterapia en paciente diabético tipo 2 por cambio de insulina. *Pharmaceutical Care España*, 2019;21(3): 186-194. Disponible en : <https://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/511>
87. Ramos J, et al. Factores para la adherencia terapéutica en personas con hipertensión y diabetes. //Factors for therapeutic adherence in people with hypertension and diabetes. *FACSALUD-UNEMI*, 2019;2(3): 25-33. Disponible en : <http://ojs.unemi.edu.ec/index.php/facsalud-unemi/article/view/752>

88. Donaire J, et al. Epidemiological multicentre study on the education provided to patients with type 2 diabetes mellitus in the Spanish Health Care System. The Forma2 study. *Semergen: revista española de medicina de familia*, 2018;1(19_5-12). Disponible en : <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6316016>
89. López F, et al. Impacto de la inercia terapéutica y del grado de adherencia al tratamiento en los objetivos de control en personas con diabetes. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 2018;44(8): 579-585. Disponible en : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359317303015>
90. Cruz A, et al. Calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 en un centro de salud en Villahermosa, Tabasco, México. *Atención Familiar*, 2018;26(1):23-27. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=83990>
91. World Medical Association. Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subject. Edinburgh: 52nd WMA General Assembly (on line) URL disponibilidad in: http://www.wma.net/e/policy/17-c_e.html. El 15/07/15.
92. Maidana G, et al. Evaluación de un programa de Atención Farmacéutica en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. *Pharmaceutical Care España*, 2016;18(2): 3-15. Disponible en : <https://pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/259/235>
93. Espinoza J, et al. Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un hospital de Xalapa, Veracruz. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, 2017;48(19): 48-55. Disponible en : <https://www.redalyc.org/pdf/579/57956614005.pdf>
94. García Y, et al. Efecto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Farmacia Delgado-districto de Nuevo Chimbote, octubre 2015-mayo 2016. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. 2018.
95. Martínez M, García J. Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II y el uso de la tecnología móvil básica: una revisión sistemática= Therapeutic adherence in patients with diabetes mellitus type II and use of basic mobile technology: a systematic review. *Revista española de comunicación en salud*, 2019;10(1): 70-80. Disponible en : <https://ojs2017.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/4429>

96. Valles Ortiz Patricia M., Miranda Felix Patricia, García Sosa Elia S.. Mensajes de texto para el control glucémico en adultos con diabetes tipo 2: revisión sistemática. *Enferm. glob.* [Internet]. 2015 Ene [citado 2019 Jul 07]; 14(37): 435-444. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100019&lng=es.
97. Rosado P. Seguimiento farmacoterapéutico domiciliario a pacientes diabéticos tipo II. [Tesis] Perú. Universidad Mayor de San Marcos, 2017. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/7430/Rosado_gp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
98. Rúa E, et al. Prevalencia y factores asociados a la adherencia terapéutica en pacientes de un programa integral de crónicos en un centro de atención primaria de Cali: comparación de diferentes test de adherencia. *Pharmaceutical Care España*, 2019;21(1): 23-40. Disponible en: <https://pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/487>

ANEXOS

Anexo N° 8.1. Solicitud de permiso dirigido al establecimiento farmacéutico.


DIRECCIÓN NACIONAL DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BENEVOLENCIA SOCIAL

Caracas, 15 de Mayo del 2017

A: El establecimiento farmacéutico
UBICADO EN LA AV. BOLÍVAR, N° 15000, PUNTO VISTA, PARQUE NARANJO, CARACAS

Asunto: SOLICITUD DE PERMISO PARA LA DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS.

Yo, el suscrito, con DNI N° 15000000, en calidad de responsable del establecimiento farmacéutico, solicito a la Dirección Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos, la autorización para la distribución de los medicamentos que se detallan a continuación:

1. **Nombre del medicamento:** ...

2. **Presentación:** ...

3. **Indicaciones:** ...

4. **Condiciones de uso:** ...

5. **Fecha de caducidad:** ...

6. **Fecha de registro:** ...

7. **Fecha de autorización:** ...

8. **Fecha de autorización de importación:** ...

9. **Fecha de autorización de exportación:** ...

10. **Fecha de autorización de fabricación:** ...

11. **Fecha de autorización de distribución:** ...

12. **Fecha de autorización de venta:** ...

13. **Fecha de autorización de entrega:** ...

14. **Fecha de autorización de recepción:** ...

15. **Fecha de autorización de almacenamiento:** ...

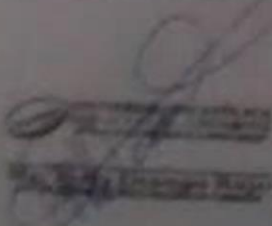
16. **Fecha de autorización de transporte:** ...

17. **Fecha de autorización de exhibición:** ...

18. **Fecha de autorización de publicidad:** ...

19. **Fecha de autorización de información:** ...

20. **Fecha de autorización de otros:** ...


DIRECCIÓN NACIONAL DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BENEVOLENCIA SOCIAL

Dr. José María Rodríguez - Director General
Caracas, 15 de Mayo del 2017

Anexo8.2 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..... 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.
- 7.- Autorizo para que los resultados de las encuestas y fichas de información que responda como parte de la investigación puedan analizarse y presentarse como resultados dentro de un informe final, manteniendo mi anonimato.
- 8.- La firma de este consentimiento no tiene fin comercial o contractual de ningún tipo.

Anexo N° 8.3.2. Ficha farmacoterapéutica. Registro de la información del paciente, de su enfermedad de sus medicamentos y del médico prescriptor.

Ficha farmacoterapéutica (Ficha 01 – parte 02). Registro de medicamentos que toma el paciente para sus problemas de salud diagnosticados.

1.5.- MEDICAMENTOS QUE TOMA EL PACIENTE PARA SUS PROBLEMAS DE SALUD DIAGNOSTICADOS

N°	NOMBRE DEL MEDICAMENTO (tal cual fue prescrito comercial o genérico)	DO	Forma Farma	A: DOSIS (mg)	B: FREC. DE DOSIS x DIA(n)	C: Días que debe tomarse el medicamento.	Total de med. Prescritos:	FECHA DE PRESCR.

Escribir todos los medicamentos que el paciente toma para las enfermedades descritas en el cuadro anterior. Solo medicamentos con receta .

1.6. TIENE USTED ALGÚN PROBLEMA CON LA TOMA DE ALGUNO DE ESTOS MEDICAMENTOS?

N°	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA, MALESTAR, SENSACIÓN U OTRO.	ACCIONES DEL PACIENTE PARA SOLUCIONAR ESTOS PROBLEMAS

Preguntar sobre malestares, sensaciones, percepciones negativas que tiene el paciente luego de tomar alguno de los medicamentos de la lista anterior. Para este propósito usar la Ficha N°3 para el repaso anatómico fisiológico. Si el paciente declara algún problema preguntar que hace para solucionarlo. Las Reacciones adversas de medicamentos prescritos deben reportarse en el EEFF desde donde se hace el SFT.

1.7.- SIGUE ALGUN TRATAMIENTO CON REMEDIOS CASEROS, NATURALES O ALTERNATIVOS?

N°	NOMBRE DE LOS REMEDIOS CASEROS	DESCRIPCIÓN DE LA FORMA DE USO	DOSIS	FRECUENCIA	DESDE CUANDO

El uso de remedios caseros o productos naturales permite detectar otros malestares en el paciente que puede llevarlo a usar medicamentos.

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

Ficha farmacoterapéutica (Ficha 01 – parte 03). Registro de problemas de salud durante el uso de medicamentos, tratamiento con remedios caseros y enfermedades sufridas anteriormente.

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 <u> </u> NO <u> </u>	
Fuma cigarrillos o alguien en casa lo hace?	SI: <u> </u> NO: <u> </u> CANTIDAD AL DIA: <u> </u>	
Hace ejercicios:	CAMINA: <u> </u> CORRE: <u> </u> GIMNASIO: <u> </u> PESAS: <u> </u> BICICLETA: <u> </u> OTRO: <u> </u>	VECES POR SEMANA: <u> </u>
Consumo de café	SI: <u> </u> NO: <u> </u> TAZAS DIARIAS: <u> </u>	
Dieta:	SI <u> </u> NO <u> </u> Describir: <u> </u>	

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 farmacoterapéutica. Registro de la información del paciente, de su enfermedad de sus medicamentos y del médico prescriptor.

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

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

PACIENTE COD. N°:
NOMBRE:

FECHA:

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 farmacoterapéutica. Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes.

Ficha farmacoterapéutica (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 farmacoterapéutica. Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes.

Ficha farmacoterapéutica (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°:
NOMBRE:

FECHA:

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 (T₃,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° 8.3.8. Ficha farmacoterapéutica. Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes.

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

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.

Nº	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 erroneamente 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° 8.3.9. Ficha farmacoterapéutica. Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes.

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

4.4. QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRIM.

La acción considerada para la solución del PRIM 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 fin.	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 farmacoterapéutica. Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes.

Ficha farmacoterapéutica (Ficha 05). Hoja de información sobre la intervención farmacéutica. Tercera parte.

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 tto.	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° 8.3.11. FFT. Hoja guía de intervención farmacoterapéutica – Cuarta parte.

4.5. VÍA DE COMUNICACIÓN PARA COMUNICAR LA SOLUCIÓN AL PROBLEMA:

- 1. Verbal farmacéutico – paciente
- 2. Escrita farmacéutico – paciente
- 3. Verbal farmacéutico – paciente – médico
- 4. Escrita farmacéutico – paciente – médico
- 5. Directa farmacéutico – Médico

4.6. RESULTADO:

Solución \ Aceptación	PRM resuelto	PRM no resuelto
Intervención aceptada		
Intervención no aceptada		

¿QUÉ OCURRIÓ CON LOS PRMs QUE NO SE RESOLVIERON?

4.7. RESULTADO SOBRE LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE DEL EFECTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SOBRE EL PROBLEMA DE SALUD QUE MOTIVO DE LA PRESCRIPCIÓN. El paciente refiere que luego de cumplir con las indicaciones del médico y tomar los medicamentos prescritos se siente:

- A) PEOR B) IGUAL C) MEJOR D) CURADO

COD INTERV:

Anexo N° 3.12. FFT. Test para medir la adherencia al tratamiento. Test de Morisky.

Test de Adherencia a la medicación de Moriski

Items	Preguntas	0	1
1	Algunas veces se olvida usted de tomar sus medicamentos?		X
2	Las personas no toman sus medicamentos por razones a veces diferentes a olvidarse. Piense en las dos últimas semanas, si hubo algún día en el cual no tomó sus medicamentos?		X
3	Alguna vez ha dejado de tomar sus medicamentos por le te caían mal, sin decirle nada al médico o tu farmacéutico?	X	
4	Cuando Usted viaja o sale de su casa por largo tiempo se olvida de llevar sus medicamentos?		X
5	Se olvidó de tomar todos sus medicamentos ayer?	X	
6	Cuando Usted siente que los síntomas de su enfermedad están bajo control deja de tomar su medicación?		X
7	Tomar medicamentos todos los días es muy complicado para mucha gente. Alguna vez Usted se ha sentido tentado a dejar su tratamiento?	X	
8	Cuan frecuente tiene Usted dificultades para recordar tomar sus medicamentos?	X	
	A. Nunca/raramente, B. Muy esporádicamente, C. Algunas veces, D. Frecuentemente, E. Todo el tiempo. A=0, B-E=1		

Puntuación: >2 = low adherence
 1 or 2 = medium adherence
 0 = high adherence

ANEXO N°: 8.4. . ESTADO DE SITUACION (PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN)

Paciente	ATC	COD CIE 10	DX	nombre comercial	dci	fp	dosis (mg)	frec dosis (días)	días tto	COD PRM	Descripción del PRM	RNM	Acción realiz. por el qf	cód. intervención	cod canal	aceptación	solución	Descripción de la NO solución
1	A10BH05	E11	diabetes mellitus		metformina	sol	850	1	30	8	prescripcion de dos patologias en una misma receta	3	educar al paciente y se dejo informacion al paciente sobre sus dos patologias	10	1	1	0	paciente se sigue confundiendo con la patologia y todavia no asiste asu proxima cita
1	A10BH05	E11	diabetes mellitus		metformina	sol	850	1	30	9	paciente no toma los medicamentos todos los dias , se olvida de tomarlo ala hora indicada	1	se educó a través de visitas domiciliarias y se dejó información escrita sobre la importancia de cumplir el tratamiento	9	1	1	1	
1		E78.0	hipercolesterolemia	ezetator	ezetimia+atorvastatina	sol	10+20	0	0	16	paciente no puede comprar el medicamento por que lo recetaron en comercial y esta muy caro	1	sugerirle al paciente que compre en DCI	7	2	1	0	paciente no encuentre el medicamento y se sugiere que regrese asu medico para que lo de otro medicamento
1	N02CA02		dolor de cabeza		paracetamol	sol	500	3	3									
1			ronchas	roxtil	gentamicina	sem	1%	3	5									

			en las piernas		+ clotrimazol + dexametaso na		+ 0.1% +0,0 4%											
1			ardomeci meinto en los dedos		naproxeno	sol	550	2	3									
1			diarrea		sulfametoza zol + trimetropim a	sol	800+ 160	2	5									
1		E78. 0	ardomeci meinto en los dedos	ezator	ezetimia+at orvastatina	sol	10+2 0	0	0	13	paciente no cumple con el tratamiento	1	reemplazar el medicament o que utiliza el paciente ala forma alternativa del DCI	7	1	1	0	paciente sugiere no encontrar en forma farmaceutica DCI
2	A10BH 05	E11	diabetes mellitus		metformina	sol	850	1	30	8	prescripcion de dos patologias en una misma receta	3	educar al paciente y se dejo informacion al paciente sobre sus dos patologias	10	2	1	0	paciente se sigue confundiendo con la patologia y todavia no asiste asu proxima cita
2	A10BH 05	E11	diabetes mellitus		metformina	sol	850	1	30	12	el paciente siente un sabor amargo en la boca	6	se educo atraves d visitas domiciliaria s y se dejo informacion escrita sobre la importancia de cumplir el	8	2	1	1	

											dias , se olvida de tomarlo ala hora indicada						
3		J02	faringitis aguda	suprac ef	cefuroxima	sol	500	0	0	16	paciente no puede comprar el medicamento por que lo recetaron en comercial y esta muy caro	1	sugerirle al paciente que compre en DCI	7	2	1	0
3			dolores musculares	medro dol extraforte	diclofenaco + paracetamol	sol	50+500	1	ev								
3		J84.1	fibrosis pulmonar	tussfedrin	dextrometorfano bromhidrato + guaifenesina + clorfeniramina maleato	liq	200+2000+25	3	se m								
4	A10BH05	E11	diabetes mellitus		glibenclamida	sol	5	1	20	5	error de prescripcion del del tiempo en el tratamiento	1	educar al paciente	9	1	1	0
4	A10BH05	E11	diabetes mellitus		glibenclamida	sol	5	1	20	8	no coloca el tratamiento completo	1	educar al paciente	10	2	1	1
4	A10BH05	E11	diabetes mellitus		glibenclamida	sol	5	1	20	9	paciente no toma los medicamentos todos los dias , se olvida de	1	educar al paciente	9	2	1	1

											tomarlo ala hora indicada							
4			malestar del cuerpo		paracetamol	sol	400	1	ev									
4			malestar del cuerpo	dolor de cabeza + extraforte	diclofenaco + paracetamol	sol	50 + 500	1	ev									
5	A10BH05	E11	diabetes mellitus	glicenex sr	metformina	sol	500	1	30	8	medicamento con nombre comercial	3	se indico al paciente informar asu medico sobre este problema	8	2	1	1	
5	A10BH05	E11	diabetes mellitus	glicenex sr	metformina	sol	500	1	30	9	olvida tomar sus medicamentos algunas veces	1	se educó y concientizo al paciente a través de visitas domiciliarias y se dejó información escrita sobre la importancia de cumplir el tto.	9	2	1	1	
5	A10BH05	E11	diabetes mellitus	glicenex sr	metformina	sol	500	1	30	2	actitudes negativas del paciente	6	se explico la importancia del medicamento glicenex sr	7	1,2	1	1	
5	N02CA02		dolor de cabeza		paracetamol	sol	400	1	ev									
5	A02BC		acidez en		omeprazol	sol	20	1	ev									

	01		el estomago															
6	A10BH05	E11	diabetes mellitus	glimide	glimiperida	sol	2	1	70	8	medicamento con nombre comercial	1	se indico al paciente informar asu medico sobre este problema	7	2	1	1	
6	A10BH05	E11	diabetes mellitus	glicenex sr	metformina	sol	500	1	45	8	medicamento con nombre comercial	1	se indico al paciente informar asu medico sobre este problema	7	2	1	1	
6	N02CA02		dolor de cabeza		paracetamol	sol	500	1	ev									
7	A10BH05	E11	diabetes mellitus		metformina	sol	850	1	20	9	el paciente no toma los medicamentos todos los dias, se olvida de tomarlos a la hora indicada	1	se educó al paciente a través de dos visitas domiciliarias y se dejó información escrita sobre la importancia de cumplir el tto.	8	2	1	1	
7	M03BC01		dolor articular	dorixina relax	clonixinato de lisina + ciclobenzaprina clorhidrato	sol	125 +5	1	ev	11	el paciente refiere mucho dolor en la pierna derecha	2	se indicó que asista al médico	8	2	1	0	paciente sugiere que cuando va a la posta ya no encuentra ticket
7	A02BC01		acidez estomacal	mylanta	hidroxido de aluminio + hidroxido de magnesio	liq	400 + 400	1	ev	11	el paciente sufre de una posible gastritis debido a	1	se orienta que consulte con un médico	10	1	1	0	paciente sugiere que cuando va a la posta ya no encuentra ticket

											sintomas que refiere							
8	A10BH05	E11	diabetes mellitus		metformina	sol	850	1	30	9	el paciente no toma los medicamentos todos los días, se olvida de tomarlos a la hora indicada	1	se educó al paciente a través de dos visitas domiciliarias y se dejó información escrita sobre la importancia de cumplir el tto.	8	2	1	1	
8	A10BH05	E11	diabetes mellitus		metformina	sol	850	1	30	12	el paciente siente sabor amargo en la boca	6	se educó al paciente a través de dos visitas domiciliarias y se dejó información escrita sobre la importancia de cumplir el tto.	8	2	1	1	
8	A10BH05	E11	diabetes mellitus		metformina	sol	850	1	30	8	prescripción de dos patologías en una misma receta	4	se educó al paciente y se dejó información sobre su patología	10	2	1	1	
8	N02CA02		dolor de cabeza		ergotamina	sol	1	1	ev									
8			ardor al orinar															

9	A10BH05	E11	diabetes mellitus		metformina	sol	850	1	30	9	el paciente no toma los medicamentos todos los días, se olvida de tomarlos a la hora indicada	1	se educó al paciente a través de dos visitas domiciliarias y se dejó información escrita sobre la importancia de cumplir el tto	8	2	1	1
9	A10BH05	E11	diabetes mellitus		metformina	sol	850	1	30	8	prescripción de dos patologías en una misma receta	4	se educó al paciente y se dejó información sobre su patología	10	2	1	1
9	M03BC01		dolor articular														
9	N02CA02		dolor de cabeza														
10	A10BH05	E11	diabetes mellitus		metformina	sol	850	1	30	8	prescripción de dos patologías en una misma receta	4	se educó al paciente y se dejó información sobre su patología				
10	N02CA02		dolor de cabeza		paracetamol	sol	500	1	ev								
10	A10BH05	E11	diabetes mellitus		metformina	sol	850	1	30	12	diarreas	6	se educó al paciente y se dejó información escrita sobre las reacciones adversas	8	2	1	1

												del medicamento.					
10			dolores musculares														
10	A10BH05	E11	diabetes mellitus		metformina	sol	850	1	30	9	el paciente no toma los medicamentos todos los días, se olvida de tomarlos a la hora indicada	1	se educó al paciente brindándole información escrita sobre la importancia de cumplir el tto.	8	2	1	1
11	A10BH05	E11	diabetes mellitus		metformina	sol	850	1	30	8	prescripción de dos patologías en una misma receta	4	se educó al paciente y se dejó información sobre su patología	10	2	1	1
11	A10BH05	E11	diabetes mellitus		metformina	sol	850	1	30	9	el paciente no toma los medicamentos todos los días, se olvida de tomarlos a la hora indicada	1	se educó al paciente a través de dos visitas domiciliarias y se dejó información escrita sobre la importancia de cumplir el tto.	8	2	1	1
11	A02BC01		acidez estomacal		ranitidina	sol	300	1	ev		ardor de estómago						
11			dolor musculoesquelético														

12	A10BH05	E11	diabetes mellitus		metformina	sol	850	1	30	9	el paciente olvida tomar sus medicamentos	1	se educó al paciente en la importancia de cumplir con el tratamiento.	8	2	1	1	
12			dolor musculoesqueletico		naproxeno	sol	550	1	ev	11	el paciente refiere tener dolor de su pierna izquierda	1	se oriento que acuda al médico	10	1	1	0	paciente sugiere que cuando va a la posta ya no encuentra ticket

ANEXO N°: 8.5.Glucómetro.

INDICACIONES DE USO DEL GLUCÓMETRO:

- El medidor se enciende automáticamente el extremo de contactos de la tira de prueba en el puerto de prueba, o cuando se presiona el botón —Sl.
- Siempre verifique los suministros antes de utilizar. Revise su medidor por daños (pantalla dañada o rajada, botones dañados o faltantes). Si nota algún daño, no use el medidor. Llame para solicitar asistencia. Revise los envases de tiras de prueba por daños (deseche cualquier envase que parezca estar rajado o roto).
- Verifique las fechas del envase de tiras de prueba que está utilizando. No use las tiras después de que hayan transcurrido 120 días a partir de la fecha de apertura escrita en el envase o cuando haya transcurrido la fecha impresa junto a lo que ocurra primero
- Lávese las manos (y el antebrazo para la prueba en sitio alternativo). Enjuague bien y seque completamente
- Saque la tira de prueba del envase. Tape el envase inmediatamente.
- Con el medidor apagado, inserte el extremo de contactos de la tira de prueba (con los contactos hacia arriba) dentro del puerto.
- Espere hasta que el símbolo de la gota aparezca en la pantalla.
- Puncione la yema del dedo o el antebrazo. Deje que se forme una gota de sangre.
- Estando la tira de prueba en el medidor, toque la gota de sangre con el borde de la punta para la muestra de la tira de prueba.
- Después de la cuenta regresiva, aparecerá en la pantalla el resultado junto con la fecha y la hora.
- Retire la tira de prueba y anote el resultado en el registro de control.



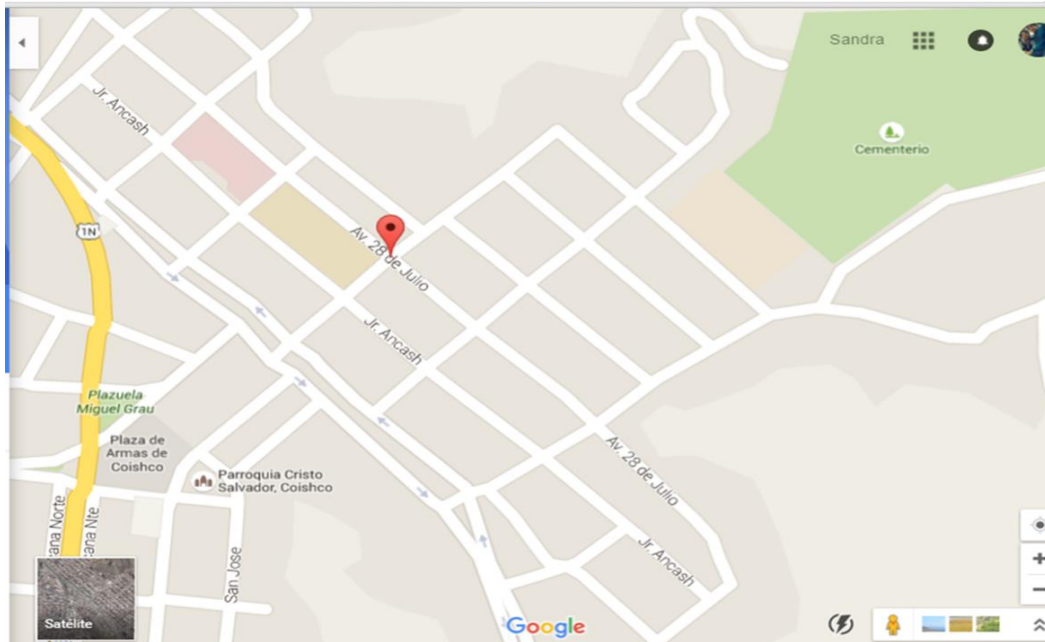
Material:

- > Aparato Medidor de Glucosa (glucómetro).
- > Lancetas.
- > Algodón empapado en alcohol (torundas), o agua y jabón.
- > Guantes de látex.
- > Contenedor (para material contaminado).
- > Hoja de registro.

ANEXO N° 8.6. Ubicación del frontis del establecimiento farmacéutico



ANEXO N° 8.7. Ubicación geográfica del establecimiento farmacéutico



ANEXO N° 8.8. Glosario de términos

- PRM: Problemas relacionados con el uso de medicamentos
- RNM: Resultados negativos de la medicación
- SFT: Seguimiento fármaco terapéutico
- AF: Atención farmacéutica
- DF: Diagnostico farmacéutico
- IF: Intervención farmacéutica
- TOM: The therapeutics outcomes monitoring
- MAS: Medication adherente scale
- SPSS: Statistical Package for the Social Sciences
- EF: establecimiento farmacéutico
- DCI: Denominación común internacional
- CIE10: Código internacional de enfermedades versión 10
- DIGEMID: Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas.
- EESS: Estado de Situación
- FFT: Ficha Farmacoterapéutica.