



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
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
HIPERTENSIÓN ARTERIAL. BOTICA MIFARMA N°202,
NVO. CHIMBOTE. SANTA. ANCASH. ABRIL – JUNIO
2014.

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
QUÍMICO FARMACÉUTICO

AUTOR(A):

BACH. MONTANI TARRILLO STEFANI
ORCID: 0000-0003-4095-4020

ASESOR(A):

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

CHIMBOTE – PERÚ
2019

EFICACIA DE UN PROGRAMA PILOTO DE
SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO SOBRE LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL. BOTICA MIFARMA N°202,
NVO. CHIMBOTE. SANTA. ANCASH. ABRIL – JUNIO
2014.

EQUIPO DE TRABAJO

AUTOR(A)

Montani Tarrillo Stefani

Orcid: 0000-0003-4095-4020

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

ASESOR

Dr. Ocampo Rujel Percy Alberto

Orcid: 0000-0002-9498-5431

Universidad Católica LOS Ángeles DE Chimbote, Facultad DE
Ciencias DE LA Salud, Escuela Profesional DE Farmacia Y
Bioquímica, Chimbote, Perú

JURADO

Dr. Díaz Ortega Jorge Luis

Orcid: 0000-0002-6154-8913

Mgtr. Ramírez Romero Teodoro Walter

Orcid: 0000-0002-2809-709x

Mgtr. Vásquez Corales Edison

Orcid: 0000-0001-9059-6394

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Dr. Jorge Luis Díaz Ortega

PRESIDENTE

Mgtr. Teodoro Walter Ramírez Romero

MIEMBRO

Mgtr. Edison Vásquez Corales

MIEMBRO

AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA

Dedico este informe de tesis a Dios por ser mi fuerza y mi fe, que me dio la fortaleza para seguir adelante y perseverar hasta el final con este proyecto y ver su culminación.

A mi madre Ana María, mi padre Eduardo Héctor y mi hermana Noelia por su amor y apoyo incondicional a lo largo de los años, donde muchas veces me fue difícil avanzar y seguir adelante, pero gracias a ellos logre superar las dificultades y lograr mis metas, siendo esta una meta muy importante en mi vida.

A mi asesor de Tesis, Dr. Percy Ocampo Rujel, por su orientación y dedicación, durante todo este proceso quien nos motivó y ayudo en la culminación de este proyecto que representa una fase de suma importancia en mi carrera profesional.

Y un profundo agradecimiento a todas las personas que estuvieron a mi lado durante este largo proceso apoyándome.

RESUMEN

Este presente proyecto de investigación tiene como objetivo determinar la eficacia del programa piloto de seguimiento Farmacoterapéutico para aumentar la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos intervenidos desde la “Botica Mifarma N°202”, Nvo. Chimbote durante los meses de Abril a Julio 2014.

La metodología que se desarrolló en este proyecto fue de tipo aplicada, cuantitativa y de nivel pre experimental con un diseño tipo prospectivo longitudinal de una sola casilla, no probabilístico y semi ciego. La muestra de pacientes fue monitoreada a través de un programa de SFT de seis 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 farmacoterapéuticas y test de Morisky Green Levine. Se solucionaron 16 Problemas relacionados con medicamentos (PRMs) (76.19 %) y los 5 PRMs (23.81%) no resueltos dejaron expuesto al paciente a la aparición de resultados negativos de la medicación (RNMs): observándose en un gran porcentaje los RNMs de necesidad (No recibe los que necesita (85.7%), inseguridad cuantitativa (4.8%), inseguridad no cuantitativa (9.5%). La adherencia comparada indicaría una diferencia significativa de acuerdo al test de McNemmar que fue de ($p=0,020$) es decir que hubo un impacto significativo en la adherencia al tratamiento.

Se concluye que el programa piloto de SFT fue eficaz en mejorar la adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos intervenidos de la “Botica Mifarma N° 202”, el SFT fue eficiente en solucionar la mayoría de los PRMs de los pacientes intervenidos ($p=0.02$) y mejoro la adherencia al tratamiento que tuvo una diferencia significativa desde su punto de inicio (no adherencia paso del 92 % al 33.3 %) hasta el final.

Palabras clave: Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM), Hipertensión, adherencia al tratamiento, test de Morisky.

ABSTRACT

The objective of this research project is to determine the effectiveness of the Pharmacotherapeutic follow-up pilot program to increase the adherence to the treatment of hypertensive patients operated from the "Botica Mifarma N ° 202", Nvo. Chimbote during the months of April to July 2014.

The methodology developed in this project was of an applied, quantitative and pre-experimental type with a single-box, non-probabilistic and semi-blind longitudinal prospective type design. The sample of patients was monitored through a six-phase SFT program: recruitment, information gathering, information evaluation, intervention, monitoring and measurement of results.

In each phase, information was collected on specific tools and instruments: pharmacotherapeutic sheets and the Morisky Green Levine test. Sixteen Problems related to medications (PRMs) were solved (76.19%) and the 5 unresolved PRMs (23.81%) left the patient exposed to the appearance of negative results of the medication (RNMs): a large percentage of the RNMs of need were observed (It does not receive those that it needs (85.7%), quantitative insecurity (4.8%), non-quantitative insecurity (9.5%). Compared adherence would indicate a significant difference according to the McNemmar test that was ($p = 0.020$) that is to say that there was a significant impact on adherence to treatment.

It is concluded that the pilot program of SFT was effective in improving adherence to treatment in hypertensive patients operated on by the "Botica Mifarma No. 202", the SFT was efficient in solving most of the PRMs of the operated patients ($p = 0.02$) and improved the adherence to the treatment that had a significant difference from its starting point (no adherence step from 92% to 33.3%) until the end.

Key words: Pharmacotherapeutic Follow-up (SFT), Drug Related Problems (PRM), Hypertension, adherence to treatment, Morisky's test.

INDICE

AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	4
1.2. Objetivos de la investigación.....	4
1.2.1. Objetivo General.....	4
1.2.2. Objetivos Específicos.....	5
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	6
2.1 Antecedentes.....	6
2.1.1. Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico.....	6
2.1.2. Evolución del Seguimiento farmacoterapéutico en el Perú.....	9
2.2. Marco Teórico.....	10
2.2.1. Problemas relacionados con el uso de medicamentos (PRM _s) y resultados negativos de la medicación (RNM).....	10
2.2.2. Diagnóstico de problemas relacionados con medicamentos (PRM).....	15
2.2.3. La atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico: contribución del farmacéutico al mantenimiento de la salud pública.....	28
2.2.4. Definición de Adherencia al tratamiento.....	36
2.2.5. Hipertensión Arterial.....	37
2.2.6. Botica Mifarma N° 202.....	39
III. HIPÓTESIS.....	40
Ho: Hipotesis Nula:.....	40
H1: Hipotesis Alternativa:.....	40
IV. METODOLOGÍA.....	41
4.1. Diseño de la investigación.....	41
4.1.1. Tipo y el nivel de la investigación.....	41
4.1.2. Diseño de la investigación:.....	41
4.2. Población y Muestra.....	42
4.3. Definición y operacionalización de las variables e indicadores.....	43
4.4. Técnicas e instrumentos.....	44
4.4.1. Técnica.....	44
4.4.2. Instrumentos.....	44

4.4.2.1. Fichas Farmacoterapéuticas (FFT) (Anexo N° 7.3)	44
4.4.2.2. Instrumento para medir la adherencia al tratamiento (CUADRO N°6).....	45
4.4.3. Procedimiento de recolección de datos.....	46
4.4.3. 1. Procedimiento para oferta del servicio y captación de los pacientes	47
4.4.3.2. Levantamiento de información.	48
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.....	49
4.4.3.4 Fase de intervención y seguimiento farmacoterapéutico.	50
4.4.3.5 Determinación del segundo estado de situación. Evaluación del impacto de la intervención.....	51
4.5.- Plan de análisis de datos.....	51
4.6. Matriz de Consistencia:.....	53
4.7. Criterios Éticos.....	54
V. RESULTADOS.....	55
5.1. RESULTADOS.....	55
5.1.1. Datos Generales Sobre Los Pacientes Y Los Tiempos De Intervención.....	55
5.1.2. Problemas De Salud Y Medicamentos Utilizados Por Los Pacientes Durante El Seguimiento Farmacéutico.....	56
5.1.3. Problemas Relacionados Con Medicamentos Diagnosticados Y Resueltos Durante El Proceso De SFT.....	58
5.1.4. Impacto De La Intervención Sobre La Adherencia.....	59
5.2. Análisis de Resultados.....	62
5.2.1. Datos generales sobre los pacientes y los tiempos de intervención en el SFT.....	62
5.2.2. Diagnósticos identificados y los medicamentos utilizados por los pacientes durante el proceso de SFT.....	65
5.2.3. Problemas Relacionados Con Medicamentos (PRM) Y Los Resultados Negativos De La Medicación (RNM).....	69
5.2.4. Impacto de la intervención sobre la Adherencia.....	72
VI. CONCLUSIONES.....	77
6.1. CONCLUSIONES.....	75
6.2. ASPECTOS COMPLEMENTARIOS.....	78
6.2.1. Sugerencias y Recomendaciones	78
6.2.2. Limitaciones.....	79
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80
VII. ANEXO.....	99

7.1. Anexo. Solicitud de permiso dirigido al establecimiento farmacéutico.....	99
7.2. Anexo. Hoja de consentimiento informado.....	100
7.3. Fichas Farmacoterapéuticas.....	101
Anexo N°7.3.1. Ficha FFT (hoja 1). Registro de la información del paciente, de su enfermedad de sus medicamentos y del médico prescriptor.....	101
Anexo N°7.3.2. Ficha FFT (hoja 1 continua). Registro de la información del paciente, de su enfermedad de sus medicamentos y del médico prescriptor.....	102
AnexoN°7.3.3. Ficha FFT (hoja 1 continua). Registro de la información del paciente, de su enfermedad de sus medicamentos y del médico prescriptor.....	103
Anexo N°7.3.4. Ficha FFT (hoja 2). Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes.....	104
Anexo N°7.3.5. Ficha FFT (hoja 2, continua). Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes.	105
Anexo N°7.3.6. Ficha FFT. (Hoja 3). Guía anatómica de repaso para identificar problemas relacionados con medicamentos.....	106
Anexo N°7.3.7. Ficha FFT (hoja 4). Hoja guía de intervención farmacoterapéutica.....	107
Anexo N°7.3.8. Ficha FFT (hoja 4, cuarta parte). Hoja guía de intervención farmacoterapéutica	108
Anexo N°7.3.9. Ficha FFT (hoja 4, segunda parte). Hoja guía de intervención farmacoterapéutica.....	109
Anexo N°7.3.10. Ficha FFT (hoja 4, tercera parte). Hoja guía de intervención farmacoterapéutica.....	110
Anexo N°7.3.11. Ficha FFT (hoja 6). Test para medir la adherencia al tratamiento. Test de Morisky.....	111
Anexo 7.4. Fotos.....	112

Índice de cuadros

		Pág. N°
Cuadro N°01.	Listado de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM).....	13
Cuadro N°02.	Clasificación de los Resultados Negativos Asociados con la Medicación (RNM). Tercer consenso de Granada. 2007. (Clasificación que le correspondía a los PRMs hasta el segundo consenso de Granada).....	13
Cuadro N°03.	Actividades de Atención Farmacéutica en el ejercicio profesional del farmacéutico comunitario.....	29
Cuadro N°04.	Clasificación de intervenciones farmacéuticas destinadas a prevenir o resolver resultados clínicos negativos de la farmacoterapia.....	36
Cuadro N°05.	Valores referenciales de presión arterial.....	37
Cuadro N°06.	Definición y operacionalización de las variables e indicadores.....	46
Cuadro N° 07	Escala de adherencia a la medicación (MAS) de Morinky Green Levine...	50
Cuadro N°08.	Criterio para calificar la adherencia o cumplimiento de los pacientes.....	52
Cuadro N°09.	Matriz de Consistencia.....	53

Índice de Figuras

Figura N°01	Flujograma de la etapa de estudio y evaluación. Tomado del comité de consenso.....	30
Figura N°02.	Pasos clave del Método DADER modificado de Seguimiento Farmacoterapéutico.....	37
Figura N°03.	Esquema del Modelo de Intervención Farmacéutica.....	43
Figura N°04.	Flujograma de Actividades de Seguimiento Farmacoterapéutico.....	50
Figura N°05.	ANEXO N° 7.5. Frontis de la Botica MIFARMA N° 202.....	115
Figura N°06.	ANEXO N° 7.6 Mapa de la ubicación de la Botica MiFarma N° 202.....	115
Figura N°07	Revisión de Fecha de vencimiento y limpieza de medicamentos.....	116
Figura N°08.	Orden y conservación de los medicamentos por parte del paciente.....	117

Índice de Tablas

Tabla N°01.	Distribución de frecuencias y porcentajes de los pacientes de la muestra por sexo y edad promedio. Programa de SFT dirigido a pacientes hipertensos. Botica Mifarma N° 202. Nvo. Chimbote Abril a junio 2014	55
Tabla N°02.	Distribución de los tiempos invertidos durante el Seguimiento Farmacoterapéutico entre el farmacéutico y los pacientes por la forma de contacto. Programa de SFT a pacientes hipertensos desde Botica Mifarma N° 202. Abril a Junio 2014.	55
Tabla N°03.	Problemas de Salud diagnosticados y no diagnosticados en los pacientes intervenidos. Programa de SFT a pacientes hipertensos. Botica Mifarma N° 202. Abril a Junio 2014.	56
Tabla N°04.	Medicamentos prescritos y no prescritos identificados durante el proceso de intervención. Programa de SFT apacientes hipertensos Botica Mifarma N° 202. Abril a Junio 2014	57
Tabla N°05.	Distribución de la frecuencia y porcentaje de los PRM diagnosticados Programa de SFT a paciente hipertenso. Botica Mifarma N° 202. Abril a Junio 2014.	68
Tabla N°06.	Comparativo de la edad, cantidad de diagnósticos, cantidad de medicamentos, PRMS identificados y PRMS solucionados por paciente intervenido. Programa de SFT a paciente hipertenso. Botica Mifarma N° 202. Abril a Junio 2014.	59
Tabla N°07.	Resultados de la intervención mediante SFT a paciente hipertensos sobre la Adherencia al tratamiento, Programa de SFT a pacientes hipertensos. Farmacia MiFarma Urb. Nvo Chimbote Abril a Junio 2014	59
Tabla N°08.	Efecto del Seguimiento Farmacoterapéutico sobre las actitudes que reflejan cada una de las preguntas del Test de Morinsky. Programa de SFT a pacientes hipertensos. Botica Mifarma N° 202. Nvo. Chimbote. Abril a Junio 2014.	61

Índice de Gráficos

Gráfico N°01.	Porcentaje de los medicamentos usados para los problemas de salud identificados. Programa de SFT a paciente hipertenso. Botica Mifarma N° 202. Abril a Junio 2014.....	58
Gráfico N°02	Evaluación de los niveles de adherencia, según las respuestas del Test de Morisky antes y después de la intervención farmacoterapéutica.....	60

I.- INTRODUCCION

A lo largo del tiempo la hipertensión arterial ha sido una enfermedad que ha ido incrementando su prevalencia. Las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, en donde la hipertensión es uno de sus factores de riesgo clave considerándose un problema de salud pública mundial¹²². Sus complicaciones causan anualmente 9,4 millones de muertes¹²³, el 45% de las muertes es por cardiopatías y el 51% de las muertes es por accidente cerebrovascular¹.

De la población peruana con diagnóstico médico de hipertensión arterial, 60,3% ha recibido o comprado medicamentos para controlar la presión alta. La población femenina hipertensa con tratamiento farmacológico alcanzó 61,5% y la masculina 58,4%. La mayor proporción de hipertensos con tratamiento reside en Lima Metropolitana (67,8%) y en la Costa (65,3%), sin Lima Metropolitana; seguida por la Selva (55,4%) y Sierra (47,6%) (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2015, p. 11).

La hipertensión arterial es una enfermedad vascular, arterial, sistémica, inflamatoria crónica, que hasta el día de hoy es definida como una enfermedad sin etiología. La elevación anormal y persistente de la presión arterial sistólica o diastólica es la manifestación clínica indispensable, este umbral será el valor tradicional de 140 mm Hg sistólico, 90 mm Hg diastólico o ambos³.

Por lo tanto, se define a los individuos como hipertensos cuando atraviesan persistentemente el umbral de la presión arterial por encima del cual hay sólidas

pruebas científicas de que el tratamiento antihipertensivo mejorará su pronóstico. Sin embargo, el paciente con una enfermedad crónica como lo es la hipertensión tarde en adaptarse y aceptar la patología, provocando que el hipertenso también demore en ser adherente al tratamiento³.

Es importante considerar que las cifras de presión arterial elevadas implican una mayor posibilidad de cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardiaca congestiva e insuficiencia renal (Chobanian et al., 2003a, p.16)

Los resultados y conclusiones en el exterior del país sobre las enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial, que se origina en el consumo de medicamentos, se pueden llevar a cabo gracias a la implementación de sistemas de control y monitorización de los sistemas de salud, tecnología apropiada para el diagnóstico y redes de información que aún no existen en nuestro sistema de salud.

Los PRMs en nuestro país donde no se implementan sistemas de farmacovigilancia desarrollados nos hacen cuestionar sobre “¿Cuál es el estado actual de la morbilidad y mortalidad asociada con el uso de medicamentos en el Perú?”

Se han visto implementados diversos modelos de atención farmacéutica como una forma de solucionar este problema emergente, que fueron desarrollados sobre todo en EE.UU. y España⁸ en base al perfil profesional farmacéutico como conector experimentado en medicamentos. Como lo señalan Bonal y Col⁹. Se debe promover la adaptación de estos modelos e instrumentos farmacéuticos para garantizar la calidad del uso de medicamentos por los pacientes. Estas modificaciones deben tomar en cuenta la diversidad de variables que podrían influir en el uso de medicamentos, desde aquellas propias de los usuarios y su entorno social y cultural hasta aquellas

relacionadas con la morbilidad prevalente, la calidad de los productos y los criterios de prescripción y dispensación.

En este marco, las enfermedades de presión arterial tienen un alto índice de morbimortalidad en nuestro país y afectan al 55% de la población adulta¹⁰. El éxito del tratamiento está directamente relacionado con el uso apropiado de los medicamentos que está a su vez fuertemente influenciado por diversas variables que de no ser identificadas a tiempo podrían desencadenar fracasos en los tratamientos, agravamiento de la enfermedad o peor aún en la aparición de problemas de salud asociados al uso inapropiado de medicamentos

Es por lo tanto necesario el desarrollo de investigaciones para demostrar la contribución de la Atención Farmacéutica y el Seguimiento Farmacoterapéutico en la prevención y el control de PRMs, prestando especial cuidado en enfermedades crónicas como la HTA, que requieren uso prolongado de medicamentos

En la presente investigación se orientó a evaluar la eficacia del SFT sobre la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos como efecto directo de la actividad profesional del farmacéutico.

1.1. Planteamiento del problema.

De la caracterización del problema se desprende la motivación de poner en práctica un modelo adaptado de Atención Farmacéutica basado en Seguimiento Farmacoterapéutico que permita evaluar el impacto y la utilidad del programa no solo clínica si no como herramienta para el fortalecimiento de los Establecimientos Farmacéuticos como unidades de salud especializadas en la consultoría sobre el uso de medicamentos.

Específicamente la presente investigación estuvo orientada a determinar si:

¿Tendrá el programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico eficacia para aumentar la adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos?

La intervención fue dirigida a los pacientes hipertensos que surtieron regularmente sus medicamentos desde la “Botica Mifarma N° 202” durante los meses de abril - junio del 2014.

1.2. Objetivos de la investigación:

1.2.1. Objetivo General.

Determinar si el programa piloto de seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) es eficaz para aumentar la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos de la “Botica Mifarma N°202”.

1.2.2. Objetivos específicos

- 1.2.2.1. Evaluar el estado de situación del uso de medicamentos en los pacientes con hipertensión arterial y diagnosticar la existencia de problemas relacionados con medicamentos.
- 1.2.2.2. Intervenir a los pacientes con Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs) mediante un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) para prevenirlos o curarlos.
- 1.2.2.3. Medir la eficacia de la intervención mediante SFT sobre la adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes.

2.1.1. Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico.

Las diversas intervenciones de Atención Farmacéutica desarrolladas basadas en SFT y llevadas a cabo en diversos ámbitos han demostrado resultados positivos, las intervenciones que se orientan. Las intervenciones orientadas a mejorar la calidad de uso de los medicamentos y control de diversas entidades patológicas muestran resultados en ámbitos clínicos, humanísticos y económicos, ganancia en capacidades y empoderamiento de los profesionales farmacéuticos¹¹.

Se informaron éxitos en la regularización de las presiones arteriales ya sea diastólicas o sistólicas^{12,13,14} y el mejoramiento de la adherencia o cumplimiento de las indicaciones médicas (ambos en el ámbito clínico).^{15, 16, 17} Además se han reportado éxitos en los niveles de percepción de calidad de vida^{18, 19, 20} y el mejoramiento de la calificación por parte de la población del trabajo que realiza el farmacéutico a nivel comunitario (ámbito humanístico)^{21, 22, 23}.

Se ha evidenciado, como efecto de las intervenciones farmacéuticas, mejoras significativas en el conocimiento del paciente, acerca de los factores de riesgo de las enfermedades, sobre las características de los medicamentos y en la aceptación y satisfacción del paciente con el servicio farmacéutico. Del mismo modo se hallaron mejorías significativas en la condición física y un raro empeoramiento de las funciones

sociales, emocionales y de salud mental relacionado probablemente a una mayor conciencia de parte del paciente hacia la enfermedad¹².

Respecto a los tipos de intervenciones realizadas, “Sabater y Col. ²⁴, analizaron 2361 hojas de intervención farmacéutica y determinaron que las más prevalentes fueron aquellas encaminadas hacia la sustitución del medicamento (23,6%), seguidas por aquellas destinadas a la adición de un medicamento al paciente (23,5%). También destacaron las intervenciones dirigidas hacia la disminución del incumplimiento voluntario (14,8%), hacia la retirada de un medicamento (14,6%) y hacia la modificación de la dosis (13,4%). El resto de los tipos de intervención definidos fueron: educación en medidas no farmacológicas (3,4%), disminución del incumplimiento involuntario (3,4%), modificación de la dosificación (2,2%) y modificación la pauta de administración (1,2%)”.

Las evidencias que nos dan resultados positivos alcanzados mediante la introducción de programas de seguimiento farmacoterapéutico en los diversos niveles de atención de salud clínicos y ambulatorios son muchas²⁵. Demostrando su utilidad como herramienta que ayuda a mejorar el nivel de control de morbilidad ocasionada por el uso de medicamentos en pacientes con diversas patologías ya sean crónicas o agudas, transmisibles o no transmisibles²⁶⁻²⁹.

Las investigaciones muestran también evidencias del efecto de intervenciones farmacéuticas que fueron realizadas a través de diversos canales de comunicación que no solo utilizan entrevistas personales, sino también alternativas como llamadas

telefónicas y el uso de internet mediante correos electrónicos. Se concluye que estos medios de comunicación para transmitir indicaciones a los pacientes sobre el uso de medicamentos y la monitorización del cumplimiento o reporte de reacciones no esperadas son eficaces y poseen potencial³⁰⁻³⁵.

En nuestro país, si hacemos una búsqueda rápida en internet de las palabras clave Seguimiento Farmacoterapéutico o Atención farmacéutica en pacientes hipertensos en el Perú, nos proporciona escasos resultados de investigaciones realizadas o programas SFT que se realicen.

En un trabajo antiguo y pionero sobre la implantación del SFT en una farmacia comunitaria de un cono de Lima, Gamarra y Col³⁶. muestran resultados poco precisos sobre la naturaleza de la intervención y la conclusión solo refiere una influencia positiva del programa en la percepción de los pacientes sobre la imagen profesional del farmacéutico.

En una investigación en el año 2010, Ocampo³⁸ realiza dicha investigación con la finalidad de medir el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes hipertensos, demuestra que el resultado es significativo (0.031) cuando se comparan los test antes – después de una intervención farmacoterapéutica. Se refiere que el programa aumentó sobre todo la actitud de los pacientes en tomar los medicamentos cotidianamente ($p = 0,003$).

2.1.2. Evolución del Seguimiento farmacoterapéutico en el Perú.

En el Perú los antecedentes acerca de la implementación de programas de Atención Farmacéutica (AF) se remontan del 2003 en una reunión promovida por la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas para identificar los ámbitos de aplicación de la Atención Farmacéutica (AF), en dicha reunión participaron Farmacéuticos de establecimientos de salud, profesionales representantes de universidades y de instituciones farmacéuticas, desafortunadamente no se logró llegar a ningún consenso.

El primer documento normativo en promover el desarrollo de la atención farmacéutica y cumplimiento de las Buenas Prácticas de Farmacia fue la política de medicamentos del Perú del año 2014, esto se promovió entre todos los profesionales farmacéuticos, tanto del sector privado como público³⁹.

De los criterios de política se desprende “La Ley 29459, Ley de Medicamentos, de 2009 y sus reglamentos que entraron en vigencia en 2011. De esta norma a su vez se desprende toda la regulación en materia de medicamentos que existe actualmente en el Perú. En ella se zanja el problema semántico y se definen los alcances de la Atención farmacéutica y el Seguimiento farmacoterapéutico como actividades esenciales de las Buenas prácticas de farmacia⁴⁰⁻⁴²”.

Según la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud del Perú (DIGEMID)⁴³, a enero de 2008 el desarrollo de la Atención Farmacéutica podía ser explicado revisando las distintas actividades académicas

normativas y profesionales desarrolladas en los últimos 10 años. En el documento de referencia se explica que la implementación de la Atención farmacéutica en el Perú se ha basado únicamente en evaluar el potencial efecto de los programas y en la identificación de las características a favor y en contra que tienen los tipos de establecimientos de salud existentes y las estrategias que se requerirían en cada uno para la implementación de este servicio.

En el año 2012 la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud del Perú (DIGEMID), presentó su propio modelo de Seguimiento Farmacoterapéutico dirigido a establecimientos farmacéuticos públicos. Se declaran las fases del proceso y se sugieren hacer mediciones de los resultados a través de indicadores de uso de medicamentos, resolución de Problemas Relacionados con Medicamentos y el impacto del proceso sobre la adherencia al tratamiento. Sin embargo, no existe una guía de cómo desarrollar el proceso⁴⁴.

2.2. Marco Teórico.

2.2.1. Problemas relacionados con el uso de medicamentos (PRMs) y resultados negativos de la medicación (RNM).

La consideración del medicamento como bien económico no siempre va de la mano con su percepción como bien social, como consecuencia a esto, los intereses económicos se anteponen a los sanitarios. Esto ocasiona que con frecuencia se perjudique o se ponga en riesgo la salud pública, en particular de las más vulnerables,

formándose una tensión permanente entre la atención a las necesidades terapéuticas reales y la ampliación del mercado farmacéutico⁴⁵.

“El verdadero valor social del medicamento radica, sin embargo, en sus efectos más intangibles, imponderables y sensibles a las emociones humanas: la disminución del sufrimiento y su contribución a la vida y a la felicidad de las personas. La aportación del medicamento y su industria a la ciencia médica y su aplicación en los sistemas asistenciales salva vidas, alivia el dolor y el sufrimiento físico y psíquico de los pacientes y de sus familias, haciendo posible el desarrollo humano y la integración social de las personas⁴⁵”.

Aunque, con el uso de medicamentos constante no siempre se consiguen resultados positivos. En ocasiones la farmacoterapia falla provocando daños adicionales directos o indirectos cuando no se consiguen los objetivos terapéuticos buscados. Estos fallos de la farmacoterapia tienen un coste en la salud de los pacientes y un coste en recursos sanitarios y sociales, lo que los convierten en un auténtico problema de salud pública⁴⁶⁻⁵⁰.

Strand y Hepler,^{3,51} definen los Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM), como aquella experiencia indeseable del paciente que involucra a la terapia farmacológica y que interfiere real o potencialmente con los resultados deseados por la terapéutica.

Para que un acontecimiento pueda ser calificado de PRM deben de existir dos condiciones: “1) el paciente debe estar experimentando o debe ser posible que

experimente una enfermedad o sintomatología, y 2) esta patología debe tener una relación identificable o sospechada con la terapia farmacológica⁵¹”.

Blasco, Mariño y Cols⁵². Definen como error de Medicación (EM) a cualquier acción prevenible que puede causar daño al paciente o morbilidad farmacoterapéutica (MFT). Los errores de medicación pueden tener su origen en errores de prescripción, en el manejo posterior de la administración de la medicación por algún profesional sanitario o el propio paciente.

Los errores de medicación, según el Tercer Consenso de Granada, están dentro de las categorías de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM)⁵³. En su acepción mayor los PRMs son además cualquier suceso durante el proceso de uso de medicamentos que pueden incluir problemas no prevenibles como las idiosincrasias, las reacciones adversas o interacciones desconocidas (Cuadro N°01).

En el año 2007 el Tercer Consenso de Granada⁵³ se definió como sospecha de RNMs. a las situaciones en la que el paciente está en riesgo de sufrir un problema de salud coligado al uso de medicamentos generalmente por la existencia de uno o más PRMs, los que se consideran como factores de riesgo o causas de este RNM (Cuadro N° 02).

Se admite que los problemas relacionados con medicamentos (PRMs) como causas de reacciones negativas de medicamentos (RNMs), pueden ser diversas, aceptando por tanto la existencia de un listado inicial que no es exhaustivo ni excluyente, y que por tanto puede ser modificado con su utilización en la práctica clínica y en diversas

condiciones sociales⁵³.

CUADRO N°01. Listado de problemas relacionados con medicamentos (PRMs)

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

Tomado de: Tercer Consenso de Granada 2007⁵³

Se pueden dividir los PRMs en: potenciales o no manifestados, cuando el paciente potencialmente puede llegar a experimentar algún suceso indeseable (RNM) que podría interferir en los resultados deseados y reales cuando el paciente experimenta de hecho un suceso indeseable relacionado con la farmacoterapia que genera resultados negativos de la medicación (RNM)⁵⁴.

CUADRO N°02. Clasificación de Resultados Negativos Asociados con la Medicación (RNM). Tercer Consenso de Granada. 2007 (Clasificación que le correspondía a los PRMs hasta el Segundo Consenso de Granada).

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		Inefectividad no cuantitativa. El paciente sufre un

	Efectividad	problema de salud asociado a una ineffectividad no cuantitativa de la medicación.
4		Inefectividad cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una ineffectividad cuantitativa de la medicación.
5	Seguridad	Inseguridad no cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad no cuantitativa de un medicamento.
6		Inseguridad cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad cuantitativa de un medicamento.

Tomado de Tercer Consenso de Granada 2007⁴²

Con la definición clara de la actividad que identifica y sistematiza a estos eventos puede afirmarse que los farmacéuticos al identificar un PRM para prevenir un RNM o una morbilidad farmacoterapéutica (MFT) realiza un diagnóstico de un signo o síntoma (PRM) que debe prevenirse o evitarse para que no se genere una morbilidad (RNM o MFT). Desde este punto de vista la definición de PRM y RNM puede ser el origen de un nuevo posicionamiento profesional del Farmacéutico en los sistemas de salud como facultativo del diagnóstico de un grupo de problemas de salud asociados al mal uso de medicamentos⁵⁵.

En la práctica, lo que sucede es que los Profesionales Farmacéuticos han evitado utilizar la palabra diagnóstico para referirse finalmente a la actividad profesional de prevenir RNMs a través de la identificación y el tratamiento de sus causas, los PRMs. Si para los Profesionales Médicos es clara la labor diagnóstica de las enfermedades que son capaces de identificar, para los Profesionales Farmacéuticos debe quedar claro cuáles son los PRMs que son capaces de diagnosticar para evitar la aparición de resultados negativos de la medicación (RNM)⁵⁶.

Culbertson y Col. en 1997⁵⁶ citado por Hurley⁵⁷ definieron como diagnóstico farmacéutico (DF) al proceso cognitivo centrado en la identificación de problemas específicos originados en el uso de medicamentos por parte de los pacientes. El diagnóstico farmacéutico debe estar basado en suficientes evidencias que permita discernir que la causa del problema de salud que enfrenta el paciente es efectivamente el uso de los medicamentos.

Ferriols⁵⁸ afirma que, los PRM se originan de una forma más frecuente, en la forma en que los medicamentos son seleccionados, prescritos o indicados, dispensados, administrados y, principalmente, monitorizados. Por tanto, además de la obligada calidad intrínseca de los medicamentos que se manejan es imprescindible una correcta selección, prescripción, indicación, preparación, dispensación y administración. De la misma manera, como afirma Calvo,⁵⁹ posteriormente a la administración es exigible la vigilancia del logro de resultados y la evolución del paciente por parte del farmacéutico para evitar y/o prevenir sucesos adversos relacionados con la farmacoterapia.

2.2.2. Diagnóstico de problemas relacionados con medicamentos (PRM).

El diagnóstico de PRMs como signos y síntomas de RNMs, que fueron definidos como problemas de salud a causa del incorrecto uso de medicamentos, exige de los profesionales farmacéuticos el desarrollo de habilidades, capacidades y competencias para identificar la presencia o probable aparición de los RNMs. En este proceso es necesario el uso de herramientas de registro y medición de variables para la documentación exhaustiva de cada caso.

Los diagnósticos realizados deben definir de la forma más precisa posible las características diferenciales de los problemas relacionados con medicamentos (PRMs), su etiología y factores desencadenantes, a partir del análisis preciso se podrá definir su naturaleza y se podrán escoger las estrategias pertinentes para su solución. De lo contrario la práctica se volverá empírica y sujeta al ensayo y error. La documentación de la aplicación de estas prácticas profesionales contribuirá de gran manera el estado del arte y a la especialización de las intervenciones farmacéuticas.

El Tercer Consenso de Granada⁵³ y la Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico del Método DÁDER⁶⁰ presentan un alcance de las definiciones de los problemas relacionados con medicamentos (PRM). Esas definiciones se utilizan en la presente investigación y se explican según el orden de identificación propuesto según la Figura N° 01 y la Ficha Farmacoterapéutica (Anexo N°7.3).

- a) Administración errónea del medicamento (PRM 1): cuando se administran de forma errónea los medicamentos por parte del paciente, estos toman decisiones propias acerca del uso de medicamentos, diferentes a las indicadas por los facultativos en la prescripción o dispensación. Este problema consiste en la automedicación, donde el paciente elige por decisión propia usar medicamentos sin prescripción correspondiente, necesiándola o no.

Según la normatividad⁶¹ vigente, los medicamentos se clasifican en cuatro categorías de uso: a) Los que pueden adquirirse sin prescripción médica y de venta en establecimientos no farmacéuticos; b) Aquellos que pueden adquirirse

sin prescripción médica únicamente en establecimientos farmacéuticos (EF);
c) Los medicamentos de venta bajo prescripción médica y solo en EF. y d) Los medicamentos especiales de venta solo en EF. y únicamente bajo receta médica restringida.

Otros errores frecuentes son la interpretación errónea de la posología, es decir la cantidad correcta que debería ser administrada y el intervalo de dosis adecuando que no se cumple, también están la administración de formas farmacéuticas por vías inapropiadas, como administrar un medicamento por vía oral siendo este un medicamento que debería ser usado por vía rectal, destruir la forma farmacéutica de los medicamentos para hacer más fácil la toma del mismo, no poder diferenciar los medicamentos que tomar con otros que mantiene en su domicilio y otros errores propios de las influencias culturales.

- b) Actitudes negativas (PRM 2): suceden cuando el paciente toma una conducta contraria hacia la medicación, debido a las percepciones erróneas que tiene de los efectos del medicamento que se le administra. El paciente está convencido ya sea por factores intrínsecos o extrínsecos, que los medicamentos no son necesarios o son más dañinos que la propia enfermedad que padece.

Existe una forma en la que se pueden detectar estas actitudes, esta es cuando el farmacéutico pregunta: “¿Cree Usted que puede tener problemas con la toma de alguno de estos medicamentos?” Y como respuesta se obtienen justificaciones en contra de los medicamentos, la mayor parte de veces

originados por sensaciones negativas o reacciones adversas intensas.

Las actitudes negativas decaen en incumplimiento, aunque difiere de este por ser una actitud convencida y razonada, mientras que el incumplimiento simple es una muestra de desinterés propia.

- c) Conservación inadecuada (PRM 3): Es debido a las condiciones ambientales negativas en las que se ven almacenados los medicamentos, afectando su calidad. Dentro de estas condiciones esta: los lugares inseguros que se encuentran al alcance de niños, ambientes húmedos, expuestos directamente a la luz solar, temperaturas extremas ya sean muy frías o muy calientes o en lugares expuestos a maltrato físico u otros.

También se considera conservación inadecuada el almacenamiento de los medicamentos de forma desordenada y/o desorganizada, guardarlas en bolsas plásticas, cajas, armarios de ropa, en la cocina o baño, etc. Manteniéndolas fuera de su empaque secundario, a granel y mezclándose con diferentes medicamentos de apariencia similar. Esta práctica puede generar equivocaciones en la toma de medicamentos, al escoger de forma inadecuada el medicamento que es necesitado para su patología, desencadenado consecuencias graves.

- d) Duplicidad (PRM 4): Sucede cuando se toma de forma concomitante dos medicamentos que cumplen la misma función farmacológica sin ventajas

terapéuticas. Por el contrario, la duplicidad puede causar problemas a la salud debido a la sobre dosificación.

El origen de este problema es la prescripción. Se considera que dos medicamentos son duplicados cuando son medicamentos donde es necesario receta médica para su uso y de hecho existen en una misma prescripción o fueron prescritos en dos ocasiones diferentes para la misma o diferente patología. De igual manera el paciente sigue usándolos de manera concomitante.

La duplicidad también puede darse, cuando el paciente por decisión propia toma dos medicamentos que no necesitan prescripción médica, pero con similar efecto farmacológico.

No es considerado duplicidad cuando el paciente decide por cuenta propia tomar un medicamento que necesita receta, sin saber que ya usa un medicamento prescrito con la misma función farmacológica; en este caso se considera una administración errónea del medicamento (PRM 1).

En conclusión, para que exista duplicidad los dos o más medicamentos duplicados deben ser prescritos con el mismo objetivo farmacológico o el uso de medicamentos no sujetos a prescripción médica que tienen la misma función farmacológica.

- e) Dosis, pauta y/o duración no adecuada (PRM 5): Ocurre cuando la prescripción médica no es conforme a las pautas posológicas habituales o recomendadas en esquemas de tratamiento institucionales. La incongruencia puede ser en la dosis, la vía de administración, la frecuencia de administración o el tiempo recomendado para el tratamiento.

- f) Contraindicaciones (PRM 6): Sucede cuando las condiciones fisiopatológicas del paciente o la toma concomitante de algún otro medicamento u otra sustancia no permite que el paciente esté en condiciones de usar un determinado medicamento. Las contraindicaciones pueden generar un daño muy negativo para el paciente.

Se logra identificar un medicamento contraindicado al revisar la prescripción de medicamentos que el paciente consume de manera regular, o cuando el paciente consume de forma voluntaria un medicamento de venta libre contraindicado para su condición patológica.

No es considerado contraindicación cuando el paciente decide incurrir en la automedicación, tomando un medicamento no apropiado para su condición que necesita prescripción, en este caso será un error de medicación (PRM 1).

- g) Errores de dispensación (PRM 7): En este caso los medicamentos deben, en la mayoría de los casos, ser dispensados tal como fueron prescritos en las recetas médicas. Según norma vigente^{41, 62} el Farmacéutico está facultado para ofrecer

al paciente una alternativa farmacéutica al medicamento prescrito, indicando las diferencias de origen y precio, este cambio puede darse desde un medicamento prescrito en denominación común internacional (DCI) a un medicamento de comercial o de marca, si el paciente lo prefiere y fue previamente informado del cambio. O en un caso más favorable, donde un medicamento prescrito en nombre comercial o de marca se cambia por otro medicamento en DCI.

En la revisión de los medicamentos el profesional Farmacéutico asegurará que la dispensación de medicamentos esté de acuerdo a la receta en cuanto a su naturaleza como alternativa farmacéutica, forma farmacéutica y cantidad dispuesta.

- h) Errores de prescripción (PRM 8): Los errores de prescripción ocurren cuando el facultativo prescribe al paciente una receta o documento con indicaciones terapéuticas incompletas, poco claras, confusas, que terminan originando los errores del paciente al usar los medicamentos.

Para un diagnóstico claro el Profesional Farmacéutico revisa junto al paciente el documento emitido por el facultativo, teniendo a la vista los medicamentos dispensados. Se analiza y verifica si la receta dispone de los datos mínimos requeridos normativamente para que el paciente tenga un uso apropiado de los medicamentos⁶³ y si estos son coherentes farmacológicamente con el diagnóstico.

Se revisan las dos partes de la prescripción: las indicaciones para la farmacia y las indicaciones de uso para el paciente. Las indicaciones para la farmacia incluyen: datos completos del prescriptor, el nombre del paciente, la escritura clara de los medicamentos en denominación común internacional (DCI), la forma de presentación y la cantidad total de medicamentos en unidades.

Las indicaciones de cada medicamento para el paciente deben incluir: Las dosis, la frecuencia de dosis que debe ser administrada y el tiempo de tratamiento farmacológico. La cantidad de medicamento que fue prescrito al paciente debe coincidir con la necesaria según la posología y la duración de tratamiento. De forma adicional las recetas deben contar con las precauciones en el uso del medicamento, incompatibilidades y advertencias de estos por la condición fisiopatológica del paciente si fuese necesario.

- i) Incumplimiento o No Adherencia al tratamiento prescrito (PRM 9): En este caso utilizamos la definición de Haynes citado por Basterra⁴⁰ que definió la adherencia al tratamiento como: “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”. Se utiliza de manera indistinta los términos cumplimiento terapéutico, cumplimiento de la prescripción, adherencia al tratamiento y adherencia terapéutica con el mismo significado semántico.

El incumplimiento o no-adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas es un problema global de gran magnitud; en los países desarrollados solo el 50% de los pacientes son adherentes a diferencia de los países en vías de desarrollo donde sus tasas de adherencia son inclusive menores.⁶³ Este problema relacionado con la medicación (PRM) tiene como consecuencia el incumplimiento de las metas sanitarias, principalmente en pacientes con enfermedades crónicas, generando mayores costos en salud, mayor incidencia de complicaciones y finalmente agravamiento conllevando a la muerte del paciente⁶⁴⁻⁶⁶.

Es importante medir el grado de adherencia antes y después de una intervención farmacoterapéutica ya que sirve como un indicador de la eficacia del SFT sobre la resolución de PRMs³⁸. El grado de la adherencia se evaluará mediante la aplicación del test denominado Medication Adherence Scale o Test de Morisky Green Levine⁶⁷. El empleo de dicho instrumento de medición se describe en el acápite N° 4.4.2.2. y cuadro N°06.

- j) Interacciones (PRM 10): Se debe incompatibilidad de dos o más medicamentos administrados concomitantemente que afecta de forma negativa el efecto farmacológico de ambos o de alguno de ellos; aumentado sus efectos nocivos o disminuyendo su potencia o acción farmacológica. Ambas situaciones son desfavorables que pueden poner en riesgo la salud del paciente.

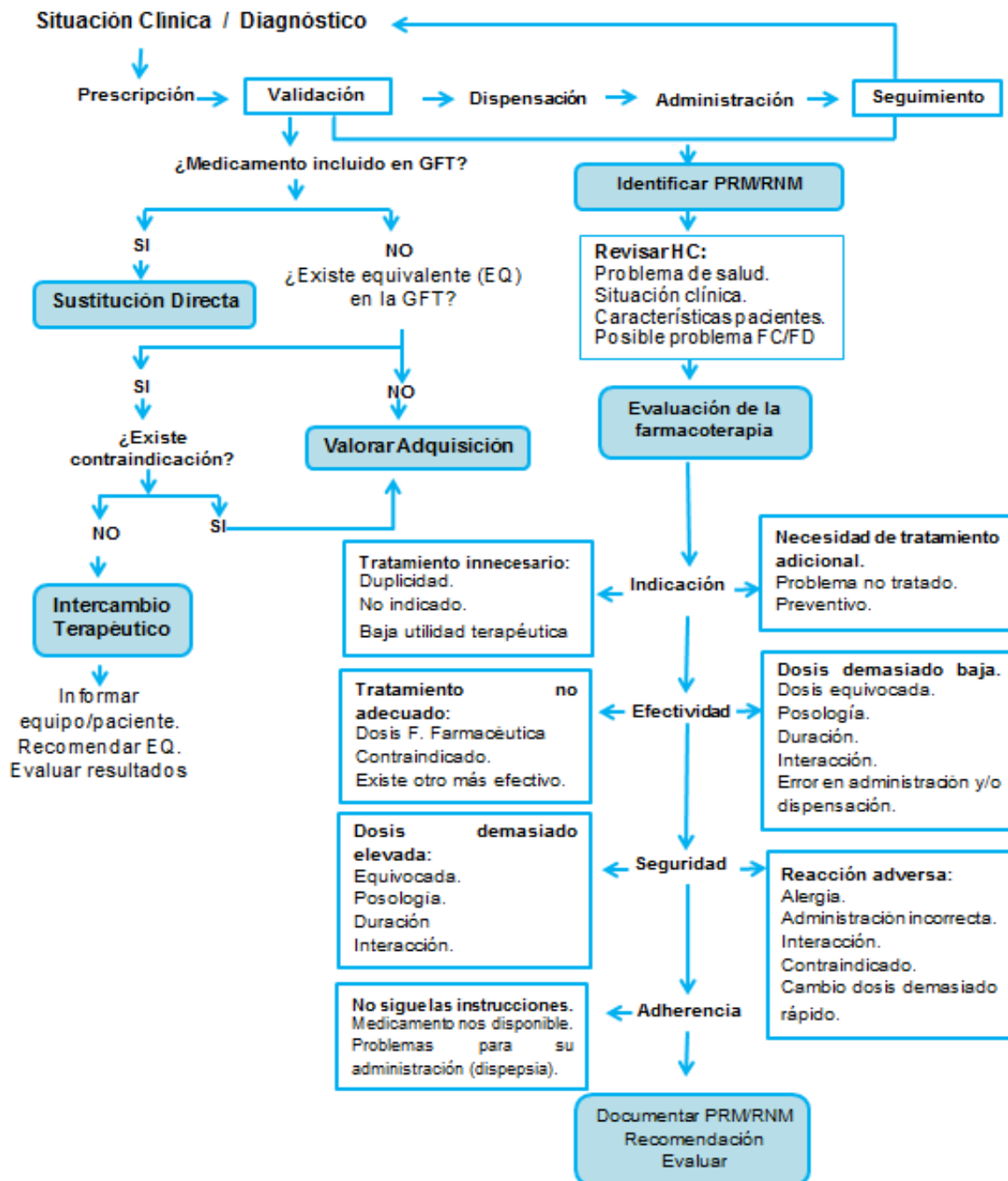
La evaluación de la interacción es compleja y debe primar el criterio de costo beneficio de la administración conjunta, frente a otras alternativas terapéuticas¹⁵.

Las interacciones con alimentos o productos naturales que el paciente suele consumir de manera regular junto con sus medicamentos prescritos se considera que pueden afectar negativamente la medicación.

De la misma forma que en la duplicidad y en las contraindicaciones se considera interacción cuando el origen de uso de los medicamentos implicados es una prescripción médica. En caso de que la interacción se produzca por el uso de un medicamento automedicado que necesita prescripción, el problema se clasifica como error de medicación o PRM 1.

- k) Otros problemas de salud que afectan al tratamiento (PRM 11): En este caso se trata de problemas de salud diagnosticados o no que condicionan al paciente hacia ciertos comportamientos que pueden conllevar a la utilización de medicamentos prescritos o motivar la automedicación inapropiada.

Figura N° 01. Flujograma de la etapa de estudio y evaluación. Tomado de Comité de Consenso^{14, 25, 34}.



Como ejemplos de estos problemas tenemos: a las alergias, el estrés, dolor, depresión, problemas gastrointestinales como estreñimiento y/o diarrea, infecciones respiratorias, sensaciones extrañas u otros. Al presentar algunos de estos problemas, el paciente puede optar por decidir alguna alternativa no convencional para atenuar los síntomas

poniendo en riesgo el tratamiento que le fue prescrito. Esto también pueden ser el origen o motivo de automedicación no apropiada.

- l) Potenciales reacciones adversas (PRM 12): Se refiere a aquellos problemas de salud causados o agravados por el medicamento. Es conveniente revisar la evidencia científica que existe sobre la probabilidad de manifestación de un determinado efecto indeseado, así como su gravedad. Es preciso establecer cuáles son los signos clínicos que permiten identificar la aparición de los efectos indeseados de un medicamento. También es conveniente revisar resultados de análisis clínicos que puedan estar alteradas por causa del medicamento⁶⁰.

Es necesario considerar el origen del uso de los medicamentos en este problema ya que está estrechamente relacionado. Los medicamentos que se administran por automedicación donde es necesaria su prescripción y generan una reacción adversa se reportan como errores de medicación (PRM 1).

- m) Problema de salud insuficientemente tratado (PRM 13): Es posible la identificación de este problema cuando el farmacéutico pregunta al paciente: “¿Cuándo usted toma los medicamentos se siente mejor, igual o peor?” las respuestas igual o peor denotan malestar en el paciente y un signo de inefectividad del tratamiento prescrito.

La ineficacia del tratamiento puede ser el origen de prácticas inapropiadas o

negativas para la salud del paciente. El Profesional Farmacéutico ante el descubrimiento o diagnóstico de problema insuficientemente tratado se deberá comunicar de forma inmediata con el médico tratante.

En el Tercer Consenso de Granada⁵⁰ se sugirió que su lista de PRMs. puede ser enriquecida a medida que en la realidad donde se pongan en práctica programas de SFT se definan otras entidades o factores propios del entorno que puedan desencadenar Resultados Negativos de la Medicación (RNM). En este sentido se han considerado las recomendaciones de investigaciones previas que son similares y se han adicionado como PRMs: las influencias negativas del entorno, la utilización de medicamentos ilegales y los problemas económicos, que son factores propios de la realidad en la que vivimos³⁸. Los PRMs incluidos se definen a continuación:

- n) Influencias negativas del entorno (PRM 14): Se puede definir como ciertas conductas y actitudes asumidas por los pacientes por la influencia de su entorno sociocultural que predisponen su concepto y actitud hacia los medicamentos.

Dichas influencias negativas pueden originarse de familiares, amistades y/o vecinos que padecen los mismos o similares problemas de salud y que sugieren replicar formas de uso de los medicamentos convencidos de: “lo que hace bien a uno es bueno para todos”. Entre otras influencias del entorno, están las que provienen de publicidad engañosa, grupos religiosos, falta de conocimiento del medicamento o información insuficiente del mismo, etc.

- o) Medicamentos ilegales (PRM 15): Es cuando se usan medicamentos sin registro sanitario vigente, de origen dudoso o ilegal: como el contrabando, muestras médicas recibidas, medicamentos robado de instituciones públicas. Estos pueden identificarse a través de un simple análisis organoléptico, es decir: la verificación del envase primario y secundario no violado, registro sanitario vigente, fecha de vencimiento vigente, estado físico integral de la forma farmacéutica o el envase en buen estado, etc.

- p) Problemas económicos (PRM 16): Este problema se pone en evidencia cuando el paciente no cumple con su tratamiento debido a su situación económica insuficiente, donde no puede adquirir la totalidad de su receta, ni cuenta con algún tipo seguro social, por lo tanto, incumple con la toma de sus medicamentos.

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

En el año 1993 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) definieron que la misión de la práctica profesional farmacéutica debe ser: proporcionar medicamentos, otros productos y servicios para el cuidado integral de la salud y ayudar a la sociedad para que sean estilizados de la mejor forma posible ⁶¹.

Una parte de la misión señalada por la Organización Mundial de la Salud se contiene en la definición del término Pharmaceutical Care.¹ En España país donde se ha incorporado el término a la asistencia sanitaria, El Ministerio de Sanidad y Consumo promueve el concepto de Atención Farmacéutica (AF) como un conjunto de servicios farmacéuticos dirigidos al paciente que van desde el control de calidad de la prescripción hasta actividades de Farmacovigilancia^{47, 50,68}.

Por otro lado, en el ámbito comunitario, según Andrés Rodríguez⁸ las actividades de Atención Farmacéutica podrían esquematizarse según el Cuadro N°03 que se muestra en la parte inferior, donde destacan aquellas actividades orientadas hacia los pacientes mayores en número, a aquellas tradicionales que son orientadas exclusivamente a asegurar la calidad del medicamento. Las actividades principales que guardan estrecha relación con Atención Farmacéutica son: La dispensación, El Asesoramiento Farmacéutico, La Farmacovigilancia y Seguimiento Farmacoterapéutico.

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 Rodríguez⁸

En caso de las actividades directamente relacionadas con Atención Farmacéutica: Las Buenas Prácticas de Dispensación (BPD), la Indicación Farmacéutica, el SFT, las Buenas Prácticas de Farmacovigilancia (BDF), las actividades relacionadas con la Farmacia Clínica, todas tienen algo en común y es que ellas deben contribuir con la prevención, solución o disminución de los PRMs asociados al uso directo de los medicamentos por parte de los pacientes (Cuadro N°01).

Quizá lo más impactante Atención Farmacéutica (AF) es en sí el uso mismo del término; En la historia de la farmacia tal vez nunca antes se había usado el término “atención” para denotar la función del profesional farmacéutico en la sociedad. Era mucho más frecuente hablar de servicios farmacéuticos que de atención y existen diferencias entre ambos términos. En el diccionario podemos encontrar la definición de “atención” como: “la responsabilidad individual de alguien para entregar bienestar y seguridad”, por otro lado, un “servicio” implica simplemente funciones o actividades⁶⁹.

Al emplear la terminología de “atención” el profesional farmacéutico se iguala con otros profesionales de la salud que de la misma forma brindan atención al paciente y colocamos a éste, en el centro de nuestra labor profesional. El ejercicio de la Atención farmacéutica se caracteriza por tres elementos básicos que son: La responsabilidad, el compromiso que aceptamos de trabajar con el paciente para alcanzar las metas terapéuticas deseadas y el mejoramiento de la calidad de vida del paciente^{69, 70, 71}.

La mayor dificultad del concepto de AF, es llevarlo a la práctica como una actividad proactiva independiente de las percepciones del paciente y de las expectativas del prescriptor, con la finalidad de detectar problemas complejos en el arduo proceso de uso de medicamentos que solo pueden ser diagnosticados por la experiencia Profesional del Farmacéutico. En conclusión, es una actividad donde el profesional farmacéutico asume de forma integral la responsabilidad de evaluar a los pacientes que toman diversos medicamentos con la finalidad de detectar PRMs y darles solución.

Para este fin se propusieron una serie de actividades concretas que logren obtener resultados medibles que puedan evidenciar la utilidad del trabajo profesional farmacéutico en la prevención, solución o disminución de PRMs. Como respuesta a esta necesidad se realizó la implementación de modelos basados en Seguimiento Fármaco Terapéutico (SFT) ^{50,72-74}.

Las actividades relacionadas al Seguimiento Fármaco Terapéutico están orientadas a la detección de PRMs para la prevenir y resolver los RNMs. Este servicio implica un compromiso y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos para el mejoramiento la calidad de vida del paciente.⁷¹⁻⁷⁹

La definición de SFT, como se propone en el tercer consenso sobre Atención Farmacéutica de España en 2007,⁵⁰ es: “La práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente que usa

medicamentos”.

Según señala Machuca⁷⁹ en la actualidad los términos: atención farmacéutica (AF), intervención farmacéutica (IF) y seguimiento fármaco terapéutico (SFT) se usan indistintamente en las diferentes investigaciones sobre el tema para indicar una misma actividad orientada a asegurar calidad y prevenir el riesgo en el consumo de medicamentos por parte de los pacientes.

Como señala Martí y Jiménez⁸⁰ la atención farmacéutica y el SFT de manera general deben poseer como base métodos o sistemas para dar respuesta a los siguientes aspectos: a) Una temprana identificación de los pacientes que se podrán beneficiar con su implantación; b) Registrar las causas que originan los PRMS, categorizarlas y documentarlas; c) Desarrollar alertas para solucionar fallos del sistema; d) Evaluar la utilidad clínica de los procesos asistenciales en curso y e) Facilitar la propuesta de mejoras en la calidad de la gestión farmacoterapéutica.

A lo largo del tiempo se han desarrollado varios métodos para este fin, entre ellos los que se conocen más son: a) The Therapeutics Outcomes Monitoring (TOM) aplicable a grupos de pacientes que sufren enfermedades de alto riesgo propuesto por Charles Hepler⁸¹; b) El Método del Global Pharmaceutical Care de Linda Strand y Cols⁵¹. Y c) El método de Seguimiento Farmacoterapéutico DADER de Dáder y Col. desarrollada desde la Universidad de Granada en España¹¹. Existen así mismo otros métodos propuestos como el método LASER desarrollado por Climenti y Jiménez⁸⁰.

En la presente investigación se utiliza como modelo de SFT una modificación del método DÁDER^{60,78} Desarrollado por Ocampo³⁸ aplicado por primera vez con el objetivo de “medir la eficacia del SFT sobre el uso de medicamentos y la prevención y solución de PRMs y RNMs en pacientes hipertensos”.

El Método DÁDER nació en 1999 como propuesta del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. Intenta ser una herramienta sencilla y de fácil aplicabilidad sin perder el rigor de un procedimiento operativo normalizado. Según los autores el modelo pretende ser universal para la prestación del seguimiento fármaco terapéutico en cualquier ámbito asistencial, independientemente del tipo de paciente y por cualquier fármaco⁷⁸.

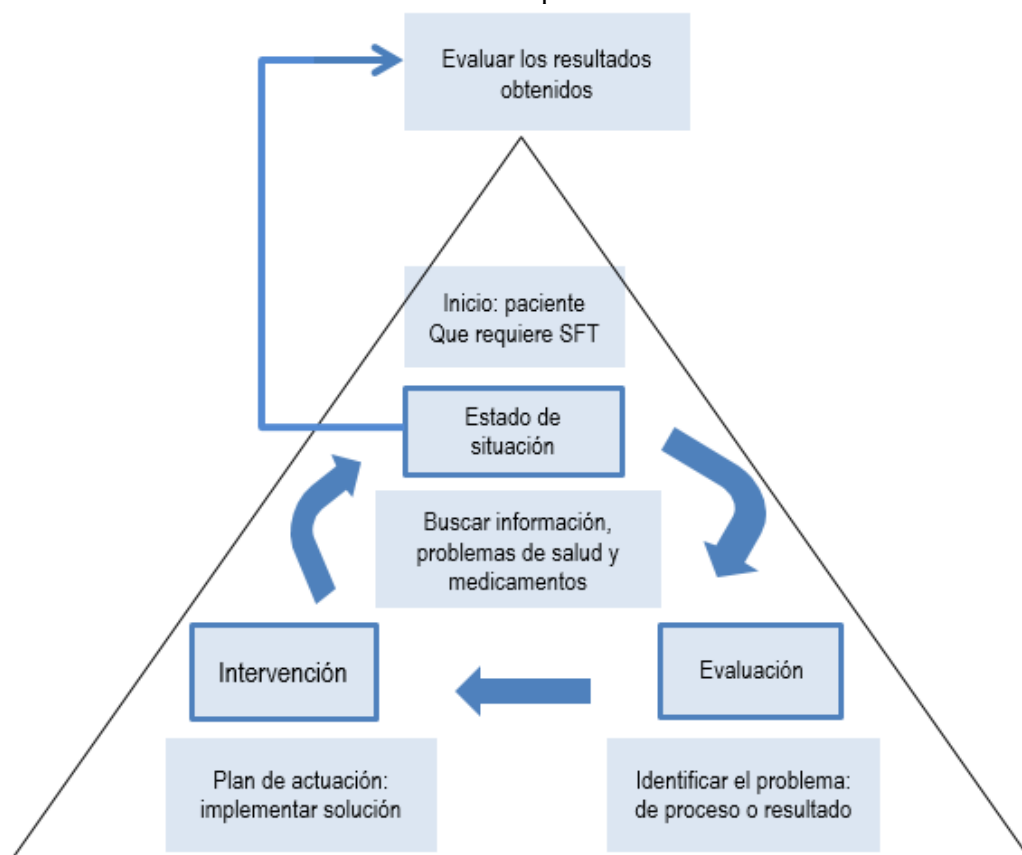
Este método ha demostrado éxito en la prevención, detección y resolución de PRMs desde el nivel de atención primaria^{78, 82-84}. Sin embargo, tal como lo proponen el Grupo de Investigación de la Universidad de Granada⁷⁸ y Deselle y Col²⁶. Es preciso su evaluar su utilidad en diversos escenarios sociales que permitan fijar estándares de actuación en situaciones particulares para medir en ellos el impacto real de la AF.

Estas características se implementaron en el método modificado por Ocampo³⁸ modificando las herramientas de recojo de información de forma que sean más fáciles de aplicar por el farmacéutico peruano y sean más claros y sencillos de entender para el paciente. Del mismo modo se han introducido procedimientos y herramientas que permiten la detección de forma rápida problemas de no-adherencia al tratamiento.

De igual manera en el método DÁDER¹¹ como en la versión que fue modificada por

Ocampo³⁸ se logran identificar como fases centrales del proceso de seguimiento farmacoterapéutico a las siguientes: “a) Elaboración del primer estado de situación del paciente; b) La evaluación e identificación de sospechas de PRMs; c) la intervención para resolver los PRMs y prevenir potenciales RNMs y d) La evaluación del nuevo estado de situación del paciente (Figura N°02)”.

Figura N°02. Pasos Clave del Método DADER Modificado de Seguimiento Farmacoterapéutico.



Tomado de: P. Ocampo³⁸

Un aspecto importante es desarrollar un modelo que agregue valor a la asistencia sanitaria, un impulso cualitativo a las actividades del profesional farmacéutico y además genere rentabilidad económica al establecimiento farmacéutico⁷⁸.

El modelo modificado da inicio con un primer contacto en el establecimiento Farmacéutico donde se realiza la oferta del servicio y el primer levantamiento de información mediante fichas fármaco terapéuticas (FFT). Se realiza el estudio y evaluación escrupuloso de las FFT en la búsqueda de diagnosticar PRMs.

En el contacto posterior se realiza la intervención a los pacientes con recomendaciones concretas para las posibles soluciones de los PRMs diagnosticados. Luego, mediante contactos continuos por diferentes vías de comunicación como llamadas telefónicas, citas domiciliarias o citas en la farmacia comunitaria, se reafirman las recomendaciones dadas en busca del objetivo propuesto. Por último, se evalúan los resultados en función de la aceptación y solución de los problemas^{30, 85}.

El objetivo final del Seguimiento Fármaco Terapéutico (SFT), independiente del modelo que se use, es dar solución a los Problemas Relacionados con la Medicación (PRMs) a través de intervenciones farmacéuticas efectivas. Sabater y Col²⁴. Plantean una clasificación de las intervenciones farmacéuticas que podrían surgir durante el proceso de Seguimiento Fármaco terapéutico (Ver Cuadro N°04).

En esta clasificación se define intervención farmacéutica como: “Una propuesta de actuación sobre el tratamiento y/o las conductas del paciente, encaminada a resolver o prevenir un PRM y evitar RNM²⁴.”

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	Modificar la dosis.	Ajuste de la cantidad de fármaco que se administra en cada toma.
		Modificar la frecuencia de dosis o el tiempo de tratamiento.	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 terapéuticos.

Tomado de Sabater y Cols²⁴.

2.2.4.- Definición de Adherencia al tratamiento

La definición de la adherencia al tratamiento Haynes ¹²⁶. “Como el grado en que la conducta de un paciente en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario. En la presente investigación esta definición solo se referirá a la dimensión relacionada con la toma de medicamentos.”

2.2.5. Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica⁹². Se define según la Sociedad Europea de Hipertensión (SEH)- Sociedad Europea de Cardiología (SEC) para el manejo de la hipertensión arterial y el séptimo reporte del Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure de los Estados Unidos (JNC VII)¹¹², se considera que un individuo adulto mayor de 18 años es hipertenso cuando se produce una elevación persistente de la PAS (presión arterial sistólica) mayor o igual de 140 mmHg y/o una elevación de la PAD (presión arterial diastólica) mayor o igual de 90 mmHg. Los valores referenciales de presión arterial (PA) se muestran en el Cuadro N° 05

Cuadro N° 05. Valores referenciales de presión arterial.

SEH-SEC	Sistólica (mm Hg)	Diastólica (mm Hg)	JNC-7
Óptima	<120	<80	Normal
Normal	120-129	80-84	Prehipertensión
Normal alta	130-139	85-89	Prehipertensión
Hipertensión			
Grado 1	140-159	90-99	Grado 1
Grado 2	160-179	100-109	Grado 2
Grado 3	>180	>110	Grado 2
H. sistólica aislada	>140	<90	H. sistólica aislada

Tomado de la Sociedad Europea de Hipertensión (SEH) - Sociedad Europea de Cardiología (SEC) y del JNC VII ⁸⁷.

A nivel mundial, probabilísticamente uno de cada tres adultos tiene presión arterial alta según estadísticas de las OMS. La HTA sólo se diagnostica en dos de cada tres individuos hipertensos (68,4%). De estos, el 53,6% recibe el tratamiento adecuado, pero el control sólo se logra en el 27% de los casos diagnosticados.^{42,43} Más aún, y tal como reportan Agusti ¹ en Perú y Rojas ⁴⁴ en Chile un 55 y 40% respectivamente de pacientes que poseen valores de presión arterial elevados no son conscientes de ello ya que en la mayoría de los casos la HTA cursa sin síntomas^{93,94}.

Los factores influyentes que son reconocidos sobre el nivel medio de la hipertensión arterial son: la edad, genético, el sexo (donde los casos son más elevados en mujeres de mayor edad mujeres), la raza (mayor predominancia en personas negras que en personas blancas) y nivel socio económico (prevalente en niveles socioeconómicos bajos) ^{95,96}.

Sin embargo, el enfoque del manejo de la hipertensión arterial ha pasado de ser un objetivo por sí mismo a convertirse a su vez en un factor de riesgo que debe prevenirse y controlarse para evitar la aparición de enfermedades que involucran daño cardiovascular, cerebral, renal u ocular⁹⁷.

El principal objetivo del tratamiento antihipertensivo es mantener los valores de presión arterial por lo menos por debajo de 140/90 mm.Hg. De esta forma prevenir los riesgos de morbimortalidad cardiovascular asociada, donde se incluyen episodios cardíacos, cerebrales, enfermedad renal y vascular periférica, para lo cual es necesario, además, tratar los factores de riesgo modificables y las comorbilidades.

El Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión ⁹² e Iza ⁶⁷ recomiendan flexibilidad en el manejo farmacológico. Se valoriza la idoneidad y responsabilidad del médico tratante para tomar la facultad de tratar o no y decidir qué fármacos emplear inicialmente. Se reconoce como válido iniciar el tratamiento con diuréticos tiazídicos, antagonistas del calcio, β -bloqueantes, antagonistas del receptor AT-1 de la angiotensina II, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), α -adrenérgicos, agentes de acción central o combinaciones fijas de fármacos a dosis

bajas. Si bien se ha cuestionado la seguridad de los α -bloqueantes, antagonistas del calcio y β -bloqueantes, no pueden ser descartados del uso cotidiano, ya que, de acuerdo a las características fisiopatológicas del paciente, son de utilidad para el tratamiento en ciertos casos⁹⁹.

En el ámbito nacional, Agusti¹⁰ afirma que la gran mayoría de hipertensos (82,2%) reciben IECA, seguidos por los bloqueadores de calcio (12%) y luego otros hipotensores.

2.2.6. Botica Mifarma N° 202.

Esta investigación se efectuó en la “Botica Mifarma N° 202”, ubicada en el distrito de Nvo. Chimbote, Av. pacifico. La población de la zona de influencia cuenta con un nivel socioeconómico medio. Este establecimiento farmacéutico cuenta con la presencia de un Químico farmacéutico como director técnico.

Ofrece servicios de dispensación de medicamentos comerciales y genéricos, dispensación de medicamentos con o sin receta médica. Tiene como promedio de atención diaria 200 pacientes, las patologías agudas y crónicas más frecuentes a las que se dispensan medicamentos son: hipertensión arterial, diabetes mellitus, infecciones del tracto respiratorio, enfermedades gastrointestinales e infecciones urinarias.

III. HIPÓTESIS.

3.1.Ho: Hipotesis Nula:

El programa piloto de seguimiento Farmacoterapéutico no es eficaz en mejorar la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos que se atienden en la “Botica Mifarma N° 202”.

3.2. H1: Hipotesis Alternativa:

El programa piloto de seguimiento Farmacoterapéutico es eficaz para mejorar la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos que se atienden en la “Botica Mifarma N° 202”.

IV. METODOLOGÍA.

4.1. Diseño de la investigación.

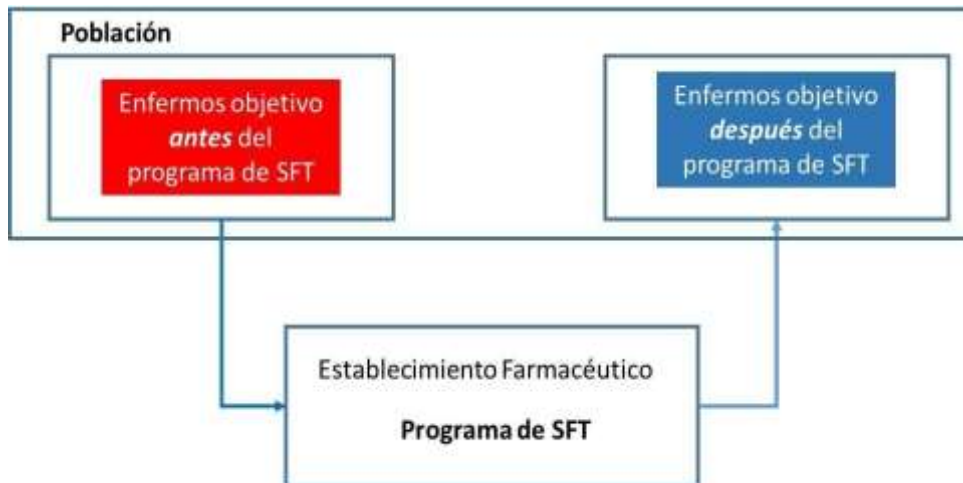
4.1.1. Tipo y el nivel de la investigación:

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 OCAMPO³⁸.

4.2. Población y Muestra

La Población de sujetos de estudio fue conformado por pacientes atendidos de forma regular en la “Botica Mifarma N°202”, se seleccionaron entre aquellos que visitaron el Establecimiento Farmacéutico entre los meses de abril - junio del 2014 y cumplieron los criterios de inclusión y aceptación voluntaria en el ingreso al programa de SFT mediante la firma de un documento de consentimiento informado. El número final de muestra fue de 12 pacientes.

Criterios de inclusión de los pacientes en la muestra final fueron:

- ✓ Pacientes diagnosticados con Hipertensión Arterial.
- ✓ Edad entre 45 y 75 años.
- ✓ Captados desde el establecimiento farmacéutico (EF) de referencia.
- ✓ Con receta vigente para la enfermedad objetivo de antigüedad no mayor de tres meses.
- ✓ Consentir su participación a través de un documento firmado.
- ✓ Capacidad de comunicación en idioma español de manera fluida escrita y hablada.
- ✓ Autosuficientes, es decir la toma de medicación no dependió de terceros.

Criterios de exclusión de pacientes en el momento del estudio:

- ✓ Pacientes que participen en otros estudios de investigación o en programas al mismo tiempo de la intervención de SFT.
- ✓ Pacientes en gestación.

4.3. Definición y operacionalización de las variables e indicadores.

VARIABLES	DENOMINACIÓN	DEFINICIÓN	INSTRUMENTO	INDICADORES
Variable Independiente	Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico	Es una práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades de las pacientes relacionadas con los medicamentos mediante la detección, prevención y resolución de Problemas Relacionados con la Medicación (PRM). El SFT es una variable independiente administrada a los pacientes para diagnosticar, tratar y/o prevenir PRM que degeneren en resultados negativos de la medicación. El SFT se aplica mediante una intervención profesional en una secuencia de actividades en cinco fases conducidas por el Farmacéutico y dirigidas al paciente y/o prescriptor.	El instrumento del SFT es la Ficha Farmacoterapéutica (FFT) (Anexo N° 03) donde se registra la evolución del proceso. Se consignan datos del paciente, morbilidades, uso de medicamentos, costumbres y otros.	Medicamentos utilizados, PRMs, diagnosticados, Tipo de intervenciones, Canales de comunicación usados,
Variables Dependientes	Problemas Relacionados con Medicamentos	Situaciones que en el proceso de uso de medicamentos causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación. En la presente investigación utilizaremos como base el listado original de PRM sugerido por el tercer consenso de Granada 1,50. (Cuadro N° 01).	El diagnóstico de PRMs fue cuantitativo como resultado del análisis de la información recogida en las fichas farmacoterapéuticas.	Cantidad de PRMs diagnosticados
	Resultados Negativos Asociados con la Medicación (RNM)	Se define como sospechas de RNM a la situación en la que el paciente está en riesgo de sufrir un problema de salud asociado al uso de medicamentos, generalmente por la existencia de uno o más PRM, a los que podemos considerar como factores de riesgo de este RNM (Cuadro N°02) 50.	La identificación de los RNMs será por interpretación del PRM asociado y su registro como un evento diferente e individual en las tablas de frecuencias.	Cada paciente presenta tantos RNMs como PRMs sean diagnosticados
	Adherencia al tratamiento.	El cumplimiento o adherencia al tratamiento fue definido según Haynes (63) como: “El grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”. En la presente investigación este concepto solo se refiere a la toma de medicamentos.	El grado de la variable fue determinado de manera indirecta utilizando el algoritmo de Morinsky, Green y Levine denominado Medication Adherent Scale (MAS). La Test de Morinski contiene 8 preguntas de respuesta dicotómica Si (1, uno) o No (0, cero). Según el planteamiento de las preguntas, la respuesta positiva Si es negativa al cumplimiento y No es positivo	Puntaje = a 0, cumplidor, Puntaje > de 0 (de 1 a 8), incumplidor.

4.4. Técnicas e instrumentos

4.4.1. Técnica.

El Seguimiento Farmacoterapéutico se condujo a través de la técnica de la entrevista personal, la conversación telefónica y la interacción a través de redes sociales en internet. La entrevista personal se realizó en el EF o en el domicilio del paciente. La técnica de abordaje y de interacción con el paciente en las entrevistas fue el recomendado por la Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico del método DADER ⁴⁹.

4.4.2. Instrumentos

4.4.2.1. Fichas Farmacoterapéuticas (FFT) (Anexo N° 7.3)

Las FFT son hojas para el registro de los datos del seguimiento farmacoterapéutico. Es el instrumento base para el levantamiento de información. Es un documento que consiste en 5 partes de información sobre el paciente: Datos generales, información sobre las enfermedades, los medicamentos consumidos, problemas con el uso de medicamentos y las acciones realizadas por el profesional farmacéutico para resolverlas. Se utilizó este instrumento en las 5 fases del SFT. El registro de la información en las FFT se realizó de acuerdo a las indicaciones de la Guía para el Seguimiento Farmacoterapéutico del método DADER ⁴⁹.

Las fichas farmacoterapéuticas además permiten la identificación y descripción de los PRMs identificados durante la fase de diagnóstico mediante la interacción con el paciente.

En la hoja 4 de la FFT se escribe el o los medicamentos origen del PRM y/o la morbilidad asociada. Luego se identifica la naturaleza del PRM que aparece en casillas identificado con un número. Se utiliza una hoja 4 por cada PRM identificado. Es decir, al final un paciente puede ser diagnosticado con más de un PRM y por lo tanto su expediente personal contendrá más de una hoja cuatro.

4.4.2.2. Instrumento para medir la adherencia al tratamiento (CUADRO N°6)

Denominado Medication Adherent Scale (MMAS-8) el test es una herramienta para la medición indirecta de la adherencia al tratamiento. Consiste en una escala de 8 ítems con siete preguntas cuyas alternativas de respuestas son SÍ/NO, y una pregunta en escala de tipo Likert. Ha sido validada en pacientes hipertensos¹²⁸⁻¹³¹. Sumando las respuestas de todos los ítems conduce a un escore total que puede ir desde 0 a 8. Cero representa un muy alto cumplimiento o baja no adherencia, mientras que 8 sugiere como no adherencia muy alta o bajo cumplimiento.

La categorización que arroja el test es rigurosa. Un paciente que responde Si a alguna de las ocho preguntas es considerado incumplidor. Los pacientes cumplidores deberían responder No a las ocho preguntas⁷⁴, dando como resultado cero, donde representa adherencia total, mientras que un puntaje de ocho refleja total incumplimiento. Resultados de puntajes intermedios pueden catalogarse desde poco incumplimiento hasta incumplimiento total.

Se aplica durante el inicio de la primera entrevista y en el medio de la conversación como parte de la misma para evitar respuestas positivamente sesgadas.

CUADRO N°6. ESCALA DE ADHERENCIA A LA MEDICACION (MMAS-8)
DE MORISKY GREEN LEVINE.

Ítem	PREGUNTAS	SI	NO
1	¿Algunas veces se olvida usted de tomar sus medicamentos?		
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?		
3	¿Alguna vez ha dejado de tomar sus medicamentos por le te caían mal, sin decirle nada al médico o tu farmacéutico?		
4	¿Cuándo Usted viaja o sale de su casa por largo tiempo se olvida de llevar sus medicamentos?		
5	¿Dejó de tomar sus medicamentos ayer?		
6	¿Cuándo Usted siente que los síntomas de su enfermedad están bajo control deja de tomar su medicación?		
7	Toma medicamentos todos los días es muy complicado para mucha gente. ¿Alguna vez usted se ha sentido tentado a dejar su tratamiento?		
8	¿Cuán frecuente tiene Usted dificultades para recordar tomar sus medicamentos? A. Nunca/raramente, B. Muy esporádicamente, C. Algunas veces, D. Frecuentemente, E. Todo el tiempo. A = 0, B-E = 1		

Modificado de National Cancer Institute. Morisky 4-Item Self-Report Measure of Medication-Taking Behavior (MMAS)

Puntuación: > 2 = baja adherencia
1 o 2 = mediana adherencia
0 = alta adherencia

4.4.3. Procedimiento de recolección de datos.

Los datos se recolectaron durante el programa de Seguimiento Farmacoterapéutico, cuyo proceso se esquematiza en la Figura N°04. En esencia se sigue el procedimiento sugerido en el método DÁDER⁴⁹ con la modificación de la terminología y el anexo de otros datos que son útiles para nuestra realidad.

Las etapas del procedimiento de recolección de datos:

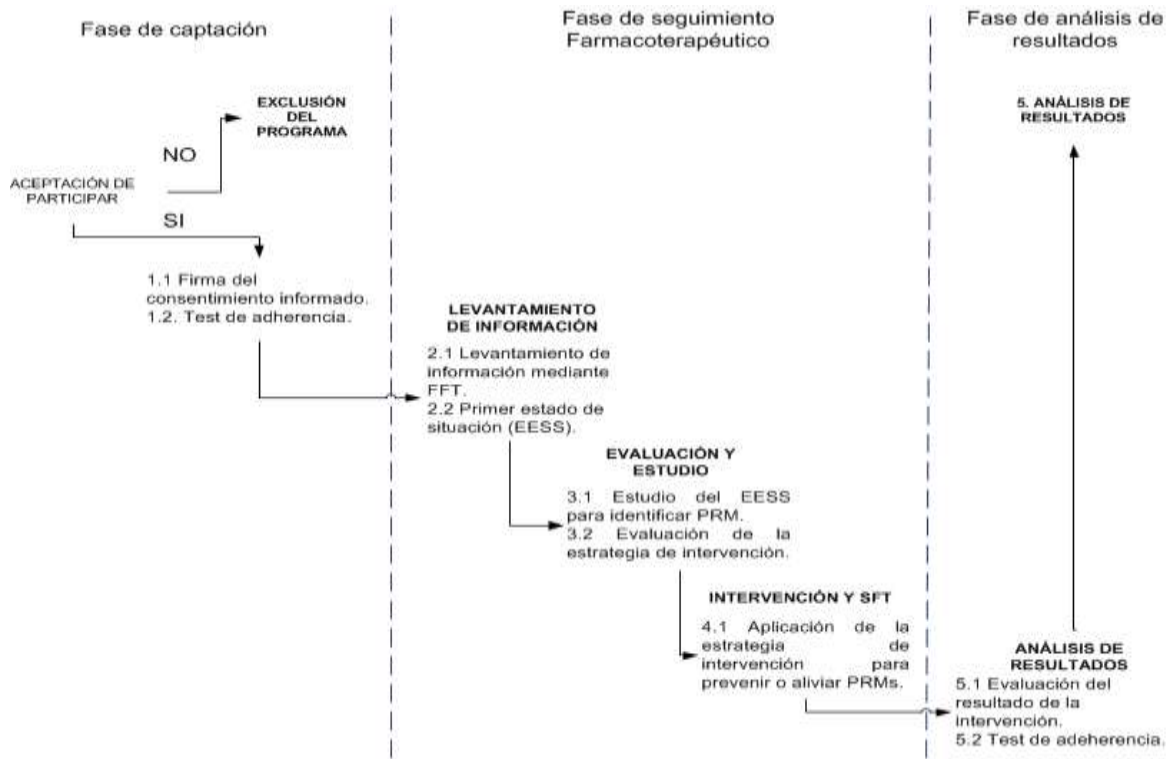
1. Oferta del servicio y captación de pacientes.
2. Levantamiento de información. Primer estado de situación.
3. Estudio y evaluación.
4. Intervención y seguimiento.
5. Análisis de resultados.

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

Se ofertó el servicio a todos los pacientes hipertensos que acudieron a la BOTICA MIFARMA N° 202 en el mes de abril - junio de 2014 hasta obtener doce pacientes. Los pacientes firmaron su consentimiento de participar de la experiencia en un documento firmado (Anexo N°7.2). El documento de consentimiento explicita la responsabilidad del farmacéutico en vigilancia del uso de medicamentos, la cautela de los datos del paciente, la gratuidad del servicio, ni la venta o donación de ningún tipo de medicamento.

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

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



Elaboración por OCAMPO⁶¹

4.4.3.2 Levantamiento de información.

La información se registró en la Ficha Farmacoterapéutico (FFT) (Anexo N°7.3). Se anotó la información general del paciente, datos sobre enfermedades, profesionales que diagnosticaron, medicamentos utilizados, hábitos de vida, antecedentes familiares y percepción de signos y síntomas de problemas de salud que el paciente asocie con el uso de medicamentos.

Se registró además el uso de productos naturales y el uso de medicamentos sin prescripción. Para este fin se solicitó al paciente mostrar todos los productos farmacéuticos que usaba de manera regular, se usen o no para la enfermedad objetivo.

Durante el registro se interroga al paciente sobre factores de riesgo y sospechas de problemas relacionados con el uso de medicamentos. Se procuró que el tiempo entre la captación y el levantamiento de información no sea más de 72 horas.

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

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

Se estudia toda la información registrada en la FFT para interrelacionar las variables en busca de PRMs: enfermedades diagnosticadas, morbilidad sentida, medicamentos prescritos, automedicación, sospechas de reacciones adversas, adherencia al tratamiento, etc. para diagnosticar problemas con el uso de los medicamentos (PRMs) como causa de morbilidad farmacoterapéutica o RNMs. Se usó material bibliográfico de apoyo para certificar los hallazgos del PRMs y RNMs¹⁰⁰.

Por cada problema diagnosticado el Farmacéutico estudiará la mejor estrategia de solución que se reportará en la hoja 5 de las FFT. La estrategia pudo contener una serie de acciones dirigidas directamente al paciente o al prescriptor. Para cada PRM y sus estrategias de solución se buscó el mejor canal de comunicación que pudo dirigirse al paciente o al médico. Cada paciente pudo ser diagnosticado con más de un PRM. Como resultado de esta fase surge el diagnóstico de los PRMs, los objetivos que deben

lograr el paciente y/o el médico para su solución y la estrategia de comunicación.

Los canales de comunicación utilizados se muestran en el cuadro siguiente:

CUADRO N°07. TIPOS DE CANALES PARA COMUNICAR LAS RECOMENDACIONES DEL FARMACÉUTICO PARA LA SOLUCIÓN DE PRMs

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 y seguimiento farmacoterapéutico.

Esta fase tiene como objetivo principal comunicar asertivamente los objetivos y los plazos que deben cumplir el paciente y/o médico para la solución de PRMs. La intervención fue mediante visitas domiciliarias, contacto telefónico, correos electrónicos y/o redes sociales. Para la comunicación de las estrategias de solución al paciente se usará las entrevistas personales y recomendaciones escritas.

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

Para lograr la adherencia al tratamiento y la solución de problemas relacionados con medicamentos las comunicaciones verbales serán de suma importancia, como medio complementario se usará la vía Telefónica para recordarle al paciente el uso de adecuado de sus medicamentos.

4.4.3.5 Determinación del segundo estado de situación. Evaluación del impacto de la intervención.

La entrevista para evaluación final de los resultados fue conducida por un investigador diferente al que realizó el SFT. Se preguntó al paciente si ejecutó las recomendaciones dadas para la solución del PRM o si el médico puso en prácticas las sugerencias de modificación de la terapia. Independientemente de la aceptación de la sugerencia para la solución se le preguntó si consideraba resueltos cada problema relacionado con medicamentos que fue diagnosticado.

Así mismo se midieron los niveles finales de adherencia y los parámetros clínicos de la enfermedad.

4.5.- Plan de análisis de datos.

La información en las fichas farmacoterapéuticas, el test de la adherencia al tratamiento de Morisky se transfirió a tablas en MS Excel. Se construyeron tablas de datos sobre:

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

de comunicación. También se anotó si el PRM fue o no resuelto y la percepción final del paciente sobre la solución del problema.

c. El Grado de Adherencia según el test de Morisky antes y después del SFT.

Para la determinación de la significancia estadística de los resultados de adherencia antes y después de la intervención se aplicó el test de McNemar para datos dicotómicos, de muestras pareadas usando el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) de IBM versión 20. Para todas las pruebas estadísticas se usó un nivel de significancia menor de 0,05. Se evaluó el impacto del SFT sobre la actitud del paciente en cada una de las preguntas del test de Morisky y se comparó el resultado acumulado de los 12 pacientes para cada pregunta antes y después de la intervención con el fin de verificar en cuál de ellas el comportamiento hacia la adherencia fue más difícil de seguir, se utilizó para este análisis el mismo criterio, es decir, 0 significó adherencia y 1 no adherencia. Se midió la significancia estadística del cambio mediante el test de McNemar específico para datos no paramétricos dicotómicos.

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

CUADRO N°8. Criterio para calificar la adherencia o cumplimiento de los pacientes

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

4.6. Matriz de Consistencia:

Problema	Objetivos	Hipotesis	Metodología	Plan de Análisis
<p>1.1.2. ENUNCIADO GENERAL DEL PROBLEMA.</p> <p>¿Tendrá el programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico eficacia para aumentar la adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos intervenidos desde la “Botica Mifarma N° 202”, durante los meses de abril a junio del 2014?</p>	<p>1.2.1. OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar si el programa piloto de seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) es eficaz para aumentar la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos de la “Botica Mifarma N° 202”.</p> <p>1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.</p> <p>Evaluar el estado de situación del uso de medicamentos en los pacientes con hipertensión arterial y diagnosticar la existencia de problemas relacionados con medicamentos.</p> <p>Intervenir a los pacientes con Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs) mediante un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) para prevenirlos o curarlos.</p> <p>Medir el efecto de la intervención mediante SFT sobre la adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos.</p>	<p>3.1. Ho: Hipotesis Nula:</p> <p>El programa piloto de seguimiento Farmacoterapéutico no es eficaz para aumentar la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos que se atienden en la botica Mifarma N° 202.</p> <p>3.2.H1: Hipotesis Alternativa:</p> <p>El programa piloto de seguimiento Farmacoterapéutico es eficaz para aumentar la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos que se atienden en la Botica Mifarma N° 202.</p>	<p>5.1 TIPO Y EL NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN: La presente investigación fue de tipo aplicada, cuantitativa y de nivel pre experimental.</p> <p>Para evaluar la adherencia al tratamiento se usará un procedimiento de nivel explicativo, pre experimental sobre la adherencia terapéutica como variable control.</p> <p>5.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN: El diseño fue de tipo prospectivo longitudinal de una sola casilla, no probabilístico y semi ciego.</p> <p>Para medir el impacto de la intervención se usará un procedimiento explicativo pre experimental para determinar el estado de la variable: adherencia al tratamiento pre y post intervención (Ver figura N°3).</p> <p>5.3 POBLACIÓN Y MUESTRA. El universo de sujetos de estudio estuvo conformado por pacientes atendidos de manera regular en la Botica Mifarma N° 202, los pacientes se autoseleccionaron entre aquellos que visitaron el EF en los meses de abril a junio del 2014 y cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron libremente ingresar al programa de SFT mediante la firma de un documento de consentimiento informado. El número final de los pacientes de la nuestra fue arbitrariamente en 12 pacientes.</p> <p>5.4 PROCEDIMIENTO.</p> <p>Se recolectaron los datos mediante un proceso de SFT modificado del método DADER (37,69) que se esquematiza en la Figura N°04. En esencia se sigue el procedimiento sugerido con la modificación de la terminología y otros datos que son útiles asociados a nuestra realidad.</p> <p>Las etapas del proceso fueron:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Captación de pacientes 2. Levantamiento de información. Primer estado de situación. 3. Estudio y Evaluación. 4. Intervención. 5. Análisis de Resultados. 6. Segundo Estado de Situación. 	<p>Las tablas para el análisis de data se construyeron con la información registrada en las fichas farmacoterapéuticas. Las tablas fueron confeccionadas en MS Excel:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tabla de información general de los pacientes, tiempos de intervención y canales de comunicación utilizados. 2. Tabla de Primer estado de situación, con datos sobre problemas de salud y medicamentos utilizados, Así mismo PRM detectados, RNM potenciales, estrategia de intervención usada y vía de comunicación. 3. Tabla de segundo estado de situación con datos sobre aceptación de la intervención y la solución del PRM tratado. 4. Tabla de resultados del test de Morisky

4.7. Criterios Éticos

El estudio se llevó a cabo siguiendo las normas éticas de la Declaración de Helsinki⁹⁶. Se realizó con el consentimiento de los responsables del Servicio Farmacéutico de referencia. Se reportaron a los responsables del tratamiento las incidencias de las visitas de manera inmediata si se identifican factores de riesgo agravados que originen la inmediata atención del paciente.

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

A todos los pacientes se les informará del estudio solicitándoles el consentimiento escrito para su inclusión en el mismo. La hoja de consentimiento informado (Anexo N°7.2) detalla las obligaciones del farmacéutico y las del paciente.

No se modificará la terapia prescrita sin el consentimiento del profesional prescriptor. El informe estuvo aprobado por el Comité de Investigación de la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.

V. RESULTADOS.

5.1. RESULTADOS

5.1.1. DATOS GENERALES SOBRE LOS PACIENTES Y LOS TIEMPOS DE INTERVENCIÓN.

Tabla N° 01. Distribución de frecuencias y porcentajes de los pacientes intervenidos por sexo y edad promedio. Programa de SFT dirigido a pacientes hipertensos. Botica Mifarma N° 202. Abril a Junio 2014.

SEXO	PROM EDAD AÑOS	n	%
F	67.9	7	58.3
M	63.2	5	41.7
Total	65.5	12	100.0
X	13.9		

n: muestra
 \bar{X} .: desviación estándar

Tabla N°02. Distribución de los tiempos invertidos durante el Seguimiento Farmacoterapéutico entre el farmacéutico y los pacientes por la forma de contacto. Programa de SFT a pacientes hipertensos desde Botica Mifarma N° 202. Abril a Junio 2014.

PAC	CONT. EN EF	TELF. EN EF	CONT. EN CASA	TELF. EN CASA	CONT. X FONONO	T. X FONONO	CONT X OV	T. X OV	TOTAL, CONT	TOTAL, MIN
1	1	30	2	60	0	0	0	0	3	90
2	1	30	2	80	1	5	0	0	4	115
3	1	30	2	50	0	0	0	0	3	80
4	1	40	2	100	1	5	0	0	4	145
5	1	30	2	50	0	0	0	0	3	80
6	3	80	0	0	0	0	0	0	3	80
7	1	20	3	110	0	0	1	13	5	143
8	0	0	4	105	0	0	0	0	4	105
9	0	0	4	105	0	0	0	0	4	105
10	0	0	4	100	0	0	0	0	4	100
11	1	20	2	50	0	0	0	0	3	70
12	1	15	3	55	0	0	0	0	4	70
TOTAL	11	295	30	865	2	10	1	13	44	1183.2
\bar{X}	0.9	24.6	2.5	72.1	0.2	0.8	0.1	1.1	3.7	98.6
\bar{X} POR CONTACTO	26.8		28.8		0		0		26.9	

T: tiempo, CONT: contactos, (min): minutos, FONONO: teléfono, OV: Otras vías de contacto: correo electrónico, redes sociales, etc., TOTAL CONT: número total de contactos, TOTAL T: tiempo total invertido en minutos, PROMEDIO T: promedio del tiempo invertido por contacto.

5.1.2. PROBLEMAS DE SALUD Y MEDICAMENTOS UTILIZADOS POR LOS PACIENTES DURANTE EL SEGUIMIENTO FARMACÉUTICO

Tabla N°03. Problemas de Salud diagnosticados y no diagnosticados en los pacientes intervenidos. Programa de SFT a pacientes hipertensos. Botica Mifarma N° 202. Abril a Junio 2014.

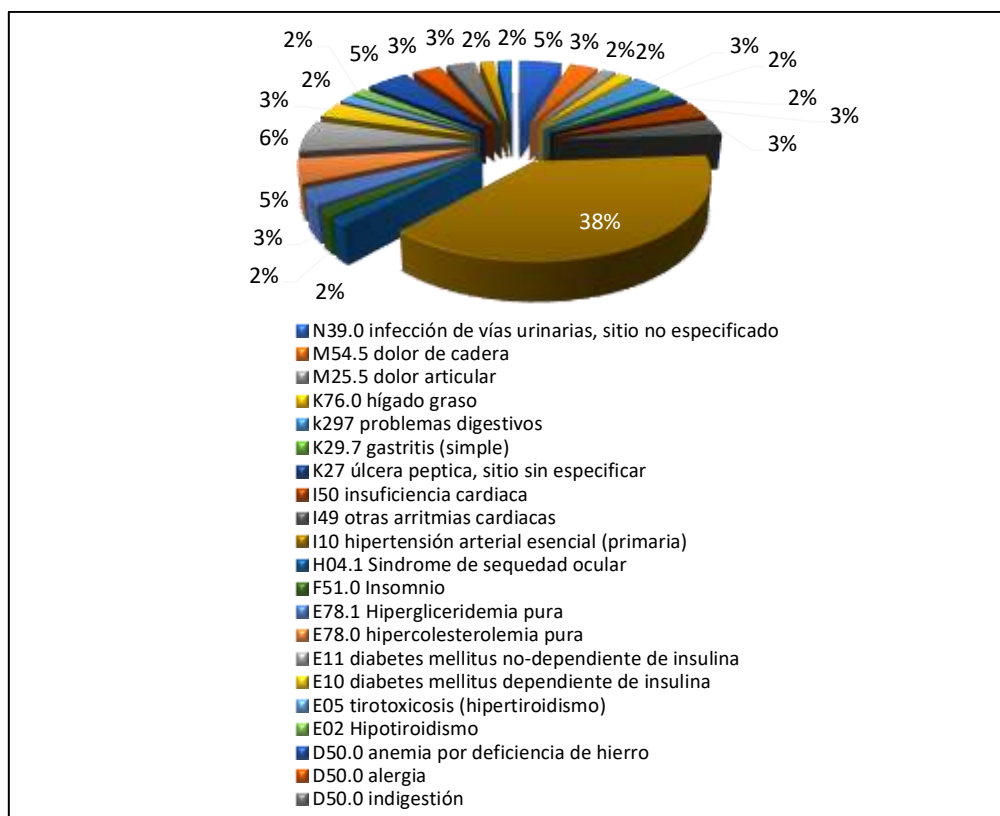
SITUACIÓN	CIE	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNOSTICO	Fi	%	% acum
DIAGNOSTICADOS	I10	hipertensión arterial esencial (primaria)	12	31.6	
	E78.0	hipercolesterolemia puro	2	5.3	
	E11	diabetes mellitus no-dependiente de insulina	2	5.3	
	N39.0	infección de vías urinarias, sitio no especificado	1	2.6	
	M54.5	dolor de cadera	1	2.6	
	M25.5	dolor articular	1	2.6	
	K76.0	hígado graso	1	2.6	
	k297	problemas digestivos	1	2.6	
	K29.7	gastritis (simple)	1	2.6	84.2
	K27	úlceras pépticas, sitio sin especificar	1	2.6	
	I50	insuficiencia cardiaca	1	2.6	
	I49	otras arritmias cardiacas	1	2.6	
	H04.1	Síndrome de sequedad ocular	1	2.6	
	F51.0	Insomnio	1	2.6	
	E78.1	Hipergliceridemia pura	1	2.6	
	E10	diabetes mellitus dependiente de insulina	1	2.6	
	E05	tirotoxicosis (hipertiroidismo)	1	2.6	
	E02	Hipotiroidismo	1	2.6	
D50.0	anemia por deficiencia de hierro	1	2.6		
NO DIAGNOSTICADOS		Alergia	1	2.6	
		dolor muscular	1	2.6	
		dolor de tendón en pie	1	2.6	15.8
		dolor de canillas	1	2.6	
		Indigestión	2	5.3	
			38	100.0	100.0

Fuente: Anexo N°04, Tablas de Estado de Situación
*CIE10. Código Internacional de Enfermedades versión 10

TablaN°04. Medicamentos prescritos y no prescritos identificados durante el proceso de intervención. Programa de SFT apacientes hipertensos Botica Mifarma N° 202. Abril a junio 2014

ORIGEN MED.	CIE	DIAGNÓSTICO	DCI	fi	Fi	%	%
PRESCRITOS	N39.0	infección de vías urinarias, sitio no especificado	Fenazopiridina	1			
	N39.0	infección de vías urinarias, sitio no especificado	Ciprofloxacino	1	3	4.8	
	N39.0	infección de vías urinarias, sitio no especificado	Tramadol	1			
	M54.5	dolor de cadera	Paracetamol	1	2	3.2	
	M54.5	dolor de cadera	Ergocalciferol	1			
	M25.5	dolor articular	diclofenaco+tiamina monohidrato+piridoxina clorhidrato+cianocobalamina	1	1	1.6	
	K76.0	hígado graso	tiamina + riboflavina + piridoxina + otros	1	1	1.6	
	K29.7	problemas digestivos	Omeprazole	1			
	K29.7	problemas digestivos	Bisacodilo	1	3	4.8	
	K29.7	gastritis (simple)	Omeprazole	1			
	K27	úlceras pépticas, sitio sin especificar	Ranitidina	1	1	1.6	
	I50	insuficiencia cardíaca	Carvedilol	1	2	3.2	
	I50	insuficiencia cardíaca	ácido acetilsalicílico	1			
	I49	otras arritmias cardíacas	Propranolol	1	2	3.2	
	I49	otras arritmias cardíacas	ácido acetilsalicílico	1			
	I10	hipertensión arterial esencial (primaria)	Enalapril	13			
	I10	hipertensión arterial esencial (primaria)	Losartan	3			
	I10	hipertensión arterial esencial (primaria)	Hydrochlorothiazide	3			
	I10	hipertensión arterial esencial (primaria)	ácido acetilsalicílico	1	24	38.1	
	I10	hipertensión arterial esencial (primaria)	Nifedipino	1			
	I10	hipertensión arterial esencial (primaria)	Nebivolol	1			
	I10	hipertensión arterial esencial (primaria)	cilazapril + hidroclorotiazida	1			90
	I10	hipertensión arterial esencial (primaria)	Atenolol	1			
	H04.1	Síndrome de sequedad ocular	Metilcelulosa	1	1	1.6	
	F51.0	Insomnio	Alprazolam	1	1	1.6	
	E78.1	Hipertrigliceridemia pura	Genfibrozilo	1	2	3.2	
	E78.1	Hipertrigliceridemia pura	ácido acetilsalicílico	1			
	E78.0	hipercolesterolemia pura	Genfibrozilo	1			
	E78.0	hipercolesterolemia pura	fenofibrato micronizado	1	3	4.6	
	E78.0	hipercolesterolemia pura	atorvastatina + ezetimibe	1			
	E11	diabetes mellitus no-dependiente de insulina	Metformina	1			
	E11	diabetes mellitus no-dependiente de insulina	Glimepiride	1			
	E11	diabetes mellitus no-dependiente de insulina	Glibenclamida	1	6	9.5	
E11	diabetes mellitus no-dependiente de insulina	ácido acetilsalicílico	1				
E10	diabetes mellitus dependiente de insulina	Insulin	1				
E10	diabetes mellitus dependiente de insulina	Glibenclamida	1				
E05	tirotoxicosis (hipertiroidismo)	Tiamazol	1	1	1.6		
E02	Hipotiroidismo	Levotiroxina	1	1	1.6		
D50.0	anemia por deficiencia de hierro	tiamina clorhidrato	1				
D50.0	anemia por deficiencia de hierro	piridoxinaclorhidrato + cianocobalamina + ácido fólico	1	3	4.8		
D50.0	anemia por deficiencia de hierro	ácido fólico	1				
NO PRESCRITOS		Alergia	Clorfenamina	1			
		Alergia	Prednisone	1			
		dolor de tendón en pie	Paracetamol	1			
		dolor muscular	Naproxeno	1	6	10	10
		Indigestión	magaldrato + simeticona	1			
	Indigestión	Clorhidrato de metoclopramida + dimeticona + ácido dehidrocólico	1				
TOTAL				63	63	100	100
PROMEDIO POR PACIENTE				5.25			

fuentes: Anexo N°04, Tablas de Estado de Situación
El área sombreada corresponde a los medicamentos usados bajo prescripción facultativa.
*CIE10.- Código Internacional de Enfermedades versión 10
**DCI.- Denominación común internacional.



Fuente: Anexo N°04

Gráfico N°01. Porcentaje de los medicamentos usados para los problemas de salud identificados. Programa de SFT a paciente hipertenso. Botica Mifarma N° 202. Abril a junio 2014.

5.1.3. PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS DIAGNOSTICADOS Y RESUELTOS DURANTE EL PROCESO DE SFT.

Tabla N° 05. Distribución de la frecuencia y porcentaje de los PRM diagnosticados Programa de SFT a paciente hipertenso. Botica Mifarma N° 202. Abril a junio 2014.

N°	PRM	DESCRIPCIÓN	N	%
1	9	Incumplimiento	5	23.8
2	3	Conservación Inadecuada	5	23.8
3	9	Incumplimiento	3	14.3
4	2	Actitudes Negativas	3	14.3
5	12	Reacciones Adversas	2	9.5
6	13	PS con tratamiento Insuficiente	1	4.8
7	12	Reacciones Adversas	1	4.8
8	3	Conservación Inadecuada	1	4.8
TOTAL			21	100.0

Fuente: Anexo N°04, Tablas de Estado de Situación

Tabla N° 6. Comparativo de la edad, cantidad de diagnósticos, cantidad de medicamentos, PRMS identificados y PRMS solucionados por paciente intervenido. Programa de SFT a paciente hipertenso. Botica Mifarma N° 202. Abril a Junio 2014.

PAC	SEXO	EDAD	DX	MED	PRM	PRM SOL	PRM NO SOL
1	F	65	6	7	1	1	0
2	F	75	2	1	2	2	0
3	F	54	2	2	2	1	1
4	F	80	5	9	1	1	0
5	F	79	3	4	1	1	0
6	M	46	3	6	2	2	0
7	F	46	4	4	3	1	2
8	M	68	3	5	2	1	1
9	M	67	2	3	1	1	0
10	M	50	2	3	2	2	0
11	F	76	4	9	2	1	1
12	M	85	2	4	2	2	0
TOTAL			38	57	21	16	5
PROM		65.92	3.17	4.75	1.75	1.33	0.42

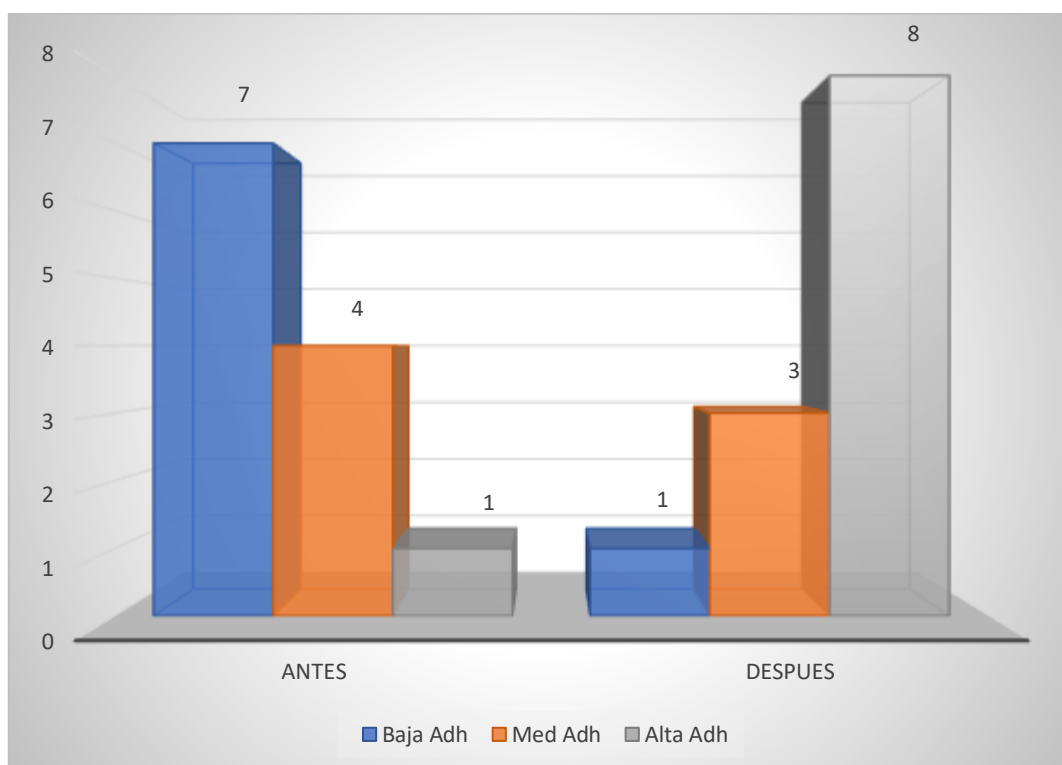
Dx: diagnósticos. MED: medicamentos. Fuente: Anexo 07, Tabla de Estado de Situación.

5.1.4 IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN SOBRE LA ADHERENCIA.

Tabla N° 7 Resultados de la intervención mediante SFT a paciente hipertensos sobre la Adherencia al tratamiento, Programa de SFT a pacientes hipertensos. Farmacia Mifarma Urb. Nvo Chimbote Abril a Junio 2014

PACIENTE	ADHERENCIA ANTES	ADHERENCIA DESPUÉS
1	1	0
2	1	0
3	1	0
4	0	1
5	1	0
6	1	1
7	1	1
8	1	0
9	1	0
10	1	1
11	1	0
12	1	0
NO ADHERENTES	11	4
% NO ADHERENTES	92	33.3
Test de McNemar	P=	0.020

1: Paciente Incumplidor; 0: Paciente Cumplidor.
Test de MacNemar: < 0,05



NIVELES DE ADHERENCIA		ANTES	%	DESPÚES	%
BAJA	>2	7	58.3	1	8.3
MEDIANA	1 o 2	4	33.3	3	25.0
ADHERENCIA	0	1	8.3	8	66.7
	TOTAL	12	100.0	12	100.0

Gráfico N°02. Evaluación de los niveles de adherencia, según las respuestas del Test de Morisky antes y después de la intervención farmacoterapéutica.

Tabla N°8. Efecto del Seguimiento Farmacoterapéutico sobre las actitudes que reflejan cada una de las preguntas del Test de Morinsky. Programa de SFT a pacientes hipertensos. Botica Mifarma N° 202. Nvo. Chimbote. Abril a Junio 2014.

Preguntas del test Morinsky Green levine	Antes	Desp	p=
1 ¿Algunas veces se olvida usted de tomar sus medicamentos?	9	1	.005
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?	7	1	.014
3 ¿Alguna vez ha dejado de tomar sus medicamentos por le te caían mal, sin decirle nada al médico o tu farmacéutico?	4	1	.083
4 ¿Cuándo Usted viaja o sale de su casa por largo tiempo se olvida de llevar sus medicamentos?	2	0	.157
5 ¿Dejó de tomar sus medicamentos ayer?	7	0	.008
6 ¿Cuándo Usted siente que los síntomas de su enfermedad están bajo control deja de tomar su medicación?	2	1	.564
7 Tomar medicamentos todos los días es muy complicado para mucha gente. ¿Alguna vez Usted se ha sentido tentado a dejar su tratamiento?	1	1	1.000
8 ¿Cuán frecuente tiene Usted dificultades para recordar tomar sus medicamentos?	6	0	.102

5.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Con el objetivo de determinar la eficacia del programa de SFT sobre la adherencia al tratamiento, se tabularon los resultados obtenidos y se analizaron las relaciones entre las variables objetivo. A continuación, se presenta el análisis de acuerdo al orden de presentación de los resultados:

5.2.1. Datos generales sobre los pacientes y los tiempos de intervención en el SFT.

En el presente trabajo se llevó a cabo un estudio para determinar la eficacia de un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes con HTA, con la finalidad

de mejorar la adherencia al tratamiento antihipertensivo, identificar y solucionar problemas relacionados a medicamentos y como consecuencia de la intervención.

Haciendo referencia a la Tabla N°1 en la totalidad de los pacientes que fueron intervenidos el mayor porcentaje de ellos fueron mujeres (58.3%), con una edad promedio de 67.9 años, estos resultados concuerdan con lo establecido por Teko L. y Brucker M que han establecido que la prevalencia de HTA a partir de los 50 años es mayor en las mujeres que en los hombres. Se conoce que los estrógenos cumplen una función protectora de los órganos del aparato cardiovascular, y la deficiencia de dichas hormonas características de la menopausia sería un factor de riesgo para el desarrollo de la hipertensión en mujeres mayores de 40 años⁷⁵.

De esta forma los estrógenos ocasionan un aumento en la eliminación de colesterol por el hígado, y la evolución de la aterosclerosis es más lenta en las mujeres premenopáusicas que en los varones. Además de esto, existe evidencia epidemiológica que demuestra que la terapia de reemplazo hormonal de estrógenos protege al sistema cardiovascular en mujeres postmenopáusicas. De esta forma, los estrógenos impiden el endurecimiento de las arterias, la cual es una condición importante para que una persona desarrolle hipertensión arterial⁷⁴.

La hipertensión es más frecuente en mujeres. Este hallazgo concuerda con datos encontrados en otros estudios. Según Rodríguez ⁷⁷ los resultados del estudio características clínico epidemiológicas de la hipertensión arterial realizado de enero a diciembre 2010, la prevalencia de HTA por genero fue de 68,37% mujeres y 31,83 % varones.

En la tabla N°02 se presentan la distribución de los intervalos de tiempo promedio invertidos en cada una de las visitas durante el arduo proceso de seguimiento farmacoterapéutico en la Boticas MIFARMA N°202.

Durante la primera y segunda visita de intervención se realizó un trabajo más detallado y fue el que demandó mayor tiempo, en estas visitas se le dio al paciente las recomendaciones necesarias acerca de su tratamiento correcto y los hábitos de vida saludables que deben llevar para que contribuyan con la mejora de su enfermedad y evitar complicaciones.

“Se invirtieron en total 26.9 minutos aproximadamente por paciente en cada visita y en promedio por todas las visitas realizadas 98.6 min, que multiplicadas por los 12 pacientes intervenidos nos da un total de 1183.2 min de trabajo farmacéutico dedicado al seguimiento farmacoterapéutico (SFT)”.

De igual forma el tiempo utilizado de intervención en el EF (Botica Mifarma N° 202) fue de 24.6 min en promedio, se comprobó que este medio fue útil para la captación de los pacientes, solo se utilizó este medio para captación de pacientes a quienes se realizaría el SFT, ya que las condiciones y el ambiente en el EF no eran los adecuados y no brindaban la comodidad suficiente para ganar la confianza del paciente y permitir una comunicación fluida y confortable, por tal motivo se eligió contactar al paciente en su lugar de domicilio donde se llevaría a cabo la toma de la presión arterial para documentar los niveles iniciales de presión arterial de cada paciente, lo cual dio inicio al presente proyecto presentado.

El tiempo promedio en la visita de intervención domiciliaria fue de 72.1 min, visiblemente el tiempo promedio se extendió a comparación del tiempo promedio en el establecimiento farmacéutico, esto se debió a que el ambiente era más confortable y agradable lo que nos permitió estar en contacto directo con el paciente teniendo una comunicación de farmacéutico a paciente más amena y fluida, debido a que no solo era necesario entablar una conversación sino también un ambiente adecuado para la toma o medición de los valores de presión arterial del paciente. El presente medio fue de gran utilidad ya que permitió alcanzar el objetivo de identificar reacciones adversas, interacciones farmacológicas, contraindicaciones, entre otros.

Entre otros medios de comunicación empleados en este proyecto está el medio telefónico, donde tiempo promedio usado en las intervenciones fue de 0.8 min, este medio de contacto entre farmacéutico - paciente fue uno de los menos empleados por razones monetarias y también debido a que no se mantiene contacto directo entre farmacéutico-paciente, lo que influye en una comunicación inadecuada donde no existe confianza y comodidad entre el farmacéutico y el paciente, se utilizó este medio de comunicación en raros casos donde su empleo fue estrictamente necesario, como por ejemplo hacer recordar al paciente la toma oportuna de su medicamento, así como brindar recomendaciones necesarias o también para verificar la agenda del paciente para la posterior visita farmacéutica.

El tiempo promedio usado en las intervenciones por otras vías de comunicación fue de 1.1min, este fue uno de los medios menos empleados entre farmacéutico - paciente, debido a que no todos los pacientes sabían utilizar medios electrónicos y solo se utilizó

este medio debido a que un paciente envió un mensaje para confirmar la hora de la visita domiciliaria.

Se contacto con los pacientes un total de 44 veces (desde la captación y visitas domiciliarias al paciente), con un promedio de 6.8 contactos domiciliarios de cada paciente, invirtiendo en promedio 28.8 min. en cada visita. Asimismo, se puede observar que el tiempo promedio total por paciente fue de 98.6 minutos.

Estos datos tienen relación con los resultados obtenidos por Muñoz C.¹⁰⁴ el cual obtuvo un promedio de 3 visitas por paciente. Sin embargo, difieren con los resultados encontrados por Cabiedes L. y Arcos¹⁰⁵ en su estudio de —evaluación económica de la Atención Farmacéutica (AF) en Oficinas de Farmacias Comunitarias, en el cual se reporta que el tiempo promedio de Atención Farmacéutica fue de 245 minutos por paciente (52 minutos de entrevista inicial, 175 minutos de visitas y 17 minutos de Intervención Farmacéutica). En términos de impacto neto, un paciente con Atención del Farmacéutico requiere un tiempo entre 180 y 201 minutos en las 3 visitas

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

Los pacientes reportaron enfermedades diagnosticadas por un facultativo en la tabla N°03 (84.2%) y dolencias sentidas sin diagnóstico (15.8 %). Las enfermedades que fueron diagnosticadas tenían su prescripción pertinente para el uso de medicamentos, sin embargo, las no diagnosticadas fueron origen de automedicación.

El promedio de enfermedades de cada paciente es de 3.17 enfermedades, dentro de todas estas enfermedades ya sean diagnosticadas o no diagnosticadas, la enfermedad más frecuente fue la hipertensión por ser la enfermedad objetivo y criterio de inclusión. El hipercolesterolemia es la segunda enfermedad más frecuente (5.3%). La OMS estima que hacia el año 2025 existirá un incremento en la prevalencia de las enfermedades crónicas y la hipertensión del orden del 40%¹⁰⁶.

En los últimos años, han aparecido numerosos estudios epidemiológicos que sugieren que la elevación del colesterol pudiese anteceder al desarrollo de hipertensión arterial y/o que la dislipidemia ya se encuentra presente en etapas precoces de la hipertensión arterial. Según un reporte de la OMS (2002) entre los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular se encuentran las concentraciones de colesterol elevadas en sangre (hipercolesterolemia), el sobrepeso y la inactividad física⁷⁹.

A partir de los 50 años en los pacientes hipertensos es frecuente el diagnóstico colesterol. Según López A. y González E., la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en adultos de 50 a 75 años es extraordinariamente elevada. Las prevalencias de hipercolesterolemia, diabetes y síndrome metabólico se encuentran entre las más elevadas de las que se ha comunicado hasta el momento en España¹⁰⁶.

Esta tabla N°06 muestra que cada paciente presentaba un promedio de 3.17 % de diagnósticos al inicio de la intervención, en momento del levantamiento de información cuando se realizó el llenado de la Ficha Farmacoterapéutica. Para cada diagnóstico los pacientes tomaban en promedio 4.75 medicamentos.

Si bien el promedio de las enfermedades diagnosticadas por cada paciente es mayor que las enfermedades no diagnosticadas, de manera individual los pacientes reportaron una mayor variedad de signos y síntomas que sienten de forma paralela la patología que fue diagnosticada por él facultativo. Gran parte de la morbilidad o enfermedad percibida no diagnosticada podría llegar a ser un problema de salud de riesgo que necesita de diagnóstico urgente para recibir el tratamiento adecuado. En la totalidad de los casos mencionados los pacientes se encuentran en riesgo de usar medicamento sin prescripción médica para las enfermedades que perciben.

Según el origen de su uso, existen dos categorías en los medicamentos: aquellos que fueron considerados como medicamentos prescritos, sustentados con receta médica, y aquellos sin una prescripción médica asociados con automedicación esto se plasma en la Tabla N°04.

Se hallaron un 90% de medicamentos que tuvieron prescripción médica respaldados por una receta medica donde se hallan sus indicaciones de uso; en la presente investigación el objetivo específico del seguimiento farmacoterapéutico (SFT) fueron precisamente los medicamentos prescritos, la labor del farmacéutico fue asegurar el cumplimiento de la indicaciones médicas, de igual manera se aseguro que los medicamentos plasmados en la receta medica hayan sido prescritos de acuerdo a la patología que presentaba cada paciente y que la acción farmacológica de los mismos sean eficaces para la patología diagnosticada de los pacientes objetivo, por lo tanto, la revisión de la calidad de la prescripción médica fue un requisito previo del SFT.

Podemos visualizar en la Tabla N°04 los medicamentos que fueron prescritos y no prescritos, identificados durante el proceso de la intervención, en promedio los pacientes usaron 5.25 medicamentos, donde 4.72 medicamentos fueron prescritos y 0.52 medicamentos son origen de la automedicación. El resultado obtenido fue coherente con Velasco¹⁰⁷ obteniendo en un estudio 2 medicamentos por paciente relacionados a 44 Problemas de salud.

Los medicamentos más utilizados fueron los antihipertensivos (24.0%). El resto de los medicamentos prescritos estuvieron relacionados a las enfermedades crónicas diagnosticadas.

La totalidad de medicamentos usados por los pacientes fue de 10.0% (6) fueron no prescritos (Tabla N°04 y Gráfico N°01). El origen de uso fueron signos y síntomas percibidos individualmente por el paciente, como en el caso de indigestión (3.33%). En otros casos la explicación es mucho más compleja. Por ejemplo, pacientes que usan corticoides sin haber diagnóstico, en este caso en particular el paciente comunicó que usaba prednisona por recomendación médica, la cual fue prescrita muchos tiempos debido a los signos y síntomas asociados a una alergia.

Los pacientes adultos mayores polimedcados presentan el riesgo de sufrir mayores reacciones adversas (RAM) e interacciones farmacológicas, como consecuencia de los cambios fisiológicos del envejecimiento (farmacocinética y farmacodinamia) y la influencia de las enfermedades. Las reacciones adversas a los medicamentos son más frecuentes y más graves en los adultos mayores en comparación con los pacientes más

jóvenes, este riesgo aumentados en relaciona con la comorbilidad y los cambios por envejecimiento y polifarmacia⁸³⁻⁸⁵ .

En importante tener en cuenta que teóricamente, cuando se padece mayor cantidad de enfermedades, se consumirá mayor cantidad de medicamentos, por lo tanto, existe mayor riesgo a la aparición de PRMs⁸⁵ .

Algunos investigadores han concluido que una intervención farmacéutica de cualquier tipo puede llegar a reducir el número de medicamentos que el paciente está tomando. “Siete estudios encontraron una disminución en el número de recetas tomadas por los pacientes como resultado de la intervención farmacéutica. Estos estudios mostraron un margen de 17,6% a 52,2% de disminución en el número medio de recetas por paciente. Cuatro estudios examinaron el cambio de dosis diarias tomadas y encontraron disminuciones de 21,5% a 29,8% después de las intervenciones farmacéuticas”. En contraste, dos estudios encontraron que no había cambio ni en el número de prescripciones ni en el de dosis por día, es decir no hubo un cambio favorable para los pacientes resultado similar a nuestro estudio^{86,87} .

5.2.3. Problemas Relacionados Con Medicamentos (PRM) Y Los Resultados Negativos De La Medicación (RNM).

En la Tabla N°05, se aprecia la frecuencia y el porcentaje (%) de los PRMs diagnosticados y solucionados durante el proceso de Seguimiento Fármaco Terapéutico (SFT), la acción orientada a disminuir el incumplimiento voluntario fue

la intervención más frecuentemente realizada para la solución de PRMs, se trató de disminuir el incumplimiento voluntario cuando se presentaron problemas de incumplimiento, administración errónea, actitudes negativas y reacciones adversas.

Dentro de los PRMs hallados, el incumplimiento representa un 23.8%, siendo el origen más frecuente el olvido, la actitud negativa del paciente por las reacciones adversas que le provocaba el medicamento. Por lo tanto, los pacientes incumplidores mayormente perciben a la hipertensión arterial como una enfermedad crónica prolongada donde los medicamentos tienen que ser administrados todos los días, pero por diversos factores olvidan tomar su medicamento, solo cada vez recordaban lo tomaban, pero en algunos casos lo tomaban cuando el paciente percibía signos o síntomas muy desagradables. En casos como estos la función del profesional farmacéutico se orientó hacia la educación del paciente, para que asuma con responsabilidad el tratamiento de su enfermedad y entienda el rol de los medicamentos, su naturaleza y la interdependencia entre calidad de vida y el cumplimiento de las indicaciones médicas y farmacéuticas.

Según el Tercer Consenso de Granada, “El incumplimiento, actitudes negativas y conservación inadecuada son los problemas relacionados con medicamentos diagnosticados más importantes (cada uno con una frecuencia de 27,8%). El incumplimiento y las actitudes negativas son problemas originados por el comportamiento de los pacientes frente a su enfermedad y en su percepción acerca de los medicamentos”⁷⁶

En cuanto a la Tabla N°6, se presentan los resultados generales sobre: el género, edad, cantidad de diagnósticos, cantidad de medicamentos, PRMs identificados y número de soluciones para resolver dichos PRMs. Al analizar dichos resultados, se observa que el promedio de diagnósticos en los 12 pacientes fue de 3.17, sin embargo, se debe notar que hay 1 solo paciente que tiene 6 enfermedades, 1 paciente tiene 5 enfermedades, 3 pacientes tienen 3 enfermedades, 2 pacientes tiene 4 enfermedades y 5 paciente tienen 2 diagnósticos. El promedio de medicamentos del grupo en estudio fue de 4.75, encontrándose en promedio 1,75 PRMs y 1,33 PRMs solucionados por paciente después de la intervención del SFT.

Los adultos mayores presentan generalmente múltiples enfermedades por lo que son valorados por varios especialistas de la salud, que, asociado a una pobre comunicación entre estos profesionales, conduce a la prescripción inapropiada de múltiples fármacos, esquemas farmacológicos complicados, mayor riesgo de interacciones farmacológicas, duplicidad de tratamiento y reacciones adversas.

La prevalencia de múltiples enfermedades aumenta exponencialmente con el envejecimiento esto implica mayor incidencia de condiciones médicas crónicas, mayor número de hospitalizaciones y por tanto mayor uso de fármacos que favorecerán una mayor incidencia de respuestas inadecuadas que pueden desencadenar efectos secundarios indeseables, presentando reacciones adversas exponenciales al número de fármacos ingeridos. Según Teko L. y Brucker⁷⁵. Se debe tener en cuenta que, a mayor cantidad de enfermedades, los pacientes consumirán más medicamentos y por lo tanto existe un mayor riesgo a que existan PRMs.

En relación al número de PRMs se encontró un promedio de 1.92, resultado disímil al encontrado por Duran, I. y Col⁸⁸. En su estudio de problemas relacionados con medicamentos resueltos en una farmacia comunitaria de España, en el cual obtuvo un promedio de casi 2 PRMs por paciente. En el presente estudio se observa que el número PRMs solucionados fue de 1.5 en promedio por paciente. Estos resultados son similares a los datos obtenidos por Campos, N. En su estudio de Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes ingresados en el servicio de medicina interna del hospital Infanta Margarita obtuvo un promedio de casi 3 PRMs solucionados. Velasco G¹⁰⁷. En su estudio de Seguimiento Farmacoterapéutico ambulatorio en pacientes hipertensos obtuvo un promedio de 2 PRMs solucionados por paciente.

5.2.4. Impacto de la intervención sobre la Adherencia:

Para medir la adherencia al tratamiento del paciente se realizó mediante el Test de Morisky Green Lavine⁶⁹, de acuerdo a los resultados obtenidos, posemos afirmar que nuestro seguimiento farmacoterapéutico (SFT) tuvo un impacto positivo y significativo ($p= 0.02$) para mejorar el nivel de adherencia al tratamiento luego de la intervención, según el test de McNemar nos indica que si el grado de significancia (p) es menor a 0.05 entonces diremos que existe menos del 5% de probabilidades de que otro factor esté implicado en el cambio, es decir que existe más del 95% de probabilidades de que sea por efecto del seguimiento farmacoterapéutico².

En la Tabla N°07, los resultados concluyen que al inicio de la investigación el 92% de los pacientes eran no adherentes a su tratamiento, ya sea por incumplimiento actitudes

negativas u otros factores, al término de la investigación el resultado promedio disminuyó a 33.3% de pacientes no adherentes, gracias a la intervención realizada a dichos pacientes con hipertensión arterial, los valores obtenidos son significativos, motivo por el cual se puede afirmar que hay una mejora en la adherencia del tratamiento en los pacientes. Según el test Morisky, el resultado obtenido en la investigación, dio el nivel de significancia según la prueba no paramétrica McNemar para datos dicotómicos de $p= 0.02$, al verificar la evolución del comportamiento interno en la variable del test (gráfico N° 02) se evidencia el buen progreso y cambio de los mismos, obteniendo antes como resultado que 7 pacientes eran de baja adherencia (58,3%) 4 pacientes de mediana adherencia (33.3 %) y 1 de alta adherencia (8.3%) y después se observó un cambio había 1 paciente con baja adherencia (8.3%), 3 pacientes con mediana adherencia (25%) y 8 pacientes con una alta adherencia (66.7%).

Según el gráfico N° 02 se presenta un análisis menos radical del que sugiere el Test de Morisky. Es decir, se analiza el grado de incumplimiento de los pacientes de acuerdo a la cantidad de respuestas afirmativas en las 8 preguntas. Consideramos que los pacientes pueden tener baja adherencia, mediana adherencia o alta adherencia, si responden positivamente o negativamente a las preguntas respectivamente. Se muestra en este gráfico que los pacientes con baja adherencia pasan de 7 a 1 pacientes, con mediana adherencia pasan con 4 a 3 paciente y con alta adherencia pasan de 1 a 8 pacientes respectivamente. Según el test de Morisky, sugiere no medir el cambio de los pacientes con comportamientos intermedios entre cumplidores e incumplidores, pero del análisis se muestra que existe un cambio hacia actitudes que favorecen el

cumplimiento que podría ser significativo si se continúa el proceso de educación a los pacientes⁶⁹.

En la tabla N°08 podemos apreciar que de las 8 preguntas los pacientes demostraron un cambio significativo de actitud, es decir el resultado de la prueba del test de McNemar para datos no paramétricos, indica que el error está por debajo del 5% o “p” es menor, que 0,05 para afirmar que los pacientes significativamente optaron por conductas favorables a la adherencia.

Sin embargo, Tiesca refiere que: “Los determinantes del incumplimiento terapéutico en pacientes mayores de 60 años con hipertensión arterial se relacionan con la polifarmacia, es decir, cuando el paciente toma más de 3 medicamentos en su esquema de tratamiento”¹²¹. En un estudio realizado por Márquez se encontró en España que el 25% de los pacientes refieren que el olvido en la toma de la medicación es la causa más frecuente de su incumplimiento¹²².

Con respecto a la pregunta número 01 (¿Algunas veces se olvida usted de tomar sus medicamentos?), 9 pacientes manifestaron ser incumplidoras en esta pregunta el trabajo fue significativo $p=0,005$ y que se logró cambiar a 1 pacientes incumplidoras.

En cuanto a la pregunta número 02 (¿En las dos últimas semanas, si hubo algún día en el cual no tomó sus medicamentos?), 7 pacientes manifestaron que sí habían olvidado por lo menos en alguna ocasión tomar sus medicamentos considerándolas incumplidoras al aplicar por segunda vez el test 1 de ellas volvieron a afirmar que se

volvieron a olvidar de tomar sus medicamentos fue significativo $p=0,014$.

Al analizar la pregunta número 03 (¿alguna vez ha dejado de tomar sus medicamentos porque le hacían mal, sin comunicarle nada al médico o su farmacéutico?), 4 pacientes indicaron que no había comentado nada a nadie sobre este incumplimiento, al aplicar por segunda ocasión del test Morisky se observa que solo 1 había incumplido, fue un cambio de actitud no significativo $p= 0.083$, refleja una mejora en cuanto a la actitud de paciente hacia una eficaz adherencia a su tratamiento.

La pregunta número 4 (¿Cuándo viaja o sale de casa por largo tiempo se olvida de llevar sus medicamentos?) 2 pacientes manifestaron haber olvidado sus medicamentos cuando salían de casa en varias ocasiones, se observa que hubo un no significativo de actitud en los pacientes luego de la realización de test una segunda vez que refirieron que al salir llevaban sus medicamentos, según McNemar $p= 157$

La pregunta número 5 (¿Dejo de tomar sus medicamentos ayer?) 7 pacientes manifestaron de dejar de tomar el medicamento el día anterior, al realizar por segunda vez el test ninguno volvió a olvidarse de tomar medicamentos, esto fue significativo según McNemar $p= 0.008$

En la pregunta número 6 (¿Cuándo Usted siente que los síntomas de su enfermedad están bajo control deja de tomar sus medicamentos?), 2 paciente indico que al sentir cierta mejora en su tratamiento deja de tomar sus medicamentos por lo cual se le consideró como incumplidor, al realizar por segunda vez el test se observó solo 1 de

ellos dejó de tomar su medicamento, no fue significativo según el test de McNemar $p=0,564$.

En la pregunta número 07 (Tomar medicamentos todos los días es muy complicado para mucha gente. ¿Alguna vez Usted se ha sentido tentado a dejar su tratamiento?), el paciente se sintió tentado a dejar su tratamiento debido a que percibían que los medicamentos que tomaban para tratar los síntomas de la hipertensión no mejoraban su estado de salud, en estos pacientes se reforzó la información en cuanto a su tratamiento y sus reacciones adversas. A este paciente se le identificó un PRM-13, debido a la ineficacia de su tratamiento, donde el paciente no cuenta con un tratamiento adecuado por lo tanto percibe que no hay mejoría en su estado de salud, según el test de McNemar el trabajo no fue significativo $p=1$.

Por último, pero no menos importante la pregunta número 08 (¿Cuán frecuente tiene usted dificultades para recordar tomar sus medicamentos?), 6 pacientes manifestaron olvidar con frecuencia tomar de sus medicamentos, se logró cambiar la actitud de los 6 pacientes lo que demostró la una mejora en la actitud del paciente hacia una eficaz adherencia al tratamiento en estos pacientes y según McNemar el trabajo fue no significativo $p=0,102$.

VI. CONCLUSIONES

6.1. CONCLUSIONES

- 6.1.1. Todos los pacientes antes de la intervención mediante SFT presentaron un estado de situación que evidenció la existencia de problemas con el uso de medicamentos.

- 6.1.2. Las estrategias desarrolladas para la solución de PRMs fueron aceptadas y lograron solucionar la mayoría de los PRMs diagnosticados.

- 6.1.3. La intervención a través del SFT fue eficaz para mejorar significativamente el nivel de adherencia al tratamiento luego de la intervención.

6.2. ASPECTOS COMPLEMENTARIOS.

6.2.1. Sugerencias y Recomendaciones

6.2.1.1. Sería recomendable incluir a la familia dentro de la intervención farmacéutica en el SFT, de esta manera recopilar más información y sea más interactivo, así mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos, haciéndolos sentir más cómodos y en confianza.

6.2.1.2. Sería recomendable desarrollar programas de SFT desde las practicas comunitarias que llevamos dentro de nuestros primeros ciclos en la carrera, para así ganar experiencia y sea más eficiente el desarrollo del SFT en la finalización de nuestra carrera profesional

6.2.1.3. Se debería desarrollar material visual estandarizado sobre la patología del paciente y como puede adherirse a su tratamiento de forma más práctica, ya sea folletos, trípticos u otros materiales, de esta forma contaríamos con más herramientas para apoyarnos en lograr nuestro objetivo que es que el paciente pueda adherirse a su tratamiento de forma eficaz.

6.2.2. Limitaciones:

6.2.2.1. La perspectiva que tienen los pacientes de nosotros como profesionales de la salud que estamos orientados a realizar trabajos con la comunidad, para promover el uso adecuado de medicamentos, como una adecuada adherencia en el tratamiento de diversas patologías, es bastante estrecho y en alguna medida un tanto negativa, esto se debe a la falta de incorporación del farmacéutico al equipo de salud, generando cierto grado de desconfianza en el paciente al desarrollar estos programas de intervención farmacéutica.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Faus M. Pharmaceutical Care as a response to social need. *Ars Pharmaceutica*, 41: 1; 137-143, 2000.
2. Ocampo Rujel Percy A. 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. Escuela Profesional De Farmacia Y Bioquímica. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Perú. 2013. Disponible en http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2017/10/20/_162855/16285520140623065120.pdf
3. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Pharm Care Esp* 1999; 1: 35-47.
4. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1990;47:533–543.
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. PJ McDonnell and MR Jacobs. Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions. *The Annals of Pharmacotherapy*: Vol. 36, No. 9, pp. 1331-1336. DOI 10.1345/aph.1A333.

7. Manasse HR Jr. Medication use in an imperfect world: drug misadventuring as an issue of public policy, Part 1. American Journal of Hospital Pharmacy, Vol 46, Issue 5, 929-944.
8. Johnson 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. Andrés Rodríguez. 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 y cols. 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. Régulo Agusti C. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. Acta Médica Peruana. Lima. Mayo - agosto. 2006; 23(2): 71-75. Disponible: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000200005. El 10/07/13.
12. Faus D, M.J. Programa Dader. Pharmaceutical Care España. 2000; 2:73-74.
13. Jácome A. Medidas de resultados en atención farmacéutica. Boletín De Atención Farmacéutica Comunitaria Vol 3 N°3, Universidad de Granada. Madrid marzo 1999. Desde: <http://www.ugr.es/~atencfar/bofac33.htm>. Tomado el 30/01/08.
14. Sookaneknun P. Richards RME. Sanguanserm Sri J. Teerasut Ch. Can Pharmacists Improve Outcomes in Hypertensive Patients Who. Second

- international conference on improving use of medicines. ChiangMai. Thailand.
2004. Desde:
<http://mednet3.who.int/icium/icium2004/poster.asp?keyword=Adult+Health>.
15. Machado M. Bajcar J. Guzzo GC. Einarson TR. Sensitivity of Patient Outcomes to Pharmacist Interventions. Part II: Systematic Review and Meta-Analysis in Hypertension Management. *The Annals of Pharmacotherapy*: Vol. 41, No. 11, pp. 1770-1781. DOI 10.1345/aph.1K311. Published Online, 9 October 2007, www.theannals.com, DOI 10.1345/aph.1K311.
16. Sookaneknun P. Richards RME. Sanguanserm Sri J. Teerasut Ch. Pharmacist Involvement in Primary Care Improves Hypertensive Patient Clinical Outcomes. *The Annals of Pharmacotherapy*: Vol. 38, No. 12, pp. 2023-2028. DOI 10.1345/aph.1D605. Published Online, 2 November 2004, www.theannals.com, DOI 10.1345/aph.1D605.
17. Bastera GM. El cumplimiento terapéutico. *Pharmcare esp* 1999; 1: 97-106. tomado desde:
<http://www.cqfperu.org/af/artInteres/af200511cumpliTerape.pdf> el 16/07/13
18. Granados G. Rosales Nieto JG. Moreno E. Ybarra JL. Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2007, Vol. 7, N° 3, pp. 697-707. ISSN 1697-2600.
19. Lee JK. Grace KA. Taylor AJ. Effect of a Pharmacy Care Program on Medication Adherence and Persistence,

- Blood Pressure, and Low-Density Lipoprotein Cholesterol. A Randomized Controlled Trial. JAMA, Published online November 13, 2006.
20. Kheir NM, Foppe van Mil J.W, Shaw J.P, Sheridan J.L. Health-related quality of life measurement in pharmaceutical care Targeting an outcome that matters. Pharmacy World & Science. Springer Netherlands. ISSN 0928-1231 (Print) 1573-739X (Online). Volume 26, Number 3 / junio de 2004. pp 125-128.
21. Tafur V. E. García-Jiménez E. Aproximación del rol de farmacéutico en la calidad de vida relacionada con la salud. Pharmacy Practice 2006; 4(1): 18-23.
22. Pickard AS, Johnson JA, Farris KB. The impact of pharmacist interventions on health-related quality of life. Harvey Whitney Books Company. The Annals of Pharmacotherapy: 1999. Vol. 33, No. 11, pp. 1167-1172. DOI 10.1345/aph.18460.
23. Armando P, Uema S, Sola N. Valoración de la satisfacción de los pacientes con el seguimiento farmacoterapéutico. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3(4): 205-212.
24. Zillich AJ, Sutherland JM, Kumbera PA, Carter BL. Hypertension Outcomes Through Blood Pressure Monitoring and Evaluation by Pharmacists (HOME Study) J Gen Intern Med. 2005 December; 20(12): 1091-1096.
25. Sabater D, Fernandez-Llimos F, Parras M, Faus MJ. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3(2): 90-97.
26. Silva-Castro MM, Tuneu Valls I, Faus MJ. Revisión sistemática sobre la implantación y la evaluación del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes

hospitalizados. *Farm Hosp.*2010;34(3):106–124. Documento descargado de <http://www.elsevier.es> el 21/05/2010.

27. Desselle S, Schwartz M, Rappaport HM. The Identification of Pharmaceutical Care Practice Standards in the Community Pharmacy Setting. *Journal of Pharmaceutical Care*, published by the School of Pharmacy of Northeast Louisiana University at Monroe LA. Volume 1, Article 3. February 1997.
28. Armando P, Semería N, Tenllado M, Sola N. Seguimiento farmacoterapéutico de pacientes en farmacias comunitarias. *Aten Primaria*. 2005;36:129-34. - vol.36 núm 03.
29. Rodríguez Chamorro MA, Rodríguez Chamorro A, García Jiménez E. Conocimiento y satisfacción por el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes incluidos en el programa Dáder en dos farmacias rurales. *Seguim Farmacoter* 2004; 2(2): 286-290.
30. Fontana RD, Soláthurry N. Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes pediátricos hospitalizados: adaptación de la metodología Dáder. *Arán ediciones* 2003, s. l. farmacia hospitalaria. *farmhosp* (Madrid) Vol. 27. N.º 2, pp. 78-83, 2003.
31. Garnet WR, Davis LJ, Mckenney JM, Steiner KC. Effect of telephone follow-up on medication compliance. *Am J Hosp Pharm* 1981; 38: 676-679.
32. Simkins CV, Wenzloff NL. Evaluation of a computerized reminders system in the enhancement of patient medication refill compliance. *Intell Clin Pharm* 1986; 20:799-802.

33. Ocampo Rujel P. A. Impacto de un programa de atención farmacéutica sobre el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes hipertensos. In *crecendo* http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S2222-30612010000200006&script=sci_abstract. El 21/11/2017.
34. Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular (EMDADER-CV-INCUMPLIMIENTO) Tesis doctoral. Universidad de Granada. Facultad de Farmacia. Programa de Doctorado de Farmacia Asistencial. Granada España, Diciembre de 2008.
35. Fulmer TT, Feldman PH, Kim TS, Carty B, Beers M, Molina M, Putnam M. Aninterventionstudytoenhancemedicationcompliance in community-dwellingelderlyindividuals. *J GerontolNurs* 1999 Aug; 25(8): 6-14.
36. Gil V. Pineda M. Martínez JL. Belda J. Santos MA y Merino J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento terapéutico en la hipertensión. *MedClin (Barc)* 1994; 102: 532-536.
37. Álvarez-Risco A, Zegarra-Arellano E, Solis-Tarazona Z, Mejía-Acosta N, Matos-Valerio E. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud del Perú. Boletín (Cent. Aten. Farm.). Año 5 - Número 3 - Mayo Junio 2012. ISSN 2221-4259. Tomado desde: http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Boletines/AtencionFarmaceutica/B09_2012_03.pdf. El 19/08/2014
38. Ocampo Rujel P. A. Impacto de un programa de atención farmacéutica sobre el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes

hipertensos. In crescendo

<http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S2222->

30612010000200006&script=sci_abstract. El 21/11/2017.

39. Ayala KL, Condezo MK. Juarez EJ. Impacto del Seguimiento Farmacoterapéutico en la Calidad de Vida Relacionada a la Salud de Pacientes con Hipertensión Arterial. UNMSM. Ciencia e Investigación 2010; 13(2): 77-80. Disponible: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ciencia/v13_n2/pdf/a05v13n2.pdf. El 17/07/13
40. Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). ArsPharm 2007; 48 (1): 5-17.
41. 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> el 19/08/2014
42. 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.
43. Presidencia de la república. Aprueban reglamento de establecimientos farmacéuticos, Decreto Supremo N°014-2011-SA. El Peruano. Lima 27 de Julio de 2011.

44. 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.
45. Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Atención Farmacéutica en el Perú (1). Boletín Centro de Atención Farmacéutica - Año 1 Número 1 Enero – Febrero 2008. tomado desde: www.digemid.minsa.gob.pe, el 28 de Julio de 2012.
46. López, R; Kroeger, A. Morbilidad y medicamentos en Perú y Bolivia : Un estudio sobre morbilidad, uso de servicios de salud y consumo de medicamentos con una intervención educativa. Chimbote; Acción para la Salud; ago. 1990. 324 p. graf.
47. Álvarez de Toledo F, Arcos González P, Eyaralar RT y col. Atención farmacéutica en personas que han sufrido episodios coronarios agudos (Estudio TOMCOR). Revista Española de Salud Pública, julio-agosto, año/vol. 75, número 004. Ministerio de Sanidad y Consumo de España Madrid, España pp. 375-388.
48. Fernández -Llimós F, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Martínez 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. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de España. Consenso sobre Atención Farmacéutica. *ArsPharmaceutica*, 42:3-4; 221-241, 2001

50. Martínez-Romero F, Fernández-Llimós F, Gastelurrutia MA, Parra SM, Faus MJ. Programa Dáder de Seguimiento del Tratamiento Farmacológico. Resultados de la fase piloto. *Ars Pharmaceutica*,42:1;53-65, 2001.
51. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Método DADER para el seguimiento Farmacoterapéutico. *ArsPharm* 2005; 46 (4): 309-337.
52. Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug-related problems: their structure and function. *DrugIntellClinPharm* 1990;24:7-1093.
53. Sindicato Médico del Uruguay. El valor del medicamento: realidades y esperanzas de futuro. Mayo 2005. *El Diario Médico* N°65. Mayo de 2005. Tomado desde: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/eldiariomedico/n65/pag15.pdf>. El 28/08/2012.
54. Higby GJ. The continuing evolution of American pharmacy practice 1952-2002. *J Am Pharm Assoc* 2002;42(1):5-12. Tomado desde: <http://japha.org/article.aspx?articleid=1034045>, El 23 de Julio de 2012.
55. Gaspar Carreño M. Seguimiento de la Intervención Farmacéutica en un hospital dedicado a la cirugía ortopédica traumatológica tras el establecimiento e implantación de un programa de atención farmacéutica. TESIS DOCTORAL. Universidad CEU Cardenal-Herrera Facultad de Farmacia. Departamento de Fisiología, Farmacología y Toxicología. Valencia España 2011.
56. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. PRM y RNM Conceptos. Portal Farma.com Organización Farmacéutica Colegial. FARMACÉUTICOS N.º 315 - Octubre 2006. Tomado desde:

http://www.portalfarma.com/inicio/atencionfarmaceutica/forodeattfarma/Documents/28_29_Atencion_farma.pdf. Tomado el 14/07/2012.

57. Hall-Ramirez V. Atención farmacéutica. Seguimiento del tratamiento farmacológico. Universidad de Costa Rica. Centro Nacional de Información de Medicamentos. Enero de 2003. Tomado desde: <http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed14.pdf>. El 20/08/2014.
58. Culbertson, V.L., Larson, R.A., Cady, P.S., Kale, M., Force, R.W., “A conceptual framework for defining pharmaceutical diagnosis,” *Am. J. Pharm. Educ.*, 61, 12-18(1997). Tomado desde: <http://archive.ajpe.org/legacy/pdfs/aj610112.pdf>. El 20/08/2014
59. Hurley SC. A Method of Documenting Pharmaceutical Care Utilizing Pharmaceutical Diagnosis. *American Journal of Pharmaceutical Education* Vol. 62, Summer 1998.
60. Ferriols R. Valoración de la Atención Farmacéutica en los problemas relacionados con los medicamentos. Presentado en XLIV Congreso Nacional SEFH. Septiembre 1999. Pamplona.
61. Calvo MV, 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.
62. 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.

63. Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Manual de Buenas Prácticas de Prescripción. 2005. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. — Lima. Disponible desde: <http://www.minsa.gob.pe/infodigemid>
64. Sabater Hernández D, Silva Castro MM, FausDáder MJ. Método Dáder. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. Tercera edición, 2007.
65. Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Norma Técnica de Buenas Prácticas de Dispensación. Tomado desde: www.digemid.minsa.gob.pe. El 13 de Julio de 2012.
66. Osterberg L. Blaschke T. Adherencetomedication. N Engl J Med 2005;353:487-97. Downloadedfrom www.nejm.org onNovember 18, 2009.
67. Libertad MA. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública 2004;30(4). Tomado de http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu08404.htm El 18/07/2013.
68. Márquez E. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico en la diabetes mellitus. Centro de Salud la Orden, Huelva, España. En <http://www.fac.org.ar/tcvv/llave/c053/marquez.PDF>. Tomado el 06/02/13
69. Morisky DE. Green LW. Levine DM. Concurrent and Predictive Validity of a Self-Reported Measure of Medication Adherence. Medical Care, Vol. 24, No. 1 (Jan., 1986), pp. 67-74.
70. Oliveira DjenaneRamalho de, Varela NiurkaDupotey. La investigación cualitativa en Farmacia: aplicación en la Atención Farmacéutica. Rev. Bras. Cienc. Farm. [serialonthe Internet]. 2008 Dec [cited 2014 Aug 20]; 44 (4):

763-772. Available from:
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322008000400024&lng=en.](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322008000400024&lng=en) [http://dx.doi.org/10.1590/S1516-93322008000400024.](http://dx.doi.org/10.1590/S1516-93322008000400024)

71. Blasco P, Mariño EL, Aznar MT, Pol E, Alós M, Castells M et al. Desarrollo de un método observacional prospectivo de estudio de errores de Medicación para su aplicación en hospitales. *FarmHosp* 2001; 25:253-273.
72. Comité de Consenso: Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM). *ArsPharmaceutica*, 43:3-4; 179-187, 2002.
73. Martínez Sánchez AM. 2000. El concepto atención farmacéutica. sus influencias gnoseológicas en el contexto de la profesión. *Revista del Centro de Investigación. Universidad La Salle*, enero, año/vol. 4, número 014 Universidad La Salle Distrito Federal, México. pp. 83-85.
74. Martell Claros N. Menopausia e Hipertensión Arterial Sociedad Argentina de Hipertensión 8. <http://www.saha.org.ar/hipertension-menopausia.php>
75. Teko, L. Brucker, M. *Pharmacology for women's Health*. First edition. Jones and Bartlett Publishers. Ontario. Canadá. 2011. Pp: 384–385.
76. 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.
77. Rodríguez A, García E. Conocimiento y satisfacción por el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes incluidos en el programa Dáder en dos

- farmacias rurales. *Seguim Farmacoter* 2004; 2(2): 286-290. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69020408>. El 24/07/17.
78. WorldHealthOrganization. Europe: Pharmacy-BasedHypertension Management Model: Protocol and Guidelines. A joint CINDI/EuroPharmForumproject 2005. EUR/04/5049481. ISBN WHOLIS: E85730.
79. Iñesta GA. Atención Farmacéutica, Estudios Sobre Uso De Medicamentos Y Otros. *RevEsp Salud Pública* 2001; 75: 285-290 N.º 4 - Julio-Agosto 2001.
80. Espejo J. Fernández-Llimós F, Machuca M. Faus MJ. Problemas relacionados con medicamentos: Definición y propuesta de inclusión en la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) de la Wonca. *PharmaceuticalCare España* 2002; 4: 122-127.
81. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. Seguimiento farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). *PharmacyPractice* 2006; 4(1): 44-53.
82. Gonzales G. Fundamentos de Atención Farmacéutica 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.
83. Grebe H. Nunes J. Diogo L. Papel de la hyper tensión arterial en la comorbilidad de la cefalea crónica. *Rev Neur* 2001; 33 (2): 119–122.
84. Machuca GM. Atención Farmacéutica, seguimiento fármaco terapéutico, *Pharmaceuticalcare: Farmacoterapia Social*. España 2006. Disponible desde: www.farmacoterapiasocial.es/local/capitulo1.pdf

85. Barros P. María G. Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes con Hipertensión Arterial. Hospital José Carrasco Arteaga. Universidad de Cuenca. Ecuador 2013. Disponible en (Tomado el 28 de Febrero del 2017): <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2624/1/tm4673.pdf>
86. González J. Rivera R. Sánchez G. Reviriego A. Casimiro C. Estudio Tarvest: Efecto del tratamiento con AINE sobre la presión arterial en pacientes hipertensos con riesgo cardiovascular elevado. An. Med. Interna (Madrid) v.23 n.9 Madrid sep. 2006.
87. Kaufman DW, Kell y JP, Rosenberg L, Anderson TE, Mitchell AA. Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United States. The Slone Survey. JAMA 2002; 287:337-44.
88. Duran, I. y Col. Problemas relacionados con medicamentos resueltos en una Farmacia Comunitaria. Pharmaceutical Care España–11. Trabajo de investigación (2013).
89. Congreso de la República. Ley de Trabajo del Químico Farmacéutico. Lima Febrero del 2004. En: Ministerio de Salud. Normas legales y administrativas que regulan el trabajo y la carrera de los profesionales de la Salud en el sector Salud. Oficina de Capacitación y Normas N°02. 2005. Tomado desde: http://bvs.minsa.gob.pe/local/RRHH/92_profsalud.pdf. El 17/08/2012.
90. Congreso de la República del Perú. Ley modificatoria de la Ley No. 15266, que crea el Colegio Químico Farmacéutico del Perú. Ley 26943. Diario Oficial El Peruano. 16 de Abril de 1998.

91. Ministerio de Salud. Reglamento de la ley de Creación del Colegio Químico Farmacéutico del Perú. Decreto Supremo N° 006-99-SA. Diario Oficial El Peruano. Diciembre de 1999.
92. Presidencia de la República. Modificatoria del Reglamento de la Ley 15266, Ley que crea el Colegio Químico Farmacéutico del Perú. DS 022-2008-SA. Diario Oficial El Peruano. Octubre de 2008.
93. Presidencia de la República. Reglamento de la Ley Ley 28173, Ley de Trabajo del Químico Farmacéutico del Perú. DS 008-2006-SA. Diario Oficial El Peruano. Octubre de 2006.
94. Boswort HB, Olsen MK, Gentry P, Orr M, Dudley T, Mcant F. Nurse administered telephone intervention for blood pressure control: a patient-tallored multifactorial intervention. Patient Educ Couns 2005; 57: 5-14.
95. Armando P, Uema S, Sola N. Valoración de la satisfacción de los pacientes con el seguimiento farmacoterapéutico. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3(4): 205-212.
96. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013. [página de internet]. Tomado desde: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Declaracion_Helsinki_Brasil.pdf
97. Rojas DA. Atención farmacéutica en pacientes hipertensos adultos mayores Informe de práctica prolongada para optar al título de Químico Farmacéutico Universidad de Chile. Santiago de Chile 2005
98. U.S. department of health and human services. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment

- of High Blood Pressure. Bethesda, Md: National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health; 2003 NIH Publication 03-5233 Desde: www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7.pdf. Tomado el 30/01/08.
99. Tuesca MR. Guallar CP. Banegas BJ. Graciani para. factores asociados al control de la hipertensión arterial en personas mayores de 60 años en España. Revista Española de Salud Pública, mayo-junio, año/vol. 80, número 003 Ministerio de Sanidad y Consumo de España Madrid, España. pp. 233-242
100. Pascuzzo LC. Mariagne CN. Terapia farmacológica en hipertensión arterial Farmacología Básica. Libro de edición digital. Desde <http://www.geocities.com/carminepascuzzolima/>. Tomado el 28/01/08.
101. Iza-Stoll A. Tratamiento de la hipertensión arterial primaria. Acta Med Per. 23(2) 2006 93.
102. OmronHealthCare. Manual InflationBloodPressure Monitor. Model M1. Instruction Manual. Tomado desde: <http://www.omron-healthcare.com/data/catalog/3/179/1/HEM-4030-E-02-10-2011%20EN.pdf>. El 28/08/2014
103. Teko,L. and Brucker,M. Pharmacologyforwomen'sHealth.Firstedition. Jones and Bartlett Publishers.Ontario.Canada. 2011. Pp: 384–385
104. Muñoz C. Promoción de la adherencia al tratamiento antihipertensivo e implementación de un programa de atención farmacéutica a pacientes hipertensos del hospital regional Juan José Ortega, Coatepeque, Quetzaltenango Universidad San Carlos Guatemala, Noviembre del 2012, citado en Julio del 2017.

105. Cabiedes L. Eyaralar T. Arcos P. Álvarez F. Álvarez G. Evaluación económica de la atención farmacéutica (AF) en oficinas de farmacia comunitarias (Proyecto Tomcor). *Rev. Esp. Econ. Salud* 2002; 1(4):45-59. Disponible en: http://www.economiadelasalud.com/Ediciones/04/pdf/04_Originales.pdf El: 21/07/2017.
106. OMS. OPS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 2004.
107. López A. Prevalencia de obesidad, diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia y síndrome metabólico en adultos mayores de 50 años de Sanlúcar de Barrameda. *Rev Esp* <http://www.revespcardiol.org/es/prevalencia-obesidad-diabetes-hipertension-hipercolesterolemia/articulo/13127846/>. Citado el 03/08/2017.
108. Velasco G. Seguimiento farmacoterapéutico ambulatorio en pacientes hipertensos de la Caja de Salud de Caminos y R.A. Oruro. *BIOFARBO* 1. La Paz. Dic.2008;16 Disponible en (Tomado el 28 Agosto 2017): http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1813632008000100013&script=sci_arttext
109. GrebeH,NunesJ,DiogoL.Papel de la hyper tensión arterial en la comorbilidad de la cefalea crónica. *RevNeur* 2001; 33 (2): 119–122.
110. HajjarI,KotchenT.Trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the United States. U.S.A. 1988-2000. *JAMA* 2003;290(2):199-206

111. Esmatjes E, Vidal J. Repercusión cardíaca de la diabetes mellitus. *Rev Esp Cardiol* 1998; 51: 661-670
112. Barros Pesántez María. Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes con Hipertensión Arterial. Hospital José Carrasco Arteaga. Universidad de Cuenca. Ecuador 2013. Disponible en (Tomado el 28 de febrero del 2013): <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2624/1/tm4673.pdf>
113. González J, Rivera Sánchez G, Reviriego A, Casimiro C. Estudio Tarvest: Efecto del tratamiento con AINE sobre la presión arterial en paciente hipertensos con riesgo cardiovascular elevado. *An. Med. Interna (Madrid)* v.23 n.9 Madrid sep. 2006.
114. Garção JA, Cabrita J. Evaluation of a Pharmaceutical Care Program for Hypertensive Patients in Rural Portugal. *J Am Pharm Assoc* 42(6):858-864, 2002. © 2002 American Pharmaceutical Association.
115. Flores, L, y Col.—Seguimiento Farmacoterapéutico con el Método Dáder en un grupo de pacientes con hipertensión arterial. *2005;3(3):154-157*. Trabajo de investigación (citado en marzo del 2014).
116. Kheir NM, Foppe van Mil J.W, Shaw J.P, Sheridan J.L. Health-related quality of life measurement in pharmaceutical care Targeting an outcome that matters. *Pharmacy World & Science*. Springer Netherlands. ISSN0928-1231 (Print) 1573-739X (Online). Volume 26, Number 3 / junio de 2004. pp 125-128.
117. Tafur V. E, García-Jiménez E. Aproximación del rol de farmacéutico en la calidad de vida relacionada con la salud. *Pharmacy Practice* 2006; 4(1): 18-23.

118. Jarillo Ibáñez D. Moreno BF. Rodríguez PJC. Lázaro y de Mercado P. Calidad de Vida e Hipertensión Arterial. Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud (TAISS). Madrid. desde:<http://www.taiss.com/publi/absful/calidad%20de%20vida%20argo.pdf>. Tomado el 16/01/08.
119. Côté I. Grégoire JP. Moisan J. Chabot I. Quality of life in hypertension: the sf-12 compared to the sf-36. Canadian society for clinical pharmacology. Can j clinpharmacol. vol 11(2) fall 2004: e232-e238; nov. 9, 2004.
120. Monés J. ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia?. CirEsp 2004;76(2):71-7.
121. Côté I. Moisan J. Chabot I. Grégoire JP. Healthrelatedquality of life in hypertension: impact of a pharmacy intervention programme. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics. 2005. 30 (4), 355–362. doi:10.1111/j.1365-2710.2005.00663.x.
122. Tuesca M. Guallar P. Banegas J. Graciani R. Aspectos Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores De 60 años en España. Gac Sanit 2006; 20(3): 220-227.
123. Márquez E. Casado J. Márquez J. Estrategias Para mejorar el cumplimiento. F MC 2001; 8: 558-573.

VII. ANEXOS

7.1. Anexo. Solicitud de permiso dirigido al establecimiento farmacéutico


UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ANGELES
CHIMBOTE

**DEPARTAMENTO DE METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN
SECCIÓN DE INVESTIGACIÓN EN FARMACIA Y BIOQUÍMICA**

Nvo. Chimbote, 10 de Abril del 2014

Señor
Q.F Vittina Meliton Ramirez
BOTICA "MIFARMA 202"
NVO. CHIMBOTE
Pte.

Asunto: Facilidades para realizar una investigación sobre
Seguimiento Farmacoterapéutico.

De mi especial consideración,

Me dirijo a Usted de manera cordial para solicitarle por su intermedio las facilidades para que la Alumna *Stefani Montani Tarrillo*, Cod *ULADECH N° 0108082003*, pueda desarrollar actividades de Seguimiento Farmacoterapéutico como parte de un proyecto de investigación que tiene por objetivo evaluar la utilidad de este servicio en la prevención, detección e intervención de problemas relacionados con medicamentos que pueden sufrir los pacientes que se atienden en el Servicio Farmacéutico que Usted dirige.

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

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

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

Atentamente:


VITTINA NORMA MELITON RAMIREZ
QUÍMICO FARMACÉUTICO
C.O.F.P. 07610
BOTICAS MIFARMA
MZ. 12 LT. 11 URB. PACIFICI NUEVO



7.2. Anexo. Hoja de consentimiento informado.

DECLARACION 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.
- 6.- 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.
- 7.- La firma de este consentimiento no tiene fin comercial o contractual de ningún tipo.

* NOMBRE DEL PACIENTE: (DE PUÑO Y LETRA DEL PACIENTE): _____
* DIRECCION: _____
* TELEFONO: _____

* FIRMA: _____
* DNI: _____

* NOMBRE DEL QUIMICO FARMACÉUTICO Jr: _____
* TELÉFONO: _____

* FIRMA: _____
* DNI: _____

* FECHA: ____ / ____ / ____

* FECHA DE LA PRIMERA ENTREVISTA PARA EL LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN: ____ / ____ / ____

* Campos obligatorios

7.3 Fichas Farmacoterapéuticas.

Anexo N°7.3.1. Ficha FFT (hoja 1). Registro de la información del paciente, de su enfermedad de sus medicamentos y del médico prescriptor.

Ficha N°01. Información personal del paciente

FICHA 01. INFORMACION PERSONAL DEL PACIENTE. Programa de Atención Farmacéutica.
EEFF Botica Mifarma

COD* PACIENTE: 02 FECHA: 03 / 05 / 14

1.1.- DATOS PERSONALES.

NOMBRE: Elda Porra López SEXO: _____
 DIRECCIÓN: Calle Miguel Grau - H2 y Lt-23 ZONA: P.Joven.
 TELÉFONO DOMICILIO: 978753226 OTRO _____ (MAIL): _____
 FECHA DE NACIMIENTO: 24 / 04 / 1979 EDAD: 35 AÑOS:
 GRADO DE ESTUDIOS: ANALFABETO _____ PRIMARIA _____ SECUNDARIA SUPERIOR _____
 TIENE SEGURO SI: _____ NO: _____ SEGURO INTEGRAL (SIS): ESSALUD: _____ PRIVADO: _____
 OTRO CUAL?: _____
 EL SEGURO PRIVADO CUBRE LOS MEDICAMENTOS TOTALMENTE: SI: NO: _____

1.2.- PARÁMETROS DE SEGUIMIENTO:

VISITA N°:	1	2	3	4
FECHA	<u>03/05/14</u>	<u>03/05/14</u>		
PRESIÓN ARTERIAL (en mm de Hg)	<u>132 / 82</u>	<u>202 / 90</u>		
GLUCEMIA				
PESO (en Kg)	<u>54</u>			
TALLA (en cm)	<u>1.62</u>			
Temperatura (en °C)	<u>37.5°C</u>			
OTRO				

Los parámetros de seguimiento deben medirse cada vez que se tenga contacto con el paciente. Sobre todo presión arterial y glucemia.

1.3.- DATOS DEL MÉDICO Y/O INSTITUCION DONDE EL PACIENTE CONTROLA SU TRATAMIENTO PARA LAS ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS.

N°	NOMBRE DEL MEDICO	ESTABLECIMIENTO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO
<u>1</u>	<u>Dr. Francisco Hernández Siquiera</u>	<u>Posto 3 de Octubre</u>	<u>Medicina</u>	

1.4.- PROBLEMAS DE SALUD QUE SUFRE O PERCIBE EL PACIENTE AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA (diagnosticadas o no diagnosticadas):

N°	NOMBRE DEL PROBLEMA DE SALUD, SIGNO O SINTOMA PERCIBIDO POR EL PACIENTE	Dr? Si/No	QUIEN LE DIAGNOSTICO?	TELÉFONO
<u>1</u>	<u>Hipertensión esencial</u>	<u>Si</u>	<u>Dr.</u>	
	<u>Dolor de Caderas</u>	<u>No</u>		

Insiste con el paciente para que declare TODOS Problemas de Salud diagnosticados que sufre al momento de la entrevista.

AnexoN°7.3.3. Ficha FFT (hoja 1). Registro de la información del paciente, de su enfermedad de sus medicamentos y del médico prescriptor.

(ficha 1 parte 3)

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, contaría como enfermedad actual.

1.9.- ANTECEDENTES FAMILIARES DE MORBILIDAD:

ENFERMEDAD	MADRE	PADRE	HERMANOS	OTROS
HIPERTENSIÓN	X		X	
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	Poco.	Dieta hipocalórica
Uso de sal al cocinar	Poco.	Dieta hiposódica
Consumo de alcohol	VECES POR SEMANA NO X	
Fuma cigarrillos o alguien en casa lo hace?	SI: NO: X CANTIDAD AL DIA: _____	
Hace ejercicios:	CAMINA: _____ CORRE: _____ GIMNASIO: _____ PESAS: _____ BICICLETA: _____ OTRO: _____	VECES POR SEMANA: _____ Debe salir a caminar 20 minutos
Consumo de café	SI: NO: X TAZAS DIARIAS: _____	
Dieta:	SI X NO _____ Describir: _____	Dieta de Sal Dieta de grasa.

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: 02

Anexo N°7.3.4. Ficha FFT (hoja 2). Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes.

FICHA 02. HOJA DE INFORMACION FARMACOTERAPÉUTICA. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF Botica Mifarma

PACIENTE COD. N°: 02,
NOMBRE: Elda Pérez López

FECHA: 03-05-14

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°7.3.5. Ficha FFT (hoja 2). Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes.

(hoja 2, segunda parte)

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

Nombre 1: <i>Paracetamol 120mg/5ml.</i>	
1. ¿lo toma? <i>Sí</i>	4. ¿cómo le fue? <i>Bien</i>
3. ¿para qué? <i>Dolor, Fiebre</i>	10. ¿Sintió algo extraño? <i>No</i>
Nombre 2: <i>Ibuprofeno 100mg/5ml.</i>	
1. ¿lo toma? <i>Sí</i>	4. ¿cómo le fue? <i>Bien</i>
3. ¿para qué? <i>Dolor</i>	10. ¿Sintió algo extraño? <i>No</i>
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 vendidos, en mal estado, adulterados, etc.

COD INTERV:

Anexo N°7.3.7. Ficha FFT (hoja 4). Hoja guía de intervención farmacoterapéutica.

FICHA 04. HOJA GUIA DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA.

Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Establecimiento Farmacéutico Botica Mifarma
Chimbote.

PACIENTE COD Nº: 02
NOMBRE: *Elda Pérez López*

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

Nº	NOMBRE DEL MEDICAMENTO* O MORBILIDAD**	FPP	DOSIS REC.	FREC. DE DOSIS/DIA	FECHA DE PRESCR.
1	<i>Enalapril.</i>	<i>tab.</i>	1	1	<i>14/02/14.</i>

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

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

4.2.- DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL PRM:

PRM	Descripción	PRM	Descripción
1. Administración errónea del medicamento:	El utiliza erróneamente dos antihistamínicos generando duplicidad de uso	9. Incumplimiento:	<i>No cumple con el horario de su medicamento</i>
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: *02*

Anexo N°7.3.8. Ficha FFT (hoja 4, cuarta parte). Hoja guía de intervención farmacoterapéutica.

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

N°	Clasificación del RNM	Descripción del RNM	PRM origen
1	Necesidad	Problema de Salud no tratado. El paciente sufre un problema de salud asociado a no recibir una medicación que necesita.	9
2		Efecto de medicamento innecesario. El paciente sufre un problema de salud asociado a recibir un medicamento que no necesita.	
3	Efectividad	Inefectividad no cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad no cuantitativa de la medicación.	
4		Inefectividad cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad cuantitativa de la medicación.	
5	Seguridad	Inseguridad no cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad no cuantitativa de un medicamento.	
6		Inseguridad cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad cuantitativa de un medicamento.	

Fecha final de la intervención: 03-05-14

COMENTARIO:

El paciente no cumple con el horario de su medicamento, por lo tanto sufre ps. porque no recibe el medicamento que necesita y es por su incumplimiento de no tomar a la hora del día que su prescriptor lo solicita, pero es que se queja que tiene fiebre cuando lo toma.

Anexo N°7.3.9. Ficha FFT (hoja 4, segunda parte). Hoja guía de intervención farmacoterapéutica

4.4. QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRM.

Para resolver el problema necesito indicarle al paciente que si no cumple con el horario de su medicamento si la hora que si le indica, todos los días puede elevarse su presión a medida que no pueda bajar y sufrir algo grave.

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 to.	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).	Reforzo 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:

Reforzarle al paciente la importancia que tiene el medicamento que toma con respecto a su salud y que si por vida debe tomarlo, si es posible a la misma hora como indicó el médico.

Anexo N°7.3.10. Ficha FFT (hoja 4, tercera parte). Hoja guía de intervención farmacoterapéutica.

FICHA 05. HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF Botica Mifarma

COD° PACIENTE: 02 FECHA: 03 / 05 / 14

5.1. NÚMERO DE CONTACTOS UTILIZADOS DURANTE LA INTERVENCIÓN:

N°	Lugar donde se encontraba el paciente	Medio de comunicación	t invertido (min)
1	Domicilio	Verbal	40 min

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

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

6. Fecha final de la intervención (visita domiciliaria): 03-05-14

COD INTERV: 02

Anexo N°7.3.11. Ficha FFT (hoja 6). Test para medir la adherencia al tratamiento.
Test de Morisky.

I

Implementación de Programa de Atención Farmacéutica. Botica Mifarma

Test de Adherencia a la medicación de Morisky.

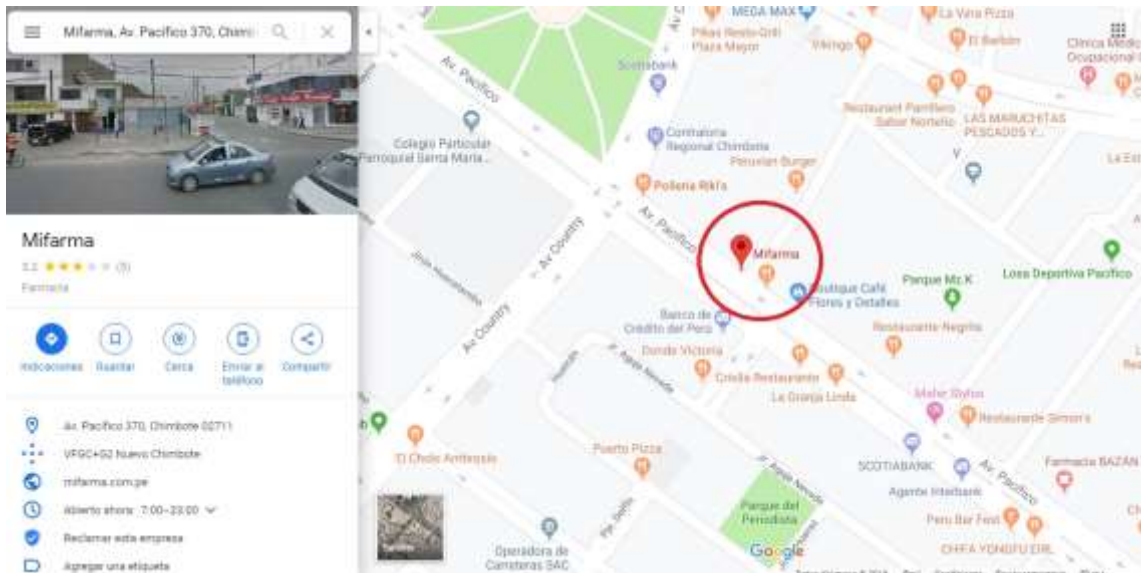
Ítems	Preguntas	Si	No
1	Algunas veces se olvida usted de tomar sus medicamentos?	1	
2	Las personas no toman sus medicamentos por razones a veces diferentes a olvidarse. Piense en las dos últimas semanas, si hubo algún día en el cual no tomó sus medicamentos?	1	
3	Alguna vez ha dejado de tomar sus medicamentos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

Anexo 7.5. Fotos

Figura N°05: Frontis de la Botica Mifarma N° 202 en Nvo. Chimbote, se Ubica en la Av. Pacifico Mz A Lt 2 Urb. Buenos Aires, Provincia de Santa en el departamento Ancash.



ANEXO 7.6. (FiguraN°06) Mapa de la ubicación de la Botica Mifarma N° 202



FiguraN°07. Revisión de Fecha de vencimiento y limpieza de medicamentos



FiguraN°08. Orden y conservación de los medicamentos por parte del paciente

