

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN
FARMACÉUTICA SOBRE LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO EN PACIENTES DIABÉTICOS.
CENTRO DE SALUD SANTA. ANCASH, MARZO –
NOVIEMBRE 2016**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
QUÍMICO FARMACÉUTICO**

AUTOR (A):

PÉREZ JULCA MARCIA

ORCID: 0000-0002-6104-4600

ASESOR:

Mgr. ZEVALLOS ESCOBAR, LIZ ELVA

ORCID: 0000-0003-2547-9831

CHIMBOTE, PERÚ- 2019

TITULO:

**EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN
FARMACÉUTICA SOBRE LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO EN PACIENTES DIABÉTICOS.
CENTRO DE SALUD SANTA. ANCASH, MARZO –
NOVIEMBRE 2016**

EQUIPO DE TRABAJO

Pérez Julca Marcia

ORCID: 0000-0002-6104-4600

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

ASESOR

Mgtr. Zevallos Escobar, Liz Elva

ORCID: 0000-0003-2547-9831

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

JURADO

DR. DIAZ ORTEGA, JORGE LUIS

ORCID: 0000-0002-6154-8913

Mgtr. RAMIREZ ROMERO, TEODORO WALTER

ORCID: 0000-0002-2809-709X

Mgtr. VASQUEZ CORALES, EDISON

ORCID: 0000-0001-9059-6394

FIRMA DEL JURADO Y ASESOR

Dr Jorge Luis Díaz Ortega

Presidente

Mgr. Teodoro Walter Ramírez Romero

Miembro

Mgr. Édison Vásquez Corales

Miembro

Mgr. Liz Elva Zevallos Escobar

Asesor

AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA

Quiero agradecerle en primer lugar a Dios por sobre todas las cosas que me fortaleció siempre con su bendición para permitirme lograr esta meta.

A mis padres e hija quienes me acompañaron muchos años de sacrificio y desvelos por volver este sueño una realidad que solo puedo decirle gracias por su amor

A mis profesores Uds. han sido todo lo que necesitaba para llegar y no desfallecer con su enseñanza.

Gracias a todos los que tengo a mi lado y los que se fueron pero están en mi vida ya corazón.

RESUMEN

El presente estudio de investigación tiene como objetivo el determinar el efecto de la intervención farmacéutica sobre la adherencia al tratamiento de pacientes en diabetes en el Centro de Salud de Santa. Ancash, marzo – noviembre 2016. La muestra consto de 12 pacientes que fue monitoreada a través de un programa de seguimiento farmacoterapéutico basado en una modificación de método DADER la cual se divide de cinco fases: captación, levantamiento de información, evaluación de la información, intervención, seguimiento y medición de resultados. En cada fase se recogió información en herramientas e instrumentos específicos: Fichas fármaco terapéuticas, nivel de eficacia con el Test de Macnemar ($p=0.05$), test de Morinsky-Green-Levi, medido con una significancia ($p=0.05$) del Test de Wilcoxon basado en Escala de adherencia a la medicación (MAS). Se solucionaron 23 problemas relacionados con medicamentos (PRM) (82.5%). Los problemas de salud identificados fueron 26 y los medicamentos usados fueron un total de 35. La no adherencia pasó del 75 % al 50%. La adherencia comparada antes–después de la intervención farmacéutica, indico un nivel de significancia de $P=0.25$. Por lo tanto se concluye la intervención farmacéutica tuvo efecto en la adherencia al tratamiento en los pacientes diabéticos.

Palabras claves: adherencia, diabetes, efecto, intervención farmacéutica.

ABSTRACT

The purpose of this research study is to determine the effect of the pharmaceutical intervention on adherence to the treatment of patients in diabetes at the Santa Health Center. Ancash, March - November 2016. The sample consisted of 12 patients that was monitored through a pharmacotherapeutic follow-up program based on a modification of the DADER method which is divided into five phases: collection, collection of information, evaluation of information, intervention, monitoring and measurement of results. In each phase, information was collected on specific tools and instruments: therapeutic drug sheets, level of efficacy with the Macnemar Test ($p = 0.05$), Morinsky-Green-Levi test, measured with a significance ($p = 0.05$) of the Test of Wilcoxon based on Medication Adherence Scale (MAS). 23 medication related problems (PRM) were solved (82.5%). The health problems identified were 26 and the medications used were a total of 35. Non-adherence increased from 75% to 50%. Adhesion compared before – after the pharmaceutical intervention, indicated an insignificant effect of $P = 0.25$. Therefore it is concluded that the effect of the pharmaceutical intervention was not significant in the adherence to treatment in diabetic patients.

Keywords: adherence, diabetes, effect, pharmaceutical intervention.

INDICE

AGRADECIMIENTO Y AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT.....	viii
I. INTRODUCCIÓN	11
II. REVISION LITERARIA	14
2.1. Antecedente.....	14
2.2. Bases Teóricas de la Investigación.	17
III. HIPOTESIS	28
IV. METODOLOGIA	29
4.1. Tipo de investigación	29
4.2. Diseño de la investigación:	30
4.3. Población y muestra	30
4.4. Definición y operacionalización de variables e indicadores	31
4.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	32
4.6. Plan de análisis	35
4.7. Matriz de consistencia.....	40
4.8. Principios éticos	41
V. RESULTADOS	42
5.1. Resultados	42
5.2. Análisis de Resultados	47
VI. CONCLUSIÓN	51
6.1. Conclusión... ..	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS	

Índice de figuras		Pág.
Figura N° 01	Flujograma de la Etapa de estudio y evaluación tomado de comité de consenso.	25
Figura N° 02	Etapas clave del proceso de seguimiento farmacoterapéutico modificado de DADER.	27
Figura N° 03	Esquema del modelo de intervención farmacéutica.	32
Figura N° 04	Flujograma de las actividades de seguimiento farmacoterapéutico.	38
Figura N° 05	Frontis de Centro de Salud	71
Figura N° 06	Ubicación geográfica de Centro de Salud	72
Figura N° 07	Evidencia de intervención a paciente	73

Índice de Tablas

		Pág.
Tabla N° 01	Identificación de los Problemas de Salud durante la intervención farmacéutica a los pacientes diabéticos.	45
Tabla N° 02	Medicamentos utilizados durante la intervención farmacéutica a los pacientes diabéticos	46
		47
Tabla N° 03	Problemas relacionados con medicamentos diagnosticados y PRMS solucionados durante la intervención farmacéutica a los pacientes diabéticos.	
		48
Tabla N° 04	Comparar la adherencia al tratamiento antes y después de la intervención farmacéutica a pacientes diabéticos.	
Tabla N° 05	Estado De Situación	77

I. INTRODUCCIÓN

La atención farmacéutica se liga a la experiencia farmacoterapéutica de los pacientes hoy en día, la interpretación de los errores que comete el usuario cuando recibe sus medicamentos es no apearse a lo que se describe en su receta médica. De manera breve, se puede caracterizar muy bien como la mala actitud del individuo dejando un margen para el fallo de manera negativa. ¹

El uso de la medicación cuando es de consumo en su vida cotidiana dejarlo trae consecuencia, lo que lleva a las personas a decidirse por opciones en relación con su bienestar incidiendo en episodios donde no controla sus niveles de glucosa como sucede con los diabéticos que deben tomar de forma crónica su medicación sin faltar en ello. ²

Antes de utilizar medicamentos esto también depende del estado de ánimo de un individuo hacia la diabetes, incluso sin estar determinado a tener la enfermedad, puede basarse en la información sobre la experiencia de las personas que experimentan los efectos nocivos de la enfermedad, como miembros de la familia termina por alejarse de la farmacoterapéutica creada. ³

Conocer la experiencia de las personas que usan recetas, la forma extraordinaria en que las condiciona su vida, los destinos que buscan y las personas que temen, es crucial cuando se deciden por las principales opciones que pueden tomar, las opciones comunes. La intervención farmacéutica cumple un seguimiento en la farmacoterapéutica, a veces, un resultado clínico positivo se convierte en un encuentro negativo y pueden relacionarse con resultados con la ausencia de medicamentos. ⁴

Conocer la adherencia a la farmacoterapéutica del individuo es fundamental una vez que se ha reconocido que se deben realizar mejoras en la farmacoterapia, en cualquier caso en decidir opciones para utilizar o no, esto se hace solo por un experto farmacéutico, la no

adhesión al tratamiento en enfermedades crónicas está en el mundo a una estimación de 25% a 50%.⁵

La omisión a las indicaciones puede lograr exactamente la mortalidad del paciente en la diabetes, las medicaciones farmacéuticas son una ayuda con un nivel de numerosa eficacia pues puede causar la inversión del trastorno metabólico, por ella la consideración al farmacéutica por su dedicación en devolver recuperación de la sociedad, ha mostrado mayores valores e importancia por su trabajo.⁶

De esta manera el seguimiento a la adherencia al tratamiento posterior es un procedimiento bueno aún requiere capacitación los farmacéutico incorporan sistemas para ayudar al paciente y su apoyo dinámico y consciente en consistencia con su tratamiento.⁷

A partir de ahora en el planeta se enfrenta a uno de los problemas médicos más genuinos, la diabetes mellitus sumido de factores de peligro relacionados al estilo de vida, y consistentemente que influye en un número cada vez mayor de jóvenes, con la expansión de la mortalidad, al igual que la baja calidad de vida de aquellos influenciados una vez que encuentran un solución empírica que deja en riesgo su integridad.⁸

El tratamiento para esta patología depende de 4 pilares, la dieta, el movimiento físico, el tratamiento y las instrucciones. Actualmente, más del 7% de las admisiones a clínicas de y un gasto de medicamentos de más de \$ 5.6 millones.⁹

Los pioneros farmacéuticos primero planificaron la atención farmacéutica en años en los que no existía la importancia de la acción para resolver los casos en los que en el tratamiento con frecuencia producían respuestas amenazantes o incluso pasajes debido a una mala determinación de las recetas. De esta manera, comenzó un orden o una variedad de pensamientos que avanzó en esta acción, un esfuerzo organizado de numerosas convicciones, lo que provocó una mejora más amplia en el desarrollo del farmacéutico.¹⁰

Planteamiento del problema:

¿Tendrá efecto la intervención farmacéutica sobre la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos. Centro de salud Santa. Ancash, marzo – noviembre 2016?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**Objetivo General:**

- Determinar el efecto de una intervención farmacéutica sobre la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos. Centro de salud Santa. Ancash, marzo – noviembre 2016

Objetivos Específicos:

- Identificar los problemas de salud y medicamentos utilizados durante intervención farmacéutica en los pacientes con diabetes. Centro de salud Santa. Ancash, marzo – noviembre 2016
- Determinar los PRMS diagnosticados y los PRMS solucionados durante la intervención farmacéutica a los pacientes con diabéticos. Centro de salud Santa. Ancash, marzo – noviembre 2016
- Comparar la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes antes y después de la intervención farmacéutica. Centro de salud Santa. Ancash, marzo – noviembre 2016

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes.

Pardo C,¹³ el año 2018 determino el efecto de una intervención farmacéutica sobre la adherencia a los medicamentos en pacientes diabéticos en el distrito de Chicama, de Octubre 2017 a Enero 2018. Como método se realizó un seguimiento farmacoterapéutico a 12 pacientes se aplicó el test de Morinsky Green Levine y midiendo el nivel con una significancia <0.05 la adherencia al tratamiento. Como resultados se halló que el 91.66% de pacientes no cumplían con su tratamiento. Concluyendo que la intervención farmacéutica no fue eficaz en los pacientes diabéticos.

Saucedo B,¹⁴ estudiaron la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tras una intervención farmacéutica en Botica Farmas II. Como método se realizó un seguimiento farmacoterapéutico a 12 pacientes hipertensos y se aplicó el test de Morinsky Green Levine antes y después y midiendo el nivel con una significancia <0.05 la adherencia al tratamiento. Como resultados tras el test se halló el 83.3 % fueron incumplidores. Concluyendo que la intervención farmacéutica en los pacientes diabéticos la adherencia al tratamiento es baja.

El año 2019 Sáenz D,¹⁵ en su tesis determino el efecto de un seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos en botica Baruc Farma. Como método se aplicó un seguimiento farmacoterapéutico a 12 pacientes hipertensos y se evaluó mediante el test de Morinsky Green Levine antes y después y midiendo el nivel con una significancia <0.05 la adherencia al tratamiento. Como resultados se halló un promedio de edades de 61 años y la adherencia al tratamiento una ($p= 0.021$). Concluyendo que la intervención farmacéutica fue eficaz.

Acosta A, ¹⁶ el 2019 determino la eficacia su intervención farmacéutica mediante seguimiento farmacoterapéutico en la adherencia a sus medicamentos en pacientes diabéticos en el Puesto de Salud Santa Ana Costa. Como método se aplicó un seguimiento farmacoterapéutico a 12 pacientes hipertensos y se evaluó por el Test de Morisky Green Levy pre y post la adherencia al tratamiento. Como resultado un (92%) no eran adherentes al tratamiento y después de la intervención un (50%) mejoraron la adherencia en una ($p=0.063$). Concluyendo que la intervención farmacéutica a la adherencia no fue eficaz.

Bernaldo D, ¹⁷ el 2015 determino en su investigación el poder de una intervención farmacéutica en pacientes diabéticos. Como método se aplicó un seguimiento farmacoterapéutico a 12 pacientes hipertensos y se evaluó por el Test de Morisky Green Levy pre y post la adherencia al tratamiento. Como resultado se identificó los Problema Relacionado al Medicamento (PRM).y el incumplimiento obtuvo un 31%. La adherencia comparada antes 75% y después 41% en los pacientes hipertensos con una significancia p (0.046%). Concluyendo que el estudio tiene un buen efecto en los pacientes diabéticos.

Huiñac R, ¹⁸ determino el efecto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hipertensos la adherencia al tratamiento. Boticas Econo Farma. Como método se aplicó un seguimiento farmacoterapéutico a 12 pacientes diabéticos y se evaluó por el Test de Morisky Green Levy pre y post la adherencia al tratamiento. Como resultados se hallaron 29 PRMs y se solucionaron los 29 equivalentes al 100 %, siendo la inseguridad un 51,7 %, e ineficacia 48,3 % y la adherencia antes y después obtuvo un impacto significativo ($p=0,000$). Concluyendo que el seguimiento farmacoterapéutico fue eficaz.

Carrillo L, Canales L, Chagoya M, et al. ¹⁹ Determinaron la adherencia al tratamiento en pacientes con diabéticos en México. Comparo en el pueblo rural y urbano mediante el seguimiento farmacoterapéutico. Como resultados en la adherencia antes de la intervención el 54% y este cambio a 78% después. Concluyendo que los pacientes mexicanos se adhieren al tratamiento.

Libertad M, ²⁰ el 2015 evaluó la adherencia al tratamiento en diabéticos en Cuba. Como método se aplicó el test de Martín Bayarre Grau, que se compone la implicación personal, en el cuestionario así como la relación profesional-paciente y el cumplimiento del tratamiento. Como resultado la adherencia obtuvo un 50 %, la no adherencia obtuvo valores más. Como conclusión la adherencia en los pacientes diabéticos fue insuficiente.

Álvarez A, Quiroz D, Del Águila S,²¹ el 2016 valoraron el impacto de la atención farmacéutica en pacientes diabéticos. Como método se aplicó un seguimiento farmacoterapéutico a 94 pacientes. Como resultado se halló 139 PRMs y se solucionaron solo 68% de ellos. Concluyendo que la atención farmacéutica en pacientes diabéticos fue efectiva.

2.2. MARCO TEÓRICO.

2.2.1. Seguimiento farmacoterapéutico (SFT)

Como lo indican Sabater y Faus, se caracteriza como una demostración de observación durante un tiempo específico de un paciente en la búsqueda de recuperación después del tratamiento farmacológico y que hace fundamental una progresión de pasos o etapas para ofrecer la informatización del programa como eje de un avance, dentro del orden farmacéutico experto, el desarrollo farmacoterapéutico (SFT) es el movimiento de consideración más significativo y crítico. Se espera que esta actividad evalúe y observe los efectos secundarios de la farmacoterapia de manera constante, sistematizada y notificada.²⁰

Fases del desarrollo del seguimiento farmacoterapéutico (SFT)

El SFT se realiza en un esfuerzo conjunto con el paciente y el grupo de bienestar e incorpora actividades que van más allá de la comprensión de un resultado negativo relacionado con la medicación (RMN), entre sus áreas están:

- a) Motivo o propuesta del SFT.
- b) Análisis de la farmacoterapia del paciente.
- c) capacidades farmacéuticas
- d) Preparación de planes
- e) Evolución y problemas de resultados subsiguientes.²¹

2.2.2. Problemas relacionados con la medicación (PRM)

Para el Foro de Atención Farmacéutica, se describe que un problema identificado con un medicamento (PRM) por ejemplo es cada una de esas respuestas o circunstancias que aparecen al comienzo, a mitad del camino o al final de un tratamiento con medicamentos y algo similar sucede que puede causar un resultado negativo para su bienestar.²²

Del mismo modo, en esta producción, se definieron todos los PMR en el Tercer Consenso de Granada, como se registra en la tabla adjunta:

Cuadro N° 01. “Listado de problemas relacionados con medicamentos, modificado por Ocampo del Método DADER de SFT”²³

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

Modificado de: Tercer Consenso de Granada 2007²³

Es aquí donde Ocampo P,²³ después de su examen de doctorado, implementa mejoras exactas para ajustarse a las circunstancias de su necesidad y consolida nuevos PRM para describirlos con toda la verdad de la red de bienestar y su aplicación de esta manera presenta otro primer PRM (impacto de la tierra); seguido por otro PRM (utilización de medicamentos de causa ilícita) y para terminar el PRM (problemas monetarios). Cada uno de ellos tiene un trabajo donde se les puede hablar según la condición de la fuerza de los mediados.

2.2.3. Resultado negativo identificado con drogas

Las nuevas ideas actualizadas desde el acuerdo de Granda en 2005 dan sentido y no se suman como resultado negativo de un problema identificado con medicamentos, sin embargo, como un factor de esto con el objetivo de que esto ocurra, por lo que debe hacer contrastes entre un PRM y un resultado negativo donde el tratamiento se cierra con una decepción decente o mortalidad del paciente.²⁴

En ese momento, el Foro describe en resumen un resultado negativo (RNM) en relación con el resultado de su medicación de al menos un PRM que lo pone en peligro de no encontrar una recuperación completa o extender dando forma a todo y dentro de él, un PRM es solo un factor vital nada más. Del mismo modo, se ha tomado la imagen que declaró el Tercer Consenso de Granda con respecto a los resultados negativos.²⁵

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)”²⁶

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

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

El farmacéutico tiene la opción de dar una determinación fuera del campo de un especialista, lo hace en la farmacología y la mejora del paciente, el medicamento ha creado constantemente algo para mejorar las cosas o para los más efectos adversos en el paciente, sin embargo, una relación ideal se busca constantemente así que por casualidad que tengan. En ese punto, el análisis debe representar la idea perfecta como fuente y no confundirse al dar pensamientos y enfoques de trabajo para evitarlos más adelante y comprenderlos en el presente. Aquí perseguimos como premisa el Tercer Consenso de Granada para caracterizar a todos. ²⁷

- a) Administración de medicina errónea (PRM 1): los pacientes son los que están de acuerdo con las autoridades terapéuticas en su medicamento, de todos modos, estos términos calificados son las opciones sobre la utilización que los doctores no respaldan en el control, optando por una alternativa del paciente para utilizar un remedio o una solución, sin requerirlo. ²⁸
- b) Actitud negativa (PRM 2): suceden cuando el paciente espera comenzar una conducta en oposición a la prescripción, en un punto de vista equivocado sobre los impactos de las recetas. El paciente es inducido, ya sea por elementos regulares o anormales, por ejemplo, convicciones no profesionales. ²⁸
- c) Conservación inadecuada (PRM 3): condiciones sorprendentes en las que los medicamentos se mantienen en poca protección requerida que afecta explícitamente el cambio de su calidad. Estas condiciones pueden ser puntos de peligro, adyacentes, presentación a la luz del día, temperaturas altas o bajas en lugares donde pueden causar maltrato físico. ²⁹
- d) Duplicidad (PRM4): es la utilización de dos medicamentos de manera familiar, con una sustancia similar para una consistencia farmacológica comparable,

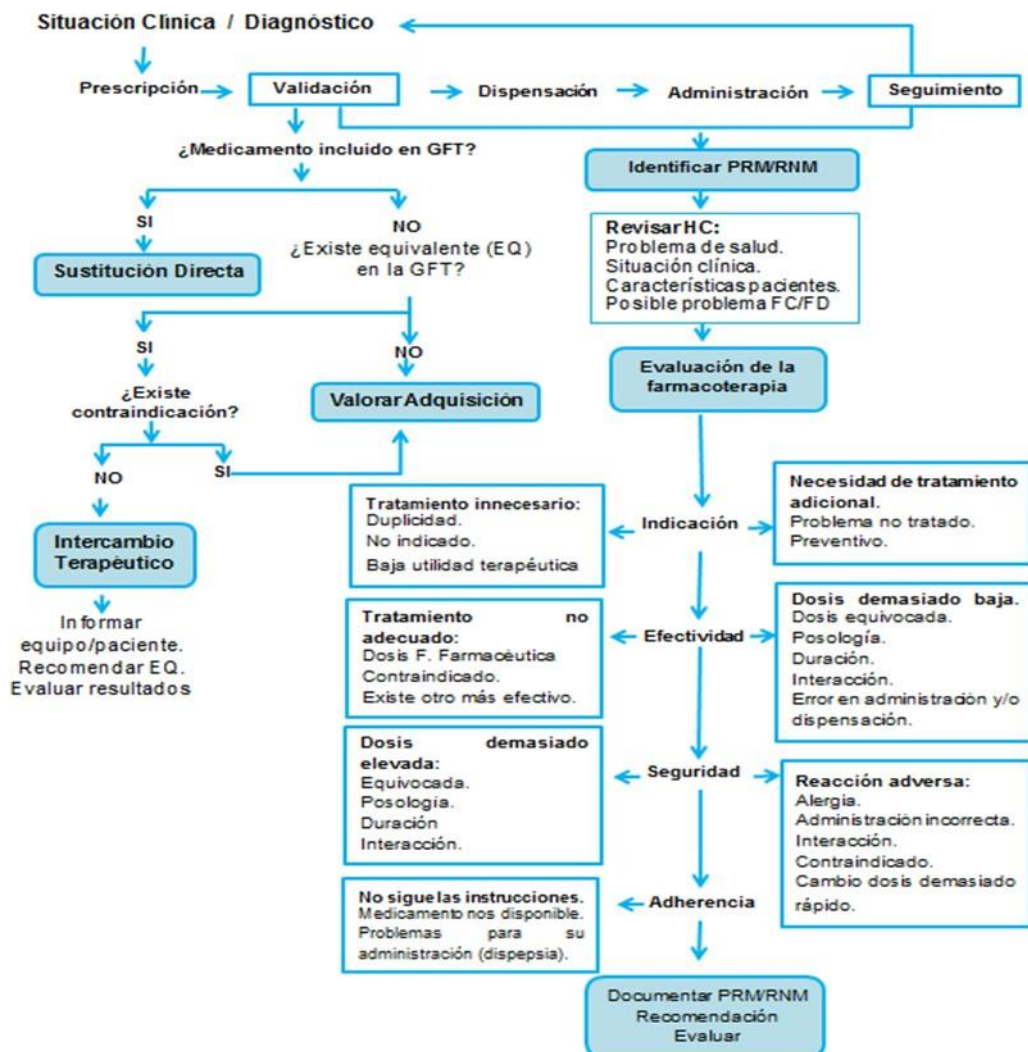
personalidad farmacológica, la semejanza de la actividad útil, en este sentido se considera que dos medicamentos son copiados.²⁹

- e) Dosis, plan y / o intervalo inadecuado (PRM 5): Ocurre cuando la certificación de la parte no está demostrada por los estándares de la guía farmacológica y se propone en las estructuras del programa de bienestar. La incoherencia también puede presentar, durante todo el período, la reiteración de la recurrencia o el tiempo reducido o ampliado para el tratamiento.³⁰
- f) Contraindicaciones (PRM 6): una prescripción está contraindicada cuando un cambio de los estados fisiopatológicos del paciente es anormal, por lo que no es importante usar un medicamento específico en sus condiciones, en este sentido las contraindicaciones pueden influir en el paciente.³⁰
- g) Dispensación errónea (PRM 7): los medicamentos deben, en caso de duda, ser dirigidos, obtenidos o controlados según lo propuesto por el experto, según las directrices actuales, se expresa que el dispensador de medicamentos ofrece al paciente una opción farmacéutica a pesar de la bioequivalencia, se instruye sobre su comparabilidad, por el beneficio del intercambio por otro en DCI.³¹
- h) Errores de prescripción (PRM 8): el error ocurre cuando se realiza el tratamiento o cuando el paciente usa el medicamento avalado, sin evidenciar parte de una receta oficial, tener el nombre del medicamento en DCI, la forma, dosis, frecuencia, fecha, la y así forma del especialista médico.³¹
- i) Incumplimiento o no adherencia al tratamiento recomendado (PRM 9): la importancia de lo que se conoce como "razón inmediata de la conducta del paciente para la consistencia de tomar la receta sin desinteresar lo cotidiano con la conexión genuina para hacerlo como tal."³²

- j) Interacciones (PRM 10): desventaja que surge cuando, en cualquier caso, se toman dos recetas juntas que entran en contacto con el objetivo de tener un impacto farmacológico positivo de ambas o de cualquiera de ellas; disminuyen o mejoran asombrosamente sus ejercicios, al igual que arriesgan que el paciente prospere para recuperarse. ³²
- k) Otros problemas terapéuticos que influyen en el tratamiento (PRM 11): estos son problemas restaurativos que están rotos o que tienen un gran impacto para los pacientes que llegan a utilizar arreglos positivos por pseudociencias que producen sensibilidad, estrés y debilitamiento, influencias gastrointestinales inquietantes, contaminaciones respiratorias , sensaciones extraordinarias, etc. ³³
- l) Posibles reacciones adversas (PRM 12): estos son problemas inherentes a la medicación aprobada, de esta manera es útil evaluar la prueba que existe sobre la probabilidad de mostrar un impacto indeseable específico y asimismo su gravedad, ya que también es importante obtener información sobre los efectos secundarios de los efectos secundarios. ³³
- m) Problemas tratados de manera inadecuada (PRM 13): el farmacéutico puede ver estos problemas al realizar consultas para obtener respuestas explícitas para ver si siente mejoría, deber o continúa como antes, por lo tanto, el gran problema de la deficiencia del tratamiento prescrito, se convierte en una fuente de ensayos erróneos para pacientes prósperos, por lo que la autoridad de medicamentos debe ocuparse del problema. ³⁴
- n) Impacto negativo del entorno (PRM 14): el temperamento de los pacientes debido al impacto de la condición social, familiar y social que se une a su nivel de valor significativo y conducta hacia el día a día consistente en medicamentos. ³⁴

- o) Medicamentos ilegales (PRM 15): utilización de recetas sin inscripción certificada o fuente ilícita, sin una garantía limpia, por ejemplo, selección, deformada, adulterada, robada de afiliaciones, poco cuidado, sin registro, la fecha de vencimiento, el estado físico y la descripción.³⁵
- p) Problemas económicos (PRM 16): el problema se confirma cuando el paciente no toma su medicamento por no tener las condiciones fundamentales una baja disponibilidad para la solución sin contar con el respaldo o el estado en sí.³⁵

Figura N° 01. “Flujograma de la etapa de estudio y evaluación. Tomado de Comité de Consenso”.²³



2.2.5. Atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico

La atención farmacéutica la diseñaron Hepler y Strand hace más de 25 años, aquí surgieron en ese tiempo el sistema farmacéutico y el irremplazable concepto de "Atención farmacéutica" con un fin supremo, lograr mejorar la calidad de vida de las personas luego de un tratamiento farmacológico, retirando los síntomas o anulando la aparición de la enfermedad, entonces hoy estos servicios pegados a la efectividad y viabilidad se pueden llevar hacia la farmacia comunitaria como hospitalaria pero en la actualidad aún existen barreras que impiden implantarla un programa de seguimiento farmacoterapéutico.³⁶

Desde la Federación Internacional de Farmacéuticos (IFF, por sus siglas en inglés) en conjunto con la OMS, luego del año 1993, coincidió su misión en enfocarse la verdadera forma de servir farmacéutico por el mundo acogiendo en un firme compromiso de dar una asignación correcta de medicamentos o generando bienestar como así lo dice la nueva idea de la Atención Farmacéutica.³⁶

Cuadro N° 03. "Actividades de atención farmacéutica en el ejercicio profesional del farmacéutico comunitario"³⁶.

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.

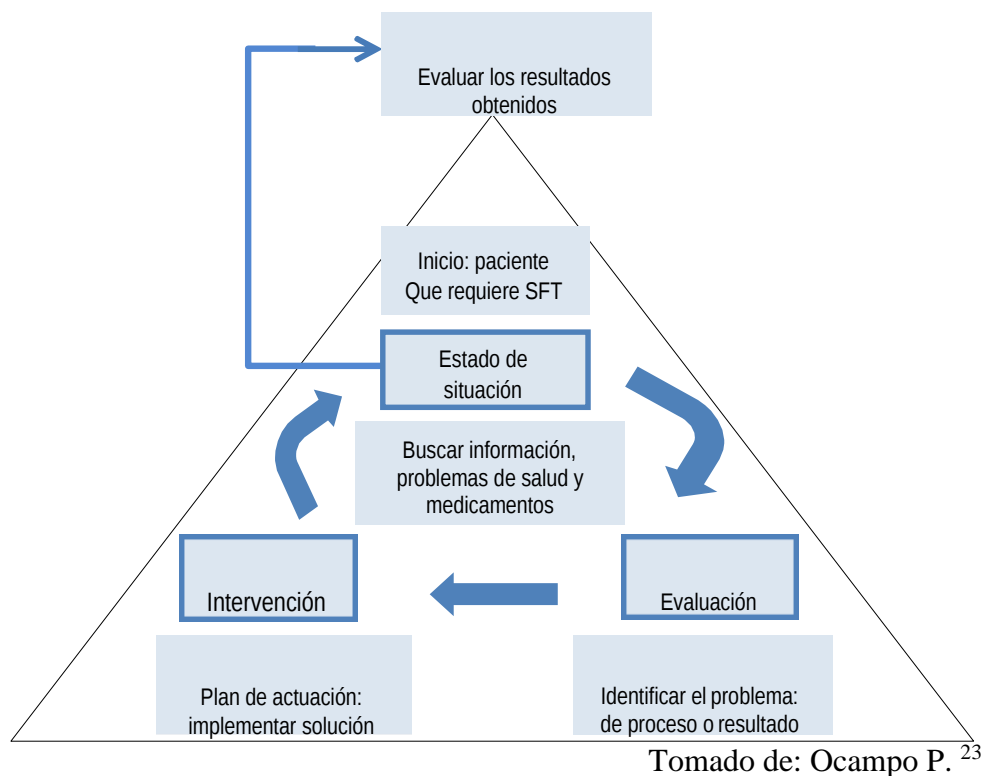
Tomado de Obreli P, et al.³⁶

Como se ha evaluado las actividades que no requieren tratamiento directo con medicamentos como el tema de estudio, debe considerarse como un objetivo, por lo tanto, se recuerda el seguimiento en su interior, los grandes ensayos de distribución, la consideración farmacéutica y su importancia. Después de un buen ejercicio esto fortalece los proyectos. ³⁷

Es obligación individual de cada paciente tener un resultado positivo con el tratamiento para que el seguimiento pueda transmitir prosperidad y bienestar, la administración básicamente sugiere capacidades o ejercicios de especialistas en drogas en la línea principal de sus primeros pasos y procedimientos. ³⁸

Las actividades de SFT están preparadas para abordar problemas relacionados con medicamentos (PRM) con el fin de prever resultados negativos por errores, por ejemplo, afiliaciones o interacciones.

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



La Planifican y clasificación de cada uno de los servicios son por medio de intervenciones farmacéuticas que se comienzan con el proceso del seguimiento terapéutico tras la administración de los medicamentos.

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	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).	Remplazo 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.
		Educación en medidas farmacológicas.	Educación del paciente en todas aquellas medidas higiénico-dietéticas que favorezcan la consecución de los objetivos terapéuticos.

Tomado de Sabater.³⁹

2.2.6. Definición de adherencia al tratamiento

Se ha caracterizado porque el entorno dentro de la conducta del individuo está de acuerdo con las sugerencias, identificado con el bienestar e incorporar la capacidad de la paciente para ir a los arreglos planificados, tomar los medicamentos, como se demuestra, así se hacen cambios en la forma de vida prescrita y finalmente completan las investigaciones o pruebas solicitadas en el centro de investigación.⁴⁰

Las variables para conocer la adherencia se tiene: agradable / resistente, adherencia / no adherencia, y los componentes que deciden se ordenan en espacios:

- Especialista en relación tolerante
- El paciente y su condición.
- La dolencia
- Terapéutica

Trabajo de adherencia en farmacoterapia

La adherencia a la farmacoterapia es básica para obtener resultados restauradores ideales, el farmacéutico en la racionalización de la adherencia abarca numerosas actividades: evaluar la emisión, distinguiendo factores de inclinación, brindando una amplia orientación, lo que es más, prescribir metodologías de adherencia explícitas para las necesidades del paciente.⁴¹

III. HIPÓTESIS.

3.1 H_0

- La intervención farmacéutica no tiene efecto significativo para mejorar la adherencia al tratamiento en los pacientes con diabetes del Centro de salud Santa. Ancash, marzo – noviembre 2016

3.2 H_1

- La intervención farmacéutica si tiene efecto significativo para mejorar la adherencia al tratamiento en los pacientes con diabetes del Centro de salud Santa. Ancash, marzo – noviembre 2016

IV. METODOLOGÍA

4.1. Diseño de la investigación.

4.1.1. Tipo y el nivel de la investigación:

La presente investigación fue de tipo pre experimental.

4.1.2. Diseño de la investigación:

El diseño fue de tipo prospectivo longitudinal. (Ver Figura N° 03).

Figura N°03. Esquema del modelo de intervención farmacéutica.



Fuente: Elaborado por Ocampo P. ²³

4.2. Población y muestra.

El universo de sujetos de estudio estuvo conformado por pacientes atendidos de manera regular en la farmacia del Centro de salud Santa los pacientes se autoseleccionaron entre aquellos que visitaron el Establecimiento Farmacéutico (EF) en los meses de Marzo a noviembre del 2018 y cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron libremente ingresar al SFT mediante la firma de un documento de consentimiento informado. El número final de los pacientes de la muestra fue arbitrariamente en 12 pacientes.

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

- Pacientes diagnosticados con diabétes
- Edad entre 45 y 70 años.
- Con receta vigente para la enfermedad objetivo, de antigüedad no mayor de tres meses.
- Consentimiento explícito a través de un documento informado.
- Capacidad de comunicación en idioma español de manera fluida, escrita y hablada.
- Autosuficientes, es decir la toma de medicamentos no dependió de terceros.

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

- Pacientes participantes en otros estudios de investigación o en programas al mismo tiempo de la intervención de SFT.
- Pacientes en gestación.
- Pacientes con enfermedades mentales.

4.3. Definición y operacionalización de las variables.

Variables	Denominación	Definición teórica	Instrumento	Indicadores
Variable Independiente	Intervención farmacéutica	Es un servicio mediante el ejercicio responsable de pacientes y sus problemas identificados con relación a su medicación (PRM), con el fin de lograr analizar, aliviar y / o prevenir algún PRM que produce y en coordinación, paciente y medico prescriptor.	El instrumento SFT es el documento de farmacoterapia (FFT) (Anexo N° 8.3) en el cual se registra el procedimiento realizado. También se registra, patología o morbilidades, uso de recetas, costumbres y más.	Medicamentos usados. PRMS, tipo de intervenciones aplicadas, tipos de canales de comunicación utilizados.
Variable dependiente	Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs)	Acontecimientos durante un tiempo tomado tras la administración de un medicamento recetado, relacionado a un resultado desfavorable o negativo. Se tendrá como referencia el consenso tercero.	La conclusión de los PRM fue cuantitativa debido a la investigación de los datos recopilados en las hojas de farmacoterapia.	Cantidad de PRMs que fueron diagnosticados respectivo a la tabla modificada por Ocampo, conformado por 16 posibles problemas y descritas en el cuadro N°01.
	Adherencia al tratamiento	Se ha caracterizado por la conducta del individuo está de acuerdo con las sugerencias, identificado con el bienestar e incorporar la capacidad de la paciente para ir a los arreglos planificados, tomar los medicamentos, como se demuestra, así se hacen cambios en la forma de vida.	Test de Morinsky, Green y Levine medido según la Medication Adherent Scale (MAS). Está compuesto 8 singulares preguntas con respuestas dicotómica de Si o No	Puntaje = a 0, cumplidor, Puntaje > de 0 (de 1 a 8), incumplidor

4.4. Técnicas e instrumentos.

4.4.1. Técnica.

La intervención farmacéutica se condujo a través de las técnicas de la entrevista personal, la conversación telefónica y la visita domiciliaria. 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”.²³

4.4.2. Instrumentos

Fichas Farmacoterapéuticas (FFT). (Anexo N° 03).

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 SFT del método DADER”.

Instrumento para medir la adherencia

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

completo de cero habla de sumarse a una total adherencia, es decir respuestas negativas a todas las preguntas, mientras que un puntaje de ocho refleja todo un incumplimiento. Los resultados de las puntuaciones de transición se pueden registrar desde bajo incumplimiento hasta total incumplimiento.

CUADRO N° 05. Escala de adherencia a la medicación (MAS) de Morisky- Green Levine65.

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

Procedimiento de recolección de datos.

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

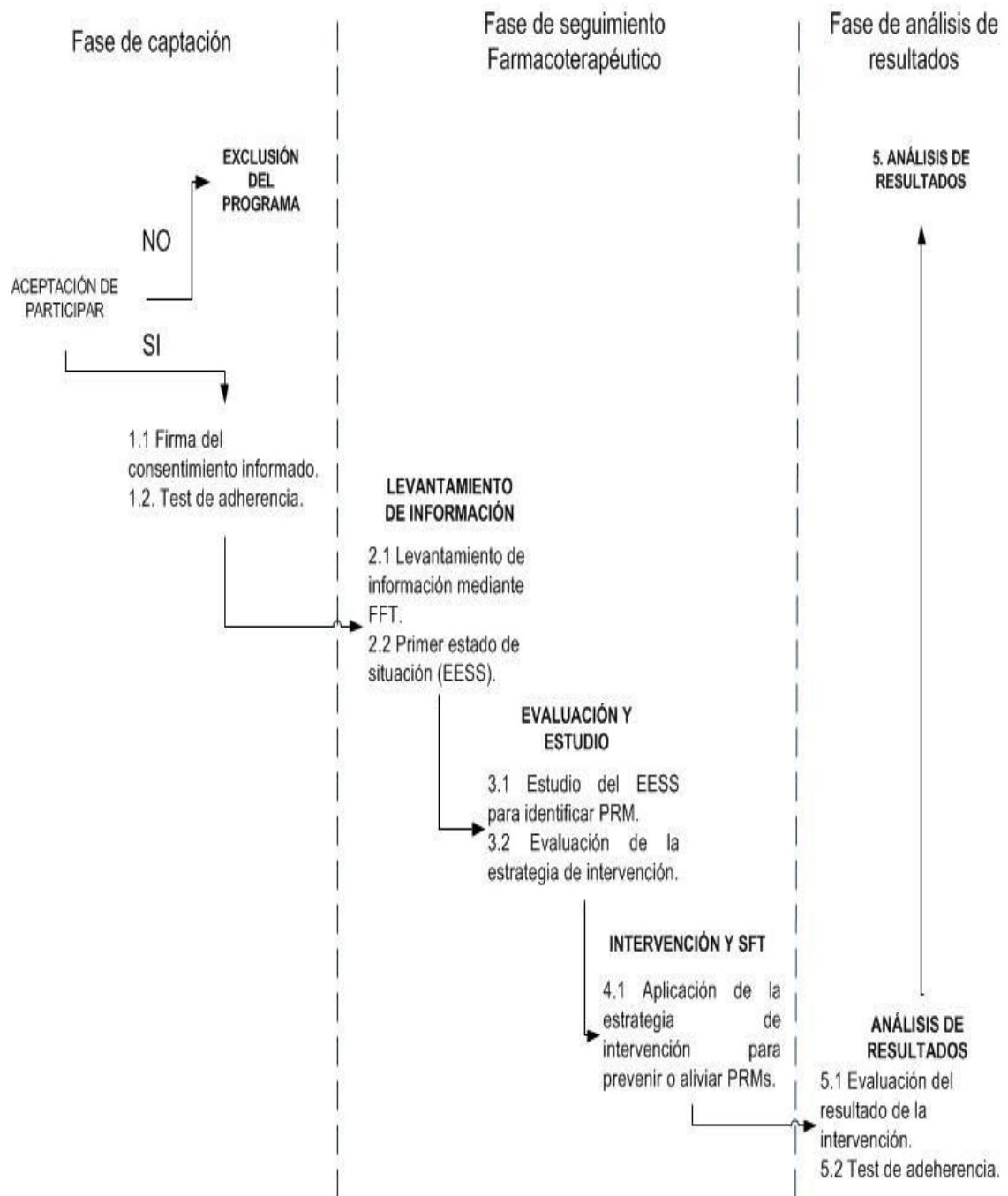
Las etapas del procedimiento de recolección de datos:

- Oferta del servicio y captación de pacientes.
- Levantamiento de información. Primer estado de situación.
- Estudio y evaluación.
- Intervención y seguimiento.
- Análisis de resultados.

Procedimiento para oferta del servicio y captación de los pacientes.

Se ofreció el servicio a todos los pacientes con diabetes que asistieron a la farmacia Bonofarma en los meses de Marzo - noviembre 2016, hasta obtener doce pacientes. Los pacientes firmaron su consentimiento de participar de la experiencia en un documento infirmado (Anexo N° 02). El documento de consentimiento menciona explícitamente la responsabilidad del farmacéutico en vigilancia del uso de medicamentos, la cautela de los datos del paciente, la gratuidad del servicio, 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 que se relacionen 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”.



Elaborado por: Ocampo P. ³⁰.

Levantamiento de información.

La información se registró en la Ficha Farmacoterapéutica (FFT) (Anexo N° 03). “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 medicamentos y el uso de productos naturales 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.

Fase de estudio y evaluación de la información.

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 RNMs.

“Por cada problema diagnosticado el Farmacéutico estudio la mejor estrategia de solución que se reportó 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 y 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 los pacientes y el médico para su solución y la estrategia de comunicación. Los canales de comunicación utilizados se muestran en el cuadro siguiente:

Cuadro N° 06. “Tipos de canales para comunicar las recomendaciones del farmacéutico para la solución de PRMs”

N°	Canales de Comunicación.
1	Verbal Farmacéutico-Paciente.
2	Escrita Farmacéutico-Paciente.
3	Verbal Farmacéutico-Paciente-Médico.
4	Escrita Farmacéutico-Paciente-Médico.
5	Verbal Farmacéutico-Médico.

Fase de intervención y seguimiento farmacoterapéutico.

El objetivo de esta fase fue comunicar asertivamente los objetivos y los plazos que deben cumplir el paciente y/o médico para la solución de PRMs. La intervención fue mediante visitas domiciliarias, contacto telefónico, correos electrónicos y/o redes sociales. “Para la comunicación de las estrategias de solución al paciente se usó las entrevistas personales y recomendaciones escritas. Para la comunicación de las estrategias dirigidas al paciente, el Farmacéutico hará uso del lenguaje verbal y en algunos casos, cuando sea necesario fijar claramente algún aspecto se dejarán recomendaciones escritas”.

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

Evaluación del efecto 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.

4.5. Plan de análisis de datos.

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

- Información general de los pacientes
- 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
- Tabla de valores de Test Morinski Green Levy antes y después del SFT.

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

A partir de los datos acumulados en MS Acces, se elaboraron tablas de resultados de doble y simple entrada con frecuencias relativas, absolutas y porcentajes. Se crearon tablas y

gráficos sobre las características de los pacientes intervenidos, problemas de salud, frecuencias de los medicamentos usados, tipo y frecuencia de PRMs. Así mismo tablas para evidenciar la asociación entre el uso de medicamento y PRMs, los objetivos de intervención para solucionar los problemas y los Resultados Negativos a la Medicación (RNM) sospechados.

Se determinó la correlación entre el número de diagnósticos y los medicamentos usados y entre los medicamentos usados y los PRMs diagnosticados por cada paciente. Se elaboraron gráficos de regresión lineal para hallar la linealidad de la correlación y para la determinación de la correlación entre las variables se utilizó el estadístico de Spearman. Los resultados se derivan del análisis estadístico de los datos obtenidos de los 12 pacientes que participaron en el estudio. Todos los análisis fueron realizados utilizando el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 12. El nivel de significancia estadístico para todos los análisis fue de <0.05 .

4.6. Matriz de consistencia

TITULO	PROBELMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN	VARIABLES E INDICADORES	ANÁLISIS DE RESULTADOS
Efecto de una intervención farmacéutica sobre la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos. Centro de salud. Ancash, marzo – noviembre 2016	Tendrá efecto una intervención farmacéutica sobre la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos. Centro de salud. Ancash, marzo – noviembre 2016 ?	<p>Objetivo General:</p> <p>-Determinar el efecto de una intervención farmacéutica sobre la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos. Centro de salud. Ancash, marzo – noviembre 2016</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <p>-Identificar los problemas de salud y medicamentos utilizados durante intervención farmacéutica a los pacientes diabéticos.</p> <p>-Determinar los PRMS diagnosticados y los PRMS solucionados durante la intervención farmacéutica a pacientes con diabetes.</p> <p>-Comparar la adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos antes y después de la intervención farmacéutica según el Test de Morinski-Green-Levy</p> <p>- Determinar el efecto de la intervención farmacéutica en la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes intervenidos</p>	<p>Ho:</p> <p>La intervención farmacéutica no tiene efecto significativo para mejorar la adherencia al tratamiento en los pacientes con diabetes. Centro de salud Santa. Ancash, marzo – noviembre 2016.</p> <p>H1</p> <p>La intervención farmacéutica tiene efecto significativo para mejorar la adherencia al tratamiento en los pacientes con diabetes. Centro de salud Santa. Ancash, marzo – noviembre 2016</p>	Diseño es de tipo pre experimental	<p>Variable independiente:</p> <p>Intervención farmacéutica</p> <p>Variable dependiente:</p> <p>Adherencia al tratamiento</p>	<p>Se analizarán todos los resultados a través de las tablas confeccionadas en MS Excel:</p> <p>Se utilizó el test de T Student, mediante el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20. En este caso el valor de Significancia estadística nos da un promedio de análisis de 0.05.</p>

4.7. Criterios éticos.

Este presente tesis se guía de los que sea permitido en la ética institucional según tratados y protocolos declarados como Helsinki, que hace que no usemos la información de los participantes para fines más allá de la investigación y las eliminemos luego del estudio resguardando su identidad y aportando en la confidencia de los mismos en bien de la ciencia y la investigación.⁴²

V. RESULTADOS

5.1. Resultados

Tabla 1. Identificación de los Problemas de Salud durante la intervención farmacéutica a los pacientes diabético. Centro de salud Santa. Ancash, marzo – noviembre 2016

MORBILIDAD	CIE 10	DIAG	Fi	%
Diagnosticada	E782	Dislipidemias	2	7.6
	E11	Diabetes mellitus tipo 2	12	46.4
	I10	Dolor de pecho	1	3.8
	A09	EDA	1	3.8
	E78.0	Hipercolesterolemia	1	3.8
	I10	Hipertensión esencial	3	10.4
	I10	Hipertensión arterial esencial	1	3.8
	N39.0	(primaria)		
		Infección de vías urinarias, sitio no especificado	1	3.8
		Subtotal	22	84.6%
No diagnosticada		Triglicéridos	1	3.8
		dolor de columna	1	3.8
		Dolor de encías	1	3.8
		Dolor musculoesqueleticas	1	3.8
		Subtotal	4	15.4
	Total	26	100	

CIE10: Código Internacional de Enfermedades v10.

Tabla 2. Medicamentos utilizados durante la intervención farmacéutica a los pacientes diabéticos. Centro de salud Santa. Ancash, marzo – noviembre 2016

Origen de medicamento	CIE	Diagnostico	DCI	Fi	%
Prescritos	E782	Deslipidemia	atorvastatina	2	6
	E11	diabetes mellitus tipo 2	metformina	12	32
	E11	diabetes mellitus tipo 2	glibenclamida	7	21
	E11	diabetes mellitus tipo 2	gabapentina	1	2.8
	I10	dolor de pecho	nifedipino	1	2.8
	A09	EDA	SMT+TMP	1	2.8
	E78.0	Hipercolesterolemia	atorvastatina	1	2.8
	I10	hipertensión esencial	enalapril	3	9
	I10	hipertensión arterial esencial (primaria)	enalapril	1	2.8
	N39.0	Infección de vías urinarias,	nitrofurantoina	1	2.8
	E11	diabetes mellitus tipo 2	gabapentina	1	2.8
			Subtotal	31	88.5
	No prescritos		Triglicéridos	atorvastatina	1
		dolor de columna	diclofenaco	1	2.8
		dolor de encías	keterolaco	1	2.8
		dolor musculo esquelético	Dexametasona	1	2.8
			Subtotal	4	11.5
		Total	35	100	

Fuente: Tablas de Estado de Situación.

Tabla 3. Problemas relacionados con medicamentos diagnosticados y PRMS solucionados durante intervención farmacéutica a pacientes diabéticos. Centro de salud Santa. Ancash, marzo – noviembre 2016

Tipo de PRM	Descripción	Cantidad de PRMs diagnost.	%	Cantidad de PRMs soluc.	%
8	Error de prescripción	9	33.3	23	85.2
9	Incumplimiento	8	29.6		
12	Reacciones adversas	2	7.4		
3	Conservación inadecuada	2	7.4		
1	Adm. Errónea del Med.	2	7.4		
16	Problemas económicos	1	3.7		
15	Medicamentos falsificados, espurios, de contrabando o muestras médicas	1	3.7		
13	Problemas de salud con tratamiento Insuficiente	1	3.7		
2	Actitudes negativas	1	3.7		
	Total	27	100.0	23	85.2

Leyenda: PRMs soluc. (PRMs solucionado), PRMs diagnost.(PRMs diagnosticado)

Fuente: Tablas de Estado de Situación

Tabla 4. Efecto de la intervención en la adherencia al tratamiento en los pacientes con diabetes intervenidos

NIVEL		SUMAS DE SI			
		Antes	%	Después	%
Baja	>2	8	66.6	0	0
adherencia					
Mediana	1 o 2	1	8.3	6	50
adherencia					
Alta	0	3	25	6	50
adherencia					
TOTAL		12	100.0	12	100.0

* P= 0.25

Leyenda: Significancia (*P<0.05)

Leyenda: >2= alta adherencia, 1 a 2 = mediana adherencia, 0 = baja adherencia

5.2. Análisis de resultados.

El estudio tuvo como objetivo en determinar el efecto de la intervención farmacéutica en la adherencia al tratamiento en 12 pacientes logrando los siguientes resultados:

En Tabla 1, observamos que los problemas de salud diagnosticados y auto diagnosticadas fueron 26 en los pacientes intervenidos, de los cuales solo fueron 22 enfermedades diagnosticas equivalentes al 84,6 % frente a 4 enfermedades no diagnosticadas igual al 15.4 % y de las cuales luego de la diabetes es el dolor de en un 20.02 %. Estos datos son un ejemplo del uso irracional de algunos fármacos

Datos que se acercan a lo presentado por Sáenz D,¹⁵ en su tesis determino 22 enfermedades totales, solo un 10 % fue por autodiagnóstico siendo la hipercolesterolemia la más frecuente luego de la hipertensión en un valor de 25 %

En tanto Acosta A,¹⁶ el 2019 también hallo 25 enfermedades y solo un 24 % fue sin diagnóstico, siendo el edema localizado el siguiente después de la diabetes en un promedio de 8%.

Para Bernaldo D,¹⁷ quien detallo 34 enfermedades de las cuales 50 % fueron con previo diagnóstico y la otra mitad con 50 % sin un diagnóstico médico.

Mientras tanto para Huiñac R,¹⁸ en su estudio hallo 29 enfermedades y solo un 20.5 % equivalente 6 enfermedades se auto diagnosticaron en su estudio.

En la Tabla 2, con respecto a los medicamentos utilizados en los pacientes intervenidos se observa el uso de los medicamentos prescritos y sin prescripción asociados al tratamiento de los pacientes el total de ellos fueron 35 medicamentos de los cuales el (88.5%) que es igual a 31 medicamentos bien prescritos, mientras que el resto de medicamentos administrados instaurados sin racionalidad fue de un 11.5 % igual a 4 fármacos. En este caso fue diclofenaco con un 20 % del consumo sin prescripción médica. Datos que se acercan a lo presentado por Sáenz D,¹⁵ en su tesis determino 29 medicamentos totales que se administra el paciente, solo un 58,6% fue por autodiagnóstico siendo el fármaco Losartan la más frecuente 8 %

En tanto Acosta A,¹⁶ también halló 25 medicamentos y solo un 24 % fue sin prescripción médica siendo el naproxeno el segundo fármaco más utilizado en un promedio de 16 %.

Datos que se asemejan a Para Bernaldo D,¹⁷ quien detalló 34 fármacos totales de los cuales 60 % fueron con previa receta médica siendo el paracetamol el más usado con 35 %.

Mientras tanto para Huiñac R,¹⁸ en su estudio halló 29 medicamentos y solo un 20.5 % equivalente 6 fármacos se autmedicaban siendo el fármaco más usado el atorvastatina.

En la Tabla 3, los problemas relacionados con medicamentos diagnosticados y PRMs solucionados durante el seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes diabéticos se declara un total de 27 PRMs y tras el trabajo de intervención dedicada se lograron solucionar el 85,2 %, igual a 23 de ellos. Entre los tipos de PRMs más observado está el error de prescripción en un 33,3 % el incumplimiento a 29,6 %.

Datos que coinciden con Álvarez A, Quiroz D, Del Águila S,²¹ hallaron 139 PRMs y se solucionaron solo 68% de ellos. Luego otro autor Bernaldo D,¹⁷ en su estudio identificó 33 (PRM).y el incumplimiento obtuvo un 31%.

Mientras que Huiñac R, ¹⁸ halló 29 PRMs y se solucionaron los 29 equivalentes al 100 %, siendo la inseguridad un 51,7 %, e ineficacia 48,3 %.

Un PRM es desarrollado por muchos factores, la mala actitud o incumplimiento o simples patrones de una medicación pobre sin motivo de tratarse el individuo suele abandonar el tratamiento.

En la tabla 4, donde se pueden observar al comparar la adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos antes y después de la intervención farmacéutica, se observa 8 pacientes con baja adherencia (66.6 %), 1 con mediana adherencia (8,3%) y 3 con alta adherente, a diferencia del después del programa con unos datos de ninguno con baja adherencia (0 %) , 6 pacientes con mediana adherencia (50%) y 4 pacientes con alta adherencia (50%).

Datos que no se acercan a Carrillo L, Canales L, Chagoya M. ¹⁹ quienes hallaron luego de su intervención un cambio en la adherencia antes de la intervención el 54% y este cambio a favor en un nivel de 78% después. Mientras que Libertad M, ²⁰ encontró que solo se convirtió en adherente un 50 % de los pacientes intervenidos, siendo el estudio insuficiente en los pacientes hipertensos. En tanto Pardo C, ¹³ halló tras su intervención que el 91.66% de pacientes no cumplían con su tratamiento. Así mismo Saucedo B, ¹⁴ halló el 83.3 % fueron incumplidores, concluyendo que la intervención farmacéutica en los pacientes diabéticos la adherencia al tratamiento es baja.

Otro autor Sáenz D, ¹⁵ en su tesis halló un nivel de adherencia al tratamiento una ($p= 0.021$). Concluyendo que la intervención farmacéutica fue eficaz. En contraste con Acosta A, ¹⁶ donde en su estudio solo un (92%) no eran adherentes al tratamiento y después de la intervención un (50%) mejoraron la adherencia en una ($p= 0.063$) concluyendo que la intervención farmacéutica a la adherencia no fue eficaz. En el mismo sentido Bernaldo D, ¹⁷ halló una adherencia comparada antes 75% y después 41% en los pacientes hipertensos con una significancia p (0.046%) concluyendo que el estudio tiene un buen efecto en los pacientes.

El fundamento de la poca eficacia del estudio presente se apega a lo que se define a la experiencia a la farmacoterapeutica que trae consigo problemas para poder adpatarse a ello con el dia a diadejando por motivos o ideas que lleva al paciente a comportamientos que le causan fallos terapeuticos, .⁴¹

VI. CONCLUSIONES

6.1. Conclusiones.

- Se determinó el efecto de la intervención farmacéutica sobre la adherencia al tratamiento en los pacientes diabéticos del Centro de salud Santa. Áncash, marzo – noviembre 2016.
- Se identificaron 26 problemas de salud y 35 medicamentos durante la intervención farmacéutica a los pacientes diabéticos.
- En relación a los PRM se identificaron 27 tipos de PRMs de los cuales se solucionaron solo 23.
- Antes y después tras la intervención farmacéutica se logró la adherencia al tratamiento de 6 pacientes con diabetes igual al 50 % con un nivel de significancia $p=0.25$.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. De Toledo F. La cronicidad, ¿reto o estímulo para la atención farmacéutica?. El farmacéutico: profesión y cultura. 2015;25(1):24-30. Disponible en: <http://elfarmaceutico.es/index.php/atencion-farmaceutica/item/6279-la-cronicidad-reto-o-estimulo-para-la-atencion-farmaceutica#.Xar4SuhKjIU>
2. Rama D, Varela N. Investigación cualitativa en Farmacia: aplicación en Atención Farmacéutica. Rev. Bras. Cienc. Granja. 2008; 44 (4): 763-772. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322008000400024&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-93322008000400024>.
3. Valenzuela A. Recomendaciones de la guía de práctica clínica de hipertensión arterial en el primer nivel de atención. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2016;54(2):249-260. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=65225>
4. Peterman F. Factores de riesgo asociados al desarrollo de hipertensión arterial en Chile. Revista médica de Chile, 2017;145(8):996-1004. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872017000800996&script=sci_arttext&tlng=e
5. Blas C. Grado de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos atendidos en el puesto de Essalud Chicama–Ascope. Octubre 2017–enero 2018. 2018. [Tesis] Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.2018. Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/2555>
6. Acosta A. Eficacia de una intervención farmacéutica mediante seguimiento farmacoterapéutico para la optimización de la adherencia al tratamiento en pacientes

- hipertensos. [Tesis] Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. 2019. Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/11594>
7. Bernaldo D. Efecto de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. Farmacia del centro de salud del distrito de Coishco. Provincia del Santa, departamento de Ancash. Mayo–agosto 2014. [Tesis] Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.2018. Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/3768>
 8. Huiñac R. Efecto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos, que se atendieron en la boticas Econo Farma N° 03, del distrito de Nuevo Chimbote de la provincia del Santa, durante el mes de abril a julio del 2014. [Tesis] Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote 2017. Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/378>
 9. Carrillo L, Canales L, Chagoya M, Solís M, Vargas J, y de Dios J. Impacto en la adherencia al tratamiento utilizando la consulta de farmacoterapia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión en la población rural y urbana de hidalgo, México. *Revista Mundial de Investigación Farmacéutica*.2018;7(15):47-59. 2018.
 10. Álvarez E, Quiroz D, Del Aguila S. Pharmaceutical care in hypertension patients in a peruvian hospital. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 2016; 7 (3):183-188.Disponible en: <http://www.indianjournals.com/ijor.aspx?target=ijor:ijphrd&volume=7&issue=3&article=036>
 11. Reyes I. Evaluación de un procedimiento para brindar seguimiento farmacoterapéutico a pacientes hospitalizados. *Rev. mex. cienc. Farm.* 2013 ; 44(1): 66-78. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-01952013000100009&lng=es.

12. Goienetxea E. Seguimiento farmacoterapéutico: competencia del farmacéutico. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2017; 30;9(4):14-17 Disponible en: <https://www.farmacuticoscomunitarios.org/es/journal-article/seguimiento-farmacoterapeutico-competencia-del-farmacaceutico>
13. Ocampo, P. "Impacto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico, dirigido a pacientes hipertensos, sobre los problemas relacionados con medicamentos, la adherencia al tratamiento y la percepción del paciente sobre la actividad profesional del farmacéutico". Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. 2012. Disponible en: <https://docplayer.es/10335500-Facultad-de-ciencias-de-la-salud-escuela-profesional-de-farmacia-y-bioquimica-departamento-de-metodologia-de-la-investigacion.html>
14. Castrillon C. Implantación generalizada del Servicio de seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria y evaluación de sus resultados en salud: evaluación clínica, económica y humanística del servicio. Universidad de Granada. 2014. Disponible en: <http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/31314/22785115.pdf?sequence=1>
15. Ojeda M. Método Avenzoar para la implantación racional de la atención farmacéutica en la farmacia comunitaria. *Farmacéuticos Comunitarios*, 2015; 7(2): 37-44. Disponible en <https://www.raco.cat/index.php/FC/article/view/320956>
16. Gasterrutina M. Resultados negativos asociados a la medicación. *Ars Pharmaceutica*. 2016;57(2):89-92. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2340-98942016000200007&script=sci_arttext&tlng=en

17. Sousa I. Identificación de problemas potenciales relacionados con productos medicinales: una experiencia de integración del servicio docente en formación farmacéutica. *Revista Electrónica de Farmacia*. 2012; 9(1):9-9. Disponible en: <https://www.revistas.ufg.br/REF/article/view/17741>
18. Ospina S. Problemas de proceso y resultado relacionados con los medicamentos: evolución histórica de sus definiciones. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 2011;23(3): 329-340. <https://www.redalyc.org/pdf/120/12021452013.pdf>
19. Oscanoa T. Diagnóstico de problemas relacionados con medicamentos en adultos mayores al momento de ser hospitalizados. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 2011; 28(2):256-263. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342011000200012&script=sci_arttext
20. Menéndez C. Resultados negativos asociados al uso de medicamentos que motivan ingreso hospitalario. *Farmacia Hospitalaria*, 2011; 35(5): 236-243. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130634311000389>
21. Samartín M. Análisis de los problemas relacionados con los medicamentos tras la integración de un farmacéutico en un servicio de urgencias. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 2012;24(2): 96-100. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3893777>
22. Souza T. Morbidade e mortalidade relacionadas a medicamentos no Brasil: revisão sistemática de estudos observacionais. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, 2015;35(4): Disponible en: http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewArticle/2971
23. Romero E. Equipos multidisciplinares comprometidos: detección de problemas relacionados con los medicamentos a través de la continuidad asistencial. *Farmacia*

Hospitalaria, 2016;40(6): 529-543. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-63432016000600008&script=sci_arttext&tlng=en

24. Ferrandez O. Análisis de los problemas relacionados con los medicamentos en un hospital de tercer nivel de Barcelona. *Gaceta Sanitaria*. 2019;33(4): 361-368.
Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911118300438>
25. Fernández L; Fernández N. Elaboración de una guía de Seguimiento Farmacoterapéutico en el paciente con epilepsia. *Ars Pharmaceutica*. 2019;60(1):35-40. Disponible en: <http://revistaseug.ugr.es/index.php/ars/article/view/8019>
26. Obreli P. Evaluación económica de un programa de atención farmacéutica para pacientes diabéticos e hipertensos de edad avanzada en atención primaria de salud: un ensayo clínico aleatorizado controlado de 36 meses. *Revista de atención administrada y farmacia especializada*. 2015; 21(1): 66-75. Disponible en: <https://www.jmcp>
27. García F. Servicios Farmacéuticos basados en Atención Primaria en Salud, nuevo paradigma para el profesional farmacéutico. *Revista Cubana de Farmacia*. 2017;51(1): Disponible en: <http://revfarmacia.sld.cu/index.php/far/article/view/189>
28. Sabater M. Silva P. Faus A. Documentación de las actividades asistenciales del farmacéutico: la historia farmacoterapéutica. 2008;32(1): 56-57. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-hospitalaria-121-articulo-documentacion-las-actividades-asistenciales-del-S1130634308728113>
29. Moreno L. Día Mundial del Farmacéutico: una fecha para reivindicar una profesión global. *Farmacéuticos Comunitarios*, 2017;9(3):3-4. Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/FC/article/view/330162>

30. García F. Servicios Farmacéuticos basados en Atención Primaria en Salud, nuevo paradigma para el profesional farmacéutico. *Revista Cubana de Farmacia*. 2017;51(1): Disponible en: <http://revfarmacia.sld.cu/index.php/far/article/view/189>
31. Peralta M, Carbajal P. Adherencia a tratamiento. *Rev Cent Dermatol Pascua*, 2008;17(3): 84-8. Disponible en: <http://promsalud.udenar.edu.co/wp-content/uploads/2014/08/adherencia-revision.pdf>
32. Silva G, Galeano E, Correa J. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta médica colombiana*, 2005;30(4): 268-273. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1631/163113820004.pdf>
33. Salbergz S. Guías de diagnóstico y tratamiento de diabetes gestacional. ALAD 2016. *Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes (SAD)*. 2018;50 (3):117-128. Disponible en: <https://revistasad.com/index.php/diabetes/article/view/45>
34. Reyes S. Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. *Correo científico médico*. 2016;20(1): 98-121. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156043812016000100009&script=sci_arttext&lng=pt
35. Orosco D. Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. *Atención Primaria*. 2016;48(6): 406-420. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671500270X>
36. Domínguez Y. Algunos apuntes sobre la Epidemiología de la diabetes mellitus tipo 1. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2018;44(3):623-628. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/214/Resumenes/Resumen_21459232013_1.pdf
37. Rodríguez M.; Mendoza M. Factores de riesgo de diabetes mellitus tipo 2 en población adulta. Barranquilla, Colombia. *Revista Colombiana de Endocrinología*,

Diabetes & Metabolismo, 2019;6(2): 86-91. Disponible en:
<http://revistaendocrino.org/index.php/rcedm/article/view/482>

38. Huelgas R. Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el paciente anciano. Revista española de geriatría y gerontología: Organo oficial de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. 2018;53(2)89-99. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6359102>

39. Ferrandez O. Análisis de los problemas relacionados con los medicamentos en un hospital de tercer nivel de Barcelona. Gaceta Sanitaria. 2019;33(4): 361-368.
Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911118300438>

40. Comité Institucional de Ética en Investigación. Código de Ética para la Investigación. Versión 1 [Artículo en línea] Chimbote, Perú. 2016[citado 20 de Septiembre de 2019].
Disponible en:
<https://erp.uladech.edu.pe/sigec/moduloinvestigacion/?dom=03&mod=012>

ANEXO 01. Solicitud de permiso dirigido al establecimiento de salud

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE. PROGRAMA DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

Declaración del paciente:

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

* 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: _____
/_____/_____

Anexo N° 03. Fichas farmacoterapéuticas

Anexo N° 3.1. Registro de la información del paciente, de su enfermedad de sus medicamentos y del médico prescriptor.

FICHA 01. INFORMACION PERSONAL DEL PACIENTE. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico.

EEFF/Hospital/Centro/Puesto de Salud de.....

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

1.1.- DATOS PERSONALES

NOMBRE: _____ SEXO: _____

DIRECCIÓN: _____ ZONA: _____

TELÉFONO DOMICILIO: _____ OTRO _____ (MAIL): _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD: ____ 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				
PRESIÓN ARTERIAL (en mm de Hg) /..... /..... /..... /.....
GLICEMIA				
PESO (en Kg)				
TALLA (en cm)				
Temperatura (en °C)				
OTRO				

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

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

N°	NOMBRE DEL MEDICO / INSTITUCION	ESTABLECIMIENTO	ESPECIALIDAD	TELEFONO

1.4.1-PROBLEMAS DE SALUD DIAGNOSTICADOS AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA (Con Receta):

CIE 10	NOMBRE DEL PROBLEMA DE SALUD,	¿QUIEN LE DIAGNOSTICO?	Fecha de la receta

1.4.2-PROBLEMAS DE SALUD NO DIAGNOSTICADOS AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA (Sin Receta):

N	NOMBRE DEL PROBLEMA DE SALUD, SIGNO O SINTOMA PERCIBIDO POR EL PACIENTE	QUIEN LE DIJO QUE SUFRIA DE ESA ENFERMEDAD

ANEXO N° 3.3. FFT. Registro de problemas de salud durante el uso de medicamentos, tratamiento con remedios caseros y enfermedades sufridas anteriormente.

1.6. ¿TIENE USTED ALGÚN PROBLEMA CON LA TOMA DE ALGUNO DE LOS MEDICAMENTOS DE LA RECETA?

Nº	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA, MALESTAR, SENSACIÓN U OTRO.	QUE HA HECHO EL PACIENTE PARA SOLUCIONAR ESTOS PROBLEMAS

Preguntar sobre malestares, sensaciones, percepciones negativas que tiene el paciente luego de tomar alguno de los medicamentos recetados. Auxiliarse con la Ficha N°3 para el repaso anatómico fisiológico. Si el paciente declara algún problema preguntar que hace para solucionarlo.

Las Reacciones adversas de medicamentos prescritos deben reportarse al EF mediante una hoja amarilla.

1.7. REGISTRO DE PROBLEMAS DURANTE EL USO DE MEDICAMENTOS.

¿Tuvo necesidad de comunicarse con el médico, en algún momento posterior a la última consulta y antes de la siguiente visita programada, por alguna necesidad? Si No

Si la respuesta anterior fue Si, entonces:

¿Cuál fue el problema o necesidad?

¿Pudo comunicarse? Si No

¿Si es NO, Por qué?

¿Cómo resolvió el problema? ¿A quién recurrió?

Cree Usted que se resolvió el problema SI..... No..... Aún persiste.....

¿Si se comunicó con el médico, se solucionó el problema? Si No

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

Nº	NOMBRE DE LOS REMEDIOS CASEROS	PARA QUE LO USA	¿CUANTO TOMA?	FRECUENCIA	DESDE CUANDO

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

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

NOMBRE DE LA ENFERMEDAD*, ACCIDENTE O DAÑO.	¿Tuvo Dx?	QUIEN / DONDE LE DIAGNOSTICO?	TELÉF	¿Molesta ahora? Qué hace para solucionar la molestia.	Toma medicamento para esto?***

*Las enfermedades del pasado, cirugías, accidentes, traumas, etc. Pueden dejar secuelas, signos o síntomas que podrían ser el origen de uso de medicamentos en el presente. Si es así, reportarlo como enfermedad actual no diagnosticado en la tabla 1.4.2

**Anotar los medicamentos que usa como medicamento sin prescripción en la ficha 2.

ANEXO N° 3.4. FFT. Registro de los antecedentes familiares y hábitos de vida del paciente.

1.10.- ANTECEDENTES FAMILIARES DE MORBILIDAD:

ENFERMEDAD	MADRE	PADRE	HERMANOS	OTROS
HIPERTENSIÓN				
DIABETES				
COLESTEROL				
OTRA:				

Observaciones:

.....

Los antecedentes de morbilidad en los parientes cercanos se relacionan con signos, síntomas o malestares actuales en el paciente.

1.11.- HABITOS DE VIDA:

HÁBITOS:	DESCRIBIR:	INDICACION DEL MEDICO AL RESPECTO
Ingesta de grasas o aceite		
Ingesta de Azúcar		
Ingesta de Sal		
Consumo de alcohol	VECES POR SEMANA ___ NO ___	
¿Fuma cigarrillos o alguien en casa lo hace?	SI: ___ NO: ___ CANTIDAD AL DIA: _____	
Hace ejercicios:	CAMINA: ___ CORRE: ___ GIMNASIO: ___ PESAS: ___ BICICLETA: ___ OTRO: _____	VECES POR SEMANA: _____
Consumo de café o té	SI: ___ NO: ___ TAZAS DIARIAS: _____	
Dieta:	SI ___ NO ___ Describir: _____	

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

COD INTERV:

ANEXO N° 3.5. FFT. Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes. (Primera parte).

FICHA 02. HOJA DE INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA.

Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF /Hospital/Centro/Puesto de Salud de

PACIENTE COD. N°:

FECHA:

NOMBRE:

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

Nombre 1: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC)

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

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

ANEXO N° 3.6. FFT. Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes. (Segunda parte).

REGISTRO DE LOS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE MANTIENE EN SU BOTIQUÍN

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

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

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

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

COD INTERV:

ANEXO N° 3.7. Ficha FFT. Guía anatómica de repaso para identificar problemas relacionados con medicamentos.

FICHA 03. GUÍA ANATÓMICA DE REPASO PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS DE SALUD. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF /Hospital/Centro/Puesto de Salud de

PACIENTE COD. N°:

FECHA:

NOMBRE:

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

-PELO:

-CABEZA:

-OIDOS, OJOS, NARIZ, GARGANTA:

-BOCA (llagas, sequedad ..):

-CUELLO:

-MANOS (dedos, uñas ..):

-BRAZOS Y MÚSCULOS:

-CORAZÓN:

-PULMÓN:

-DIGESTIVO:

-RIÑÓN (orina.):

-HÍGADO:

-GENITALES:

-PIERNAS:

-PIÉS (dedos, uñas):

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

-PIEL (sequedad, erupción ..):

- ALTERACIONES PSICOLÓGICAS (depresiones, epilepsia.):

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

- TABACO:
- ALCOHOL:
- CAFÉ:
- OTRAS DROGAS:
- HABITOS ANORMALES (ejercicio, dieta...):
- VITAMINAS Y MINERALES:
- VACUNAS:
- ALERGIAS MEDICAMENTOS Y/O SOSPECHAS DE RAM:
- Situaciones fisiológicas (y fecha):
- OBSERVACIONES:

COD INTERV:

ANEXO N° 3.8. FFT. Hoja guía de intervención farmacoterapéutica – Primera parte.

FICHA 04. HOJA GUIA DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF /Hospital/Centro/Puesto de Salud de

PACIENTE COD N°:

NOMBRE:

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

Nº	NOMBRE DEL MEDICAMENTO* MORBILIDAD**	DEL O	FFPP	DOSIS REC.	FREC. DE DOSIS/DIA	DE	FECHA DE PRESCR.

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

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

4.2.- DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL PRM:

PRM	Descripción	PRM	Descripción
1. Administración errónea del medicamento:		9. Incumplimiento:	
2. Actitudes negativas del paciente:		10. Interacciones:	
3. Conservación inadecuada:		11. Otros problemas de salud que afectan al tratamiento:	
4. Contraindicación:		12. Probabilidad de efectos adversos:	
5. Dosis, pauta y/o duración no adecuada:		13. Problema de salud insuficientemente tratado:	
6. Duplicidad:		14. Influencias culturales, religiosas o creencias:	
7. Errores en la dispensación:		15. Medicamentos falsificados, espurios, de	

		contrabando o muestras médicas:	
8. Errores en la prescripción:		16. Problemas económicos:	

COD INTERV:

ANEXO N° 3.9. FFT. Hoja guía de intervención farmacoterapéutica - Segunda parte.

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

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

Fecha final de la Intervención:

COMENTARIO:

ANEXO N° 3.10. FFT. Hoja guía de intervención farmacoterapéutica – Tercera parte.

4.4. QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRM.

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

TABLA. CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS

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

COMENTARIO:

ANEXO Nº 3.11. FFT. Hoja guía de intervención farmacoterapéutica – Cuarta parte.

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

1. Verbal farmacéutico – paciente
2. Escrita farmacéutico – paciente
3. Verbal farmacéutico – paciente – médico
4. Escrita farmacéutico – paciente – médico

4.6 RESULTADO:

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

¿QUÉ OCURRIÓ CON LOS PRMs QUE NO SE RESOLVIERON?

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

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

COD INTERV:

ANEXO N° 3.12. FFT. Hoja guía de intervención farmacoterapéutica – Quinta parte.

FICHA 05. HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF/Centro/Puesto de Salud de

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

5.1. NÚMERO DE CONTACTOS UTILIZADOS DURANTE LA INTERVENCIÓN:

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

Referencia:

Clave	Lugar donde encontraba el paciente	Clave	Medio de comunicación
1	Est. Farmacéutico	1	Oral cara a cara
2	Domicilio	2	Escrito
3	Otro:	3	correo electrónico
		4	Oral por teléfono
		5	Otro:

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

COD INTERV:

CUADRO N° 06. Escala de adherencia a la medicación (MAS) de Morisky- Green – Levine⁸⁹

Ítems	Preguntas	0	1
1	¿Algunas veces se olvida usted de tomar sus medicamentos?		
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?		
3	¿Alguna vez ha dejado de tomar sus medicamentos porque le caían mal, sin decirle nada al médico o tu farmacéutico?		
4	¿Cuándo usted baja o sal de su casa por largo tiempo se olvida de llevar sus medicamentos?		
5	¿Se olvidó de tomar todos sus medicamentos ayer?		
6	¿Cuándo usted siente que los síntomas de su enfermedad están bajo control deja de tomar su medicación?		
7	Tomar 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?		
	Nunca/raramente, B. Muy esporádicamente, C. Algunas veces, D. Frecuentemente, E. Todo el tiempo. A=0, B-E=1		

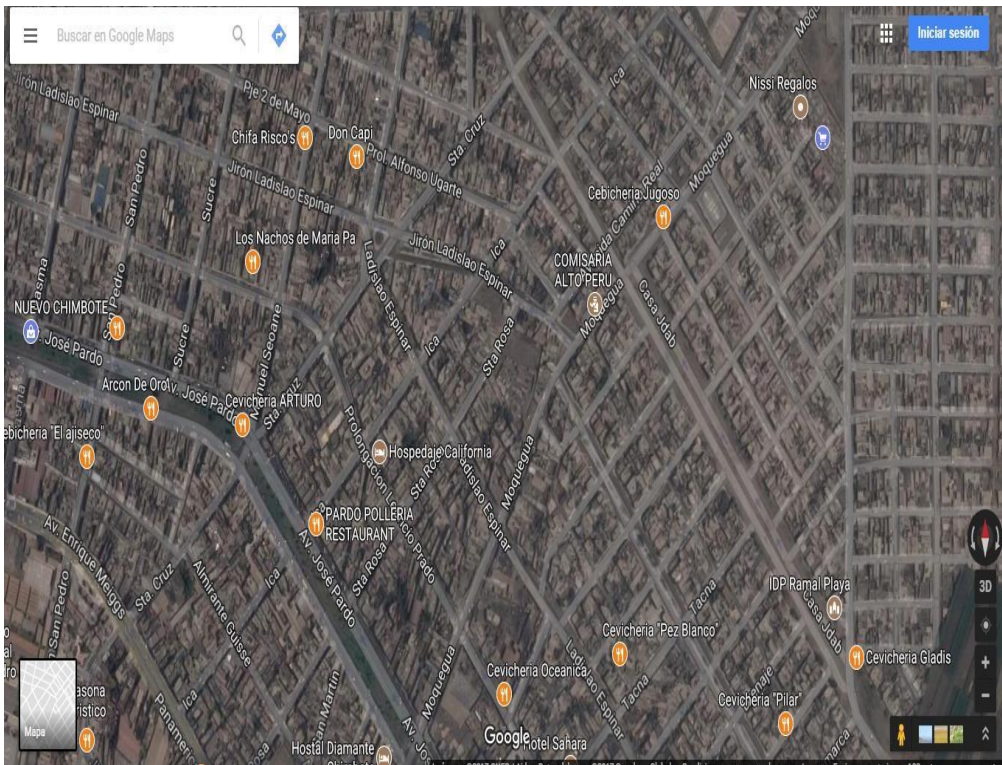
Punctuation: >2 = low adherence
 1 or 2 = medium adherence
 0 = high adherence

Modificado de Morisky 8-Item Self-Report Measure of Medication-Taking Behavior (MMAS-4) ⁸⁹.

5. Frontis de Centro de Salud



6. Ubicación geográfica



7. Figura. Evidencia de intervención

