

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

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

**IMPACTO DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO
FARMACOTERAPÉUTICO DIRIGIDO A
PACIENTES DIABÉTICOS SOBRE LA
AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA.
CENTRO DE SALUD COISHCO, DISTRITO DE
COISHCO, SETIEMBRE - DICIEMBRE DEL 2017**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
QUÍMICO FARMACÉUTICO

AUTOR:

CASTRO SÁNCHEZ, JAIME ADOLFO

ORCID: 0000-0003-2187-0366

ASESOR:

ZEVALLOS ESCOBAR, LIZ ELVA

ORCID: 0000-0003-2547-9831

CHIMBOTE, 2019

**IMPACTO DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO
FARMACOTERAPÉUTICO DIRIGIDO A
PACIENTES DIABÉTICOS SOBRE LA
AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA.
CENTRO DE SALUD COISHCO, DISTRITO DE
COISHCO, SETIEMBRE - DICIEMBRE DEL 2017**

EQUIPO DE TRABAJO

AUTOR:

Bach. JAIME ADOLFO CASTRO SANCHEZ

ORCID: 0000-0003-2187-0366

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. DÍAZ ORTEGA, JORGE LUIS

ORCID: 0000-0002-6154-8913

Mgtr. RAMÍREZ ROMERO, TEODORO WALTER

ORCID: 0000-0002-2809-709X

Mgtr. VÁSQUEZ CORALES, EDISON

ORCID: 0000-0001-9059-639

JURADO EVALUADOR

Dr. Q.F. JORGE LUIS DÍAZ ORTEGA

PRESIDENTE

Mgr. Q.F. TEODORO WALTER RAMÍREZ ROMERO

MIEMBRO

Mgr. Q.F. EDISON VÁSQUEZ CORALES

MIEMBRO

Mgr. Q.F. LIZ ELVA ZEVALLOS ESCOBAR

ASESOR

DEDICATORIA

- ❖ A **Dios** por haberme dado la vida y por permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

- ❖ A mi **Abuela** Pilar por haberme cuidado y educado desde mi infancia, siendo una madre para mí.

- ❖ A mi **Tía** Nelly por apoyarme en todo momento, por los valores que me ha inculcado y haber hecho de mí una persona de bien.

AGRADECIMIENTO

Al **Dr. Percy Ocampo Rujel** mi asesor que, por su esfuerzo y dedicación, quien desde un inicio y gracias a sus conocimientos, gran experiencia, motivación y paciencia ha hecho posible que la culminación de este trabajo sea una realidad.

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar el impacto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico (SFT) dirigido a pacientes diabéticos sobre la autopercepción de la calidad de vida (ACV). centro de salud coishco, durante setiembre a diciembre del 2017. La muestra de pacientes fue monitoreada a través de un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico de seis fases: captación, levantamiento de información, evaluación de la información, intervención, seguimiento y medición de resultados. En cada fase se recogió información en herramientas e instrumentos específicos: fichas farmacoterapéuticas, test SF-12 y glucómetro para la medición de glucosa en sangre. Para llevar a cabo la investigación fue necesario contar con la participaron de 12 pacientes diagnosticados con diabetes mellitus. Se diagnosticaron 6 Problemas relacionados con medicamentos (PRM) siendo “incumplimiento” el PRN más frecuente (55%) y “disminuir el incumplimiento involuntario” siendo la intervención más aplicada (70%). El impacto del programa sobre la ACV fue muy significativo ya que en la dimensión física se obtuvo un promedio de 41.9 y después de la intervención un 46.5, asimismo en la dimensión mental se obtuvo antes un promedio de 40.9 y después un 44.1 los cuales según el t student son valores significativos. Se concluye que el programa de Seguimiento Farmacoterapéutico fue eficiente en el diagnóstico de PRMs, en la prevención y solución de RNMs y significativo en mejorar la autopercepción de la calidad de vida.

Palabras clave: Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), Autopercepción de la calidad de vida, Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM), Resultados negativos de la Medicación (RNM), Diabetes mellitus.

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the impact of a pharmacotherapeutic follow-up program (SFT) aimed at diabetic patients on the self-perception of quality of life. coishco health center, during September to December 2017. The patient sample was monitored through a six-phase Pharmacotherapeutic Follow-up program: collection, information gathering, information evaluation, intervention, monitoring and measurement of results. In each phase, information was collected on specific tools and instruments: pharmacotherapeutic sheets, SF-12 test and blood glucose meter for blood glucose measurement. To carry out the research it was necessary to have the participation of 12 patients diagnosed with diabetes mellitus. 6 Problems related to medications (PRM) were diagnosed, the most frequent PRN being "noncompliance" (55%) and "involuntary non-compliance" being the most applied intervention (70%). The impact of the program on the self-perception of the quality of life was very significant since in the physical dimension an average of 41.9 was obtained and after the intervention a 46.5, also in the mental dimension an average of 40.9 was obtained before and then a 44.1 which according to the student t are significant values. It is concluded that the Pharmacotherapeutic Follow-up program was efficient in the diagnosis of PRMs, in the prevention and solution of NMRs and significant in improving self-perception of the quality of life.

Key words: Pharmacotherapeutic Follow-up (SFT), Self-perception of quality of life, Drug-related Problems (PRM), Negative Medication Results (NMR), Diabetes mellitus.

INDICE DE CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:.....	12
II. REVISION DE LA LITERATURA.....	13
2.1. ANTECEDENTES.....	13
2.1.1. Atención farmacéutica y seguimiento Farmacoterapéutico.	13
2.1.2. Evolución del Seguimiento Farmacoterapéutico en el Perú.....	19
2.1.3. Resultados de la implementación de la atención farmacéutica y SFT.	21
2.2. BASES TEORICAS DE LA INVESTIGACION.	23
2.2.2. Seguimiento Farmacoterapéutico y Calidad de vida relacionada en la Salud.	23
2.2.1. Problemas relacionados con el uso de medicamentos (PRMS) y resultados negativos de la medicación (RNM).	25
2.2.2. Atención farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico: contribución del farmacéutico al mantenimiento de la salud pública.	40
2.2.3. Diabetes mellitus.	47
III. HIPÓTESIS.....	50
3.1. Impacto del SFT sobre la dimensión física.	50
3.2. Impacto del SFT sobre la dimensión mental.	50
IV. METODOLOGÍA.....	51
4.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.	51
4.1.1. Tipo y el nivel de la investigación:	51
4.1.2. Diseño de la investigación:	51
4.2 POBLACION Y MUESTRA.....	51
4.3. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES.	53
4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	55
4.4.1. Técnica.	55
4.4.2 Instrumentos.....	55
4.5. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.	62

4.6. MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	65
4.7. PRINCIPIOS ETICOS.....	66
V. RESULTADOS.....	67
5.1. RESULTADOS.....	67
5.1.1. MORBILIDAD DIAGNÓSTICADA, AUTOPERCIBIDA Y EL USO DE MEDICAMENTOS.....	67
5.1.2. RESULTADOS ACERCA DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS (PRM) Y LOS RESULTADOS NEGATIVOS DE LA MEDICACIÓN (RNM).....	69
5.1.4 IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN SOBRE LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DIABETICOS.....	70
5.2. ANALISIS DE RESULTADOS.....	71
VI. CONCLUSIONES.....	76
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	77
VIII. ANEXOS.....	91
ANEXO 8.1. Solicitud enviada al centro de salud.....	91
Anexo 8.2. Declaración de consentimiento informado	92
Anexo 8.3. Ficha farmacoterapéutica. (Instrumento de recolección de información)	93
Anexo 8.4. Test de SF-12 para determinar la medición de la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)	106
Anexo 8.5. Equipo utilizado para la medicion y control de los niveles de glucosa en sangre.	107
Anexo 8.6. Fotos	108
FIGURA N° 05. Ubicación geográfica del Centro de salud Coishco, Distrito de Coishco. (Panamericana antigua 567).....	108
FIGURA N° 06. Fotografía del Centro de salud Coishco, Distrito de Coishco.	108
FIGURA N° 07. Tomando muestra de sangre con ayuda del glucómetro.	109
FIGURA N° 08. Medicamentos consumidos por automedicación.....	109

INDICE DE CUADROS

CUADRO N°1: Listado de problemas relacionados con medicamentos.....	27
CUADRO N°2: Clasificación de resultados negativos asociados con la medicación....	28
CUADRO N°3: Actividades de atención farmacéutica en el ejercicio profesional de farmacéutico comunitario.....	41
CUADRO N°4: Clasificación de intervenciones farmacéuticas destinadas a prevenir o resolver resultados clínicos negativos de la farmacoterapia.....	47
CUADRO N°5: Valores referenciales de glucosa en sangre y criterios de diagnóstico.	49
CUADRO N°6: clases de canales para que el químico pueda aconsejar sobre la solución de PRMs.....	61

INDICE DE TABLAS

TABLA N°01. Problemas de Salud diagnosticados y autopercebidos por los pacientes intervenidos. Programa de SFT dirigido a pacientes diabéticos. Farmacia del C.S Coishco. Setiembre - diciembre del 2017.....	67
TABLA N° 02. Medicamentos prescritos y automedicados utilizados por los pacientes durante el proceso de intervención. Programa de SFT dirigido a pacientes diabéticos. Farmacia del C.S Coishco. Setiembre - diciembre del 2017.....	68
TABLA N°03. Repartición de los PRMs diagnosticados según frecuencia y porcentaje. Programa de SFT dirigido a pacientes diabéticos. Farmacia del C.S Coishco. Setiembre - diciembre del 2017.....	69
TABLA N° 04. Distribución de la frecuencia y tipo de intervenciones realizadas de acuerdo al Problema Relacionado con Medicamento (PRM) diagnosticado. Programa de SFT dirigido a pacientes diabéticos. Farmacia del C.S Coishco. Setiembre - diciembre del 2017.....	69
TABLA N° 05. Resultados de la intervención mediante SFT a paciente diabéticos sobre la autopercepción de la actividad física, utilizando el test SF-12. Programa de SFT dirigido a pacientes diabéticos. Farmacia del C.S Coishco. Setiembre - diciembre del 2017.....	70
TABLA N°06. Resultados de la intervención mediante SFT sobre la autopercepción de la actividad mental, utilizando el test SF-12. Programa de SFT dirigido a pacientes	

diabéticos. Farmacia del C.S Coishco. Setiembre - diciembre del 2017.....	71
---	----

INDICE DE FIGURAS

FIGURA N°01. Esquematización de la investigación y evaluación. Tomado del comité de consenso.....	36
FIGURA N°02. El método DADER modificado y sus pasos clave de SFT	45
FIGURA N°03. Esquematización del modelo de intervención farmacéutica.....	51
FIGURA N°04. Esquematización de las actividades de SFT.....	59

I. INTRODUCCIÓN.

Los Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) son un factor crucial que contribuye al éxito o fracaso de las terapias con medicamentos generando Resultados Negativos de la Medicación (RNM). Son múltiples los errores que pueden producirse durante todo el proceso que lleva a un paciente a usar medicamentos. Desde la decisión misma de dónde acudir a consulta, pasando por los errores en la prescripción y dispensación hasta aquellos que ocurren cuando el paciente en la intimidad de su hogar decide cuales, cuanto, a qué horas y por cuanto tiempo tomará sus medicamentos.

Esta información normalmente es invisible en nuestro sistema de salud. No existen procedimientos que generen registros para el análisis y detectar los errores en el proceso; ni del acto médico de prescripción, ni del acto farmacéutico de dispensación y menos a nivel de usuarios. En países desarrollados se ha estimado que el riesgo para los sistemas de salud del incumplimiento de las indicaciones médicas no solo es sanitario si no muy negativo sobre los escasos recursos destinados a salud ¹.

Por lo tanto, los esfuerzos de los profesionales no deben estar dirigidos solo hacia asegurar la calidad un adecuado diagnóstico, prescripción o dispensación racional de medicamentos sino además a asegurar que los pacientes los usen apropiadamente sobre la base de un cumplimiento estricto de las indicaciones de los facultativos. Tenemos solo ligeras impresiones de lo que piensan y creen los pacientes acerca de sus enfermedades y medicamentos y probablemente el nivel de sus conocimientos esté de acuerdo al nivel cultural y al entorno social en el que viven.

Lamentablemente las influencias del entorno son múltiples y probablemente inapropiadas, pero pueden ser tan fuertes que terminen imponiéndose cambiando o distorsionando el tratamiento formalmente prescrito por los facultativos. El seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) es una oportunidad sanitaria para contribuir a la resolución del problema. Permite detectar errores en la medicación y en el uso por parte de los pacientes. Así mismo es una herramienta útil para corregir y educar al paciente acerca de hábitos de vida saludables para la recuperación más rápida y prevenir el agravamiento o la cronicidad.

Para los farmacéuticos, como responsables directos, el SFT se ha convertido en uno de sus objetivos profesionales más urgentes. Luego de la pérdida de la propiedad exclusiva de la Oficina Farmacéutica como centro dispensador de especialidades farmacéuticas el objeto profesional ha dado un giro hacia el paciente que usa medicamentos². Es decir, el farmacéutico que requiere la comunidad es un profesional sanitario experto en el asesoramiento, diagnóstico y prevención de problemas que surgen en los pacientes que usan medicamentos.

Sobre todo, en aquellos que son polimedicados por sufrir más de una enfermedad crónica. Ese es el objetivo central de este proyecto. Demostrar que los profesionales farmacéuticos de la ULADECH están capacitados para brindar solución a los problemas que se producen por el mal uso de medicamentos por pacientes diabéticos. A lo largo del desarrollo de este proyecto el farmacéutico pondrá en juego habilidades y competencias que le permitan desempeñarse satisfactoriamente como miembro de la triada en el manejo de medicamentos que compone junto con el médico y sobre todo el paciente.

El farmacéutico demostrará como una consecuencia de la implementación del programa de SFT que está capacitado para registrar información de los pacientes que usan medicamentos, evaluar, organizar y convertir la información en data a través de medios informáticos de registro de información. Del mismo modo será una experiencia útil para verificar sus capacidades como experto en medicamento en el diagnóstico de los problemas relacionados con su uso y en el desarrollo de estrategias que, a través de la comunicación efectiva a los pacientes o dirigida a los prescriptores, logren revertir situaciones negativas para evitar o disminuir el daño ocasionado por Resultados Negativos de la Medicación (RNM)⁴⁹.

El desarrollo del programa de SFT evidencia de que es posible interactuar con los otros profesionales de ciencias de la salud, sobre todo con los prescriptores, con quienes los farmacéuticos deben estrechar vínculos colaborativos eficaces que les permitan a aquellos lograr los éxitos que esperan con la medicación de sus pacientes. En el planteamiento de la tesis de este proyecto se presenta los argumentos iniciales por los cuales se eligió desarrollar la investigación encuadrándola en la realidad concreta en donde se percibe el problema y sus múltiples variables.

Se enuncia el problema de investigación que tiene como eje central diagnosticar PRMs y medir el éxito de los tratamientos implementados para prevenirlos o curarlos. Se presenta un marco teórico amplio y los antecedentes del problema que evidencian lo avanzado en el mejoramiento del desempeño profesional del farmacéutico y en el entendimiento de los fenómenos relacionados con el uso de medicamentos. Así mismo las bases teóricas recogen elementos que permiten afirmar a priori que los objetivos del proyecto tendrán, independientemente de la calidad individual de la actuación profesional del farmacéutico un valor intrínseco positivo en la solución que se les dará a

todos los problemas que se produzcan por el uso incorrecto de los medicamentos, mejor estilo de vida y el mejoramiento de los indicadores fisiológicos de la enfermedad.

Se pondrá en práctica una metodología basada en una intervención farmacéutica dirigida a un grupo de pacientes con diagnóstico confirmado de diabetes mellitus. Antes de la intervención farmacéutica se medirán variables e indicadores relacionados con el uso de medicamentos, calidad de vida y percepción de la actividad profesional. Al término de la experiencia las variables serán medidas nuevamente para evaluar estadísticamente los cambios producidos por la intervención farmacéutica.

El futuro de la persona se ha ampliado significativamente en el transcurso de los últimos 50 años, particularmente en las naciones creadas. Uno de los planificadores fundamentales de este logro ha sido la accesibilidad de recetas, por ejemplo, antitoxinas, anticuerpos, medicamentos antineoplásicos, hormonas, etc., que han descubierto cómo superar la gran mayoría de las razones de pérdidas inesperadas. Sea como fuere, a esta expansión en la edad de la población se une un alto predominio de enfermedades incesantes, que necesitan más medicamentos, por ejemplo, calmantes, antihipertensivos, analgésicos, hipoglucemiantes, neutralizadores de ácido, medicamentos para infecciones cardiovasculares, etc.

Los nuevos medicamentos deben cumplir con requisitos de seguridad y viabilidad severos para respaldar su utilización. No obstante, hoy se da cuenta de que, independientemente de todos los exámenes y períodos de control pasados, el uso masivo por parte de la población con frecuencia provoca el evento de reacciones negativas. Hasta el punto en que el uso mal aconsejado causa la pérdida de vidas humanas, daños al bienestar y el mal uso de inmensas medidas de efectivo ¹⁻³.

Como lo afirman Estrand y Hepler^{2,3} “la mala utilización de medicamentos es en la actualidad un problema sanitario de enorme magnitud”. En su encuesta sobre las Oportunidades y deberes de la Atención Farmacéutica, hacen una introducción exhaustiva de la prueba de severidad y mortalidad como un impacto del uso incorrecto de las recetas.

Tallaey y Laventurier^{2,4,5} “Apreciaron que 140.000 pacientes murieron y 1 millón fueron hospitalizados en EE.UU. en 1971 debido a reacciones adversas a medicamentos (RAM)”. Manasse y col.⁶ “Verificaron la bibliografía sobre accidentes relacionados con medicamentos y concluyó que en 1987 la Food and Drug Administration (FDA, oficina de control de medicamentos y alimentos de los Estados Unidos) identificó alrededor de unas 12.000 muertes y 15.000 hospitalizaciones debidas a RAM comunicadas, pero éste número puede ser solo una pequeña fracción - quizás sólo el 10% - del verdadero impacto. Precisarón que el coste de la morbilidad relacionada con los medicamentos en Estados Unidos podría alcanzar la cifra de más de 7.000 millones de dólares anuales”.

Johnson y Bootman⁷ en 1996 “Apreciaron que la morbilidad y mortalidad debida a medicamentos en servicios ambulatorios de los EEUU tuvo un costo de \$76.6 billones de dólares. Precisarón que el componente más importante de este total estuvo asociado con hospitalizaciones debidas a mal uso de medicamentos. Sugirieron que las políticas de salud debieran considerar la implementación de servicios para reducir o prevenir la morbilidad y mortalidad por medicamentos”.

Vásquez y Álvarez⁸ “Nos Afirman que la implementación de programas y estrategias para la detección y prevención de problemas relacionados con medicamentos en el Perú es básicamente un problema legal y de marcos regulatorios que sin embargo

tienen ya referentes en ciertos artículos de la Ley de Salud del año 1997, en la Política Nacional de Medicamentos del 2004 y sobre todo en la Ley de Medicamentos, Ley N°29459⁹ y sus reglamentos^{10,11}”.

Desde mediados de la década de 1990, se han creado algunos modelos tanto en los Estados Unidos como en España para demostrar el apoyo del especialista en drogas y su compromiso en la mejor utilización posible de medicamentos en entornos de servicios humanos¹². Sin embargo, según como nos dice Bonal y col.¹³ “A pesar de la abundante literatura generada, aún no se han producido progresos muy importantes en cuanto a la inserción en la práctica corriente de la atención farmacéutica. Probablemente por las dificultades para diseñar estrategias, normas técnicas e instrumentos apropiados y por la aún escasa decisión política de implementar los marcos legales existentes”.

Es importante por lo tanto comenzar a desarrollar modelos de intervención farmacéuticos que sobre la base de aquellos de probada eficacia en otras realidades tomen en cuenta nuestras particulares formas de entender el uso de los medicamentos. En este marco surge la intención de realizar una investigación que permita verificar el impacto sanitario de llevar a la práctica un modelo propio de intervención farmacéutica que tome en cuenta nuestra particular realidad con el objetivo de diagnosticar problemas relacionados con medicamentos y desarrollar acciones propias o en conjunto con otros profesionales de la salud para su resolución.

En la actualidad se presenta un problema relacionado con la asistencia sanitaria el cual pone en prioridad de urgencia una atención especializada, entre ellos la prevención de la morbi-mortalidad que están asociadas a medicamentos². Ramalho¹⁴ “afirma que en esta problemática el rol del farmacéutico no ha satisfecho las necesidades de una sociedad

consumidora de medicamentos, lo que ha conducido en los últimos años a la incidencia de errores de medicación, que han llevado tanto a muertes de pacientes y a hospitalizaciones”.

En nuestra nación, el requisito de una acción más dedicada del especialista en medicamentos y la ejecución de un plan de consideración farmacéutica se obtiene del registro de Políticas de medicamentos de 2004 que nos dice “promover el desarrollo de la atención farmacéutica y el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Farmacia entre los profesionales farmacéuticos, tanto del sector público como privado”¹⁴.

A través de un prólogo a la consideración farmacéutica, por ejemplo, al percibir las razones de los errores de prescripción y dispensación de medicamentos, algunas cargas causadas por los pacientes con la utilización de medicamentos, por ejemplo, reacciones adversas, asociaciones medicamentosas, predominio de resistencia terapéutica o no adherencia al tratamiento. A partir de esto después de una investigación de los resultados, se establecerán metodologías para ocuparse de los problemas. Del mismo modo, puede descubrir un perfil con cada una de las cualidades de la utilización de medicamentos que se suman a bases razonables para el remedio y la distribución^{17,18}.

La mejora de programas de atención farmacéutica adaptados al nivel de la comunidad hará que este pueda reconocer aquellos factores que son los causantes de la falta de adherencia al tratamiento de tal forma que se puedan “implementar intervenciones farmacéuticas con finalidades educativas para reducir los factores de riesgo. Si los pacientes fueran conscientes con respecto a la toma de medicamentos los objetivos alcanzados en la asistencia sanitaria reflejarían mejoras en la calidad de vida del paciente, de tal forma que se evite las recaídas y sobre todo complicaciones que puedan agravar la salud del paciente”.

Como lo menciona Aguas y col ¹⁹ “si el paciente a través de la contribución activa del farmacéutico mantiene los indicadores de su enfermedad en niveles controlados evitará cambios forzados en su terapia hacia medicamentos más complejos, peligrosos y más caros”. Luego se legitima proponer investigaciones para establecer una base de pruebas más extensa y libre de toda predisposición para demostrar que la ejecución del maestro farmacéutico realmente logra estos objetivos^{2,20}.

“Es una nueva responsabilidad que exige al profesional químico farmacéutico una actividad proactiva, previsor y educativa que pueda ser atendida como un beneficio por parte de la comunidad. Es decir, la generación de un papel social que pueda justificar la presencia del farmacéutico empezando desde el nivel más bajo de atención y pueda afirmar su participación en toda la actividad que realiza y se relacionen con el uso de medicamentos” ²¹.

Según Fauss ¹ “la función sanitaria del control de la farmacoterapia debe ejercerla el profesional Farmacéutico. Por su formación específica sobre medicamentos, ya que son los expertos que la Universidad forma, por su accesibilidad a los pacientes, especialmente de la farmacia comunitaria, está demostrado que es el profesional sanitario que la población tiene más cerca y de más fácil acceso”. Los especialistas aceptan que los pacientes se ajustan totalmente a su medicina y que esto sucede sin peligro. No obstante, los especialistas en medicamentos aún no aceptan su trabajo para garantizar la naturaleza de la última utilización de medicamentos ²².

Para los especialistas en medicamentos, la incorporación en sus diligencias diarias de revisar estos artículos es otra acción que, en cualquier caso, debería remunerar el agradecimiento de todas las personas y su certeza de experto en medicamentos. Por

medio de grupos de personas, el especialista en medicamentos creará deseos de red y mejorará su reconocimiento por parte de la población.

La situación es que hay un problema que produce tormentos humanos y contratiempos relacionados con el dinero, para lo cual hay una respuesta a través del trabajo maestro de la autoridad estandarizada de medicamentos de ahorro que debe intentarse totalmente para hacer enfoques y poseer instrumentos para invertir el riesgo o la reducción Los efectos del mal uso de medicamentos. Esto a través de otra idea de práctica de bienestar considerada Atención Farmacéutica que conducirá no exclusivamente a lograr una utilización adecuada de las recetas y a cumplir los objetivos de recuperación que se esperaban al estructurarlos, recomendarlos o mostrarlos, y además usar indebidamente las habilidades restaurativas del maestro farmacéutico. significa la revaluación de su trabajo social.

Es evidente, entonces, que, para el avance de los nuevos ejercicios, los especialistas en drogas deben formar metodologías que consideren los contrastes específicos de nuestras poblaciones. “Esta investigación contribuirá al proceso: iniciará el desarrollo y la adaptación de los procedimientos de intervención farmacéutica y las herramientas tomadas de otras realidades a nuestro propio entorno”¹⁹. Pensando en nuestros propios factores sociales, estadísticos, la condición de las administraciones de bienestar y las cualidades de la facultad de medicina que participa en la extensa consideración de los clientes.

Los problemas que actualmente surgen en los servicios de medicamentos farmacéuticos se encuentran en un nivel muy básico identificado con el agujero que existe entre la prueba aparecida en el examen y lo que está extremadamente conectado en la práctica de los expertos farmacéuticos. “La idoneidad o adaptación de la consideración

farmacéutica (FF) supone que existe una prueba sólida de la conexión entre lo que se dice en la investigación y las sospechas hipotéticas y las consecuencias de la praxis. La construcción de pruebas de esta relación requiere investigaciones vigilantes en el campo de la AF que sean replicables y permitan obtener un conjunto de aprendizajes que se extrapolan adecuadamente a toda la población”^{23,24,25}.

Percibir en nuestra nación, por ejemplo, las razones de la rebeldía con las sugerencias para tomar el medicamento y el impacto de los atributos y estados de vida de los pacientes en la utilización de sus medicamentos son datos importantes a partir de los cuales pueden extender los procedimientos instructivos para evitar su frecuencia y comunalidad en la red.

El compromiso del especialista en medicamentos también es importante para caracterizar, ordenar y examinar las cuestiones relacionadas con la utilización de medicamentos. Es importante averiguar cuáles son los factores de impacto más esenciales. A pesar de que hay referencias a cuáles son las causas²⁶, es importante decidir nuestras necesidades específicas esencialmente a la luz del hecho de que nuestro avance financiero, nuestros contrastes sociales y estadísticos, el acceso a las drogas y la mejora de el área de bienestar varía de la circunstancia social en la que se realizan los exámenes extranjeros.

Por fin, es importante comenzar a cerrar el agujero entre la hipótesis y la práctica. El enfoque y la propuesta poseen filosofías que consideran nuestros contrastes específicos y que nos permiten, por última vez, pasar de conversaciones académicas, estándares insostenibles y reuniones estériles al campo de la mejora y la rutina sólida con respecto a la consideración de beneficios farmacéuticos separados del acuerdo.

Según Soto ²⁷ afirma que “si bien es cierto que debido al impacto en la Salud Pública se han establecido múltiples programas de control de enfermedades es notorio un progresivo abandono de dichos programas. Por lo cual es necesario proponer alternativas que permitan el abordaje del problema mediante la participación de recursos humanos adecuadamente preparados y estratégicamente ubicados dentro de la red del servicio sanitario”. En esta situación única, los expertos farmacéuticos están en una posición vital para reconocer y ayudar a los pacientes en el tratamiento farmacológico 28-31.

Sea como sea, a pesar de la forma en que la sociedad general o la farmacia privada de la red es donde la población busca la ayuda para sus problemas médicos con mayor frecuencia, solo algunos especialistas en medicamentos examinan a sus pacientes desde ese punto en busca de problemas relacionados con la utilización de medicamentos u otros factores de riesgo relacionados ¹². En consecuencia, es fundamental planificar las intercesiones para instruir y despertar a los expertos farmacéuticos acerca de las ventajas de participar en la consideración del paciente a la luz de su situación en la cadena de transporte de la administración del bienestar que tendrían contacto con los pacientes incluso antes del comienzo de los medicamentos y lo examinarían rutinariamente durante el equivalente.

En el caso específico de diabetes Según la SPE, el 50% los pacientes con diabetes presentan neuropatía diabética, el 30% retinopatía, y el 20% pie diabético. Del total de pacientes con pie diabético el 50% termina con la amputación de algún miembro. De esta manera, es una importante puerta abierta para los pacientes, los especialistas en medicamentos y el sistema de bienestar para probar los modelos de intervención

farmacéutica para atender los problemas relacionados con la utilización de recetas en este tipo de pacientes. Esta investigación se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es el impacto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico dirigido a pacientes diabéticos sobre la autopercepción de la calidad de vida, durante setiembre a diciembre del 2017?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

Objetivo General.

- Determinar el impacto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico dirigido a pacientes diabéticos sobre la autopercepción de la calidad de vida. Centro de salud coishco, durante setiembre a diciembre del 2017.

Objetivos Específicos.

- Analizar y comparar los medicamentos consumidos por los pacientes diabéticos para sus problemas de salud, tanto prescritos como no prescritos(automedicación).

- Implementar estrategias de solución para los PRMs diagnosticados dirigidos directamente a los pacientes o a los prescriptores de medicamentos para evitar o disminuir el daño como Resultado Negativo de la Medicación (RNM).

- Evaluar el impacto de la intervención sobre la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física y mental según el test sf-12.

II. REVISION DE LA LITERATURA.

2.1. ANTECEDENTES.

2.1.1. Atención farmacéutica y seguimiento Farmacoterapéutico.

Brodie^{11,14} utilizó por primera vez la expresión "Atención Farmacéutica", interpretada en España como Atención Farmacéutica en 1966¹¹. "Sin embargo, no fue sino hasta la década de 1970 que comenzó la problematización del nuevo trabajo de bienestar de la llamada farmacéutica, lo que sugirió Responsabilidad destacada de los expertos para garantizar que los pacientes gasten las recetas adecuadamente"⁵⁷.

En 1975, "la compañía Americana de Colegios farmacéuticos (AACP) nombró un grupo de especialistas para hacer un documento llamado "Especialistas en medicamentos para el futuro"; El supuesto "Informe Millis" indicaba la necesidad apremiante de incluir especialistas en drogas para controlar la mejor utilización posible de los medicamentos. Esas elecciones sería un indicador de que sacudiría las bases de la marca farmacéutica y el poder de cambiar esos diseños de arreglo de expertos utilizados y luego se centraron más en la medicación como un negocio decente, en lugar de en un decente social legítimamente identificado con bienestar abierto"²⁸.

Más tarde, Mikeal y Col.^{12,13} en 1975 dieron los significados principales del término Atención Farmacéutica (PhC): "La consideración (la consideración) que un paciente específico requiere y obtiene, y eso asegura la utilización sensata y segura de los medicamentos". Como primera definición, completada en dos o tres años en la que el profesional de medicamentos aún estaba centrado básicamente en transmitir medicinas a la sociedad, al paciente se le ve como un símbolo de la presentación del experto en medicamentos, solo como una parte que necesita y obtener "atención" que le asegure una utilización razonable de medicamentos, como una relación de pensamiento

restaurador. Tomando a Mikeal como una fuente de perspectiva, Brodi¹⁴ en 1980, en una reunión sobre Teoría de la práctica farmacéutica, sugirió que: "El especialista en drogas debe ser responsable del resultado del tratamiento con medicamentos".

Brodi^{8,14} "desarrolló el concepto en su sentido actual e incluyó no solo la determinación de las necesidades de medicamentos y la provisión sino también los servicios que son necesarios antes, durante o después del tratamiento, para asegurar una terapia adecuada segura y eficaz".

En 1985, Hepler^{2,3} "Analiza las primeras conceptualizaciones y concluye que es insuficiente que la labor del Farmacéutico quede solo en informar y aconsejar. Sostuvo que debe asumir el "cuidado" de los pacientes que usan medicamentos, dándole una nueva dimensión al término Pharmaceutical Care. Así en 1988 describió a la Atención farmacéutica como "Una relación adecuada entre un paciente y un farmacéutico en la que este último realiza las funciones de control del uso de medicamentos basándose en el conocimiento y el compromiso respecto al interés del paciente".^{3, 8, 13}

En 1989 hubo una combinación entre la perspectiva filosófica de Hepler sobre el abuso de recetas y los pensamientos viables para sus objetivos que Linda Strand contribuyó. En el gran informe: "Aperturas y responsabilidades en la consideración farmacéutica" 3, 8, 13, finalmente coincidieron en que Pharmaceutical Care (AF) es "El arreglo capaz de tratamiento farmacológico para obtener victorias que mejoren la satisfacción personal del paciente".

La estimación de la AF como un instrumento para reforzar los marcos de bienestar se percibió por primera vez en los Estados Unidos en 1990, donde su unión comenzó como una técnica institucionalizada en la consideración del paciente. Partes de la Atención

Farmacéutica se incorporaron a través de la Ley de Reconciliación Presupuestaria Omnibus 4 de 1990 (OBRA 90)^{15,16} y “el compromiso de encuestar la utilización de medicamentos en pacientes que reciben Medicaid (el marco de ayuda del gobierno para pacientes de bajos salarios), así como el requisito para que los especialistas en medicamentos ofrezcan orientación sobre la utilización de medicamentos a los pacientes”¹⁶.

A partir de ese momento, este modelo ha hecho posible la demostración farmacéutica de especialistas en todas partes, logrando una vitalidad de progreso de "organizaciones de apropiación" a "organizaciones intelectuales", negociando el compromiso principal de los especialistas en medicamentos¹⁷.

Un logro notable en esta metodología de definición fue afirmar que el uso indebido de medicamentos podría ser el propósito detrás de los problemas terapéuticos. Después de 30 años en 1990, Strand et al.¹⁸ “distribuyó el artículo principal donde se trató cuidadosamente la expresión "Problemas relacionados con la medicación", que se convirtió al español como problemas relacionados con la medicación (PRM)”.

Cuando se establecieron las bases ideológicas, la mejora metodológica de los estándares de AF comenzó impulsando programas de exploración y uso. En poco tiempo, dos patrones relacionados con los modelos propuestos por Strand, Atención Farmacéutica Integral (CPHC) y Hepler, Atención Farmacéutica para Grupos de Riesgo (constante, más antiguo, polisedado, etc.) (Verificación de resultados terapéuticos o TOM)^{8,9}.

En el AF mundial, “el especialista en medicamentos analiza toda la farmacoterapia utilizada por los pacientes que reconocen el fusible del programa, mientras que en el modelo TOM, el especialista en medicamentos ofrece el apoyo de los pacientes

incorporados en los grupos de riesgo en los que han elegido interceder (diabético, hipertensivo, asmático, hostil a coagulado, etc.) y se centra en el control de la farmacoterapia que usan, la mayoría de las veces durante períodos prolongados o perpetuos, por lo que normalmente también necesitan actividades de entrenamiento de bienestar para mejorar la inclusión del paciente en su propia consideración”⁸.

En 1992, en la Universidad de Minnesota, se hizo un diseño con los pies en la tierra que se basó en la perspectiva de la FA mundial llamada “Proyecto Minnesota”, al que se integraron casi 550 maestros de medicamentos y cuyo objetivo era exhibir lo elaborado por el individuo El experto en administración de medicamentos es útil para combatir el uso indebido de medicamentos. La empresa se completó en 20 farmacias de la red con 12,376 demostraciones de Atención Farmacéutica. 2.434 problemas relacionados con medicamentos (PRM) fueron reconocidos. El 43% de los pacientes mostraron un PRM y el 70% de ellos mejoraron con el Seguimiento Farmacoterapéutico¹³.

Es en 1993 cuando se puede considerar el aumento de la Atención Farmacéutica a excepción de los EE.UU. El mismo año, la Organización Mundial de la Salud transmite su documento de Tokio sobre "elaborado por el profesional de la medicación en la estructura de las administraciones humanas", donde se examinan las obligaciones del profesional de la medicación en relación con los requisitos de pensamiento del paciente y el sistema, incorporándolos en La posibilidad de consideración farmacéutica²⁰.

En 1996 Hepler y col.²¹ “Desarrollaron una investigación basado en el modelo TOM para evaluar un modelo de atención farmacéutica en farmacias comunitarias. Los resultados, no obstante, el valor técnico de su aplicación, demostraron en ese momento pocas perspectivas de implementación comercial debido a la dificultad de entender el proceso por parte de los farmacéuticos y la dificultad para enrolar a los pacientes”.

Hepler²¹ fundamenta a la AF como "un resultado orientado, cooperativo, sistemático para brindar farmacoterapia dirigida al mejoramiento de todas las dimensiones de la salud relacionadas con la calidad de vida". En este sentido, se hizo un esfuerzo para ejecutar el modelo TOM en diferentes territorios, principalmente en Europa²².

En 1997 Strand junto con Cipolle y Morley sugieren una expectativa más humana de la AF cuando afirman que "es una práctica mediante la cual los farmacéuticos asumen la responsabilidad de la farmacoterapia que un paciente necesita y se comprometen a cumplirla".¹⁸ Strand también nos dice que "la AF no es únicamente la teoría de una práctica, sino que tiene una amplia filosofía".

La presentación del sistema teórico en sustancias de habla hispana al principio tuvo un problema semántico. La interpretación de la expresión "Atención Farmacéutica" como "Atención Farmacéutica" apareció alrededor de la más sustancial cuando se relacionó el nombre del movimiento (atención o actividad) con el del experto responsable de dárselo a la organización. De todos modos, no todas las personas que utilizaron ese término esperaban mostrar el proporcional. "Ciertas reuniones, tanto en España como en el extranjero, retuvieron el término Atención Farmacéutica como" organización y guía farmacéutica ", considerando adentro de este pensamiento cada una de las actividades y organizaciones ofrecidas en la empresa de la farmacia, desnaturalizando y uniendo buenas misiones de comercio con aquellos básicamente salubristas.⁸

Por último, después de impresiones de Gastelurrutia y Soto⁷⁴ en 1999, se consintió en aceptar una interpretación de "Atención Farmacéutica" la articulación "Seguimiento Farmacoterapéutico" o "Monitoreo del Tratamiento Farmacológico", y guardar el término "Atención Farmacéutica para se incorpora una idea más extensa en el That²³.

En cualquier caso, obviamente, anteriormente y actualmente el farmacéutico siempre se ha estado preocupando por los pacientes siendo los medicamentos uno de los principales problemas de salud., aún era necesario establecer una relación entre ellos. semántica del término Problema relacionado con las drogas engendrado por Strand et al. en 1990 y alguna definición en español que caracteriza este objetivo de las actividades de Atención Farmacéutica.

Con la misma razón, en 1998 se llegó a celebrar en España el Primer Consenso de Granada, reunido por un equipo de investigadores sobre la Atención Farmacéutica ejecutada en Universidad de Granada. Este acuerdo investigó el significado de PRM (cuestiones relacionadas con las drogas) y creó su primer grupo. En ese momento, numerosos creadores han recreado esta definición en diferentes trabajos de investigación en España y América Latina²³.

En el último registro del Primer Consenso que apareció en 2001, refleja el pensamiento central de que la Atención Farmacéutica en España es igual a la totalidad de las capacidades de ayuda del especialista en medicamentos, describiendo en detalle (idea, objetivos, requisitos previos, plan y evaluación) Los más significativos: asignación, signo farmacéutico y desarrollo farmacoterapéutico. Sin pasar por alto que el término incorpora diferentes administraciones, por ejemplo, farmacovigilancia, instrucciones de bienestar, detallar as y prepararse para la utilización exigente de medicamentos²⁴.

En 1999, “cuando se establecieron las bases aplicadas, el Grupo de Investigación de Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (GIAF-UGR) propuso la técnica DÁDER para el Seguimiento Farmacoterapéutico con el objetivo de ejecutar exactamente esta práctica experta”²⁵.

En 2005, el procedimiento realizó la tercera alteración, siendo el motivo la universalización y desentrañamiento. Universalización, ya que luego pasa a ser un base de preparación en la que cualquier maestro de medicamentos que trabaje con cualquier paciente, prestando poca atención a su tratamiento para la infección. Además, los reordenamientos, en la convicción de que para que un método se amplíe y se convierta en una formación resumida, debe ser tan sencillo como podría esperarse en las circunstancias, sin perder la meticulosidad de una estrategia de trabajo estándar²⁶.

“En el tercer Consenso de Granada (2007) sobre temas relacionados con medicamentos (PRM) y resultados negativos de medicación (RNM), las definiciones propuestas por la reunión de Atención Farmacéutica, una útil reunión de diálogo enmarcada por delegados de varias organizaciones, fueron reconocidas de todos los territorios intriga identificada con FA en España”²⁷.

Este archivo espera el elemento de PRM como componentes de procedimiento y como razones para RNM. El primer significado de PRM ahora se convierte en el significado de RNM. Se propuso un resumen de PRM (cuadro N°. 01) y un orden de RNM (cuadro N°. 02). Por fin, se ajusta el significado de Monitoreo farmacoterapéutico del Consenso sobre Atención Farmacéutica del Ministerio de Salud y Consumo de España, distribuido en 2001^{24,27}.

2.1.2. Evolución del Seguimiento Farmacoterapéutico en el Perú.

En Perú, “los datos básicos sobre el uso de los programas de Atención Farmacéutica (AF) se remontan a 2003 a partir de una reunión adelantada por la Dirección General de Drogas y Drogas para reconocer las regiones de utilización del término Atención Farmacéutica”⁴⁸. Los especialistas en medicamentos de las oficinas de bienestar, los

delegados competentes de las universidades y las fundaciones farmacéuticas participaron en la reunión, pero no se llegó a un acuerdo.

La estrategia de medicamentos de Perú en 2004 es el principal archivo regulador que alude al avance del avance de la consideración farmacéutica y la coherencia con las Buenas Prácticas Farmacéuticas entre los expertos farmacéuticos, tanto en personas en divisiones generales como privadas²⁸.

“De acuerdo con los criterios de la estrategia, se observa la Ley 29459, Leyes de medicamentos de 2009 y sus pautas que entraron en vigencia en 2011. Por lo tanto, esta norma muestra todas las pautas sobre medicamentos que existen actualmente en Perú. En él, el problema semántico está resuelto y el alcance de la Atención Farmacéutica y el Monitoreo Farmacoterapéutico se caracterizan como ejercicios fundamentales de las Buenas Prácticas Farmacéuticas”²⁹⁻³¹.

Como lo demostró la Dirección General de Medicamentos, Suministros y Drogas del Ministerio de Salud del Perú (DIGEMID) 32, a enero de 2008, la mejora de la Atención Farmacéutica podría aclararse separando los ajustes en los ejercicios académicos y académicos que se realizan para el final de 10 años. El archivo de referencia aclara que el uso de Atención Farmacéutica en Perú se ha fundado exclusivamente en la encuesta del impacto potencial de los proyectos y en el reconocimiento de los atributos tanto positivos como negativos a favor y en contra en cualquier oficina sobre bienestar presentes en Perú de los tipos de oficinas de bienestar existentes. además, los procedimientos que son indispensables para el uso de esta administración.

En 2012, “la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas del Ministerio de Salud del Perú mostró su modelo de seguimiento farmacoterapéutico para

establecimientos farmacéuticos abiertos. Se anuncian los períodos del procedimiento y se propone medir los resultados mediante indicadores del uso de medicamentos recetados, los objetivos de los problemas relacionados con las drogas y el efecto del procedimiento sobre la adherencia al tratamiento”²⁶. Sea como fuere, no existe una guía sobre el método más competente para desarrollar el procedimiento³³.

2.1.3. Resultados de la implementación de la atención farmacéutica y SFT.

“Con respecto a, varias intervenciones farmacoterapéuticas de seguimiento realizadas han demostrado resultados positivos. Las mediaciones querían mejorar la idea del uso de medicamentos y el control de varios componentes hipocondríacos muestran ángulos clínicos, humanísticos y relacionados con el dinero, aptitudes ampliadas y refuerzo de expertos farmacéuticos”³⁴.

La SFT en pacientes con DM2 (diabetes mellitus tipo 2) permitió alcanzar metas altas de resultados negativos relacionados con la medicina, mejoras en los estimados de glucosa en sangre en pacientes^{35,36,37} y mejoría en la adherencia o consistencia con signos terapéuticos (ambos en el entorno clínico)^{38,39,40}. Asimismo, las victorias se han contabilizado en los grados de satisfacción personal^{41,42,43} y la mejora de la capacidad por el número de habitantes en el trabajo realizado por el especialista en drogas a nivel de red (humanista campo)^{44,45,46}.

Además, debido a las intervenciones farmacéuticas, ha habido mejoras notables en el aprendizaje del paciente de los factores de riesgo de dolencias, los atributos de las recetas y el cumplimiento del paciente con la asistencia farmacéutica. Del mismo modo, se encontraron mejoras críticas en la capacidad física y una disminución poco común de los trabajos de bienestar social, apasionado y psicológico, presumiblemente identificados con una mayor atención con respecto al paciente hacia la enfermedad³⁵.

Con respecto a las distintas intervenciones hechas, Sabater y col.,⁴⁷ “Analizaron 2361 hojas de mediación farmacéutica y descubrieron que las más predominantes fueron aquellas que se fueron por la sustitución de la medicación (23,6%), seguidas por aquellas que fueron por la expansión de un medicamento a paciente (23,5%). También presentaron mediaciones planificadas para disminuir la resistencia intencional (14.8%), para retirar un medicamento (14.6%) y para el cambio de porción (13.4%)”.

“El resto de los tipos de intervención caracterizados fueron: instrucciones en medidas no farmacológicas (3,4%), disminución del incumplimiento involuntario (3,4%), ajuste de dosis (2,2%) y cambio del plan de administración (1,2%)”⁴¹. Hay diferentes pruebas sobre los resultados positivos logrados mediante la presentación de programas SFT en todos los grados de seguro social clínico y ambulatorio⁴⁸. De la misma manera, es valioso como un aparato que mejora el grado de control de la horrible causa de la gran utilidad de medicinas aplicados a aquellas personas con patologías de cambio de transcurso incesante o intenso, que se puedan contagiar o no.^{49,50,51,52}.

La investigación asimismo muestra pruebas de impacto de las mediaciones farmacéuticas ayudadas por medio de diferentes aparatos correspondientes que utilizan reuniones individuales, así como otras opciones electrónicas y la web. Se concluye sobre el poder y la idoneidad de esta forma de transmitir a los pacientes signos de uso de prescripción y observar la consistencia o anunciar respuestas sorprendentes.

En Perú, en una búsqueda rápida en la web de las frases clave Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes diabéticos en Perú o consideración farmacéutica en pacientes diabéticos en Perú, muestra pocos resultados de investigación o programas continuos de SFT. Gamarra et al., En una prueba antigua y de manejo en la utilización de SFT en un sistema de farmacia de un cono en Lima. muestran resultados mínimos

precisos sobre la posibilidad de intercesión y la garantía solo alude a un efecto positivo del programa en el punto de vista de los pacientes sobre la imagen experta de la autoridad de medicamentos.

Ayala y col⁶⁰. En 2010, en un examen que utilizó el modelo DÁDER, informaron un efecto positivo de la SFT sobre la autoestima de la satisfacción personal relacionada con el bienestar de los pacientes hipertensos tratados en una clínica de emergencia en Lima. En cualquier caso, el significado del segundo consenso de granada se utiliza para representar los efectos posteriores de los PRM que actualmente se consideran RNM.

Ocampo⁶¹ en 2010, “en un examen para medir la consistencia con los signos farmacológicos dados a los pacientes diabeticos, muestra que el resultado es enorme (0.031) cuando las pruebas se analizan previamente, después de una intervención farmacoterapéutica. Se hace referencia a que el programa amplió, lo más importante, el comportamiento de los pacientes al tomar medicamentos día a día ($p = 0,003$)”.

2.2. BASES TEORICAS DE LA INVESTIGACION.

2.2.2. Seguimiento Farmacoterapéutico y Calidad de vida relacionada en la Salud.

Una de las actividades sanitarias incluidas en la Atención Farmacéutica, según lo establece la Compañía de salud encargada de la Atención Farmacéutica del Ministerio que responsable del Consumo y sanidad, es el Seguimiento Farmacoterapéutico publicado en el 2001²⁹.

Existe evidencia que el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), es capaz de fomentar el desarrollo de la atención sanitaria a los pacientes, con los consiguientes bienes para la

salud de los mismos, y el establecimiento de estrategias que persiguen la mejora de habilidades y capacidades superiores de los especialistas y de los médicos, quienes evalúan en conjunto la calidad de la farmacoterapia³⁰.

Sin embargo, esta evidencia no impide mostrar ajustes en las consecuencias para la salud, esta distorsionada con otras intervenciones farmacéuticas que no corresponden a una práctica de atención médica vinculada a los pacientes y la efectividad del SFT no se han indicado en el entorno de la atención médica ²⁹.

Según estudios referentes al Seguimiento Farmacoterapéutico, se busca evidenciar su eficacia y/o resultados significativos. Un estudio basado al Seguimiento farmacoterapéutico ambulatorio en pacientes hipertensos, realizado por Velasco G. Concluye que el SFT en pacientes hipertensos es una práctica posible, capaz de mostrar resultados efectivos, mejorando la calidad de vida del paciente, la comprensión de su enfermedad para una adhesión al tratamiento farmacológico³¹.

Así mismo el SFT, es una estrategia para mejorar y lograr el mayor resultado posible de la farmacoterapia y persigue como resultado mejorar la CVRS del paciente^{32, 33}. Lo cual concuerda con estudios realizados por Tafur y García, donde muestran resultados positivos acerca de los estudios farmacéuticos sobre la evaluación de la CVRS, específicamente en enfermedades crónicas que afecten desfavorablemente la calidad de vida (CV)³⁴.

Según Ayala en “un estudio para evaluar el impacto del SFT en la CVRS de pacientes con hipertensión arterial”, que acuden a los consultorios externos de un servicio de cardiología, detectaron 29 problemas relacionados con los medicamentos (PRM): 66% relacionados con la necesidad, 24% con la efectividad y 10% con la seguridad. Se

resolvieron 24 PRM (75%), lo que demuestra el grado de aceptación de las recomendaciones farmacéuticas para eliminar las causas prevenibles de los PRM. Los resultados mostraron al 57% de los pacientes con presión arterial controlada al culminar el estudio, en comparación con el 42% al inicio de éste. Se concluye que la labor de los profesionales Químicos Farmacéuticos influyen consideradamente sobre la Calidad de Vida relacionada con la Salud³⁵.

Dichos estudios son reafirmados por diversas publicaciones de investigación, como el de Bances³⁶ que ha demostrado que el programa de SFT fue significativo sobre la percepción de la calidad de vida de los pacientes. Donde se logró identificar PRMs y así mismo estrategias aceptadas por los pacientes para su solución y prevención.

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

La idea del medicamento como un decente fiscal en general no funciona, podría decirse que no está definido por su visión como un decente social, lo que hace que los intereses monetarios sean llevados ante las administraciones humanas. Esto hace que la salud de los individuos, especialmente los más indefensos, se pongan en peligro, haciendo una presión duradera entre satisfacer las verdaderas necesidades restaurativas y el crecimiento del mercado farmacéutico⁸³.

La estimación social genuina de la medicación es que, como puede ser, en sus impactos más evasivos, imponderables y delicados a los sentimientos humanos: la disminución del tormento, su compromiso con la vida y la alegría de los individuos. El compromiso de la droga, su industria con la ciencia terapéutica, sus aplicaciones en los marcos de servicios médicos salvan vidas, alivian las dolencias, el tormento físico-mental de los

pacientes y sus familias, potenciando el avance humano y la combinación social de los individuos.

Sea como sea, con la utilización de medicamentos, los resultados positivos generalmente siempre no se logran. En algunos casos, la farmacoterapia falla y causa daños adicionales directos o indirectos cuando no se cumplen los objetivos útiles buscados. Estas decepciones de la farmacoterapia tienen un costo en la salud de los pacientes, un gasto en bienestar y activos sociales, lo que los convierte en un verdadero problema médico general.

Strand y Hepler^{3,18}, definen “los Drug Related Problems o Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM), como aquella experiencia indeseable del paciente que involucra a la terapia farmacológica y que interfiere real o potencialmente con los resultados deseados por la terapéutica”.

Para que una ocasión se llame PRM, debe haber algo así como dos condiciones: 1) el paciente tiene que estar experimentando o debe tener la capacidad de percibir una enfermedad o sintomatología y 2) esta patología debe tener un vínculo identificable o sospechoso con el tratamiento farmacológico¹⁸.

Blasco, Mariño y Cols.⁸⁴ “Caracterizan el error de medicación (EM) a cualquier actividad evitable que pueda causar daño al paciente o patología farmacoterapéutica (PFT). El EM puede ser provocada por errores de prescripción, en la consecuente administración de la organización de la medicina por un experto en servicios sanitarios o por el propio paciente.”

“Los errores de medicación, según el Tercer Consenso de Granada, caen bajo las caracterizaciones de los problemas relacionados con las drogas (PRM)²⁷. En su sentido

más destacado, los PRM son, además, cualquier evento en el lapso de la utilización de medicamentos que evitan problemas no prevenibles”, por ejemplo, no convencionales, respuestas hostiles o asociaciones oscuras (Cuadro N°. 01)²³.

CUADRO N°01. Listado de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM)

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 2007. ²⁷

La comprensión española considera los problemas identificados con medicamentos (PRM) como la explicación detrás de los resultados negativos identificados con la utilización de medicamentos (RNM)⁸⁵ y la RNM son considerados por la OMS como severidad farmacoterapéutica. (SFT). (CUADRO N°2)

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).²⁷

Nº	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.

Se admite los PRM como razones de los RNM, los cuales pueden ser diversos, de esta manera se acepta la presencia de un registro subyacente que no es integral o de élite, y de esta manera se puede alterar con su utilización en la práctica clínica y en diferentes condiciones sociales.

Los PRM pueden delegarse: potencial o no manifestado, cuando el paciente puede localizar un evento irritante (RMN) que podría interferir con los resultados perfectos y genuinos cuando el paciente realmente encuentra un evento indeseable relacionado con la farmacoterapia que produce un efecto negativo de la medicación (RMN)⁸⁶.

Con la obvia importancia del movimiento que percibe y sistematiza estas ocasiones, es totalmente posible que recomendar especialistas al aceptar un PRM para verificar un RNM o una dismaldad farmacoterapéutica (MFT) garantice un signo o respuesta

(PRM) que debe ser visualizado o manténgase en un destacamento clave para que no ocurra la devastación (RNM o MFT). A partir de aquí, el significado de PRM y RNM podría ser la fuente de otro experto que ubique al farmacéutico en marcos de bienestar como una opción para analizar una recopilación de problemas médicos relacionados con el abuso de medicamentos ⁸⁷.

Poco a poco, lo que sucedió es que los especialistas en medicamentos, se han abstenido de utilizar la palabra análisis, para aludir por fin a la acción experta de prevenir los RNM a través de la prueba reconocible y el tratamiento de sus causas; PRM. “En el caso de que para los profesionales médicos quede claro el trabajo sintomático de las dolencias que pueden reconocer para los farmacéuticos, debe quedar claro, ¿cuáles son los problemas relacionados con medicamentos (PRM) que pueden analizar para evadir la presencia de resultados negativos de la medicación (RNM)?”⁸⁸.

Culbertson y col. en 1997⁸⁸ citado por Hurley⁸⁹ definieron como “Diagnóstico Farmacéutico (DF), al proceso cognitivo centrado en la identificación de problemas específicos originados en el uso de medicamentos por parte de los pacientes. El DF, debe estar basado en evidencia suficientes que permita sostener que la causa del problema de salud que enfrenta el paciente es efectivamente el uso de los medicamentos”.

Ferriols⁹⁰ nos revela que, "Una alta recurrencia, los PRM comienzan en la forma en que los medicamentos; son elegidos; prescritos, muestran, distribuyen, regulan y/o observan. En este sentido, además, de la naturaleza natural requerida de los medicamentos que son cuidado, una determinación correcta; remedio; señal, arreglo, administración y organización es básica". En otras palabras; como nos dice Calvo; “Después de la organización, se requiere observar el cumplimiento del paciente y el desarrollo del

paciente por parte del farmacéutico. una distancia estratégica o contrarrestar las ocasiones desfavorables identificadas con la farmacoterapia”.

La determinación de PRM como signos e indicaciones de resultados negativos de medicamentos (RNM); que fueron alterados como problemas médicos debido al abuso de medicamentos; solicitó a los expertos farmacéuticos el avance de las aptitudes, capacidades, destrezas y habilidades para distinguirlos demostrando la cercanía o potencial aparición de la RNM. En el proceso es esencial, la utilización de instrumentos para registrar y estimar factores para la documentación integral de cada caso.

Los juicios deben representar las características de los problemas de medicación (PRM), su etiología y desencadenantes de la manera equivalente posible. De la investigación se puede caracterizar su tendencia y se pueden elegir las mejores metodologías para el arreglo. En general, el entrenamiento terminará exacto y sujeto a experimentación. Estas prácticas expertas se sumarán a la plenitud de la vanguardia y la especialización de las mediaciones farmacéuticas.

El Tercer Consenso de Granada²⁷ y la Guía de SFT del Método DADER⁹² “presenta 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 8.3).

a) Administración equivocada del medicamento (PRM 1): Los pacientes reciben una receta errónea cuando se deciden por opciones de uso distintas a las mostradas por los expertos que respaldan o distribuyen. Este problema contiene la prescripción propia, es decir, la elección del paciente para utilizar un acuerdo de venta libre, que lo requiere.

Según la normatividad vigente³⁰ “los medicamentos están clasificados, en cuatro categorías de uso: - a) aquellos que pueden adquirirse sin prescripción y de venta en establecimientos no farmacéuticos; - b) los que pueden adquirirse sin prescripción solo en establecimientos farmacéuticos; c) Medicamentos de venta bajo prescripción y solo en establecimientos farmacéuticos y - d) Medicamentos especiales de venta solo en farmacias y bajo receta médica restringida”.

Otros errores sucesivos son el error de la dosis, la organización de estructuras farmacéuticas por medios indecorosos, por ejemplo, utilizando un supositorio por vía oral, pulverizando las estructuras farmacéuticas para simplificar la toma, confundiendo los medicamentos que debe tomar con otros que tiene en casa y otros poseen impactos sociales.

b) Actitudes negativas (PRM 2): Suceden cuando el paciente ve que una conducta contraria a la comprensión comenzó con una impresión fuera de base de los efectos de las curas. El paciente está convencido, ya sea por la marca registrada registrada o por partes externas, de que los medicamentos son bastante más o más inseguros que la infección en sí.

Estas actitudes se pueden percibir, cuando el maestro de recetas pregunta: ¿Crees que puedes experimentar dificultades para tomar alguno de estos medicamentos? Además, en consecuencia, las disputas se obtienen contra los medicamentos, provocados regularmente por sentimientos negativos o respuestas antagónicas graves.

Los estados mentales negativos se convierten en rebeldía, a pesar del hecho de que varía de esto, ya que es una disposición persuadida y contemplada, mientras que la resistencia básica es bastante una indicación de falta de compromiso.

c) Conservación inadecuada (PRM 3): Condiciones comunes negativas en las que se mantienen los remedios que afectan directamente su calidad. Estas condiciones pueden ser: lugares peligrosos, dentro del lapso de los jóvenes, expuestos en circunstancias de luz y humedad, por encima de las temperaturas más extremas o en lugares sujetos a maltrato físico o de otro tipo. Además, la protección inapropiada se considera como el límite de medicamentos separados, en paquetes de plástico, cajas, armarios, etc.

d) Duplicidad (PRM 4): Es la concomitancia en la utilización de dos arreglos que se cumplen en la medida de lo posible sin grandes condiciones. Sorprendentemente, el truco puede causar problemas debido a una sobredosis.

La fuente de un problema de duplicación es el remedio. Dos medicamentos se ven como copias cuando son medicamentos recetados profesionalmente para su utilización y, en realidad, se registran en una solución similar o se muestran en dos eventos únicos para la tristeza equivalente o diversa. En cualquier caso, el paciente sigue utilizándolos correspondientemente.

La astucia también puede ocurrir cuando el paciente elige tomar dos medicamentos que no necesitan molestarse con un remedio, pero con el impacto farmacológico equivalente. “El engaño no se ve como cuando el paciente se conforma por su cuenta para tomar un medicamento que necesita una solución, sin darse cuenta de que a partir de ahora utiliza un medicamento recomendado con el objetivo farmacológico equivalente. Para esta situación, se trata de una administración errónea del medicamento (PRM 1)”³⁸.

Teniendo en cuenta, para la duplicación, en cualquier caso, dos medicamentos duplicados deben ser medicamentos afirmados por el especialista con la misma

explicación farmacológica o la utilización de medicamentos recetados por el médico no restauradores que tienen el efecto farmacológico comparable.

e) Dosis, pauta y/o duración no adecuada (PRM 5): Ocurre cuando la solución no está de acuerdo con las reglas de medición estándar o prescritas en los planes de tratamiento institucional. La ambigüedad puede estar en la porción, el curso de la organización, la recurrencia de la organización o el tiempo sugerido para el tratamiento.

Contraindicaciones (PRM 6): Un medicamento está contraindicado cuando, debido a los estados fisiopatológicos del paciente o la toma asociativa de alguna otra sustancia, el individuo no está en situación de utilizar un medicamento específico. Las contraindicaciones pueden provocar daños negativos para el paciente.

Una receta contraindicada se reconoce al investigar los medicamentos recomendados que el paciente gasta todo el tiempo. O, por otro lado, cuando el paciente gasta un medicamento de venta libre contraindicado para su condición.

No se ve como una contraindicación cuando el paciente ajusta una respuesta que no es apropiada para su condición y que necesita una respuesta. Por esta circunstancia, será un error de medicación (PRM 1).

g) Errores de dispensación (PRM 7): Por lo general, los medicamentos deben administrarse como endosados en soluciones. Como lo indican las pautas actuales,^{30,94} el farmacéutico está aprobado para ofrecer al paciente una opción farmacéutica en contraste con el medicamento aprobado, lo que demuestra los contrastes en la fuente y el costo. El cambio puede ser de un medicamento recetado por un médico en grupo universal (DCI) a una marca tranquila, si al paciente le gusta y fue educado sobre el

cambio. O, de nuevo, la diferencia más ideal en un medicamento respaldado en el nombre de cambio de otro DCI.

“En la auditoría de los medicamentos, el farmacéutico garantizará que las personas asignadas estén de acuerdo con el remedio en cuanto a su temperamento como otra opción farmacéutica, estructura farmacéutica y cantidad”⁸¹.

H) Errores de prescripción (PRM 8): “El error de medicamento ocurre cuando el médico le da al paciente un medicamento o informa con reglas útiles deficientes, nebulosas y confusas que razonan el error del paciente al usar los medicamentos. Para su conclusión, el farmacéutico audita con el paciente el informe dado por el médico considerando los medicamentos distribuidos. Se desglosa si el remedio contiene la información básica requerida normativamente para que el paciente utilice adecuadamente los medicamentos”⁹³ y si las prescripciones son farmacológicamente estables con la conclusión.

Se investigan las dos partes de la solución: las indicaciones de la farmacia y las indicaciones de utilización para el paciente. Los letreros de las farmacias incluyen: datos completos del prescriptor, nombre silencioso, recetas razonables en el área estándar mundial (DCI), estructura de presentación y número absoluto de medicamentos en unidades.

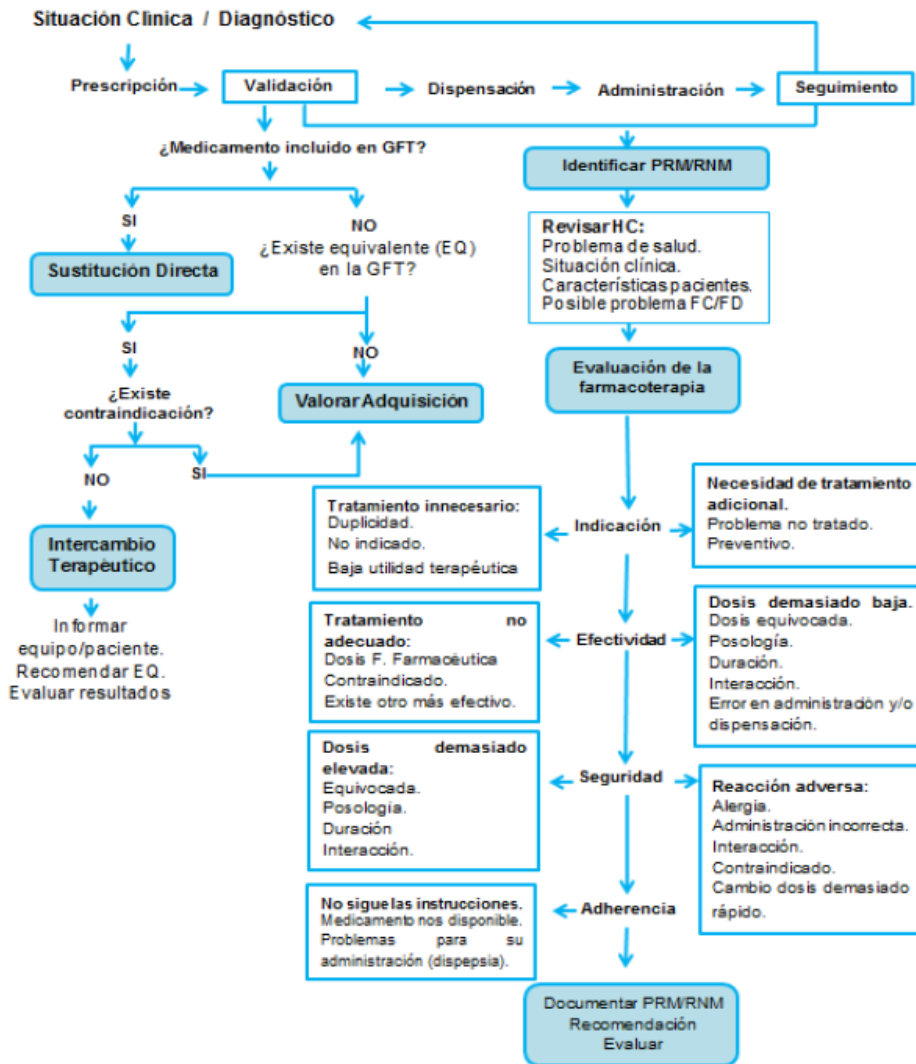
“Los signos para el paciente, de cada medicamento deben incluir: dosis, recurrencia de la porción y tiempo de tratamiento. La medida del medicamento aprobado debe coincidir con la suma requerida por la dosis y el tiempo de tratamiento”. Las soluciones deben incorporar medidas de seguridad, cualidades contrarias y alertas a las drogas debido al estado fisiopatológico del paciente si es vital.

I) Incumplimiento o No Adherencia al tratamiento prescrito (PRM 9): Se utiliza el significado de Haynes referido por Basterra³⁹, quien caracterizó la adherencia al tratamiento como: "cuánto coincide la conducta de un paciente, en relación con la toma de recetas, seguir una rutina de alimentación o cambiar las tendencias de vida con las pautas dadas por el especialista o personal de servicios medicinales ". Los términos consistencia útil, consistencia de la solución, adherencia al tratamiento y adherencia correctiva con la importancia semántica equivalente se utilizan a la inversa.

La no adherencia al tratamiento de infecciones incesantes es un problema mundial significativo. En las naciones creadas, solo la mitad de los pacientes son discípulos, mientras que en las naciones creadas las tasas son aún más bajas⁹⁵. Este PRM resulta en resistencia con objetivos de bienestar, particularmente en pacientes con infecciones incesantes, mayores costos de bienestar, mayor frecuencia de complejidades que finalmente se intensifican y pasan.

El nivel de adherencia estimado cuando una intercesión farmacoterapéutica se completa como un marcador de la viabilidad del Seguimiento farmacoterapéutico sobre los objetivos de PRM.⁶¹ El nivel de adherencia se evaluará aplicando la prueba llamada Escala de adherencia a medicamentos o Prueba de Moriski. ⁹⁸ El uso del instrumento se muestra en el área No. 3.3.2.2.

Figura N° 01. Flujograma de la etapa de estudio y evaluación. Tomado del Comité de
 Consenso ^{25,28,90}



j) Interacciones (PRM 10): “Inconsistencia en la concomitancia de la utilización de al menos dos medicamentos que influyen negativamente en el impacto farmacológico de ambos o cualquiera de ellos; expandió sus impactos destructivos o disminuyó su intensidad farmacológica”. Las dos circunstancias pueden poner en peligro el bienestar del paciente.

La evaluación de la interacción es alucinante y la regla de ventaja de ahorro de dinero de la organización conjunta debe ganar, en contraste con otras opciones restaurativas⁴⁸.

Se consideran conexiones con elementos característicos o alimentos que el paciente con

mayor frecuencia devora normalmente con medicamentos que podrían influir de manera contraria en la prescripción.

Al igual que en la duplicidad y en las contraindicaciones se considera interacción cuando el origen de uso de los medicamentos implicados es una prescripción médica. Si la interacción se produce por el uso de un medicamento auto medicado que necesita prescripción el problema se tipifica como error de medicación (PRM 1).

Del mismo modo que con las duplicidades y las contraindicaciones, la conexión se considera como cuando el inicio de la utilización de los medicamentos incluidos es una solución medicinal. En el caso de que la interacción se produzca mediante la utilización de un fármaco auto-sedado que necesita un remedio, el problema se encapsula como un error de medicina (PRM 1).

k) Otros problemas de salud que afectan al tratamiento (PRM 11): Son problemas médicos disecados o no que condicionan al paciente hacia ensayos que pueden arriesgar la utilización de medicamentos sugeridos o avanzar en la automedicación incorrecta.

Las instancias de estos problemas son: hipersensibilidad, estrés, tormento, desánimo, paro, molestias gastrointestinales, enfermedades respiratorias, sensaciones peculiares u otras comparativas. Durante la presentación, el paciente puede optar por una opción poco convencional para aliviar los efectos secundarios al poner el tratamiento en peligro. O, por otro lado, podrían ser la fuente de la medicina equivocada.

Los ejemplos de estos problemas son: sensibilidades, estrés, tormento, abatimiento, paro, dificultad gastrointestinal, enfermedades respiratorias, sensaciones extrañas u otras comparativas. Mientras se muestra, el paciente puede optar por una opción caprichosa para aliviar los efectos secundarios al poner el tratamiento en peligro. O, por otro lado, podrían ser la fuente de drogas indecorosas.

l) Potenciales Reacciones Adversas (PRM 12): Son esos problemas medicinales causados o exasperados por la droga. Es razonable analizar la prueba sensata que existe sobre la probabilidad de mostrar un efecto molesto en particular, al igual que su gravedad. Es fundamental crear cuáles son los signos clínicos que hacen posible reconocer la cercanía de los efectos no deseados de un medicamento. También es útil examinar las consecuencias de las pruebas clínicas que podrían modificarse debido al medicamento⁹².

En este tema identificado con recetas, también es importante pensar en la raíz de la utilización. Los medicamentos autocurados que necesitan un remedio y producen una respuesta antagónica se consideran errores de prescripción (PRM 1).

m) Problema de salud insuficientemente tratado (PRM 13): El experto en prescripción puede reconocer este problema preguntándole al paciente: ¿Cuándo mejora el medicamento, de manera proporcional o cada vez más terrible? Las respuestas equivalentes o cada vez más terribles significan problemas en el paciente y un signo inadecuado del tratamiento aprobado. El despilfarro puede ser la fuente de prácticas desaconsejadas para el bienestar del paciente. El especialista en drogas en el caso de un final del problema tratado inadecuadamente debe comunicarse rápidamente con el maestro.

El Tercer Consenso de Granada²⁷ propone “que su lista de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs) puede ser enriquecida a medida que en la realidad donde se pongan en práctica programas de Seguimiento Farmacoterapéutico se definan otras entidades o factores propios del entorno que puedan desencadenar Resultados Negativos de la Medicación. En este sentido se han considerado las recomendaciones de investigaciones similares y se han incorporado como PRMs: las influencias negativas del entorno, el uso de medicamentos ilegales y los problemas económicos, que son factores propios de nuestra realidad”.⁶¹ Los PRMs incluidos se definen a continuación:

n) Influencias negativas del entorno (PRM 14): Prácticas y comportamientos esperados por los pacientes debido al impacto de la condición social o social que inclina su evaluación y su estado de ánimo hacia los medicamentos. Los impactos negativos pueden surgir de parientes, compañeros, vecinos que padecen problemas médicos equivalentes o comparativos y que informan formas repetidas de uso con la convicción de que: lo que es beneficioso para uno es útil para todos. Otros impactos ecológicos pueden originarse por publicidad errónea, reuniones estrictas, etc.

Una circunstancia excepcional habla de la orientación sobre la utilización de medicamentos de la farmacia, dada por facultad no aprobada, lo que sugiere la utilización de medicamentos obligatorios aprobados por el médico y sin la aprobación o supervisión del experto farmacéutico.

o) Medicamentos ilegales (PRM 15): Utilización de medicamentos sin un registro legítimo de bienestar o inicio ilícito: botín, ejemplos terapéuticos, tomados de fundamentos abiertos. Eso puede reconocerse a través de la investigación organoléptica, es decir: compartimento esencial y auxiliar no dañado, registro de bienestar actual,

fecha de caducidad, estado físico de la estructura farmacéutica o del titular en perfecto estado, etc.

p) Problemas económicos (PRM 16): Emitir confirmación cuando el paciente no cumple con el tratamiento debido a no tener dinero necesario para llevar a cabo la solución o se toma una grieta en cualquier ahorro administrado por el gobierno. De esta manera, descuida tomar sus medicamentos.

2.2.2. Atención farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico: contribución del farmacéutico al mantenimiento de la salud pública.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Farmacéutica Internacional (FIP) caracterizaron en 1993 que la práctica farmacéutica crucial debería ser: dar medicamentos, diferentes artículos y administraciones para servicios humanos y ayudar a la sociedad a ser utilizada de la manera más ideal²⁰.

Una parte de la misión mostrada por la OMS está contenida en la importancia del término Atención Farmacéutica. En España, una nación donde el término se ha unido en organizaciones humanas, el Ministerio de Salud y Asuntos del Consumidor avanza la probabilidad de Atención Farmacéutica (FA), ya que varias asociaciones farmacéuticas eran para el paciente, desde el control de calidad de la solución hasta la farmacovigilancia.

En el ámbito comunitario, según Andrés Rodríguez⁸ “las actividades de AF podrían esquematizarse según el Cuadro N°03, donde destacan aquellas orientadas hacia los pacientes mayores en número que aquellas tradicionales orientadas exclusivamente hacia el aseguramiento de la calidad del medicamento. Las actividades centrales relacionadas con Atención Farmacéutica son: Dispensación, Asesoramiento Farmacéutico, Farmacovigilancia y Seguimiento Farmacoterapéutico”.

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

Esos ejercicios que no están legítimamente identificados con la utilización de recetas también pueden agregarse a este objetivo, siendo vistos como adicionales como ejercicios para la confirmación natural de la calidad de la estructura farmacéutica, por ejemplo, a través de la investigación de control de calidad.

Ejercicios legítimamente identificados con FA: Buenas prácticas de dispensación (PA), Indicación farmacéutica, Monitoreo farmacoterapéutico (SFT), Farmacovigilancia BP, ejercicios identificados con Farmacia clínica, cada uno de ellos debe sumarse a la anticipación, disposición o Lengua de los PRM relacionados con la utilización inmediata de medicamentos por pacientes (Cuadro No. 01).

Lo más sorprendente de la Atención Farmacéutica es simplemente la utilización de la palabra. Quizás en ningún otro momento durante toda la existencia de la farmacia se utilizó la expresión "cuidado" para referirse al trabajo del especialista en drogas a la vista del público. Fue considerablemente más continuo discutir las administraciones farmacéuticas que la atención y hay contrastes entre los dos términos. El léxico caracteriza la "consideración" como "el deber individual de alguien de transmitir

prosperidad y seguridad", mientras que una asistencia solo incluye capacidades o ejercicios.

Al presentar la expresión "atención", el especialista en medicamentos se coordina con otros expertos en bienestar que, además, dan consideración al paciente y colocamos al paciente en el punto focal de nuestro trabajo experto. Hay tres componentes fundamentales que describen la actividad de la consideración farmacéutica: la responsabilidad, el deber de trabajar con el paciente para lograr los objetivos de recuperación y la mejora de la satisfacción personal.

La cuestión más preocupante con la idea de Atención Farmacéutica es incorporarla hasta un movimiento proactivo libre de los reconocimientos del paciente y los deseos del médico para reconocer problemas complejos durante el tiempo dedicado a utilizar recetas que deben analizarse. por la experiencia experta del farmacéutico. Es decir, un movimiento en el que el especialista en medicamentos acepta completamente la responsabilidad de evaluar a los pacientes que devoran medicamentos para reconocer los PRM y resolverlos.

Por esta razón, se ha propuesto una progresión de ejercicios sólidos que permiten obtener resultados cuantificables que muestran la utilidad del trabajo farmacéutico experto para la acción, el arreglo o el lenguaje contrarrestaste de los problemas relacionados con la utilización de recetas (PRM). Una reacción es la falta es la ejecución de modelos dependientes del Monitoreo de Medicamentos Terapéuticos (SFT).

Los ejercicios del SFT se han ido para el descubrimiento de problemas relacionados con la medicación (PRM) para la anticipación y los objetivos de resultados negativos

relacionados con la medicina (RNM). Esta administración infiere una dedicación y debe administrarse de manera ininterrumpida, sistematizada y archivada en equipo con el propio paciente y con diferentes expertos del marco de bienestar, a fin de lograr resultados sólidos para la mejora de la satisfacción personal del paciente.

El significado del desarrollo de seguimiento farmacoterapéutico (SFT), como se propuso en el tercer acuerdo sobre Atención Farmacéutica en España en 2007,²⁷ es: "La práctica experta donde el especialista en medicamentos es responsable de las necesidades del paciente que usa las recetas".

Tal como lo señala Machuca,¹⁰⁶ "Actualmente 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".

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

Se han creado algunas estrategias a lo largo de los años por esta razón, entre ellas las más conocidas son: a) El material de Monitoreo de Resultados Terapéuticos (TOM, por sus siglas en inglés) para reuniones de pacientes con enfermedades de alta probabilidad

propuesto por Charles Hepler ²¹; b) El método de atención farmacéutica global de Linda Strand et al.¹⁸ y c) La técnica de seguimiento farmacoterapéutico DADER para Dáder et al. creado desde la Universidad de Granada en España. También hay otras técnicas propuestas, por ejemplo, la estrategia IASER creada por Climenti y Jiménez.

En este examen, se aplicó un cambio de la técnica DADER,¹⁰⁵ desarrollada por Ocampo⁶¹, como modelo de SFT solo porque con el objetivo de estimar el efecto de SFT en la utilización de medicamentos y la evitación y disposición de PRM y RNM en hipertensos pacientes

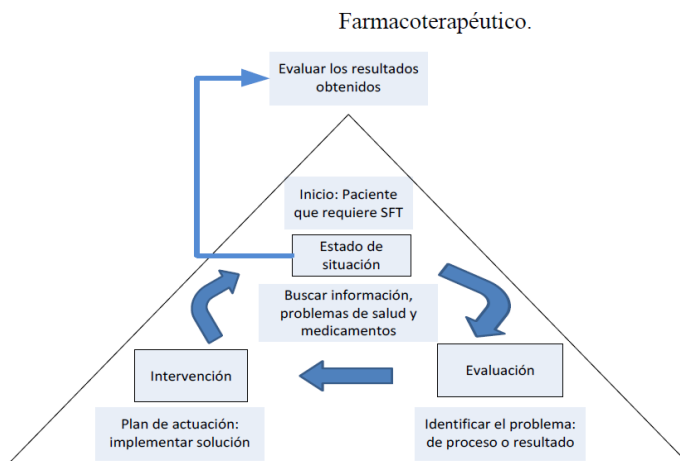
El Método DADER fue concebido en 1999 como una propuesta del Grupo de Investigación de Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. Intente ser un instrumento material directo³³ y efectivo sin perder la minuciosidad de un sistema de trabajo estándar.

Según lo indicado por los creadores, el modelo significa estar extendido para la organización del seguimiento farmacoterapéutico en cualquier entorno de servicios medicinales, prestando poco respeto al tipo de paciente y por cualquier especialista en drogas.

La estrategia ha demostrado ser convincente al prever, reconocer y atender los problemas relacionados con la restauración (PRM) por un nivel básico de pensamiento. En cualquier caso, según lo propuesto por el Grupo de Investigación de la Universidad de Granada¹⁰⁵ y Deselle et al. Es esencial revisar su incentivo de diferentes circunstancias sociales que permiten el desarrollo de estándares de movimiento, condiciones explícitas para evaluar en ellos el verdadero impacto del pensamiento farmacéutico. Estas particularidades se han presentado en la estrategia ajustada por

Ocampo⁶¹ al alterar los instrumentos de recopilación de datos para que el experto farmacéutico peruano los aplique de manera más sencilla y cada vez más razonable para el paciente. Además, la metodología y los instrumentos se han familiarizado con la identificación rápida de problemas de no adherencia al tratamiento.

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



Tomado de: P OCAMPO ⁽⁶⁹⁾

Tanto en la técnica DADER como en la forma alterada por Ocampo⁶¹, el acompañamiento puede distinguirse como los períodos focales del proceso de seguimiento farmacoterapéutico: a) Preparación del estado primario del paciente; b) La evaluación y la prueba reconocible de las dudas de los PMR; c) mediación para determinar PRM y contrarrestar potenciales RNM y d) Evaluación del nuevo estado del paciente (Figura N°02).

Un ángulo significativo es construir un modelo que aumente el valor de la seguridad social, una elevación subjetiva de los ejercicios del experto farmacéutico y, además, produce un beneficio monetario para la fundación farmacéutica. El modelo modificado comienza con un primer contacto en el establecimiento farmacéutico para la oferta de administración y la acumulación de datos a través de registros útiles de medicamentos. Las hojas se consideran y evalúan cuidadosamente para analizar los PRMs.

En un contacto posterior, los pacientes son mediados con propuestas sólidas para iluminar los PRM analizados. Por lo tanto, a través de contactos progresivos a través de llamadas telefónicas, arreglos en el hogar o arreglos en la farmacia de la red, se debe verificar las propuestas dadas en busca del objetivo propuesto. Finalmente, los resultados se evalúan dependiendo del reconocimiento y la disposición de los problemas.

El objetivo del SFT, autónomo del modelo, es comprender los PRM a través de poderosas mediaciones farmacéuticas. Sabater y col.⁴⁷ Proponen un orden de intercesiones farmacéuticas que podrían surgir durante el procedimiento de seguimiento farmacoterapéutico (Ver Cuadro N°04). “En esta caracterización, la mediación farmacéutica se caracteriza por: una propuesta de actividad sobre el tratamiento y / o la conducta del paciente, planificada para establecer o prevenir un PRM y mantener una distancia estratégica de la RNM”⁶⁹.

Las intercesiones sobre el tratamiento mostradas por un médico en relación con las mediciones 1 y 2 con el objetivo de cambiar las porciones, las frecuencias de las porciones, la diseminación de las porciones, expandir o expulsar un medicamento y / o suplantar cualquier medicamento deben actualizarse mediante una consulta con el especialista que lo recomienda... Si bien las intercesiones en la medición 3 son de naturaleza instructiva y directamente responsables por el especialista en drogas y el paciente.

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 Cols. ⁽⁴⁷⁾

35

2.2.3. Diabetes mellitus.

En el planeta hay más de 347 millones de personas con diabetes. En 2004, 3,4 millones de personas murieron debido a la abundancia de glucosa, más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países con salarios bajos y centrales. Según lo indicado por

las proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima razón de mortalidad en 2030 y, además, da lugar a que dos pasos de diabetes se dupliquen entre dos en el rango de 2005 y 2030.

En Estados Unidos, durante 2010, se observaron 55,4 millones de personas con diabetes, de las cuales 18 millones se encuentran en América Central y del Sur y 37,4 millones en América del Norte y el Caribe. En Perú, la diabetes mellitus es una enfermedad que influye en aproximadamente 2 millones de personas y es la decimoquinta razón de muerte en Perú.

La diabetes mellitus aparece cuando el páncreas no fabrica suficiente insulina o cuando el cuerpo no utiliza con éxito la insulina que produce. La insulina es una hormona que dirige el azúcar en la sangre al iniciar la absorción de las células. En la diabetes mellitus no controlada, se espera que no se genere insulina (tipo I) o debido a decepciones en su utilización (tipo II), la hiperglucemia continúa, es decir, un aumento malicioso de glucosa, que después de algún tiempo daña gravemente muchos órganos. y marcos, particularmente nervios y venas.

La diabetes tipo 2 es retratada por la obstrucción de la insulina y una disminución dinámica en la capacidad de la célula beta, por lo tanto, los instrumentos de la sección de azúcares a los tejidos no se activan, dejando la glucosa en focos nocivos que producen varios problemas degenerativos.¹¹³ Diabetes tipo 2 La mayoría de la enfermedad comienza en la edad adulta. Es una enfermedad interminable y las variables de riesgo más predominantes son el peso corporal excesivo y la inercia física.

Las manifestaciones de la diabetes comprenden: sed (polidipsia), descarga exorbitante de orina (poliuria), deseo constante (polifagia), reducción de peso, niveles de glucosa en

sangre en ayunas más notables o equivalentes a 126 mg / dl (un período sin consumo calórico de, en cualquier caso, ocho horas) o una glucemia cada día más notable o equivalente a 200 mg / dl (dos horas después de una carga de glucosa de 75 g durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa). Dado que la diabetes tipo 2 crece gradualmente, algunas personas con niveles altos de glucosa en sangre son totalmente asintomáticas.

Cuadro N° 05: Valores referenciales de glucosa en sangre y criterios de diagnóstico. ¹¹⁴

VALORES DIAGNÓSTICOS DE DIABETES MELLITUS Y OTRAS CATEGORÍAS DE HIPERGLUCEMIA.			
	Glucosa plasmática en ayunas (mmol/l [mg/dl])	2 h tras 75 g sobrecarga glucosa (mmol/l [mg/dl])	Puntos de corte de glucemia plasmática con riesgo para alguna enfermedad
DM	≥ 7,0 [126]	≥ 11,1 [200]	Retinopatía, nefropatía, neuropatía , ECV
TDG	< 7,0 [126]	7,8-11,0 [140-199]	Diabetes y ECV
GAA	6,1-6,9 [110-125]	---	Diabetes y ECV (no bien estudiado)
DM: diabetes mellitus	TDG: tolerancia disminuida a la glucosa	GAA: glucemia alterada en ayunas	ECV: enfermedad cardiovascular.

Entre los resultados de la diabetes no controlada están los cambios microvasculares, por ejemplo, la pérdida de visión debido a la retinopatía, la decepción renal y varios tipos de neuropatías marginales (sensitivomotora, polineuropatía diabética simétrica y de dos lados), y las infecciones disautonómicas apoyan la presencia de aterosclerosis que puede se muestran como confusiones macrovasculares en varios niveles (coronario, vascular vascular y cerebral). La diabetes también está relacionada con una disminución en el futuro, un mayor peligro de confusiones y ocasiones sombrías identificadas con complejidades incesantes, disminución de la satisfacción personal y mayores gastos.

El tratamiento de la diabetes tipo 2 comprende cambios en el estilo de vida, dieta inteligente, peso corporal, movimiento físico, suspensión de fumar y beber licor, tratamiento de sedación personalizado, control, moderación y, a veces, tratamiento

cuidadoso realizado en huesos serios y muy grandes. pacientes El objetivo es lograr niveles de glucosa en sangre cercanos al rango normal (110 mg / dl), garantizando una seguridad persistente.

III. HIPÓTESIS.

3.1. Impacto del SFT sobre la dimensión física.

3.1.1. Ho

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

3.1.2. H1

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

3.2. Impacto del SFT sobre la dimensión mental.

3.2.1. Ho

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

3.2.2. H1

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

IV. METODOLOGÍA.

4.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

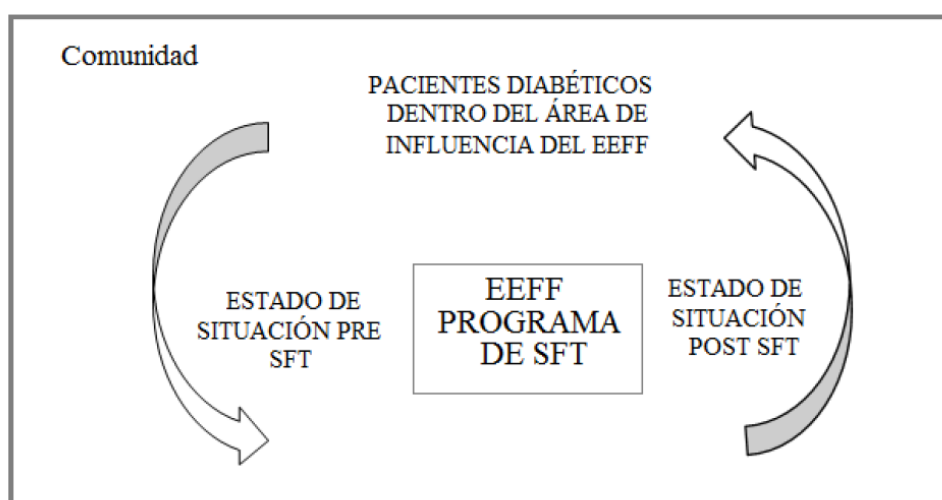
4.1.1. Tipo y el nivel de la investigación:

La presente investigación fue de 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.



4.2 POBLACION Y MUESTRA.

El universo de individuos en ensayo estaba compuesto por pacientes tratados consistentemente en la "Farmacia del C.S Coishco". Los pacientes en la prueba de examen fueron autoseleccionados entre las personas que visitaron la farmacia durante septiembre de 2017, cumplieron con los criterios de incorporación y consintieron sin inhibiciones en ingresar al programa SFT marcando un registro de consentimiento informado. El último número de pacientes en el ejemplo fue prefijado subjetivamente en 12 pacientes.

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

- Pacientes diagnosticados con diabetes tipo II
- Edad entre 20 y 65 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.

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.

4.3. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES.

Variables	Denominación	Definición teórica	Instrumento	Indicadores
Variable Independiente	Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico	Es una práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades de los pacientes relacionadas con los medicamentos mediante la detección, prevención y resolución de Problemas Relacionados con la Medicación (PRM) ⁷⁴ . El SFT es una variable independiente administrada a los pacientes para diagnosticar, tratar y/o prevenir PRM que degeneren en resultados negativos de la medicación. El SFT se aplica mediante una intervención profesional en una secuencia de actividades en cinco fases conducidas por el Farmacéutico y dirigidas al paciente y/o prescriptor ^{74,105} .	El instrumento del SFT es la Ficha Farmacoterapéutica (FFT) (Anexo N° 8.3) 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° 04).	El diagnóstico de PRMs fue cuantitativo como resultado del análisis de la información recogida en las fichas farmacoterapéuticas.	Cantidad de PRMs diagnosticados de acuerdo a la tabla modificada por Ocampo, de 16 potenciales problemas y que se describen en el cuadro N°03.

	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° 05) ⁵⁰ .	La identificación de los RNMs se realizó en la FFT luego del análisis y la tipificación del PRM que es la causa original.	Los RNMs se clasifican según: Necesidad, efectividad y seguridad. La descripción se desarrolla en el cuadro N°04.
	Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)	Es un indicador indirecto del componente humanístico de las intervenciones farmacéuticas ¹⁰⁵ . Definimos como percepción de la CVRS a aquella que un individuo tiene de los componentes físicos, psicológicos y sociales de su salud que pueden ser influenciados por sus experiencias, creencias, expectativas y percepciones personales ^{104,105} . Evaluamos la variable en sus dimensiones de salud física y mental.	Utilizamos para el análisis el instrumento SF-12 ^{108,109,110} .	El Test SF-12 arroja un número de valor ordinal según la respuesta del paciente basada en una escala de Lickert de 5 ítems que luego es estandarizado a un puntaje positivo o negativo según una escala normalizada por Ware, Kosinski y Keller ¹²⁷ .

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

4.4.1. Técnica.

El SFT se dirigió por medio del método de reunión individual, discusión telefónica y comunicación a través de organizaciones interpersonales en Internet. La reunión individual se dirigió a la casa del paciente. La estrategia de enfoque y asociación con el paciente en las reuniones fue sugerida por la Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico de la técnica DADER.

4.4.2 Instrumentos.

4.4.2.1 Fichas Farmacoterapéutica (FFT).

“Los FFT son hojas para la inscripción de la información de seguimiento farmacoterapéutico. Es el material fundamental para la recopilación de datos. Es un registro que consta de 5 datos sobre el paciente: información general, datos sobre las dolencias, los medicamentos gastados, problemas con la utilización de recetas y los movimientos realizados por el especialista en drogas para abordarlos”⁷³.

Este material fue utilizado en los 5 períodos de la SFT. El alistamiento de los datos en la FFT se completó con los signos de la Guía para el seguimiento farmacoterapéutico de la estrategia DADER.

4.4.2.2 Instrumento para medir la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud. (ANEXO 8.4)

La encuesta de salud SF-12 es el ajuste realizado para España por Alonso et al.¹²⁹ de la Encuesta de salud SF-12 (Ver Anexo 8.4). El SF-12 es una versión reducida del cuestionario de salud SF-36 destinado a usos donde es demasiado largo o complejo. Se compone de un subconjunto de 12 cosas eliminadas de la forma principal SF-36. El instrumento incorpora un par de cosas de cada uno de los 8

tamaños del SF-36. Los datos sobre estas 12 cosas se utilizan para construir, a través del orden de las reacciones utilizando puntajes normales estándar, las proporciones físicas y mentales del SF-12^{108,109,110}. La estrategia para decidir la suma de los escores físicos (SCF) y parte mental (SCM) del SF-12 incluyó tres etapas:

PASO 1. Se Identificó los valores fuera de rango de cada una de las preguntas si hubiese alguna. Si hubiera algún dato faltante no puede proseguirse.

PASO 2. Se convirtió cada ítem respuesta en su componente físico y mental utilizando la tabla de escores¹³⁰ (Anexo N° 06).

PASO 3. Se sumaron los valores hallados en el paso dos desde la pregunta 1 hasta la 12 y se aumentó en 56,57706 para crear el SF-12 en el componente físico y 60,75781 para el componente mental que son valores estándares que definen el escore final tal como lo describen la Universidad de Michigan¹³⁰ y el US Department of Labor¹³¹.

Para alentar la comprensión; Las estimaciones de los estándares de población de los Estados Unidos se han institucionalizado, con el objetivo de que 50 (de = 10) sea lo normal del público en general. Las cualidades superiores o inferiores a 50 se tradujeron como mejores o más lamentables, individualmente, que la población de referencia. Para cada una de las 8 mediciones, las cosas se codifican, totalizan y cambian en una escala que alcanza de 0 (la condición de bienestar más notablemente terrible para esa medición) a 100 (la mejor condición de bienestar)¹²⁹. La puntuación se terminó. con una PC y utilizando los cálculos de puntuación en el Anexo 06 hacia el inicio y hacia el final de la intervención¹³⁰.

4.4.2.3. Instrumento para medir la Glucosa sanguínea.

Se utilizó un Glucómetro marca FreeStyle Optium Neo (Ver anexo N°8.5). El equipo fue calibrado y validado. El instrumento arroja datos de glucosa en miligramos por decilitro de sangre. El procedimiento de uso del instrumento se describe en el anexo. Los valores de glucosa sanguínea se anotaron en Ficha 1, hoja 1 de las FFT.

4.4.3 Procedimiento de recolección de datos.

Los datos se recopilaban en el transcurso del SFT, cuya técnica se representa en la figura No. 04. En general, la metodología recomendada en la técnica DADER²⁶ se lleva a cabo con el ajuste de la redacción y la extensión de otra información que sea útil para nuestro mundo.

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 diabéticos que acudieron al establecimiento farmacéutico (EF) en los meses de setiembre a diciembre del 2017, hasta obtener doce pacientes. Los pacientes firmaron su consentimiento de participar de la experiencia en un documento firmado (Anexo 8.2). 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, ni la venta o donación de ningún tipo de medicamento.

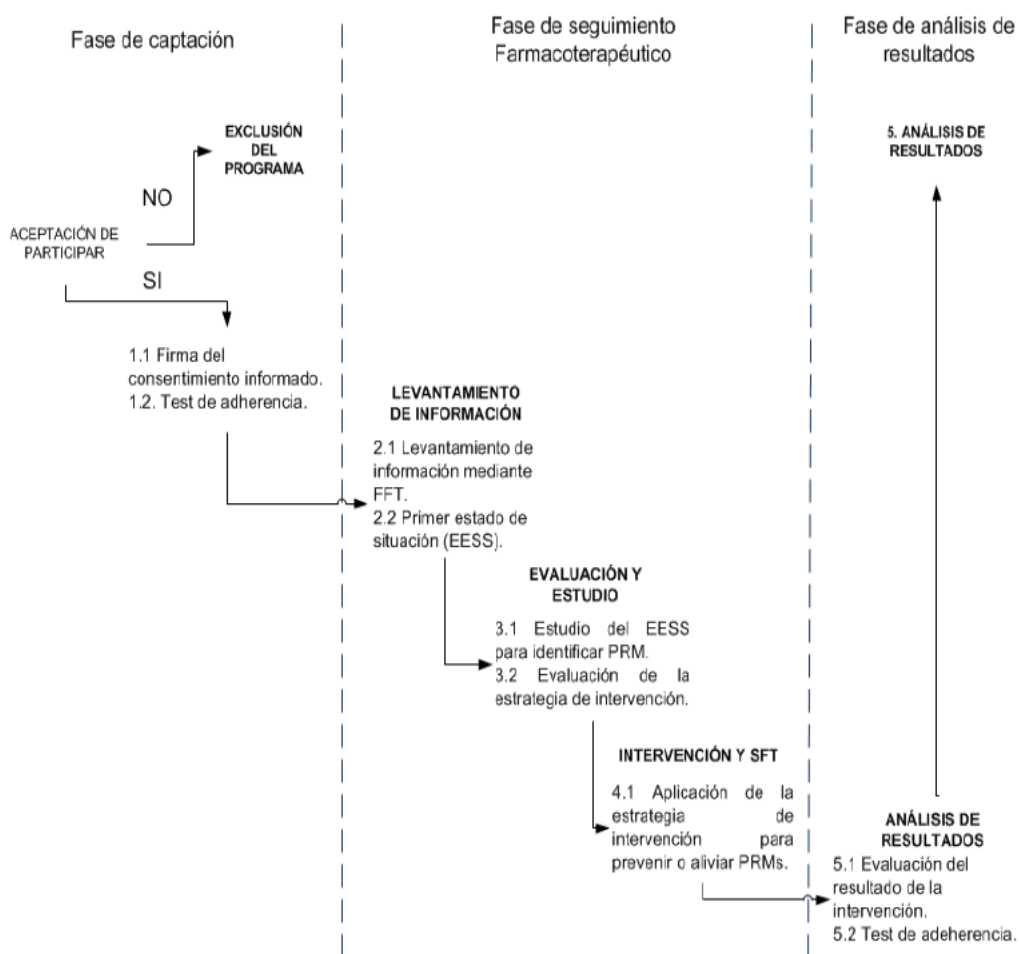
El servicio se ofreció a todos los pacientes diabéticos que acudieron a la fundación farmacéutica (FF) en los largos períodos de septiembre a diciembre de 2017, hasta que adquirieron 12 pacientes. Los pacientes denotaron su consentimiento para interesarse en una biblioteca controlada (Anexo 8.2). La hoja de consentimiento hace referencia expresa a la obligación del especialista en medicamentos con respecto a la verificación de la utilización de medicamentos, la alerta de información del paciente, la ayuda gratuita, pero sin algún obsequio de un medicamento.

De la misma manera, el consentimiento aprueba al especialista en drogas a la mitad del camino con el especialista para la disposición de problemas impredecibles o serios identificados con la utilización de recetas.

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.

Durante la recogida de pacientes, se estimaron los niveles iniciales de glucosa en sangre y se aplicó la prueba de adherencia al tratamiento. Hacia el final de la reunión de captación, el paciente y el especialista en medicamentos establecieron la fecha y la hora para la reunión social de datos posterior.

FIGURA N°04. FLUJOGRAMA DE LAS ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO.



Elaborado por OCAMPO P.⁶¹

4.4.3.2 Levantamiento de información.

La información se registró en la pestaña Farmacoterapéutica (FFT) (Anexo 8.3). Se tomó nota de la información general de comprensión; datos sobre enfermedades, especialistas que se descompusieron, medicamentos utilizados, afinidades de la forma de vida, linaje familiar y vista de signos e indicaciones de problemas terapéuticos que el paciente asocia con la utilización de medicamentos.

La utilización de productos naturales y la utilización de medicamentos de venta libre también se registraron. Por esta razón, se le solicitó al paciente que mostrara todos los

productos farmacéuticos que utilizaba todo el tiempo, independientemente de si se utilizan para la enfermedad objetiva.

Durante el alistamiento, se examina al paciente con respecto a los factores de peligro y los problemas asociados identificados con la utilización de recetas. Se esperaba que el tiempo entre la acumulación y el evento social de los datos no sea superior a 72 horas.

4.4.3.3 Fase de estudio y evaluación de la información.

Los datos fueron analizados en una situación con cada uno de los estados de materiales y hardware para construir un examen profundo para cada caso. El entorno estaba equipado con teléfono, web, materiales de área de trabajo y material bibliográfico.

Todos los datos registrados en la FFT se concentran para interrelacionar los factores que buscan PRM: enfermedades analizadas, sensación de tristeza, medicamentos recomendados, auto-prescripción, sospecha de respuestas antagónicas, adherencia al tratamiento, etc. para determinar los conflictos para la utilización de medicamentos. (PRM) como una razón para la horrible farmacoterapia o RNM. Se utilizó material bibliográfico de apoyo para confirmar los descubrimientos de los PRM y RNM.

Para cada problema encontrado, el farmacéutico meditará sobre la mejor técnica de arreglo que se tendrá en cuenta en la hoja 5 de la FFT. El sistema podría contener una progresión de actividades que apuntan directamente al paciente o al prescriptor. Para cada PRM y sus técnicas de respuesta, se buscó el mejor canal de correspondencia que se pudiera dirigir al paciente o al especialista. Se puede determinar que cada paciente tiene 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°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.

4.4.3.4 Fase de intervención y seguimiento Farmacoterapéutico.

El objetivo de esta fase fue comunicar asertivamente los objetivos y los plazos que debe 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 correspondencia de los procedimientos de solución del paciente, se utilizaron reuniones individuales y propuestas escritas. En el momento en que las mediaciones debían recomendar el ajuste de la porción, incluir, retirar o suplantar un medicamento aprobado, la correspondencia se coordinó con el médico que lo recomendaba. La propuesta compuesta de la técnica fue a través de configuraciones explicadas previamente para el paciente o el especialista. A raíz de impartir la propuesta de acuerdo, se verificó la consistencia a través de nuevas visitas. El tiempo de observación fue un límite de cinco días, después de lo cual se cerró el procedimiento.

4.4.3.5 Evaluación del impacto de la intervención.

La reunión para la evaluación convincente de los resultados fue impulsada por una autoridad que no es equivalente a la persona que condujo el SFT. Al paciente se le dijo si cumplió con las indicaciones dadas para el arreglo del PRM o cuando la

autoridad actualizó las propuestas para la diferencia en el tratamiento. A pesar del reconocimiento de la propuesta para el acuerdo, se le preguntó si consideraba que todos los problemas relacionados con medicamentos que se analizaron estaban resueltos. Del mismo modo, se estimaron los últimos grados de adherencia y los parámetros clínicos de la enfermedad.

4.5. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.

La información en las fichas farmacoterapéuticas y el test SF-12 se transfirió a tablas en MS Excel. Se construyeron tablas de datos sobre:

- a. Información general de los pacientes (sexo, edad, dirección, teléfono) y tiempos de intervención según canales de comunicación utilizados.
- b. Estado de situación con datos sobre. problemas de salud y medicamentos utilizados, PRM, RNM asociados, estrategias de intervención usada y las vías de comunicación. También se anotó si el PRM fue o no resuelto y la percepción final del paciente sobre la solución del problema.
- c. Autopercepción de calidad de vida según el test SF-12 antes y después del SFT.

Con las tablas, se creó una base de datos en MS Acces para la acumulación de frecuencias según lo indicado por elementos diligentes, problemas, remedios, PRM, ejercicios realizados por el especialista en drogas, impactos resultantes de las intercesiones, etc. A la luz de los datos acumulados en MS Acces, se construyeron tablas de resultados de datos dobles y únicos con frecuencias relativas, agregadas y de recurrencia. Se realizaron cuadros y cuadros de las cualidades de los pacientes trabajados, problemas médicos, frecuencias de las recetas utilizadas, tipo y recurrencia de PRM. Del mismo modo, las tablas muestran la relación entre la utilización de drogas

y PRM, los objetivos de mediación para abordar los problemas y los resultados de medicamentos negativos (RNM) sospechados.

Después de la intervención se obtuvo resultados y para mostrarlos, se desarrollaron tablas sobre la repetición de los canales de correspondencia utilizados, el tipo y la repetición de PRM examinados y el grado de los iluminados. Además, las consecuencias del contraste entre el grado de adherencia cuando se produce la intercesión y entre los niveles de glucosa en sangre.

Se resolvió la relación entre la cantidad de análisis y los medicamentos utilizados y entre los medicamentos utilizados y los PRM analizados por cada paciente. Se establecieron gráficos de recaída directa para descubrir la linealidad de la conexión y para garantizar la relación entre los factores, se utilizó la medición de Spearman. Para decidir la notabilidad mensurable de los resultados de agarre cuando se realiza la mediación, se aplicó la prueba de McNemar, para información dicotómica, de ejemplos combinados que utilizan el paquete 20 del programa Estadístico Estadístico de IBM para las Ciencias Sociales (SPSS). El nivel de notabilidad objetiva para el contraste entre los niveles de glucosa en sangre cuando la SFT se resolvió con la prueba T del suplente. Para cada prueba medible, se utilizó un nivel de importancia inferior a 0,05.

Se resolvió el vínculo entre la cantidad de problemas de salud y los medicamentos utilizados y entre las recetas utilizadas y los PRM analizados por cada paciente. Se establecieron gráficos de recaídas rectas para descubrir la linealidad de la relación y para garantizar la conexión entre los factores, se utilizó la medición de Spearman. Para decidir el carácter real de los resultados del archivo adjunto cuando se realiza la mediación, se aplicó la prueba de McNemar, para obtener información dicotómica, de ejemplos coincidentes que utilizan la adaptación 20 del programa Paquete estadístico de

IBM para las ciencias sociales (SPSS). entre los niveles de glucosa en sangre cuando la SFT se resolvió con la prueba T del suplente. Para cada prueba de hechos, se utilizó un nivel de esencialidad inferior a 0,05.

4.6. MATRIZ DE CONSISTENCIA.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN	VARIABLES E INDICADORES	ANÁLISIS DE RESULTADOS
<p>¿Cuál es el impacto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico dirigido a pacientes diabéticos sobre la autopercepción de la calidad de vida, durante setiembre a diciembre del 2017.?</p>	<p>Objetivo General:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el impacto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico dirigido a pacientes diabéticos sobre la autopercepción de la calidad de vida, intervenidos en el Centro de salud coishco, durante setiembre a diciembre del 2017. <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analizar y comparar los medicamentos consumidos por los pacientes diabéticos para sus problemas de salud, tanto prescritos como no prescritos (automedicación). - Implementar estrategias de solución para los PRMs diagnosticados dirigidos directamente a los pacientes o a los prescriptores de medicamentos para evitar o disminuir el daño como Resultado Negativo de la Medicación (RNM). - Evaluar el impacto de la intervención sobre la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física y mental según el test sf-12. 	<p>3.1. Impacto del SFT sobre la dimensión física.</p> <p>3.1.1. Ho: El programa de SFT no tiene impacto para mejorar la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física de pacientes diabéticos.</p> <p>3.1.2. H1: El programa de SFT tiene impacto significativo para mejorar la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física de pacientes diabéticos.</p> <p>3.3. Impacto del SFT sobre la dimensión mental.</p> <p>3.2.1. Ho: El programa de SFT no tiene impacto para mejorar la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión mental de pacientes diabéticos.</p> <p>3.2.2. H1: El programa de SFT tiene impacto significativo para mejorar la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión mental de pacientes diabéticos.</p>	<p>El diseño de la presente investigación será de tipo descriptivo explicativo prospectivo de corte longitudinal de una sola casilla y no probabilístico.</p>	<p>Variable independiente:</p> <p>El programa de SFT</p> <p>Variable dependiente:</p> <p>Autopercepción de calidad de vida.</p>	<p>Se analizarán los resultados desde los instrumentos.</p> <p>Se crearán bases de datos en acces y Excel.</p> <p>Se construirán tablas de doble y simple entrada.</p> <p>Se aplicarán herramientas de estadística descriptiva y estadística inferencial.</p> <p>Se utilizó el test de T Student, mediante el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20. El nivel de significancia estadístico para los análisis fue de 0.05.</p>

4.7. PRINCIPIOS ETICOS.

El examen se realizó observando los indicadores morales de la Declaración de Helsinki¹³⁴. Se completó con el consentimiento de los responsables del Servicio de Referencia Farmacéutica. Los sucesos de las visitas se explicaron rápidamente a los responsables del tratamiento cada vez que se distinguen los componentes de peligro exasperados que ofrecen un ascenso a la pronta consideración del paciente.

La anonimidad de los pacientes estará protegida de manera consistente. La información individual inscrita en el útil documento de medicamentos no se registra en la tabla de examen de información, solo un número de prueba reconocible, sexo y edad. Para la intercesión es importante saber su nombre y apellido y su dirección de correo electrónico si es posible. Esta información será conocida por el científico y una mano derecha responsable de la aleatorización. La información permanecerá en la base de datos de la PC hasta el final del examen y será devastada más tarde hacia el final del examen.

Todos los pacientes serán informados con respecto al examen al mencionar el consentimiento informado para su incorporación, la hoja de consentimiento informado (Ver Anexo 8.2) refuerza los compromisos del especialista en drogas y los del paciente. El tratamiento recomendado no se alterará sin el consentimiento del experto que lo avala. El informe fue respaldado por el Comité de Investigación de la Escuela Profesional de Farmacia de la Universidad Católica de Los Ángeles de Chimbote.

V. RESULTADOS.

5.1. RESULTADOS.

5.1.1. MORBILIDAD DIAGNÓSTICADA, AUTOPERCIBIDA Y EL USO DE MEDICAMENTOS.

Tabla N°01.- Problemas de Salud diagnosticados y autopercebidos por los pacientes intervenidos. Programa de SFT dirigido a pacientes diabéticos. Farmacia del C.S Coishco. Setiembre - diciembre del 2017.

Morbilidad	CIE10	Diagnostico	Fi	%
Diagnosticada	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina	12	30.0
	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)	5	12.5
	E78.0	Hipercolesterolemia pura	2	5.0
	T01	Heridas	1	2.5
	S52	Fractura del antebrazo	1	2.5
Sub total			21	52.5
No Diagnosticada		Dolor	4	10.0
		Hipertensión esencial	3	7.5
		Hiperlipidemia	2	5.0
		Estress	2	5.0
		Caída de cabello	1	2.5
		Diabetes	1	2.5
		Epilepsia	1	2.5
		Fiebre	1	2.5
		Ansiedad	1	2.5
		Hipercolesterolemia	1	2.5
		Infección urinaria	1	2.5
		Flebotomia	1	2.5
	Sub total			19
Total			40	100.0

Tabla N° 02. Medicamentos prescritos y automedicados utilizados por los pacientes durante el proceso de intervención. Programa de SFT dirigido a pacientes diabéticos. Farmacia del C.S Coishco. Setiembre - diciembre del 2017.

Origen del Medicamento	Morbilidad	Denominación en DCI	fi	Fi	%
Prescritos	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina	Metformina	12	13	40.7
		Glibenclamida	1		
	Hipertensión arterial esencial	Losartan	1	2	6.2
		Enalapril	1		
	Hipercolesterolemia pura	Rovastatina	1	2	6.2
		Ciprofibrato	1		
	Síndrome nefrítico no especificado	Nitrofurantoina	1		
	Hígado graso	Vit b, vit b12, vit b2, vit b1, biotina	1		
	Episodio depresivo leve	Alprazolam	1	5	15.5
	Neuropatía diabética	Carbamazepina	1		
Candidiasis	Gentamicina, betametasona, tolnaftato	1			
Sub total				22	68.6
Automedicación	Dolor musculo esquelético	Paracetamol	1	3	9.3
		Naproxeno	1		
		Diclofenaco	1		
	Dolor de cabeza	Paracetamol	2	3	9.4
		Diclofenaco	1		
	Malestar en vías urinarias	Fenazopiridina	1		
	Infección del diente	Dicloxacilina	1	4	12.4
	Gastritis	Omeprazol	1		
Estreñimiento	Picosulfato sódico	1			
Sub total				10	31.1
TOTAL			32	32	100
				2.7	

Coefficiente de correlación entre cantidad de diagnósticos y medicamentos utilizados
(r= 0.97593011)

5.1.2. RESULTADOS ACERCA DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS (PRM) Y LOS RESULTADOS NEGATIVOS DE LA MEDICACIÓN (RNM).

Tabla N°03. Distribución de la frecuencia y porcentaje de los PRM diagnosticados. Programa de SFT dirigido a pacientes diabéticos. Farmacia del C.S Coishco. Setiembre - diciembre del 2017.

N°	COD PRM	DESCRIPCIÓN	fi	%
1	9	Incumplimiento	11	55.0
2	3	Conservación	3	15.0
3	10	Interacciones	2	10.0
4	6	Duplicidad	2	10.0
5	11	Otros PS	1	5.0
6	8	Error de prescripción.	1	5.0
Total			20	100.0

El tipo de PRM corresponde al Tercer Consenso de Granada (37).
Fuente: Anexo N°04, Tablas de Estado de Situación

Tabla N° 04. Distribución de la frecuencia y tipo de intervenciones realizadas de acuerdo al Problema Relacionado con Medicamento (PRM) diagnosticado. Programa de SFT dirigido a pacientes diabéticos. Farmacia del C.S Coishco. Setiembre - diciembre del 2017.

N°	DESCRIPCIÓN PRM	fi	INTERVENCION DESCRIPCIÓN	Fi	%
1	Incumplimiento	10			
2	Conservación	3	Disminuir Inc. Involuntario	14	70.0
3	Otros PS	1			
4	Incumplimiento	1	Disminuir Inc. Voluntario	1	5.0
5	Error de Prescripción	1	Modif. Frec. Dosis	1	5.0
6	Duplicidad	2	Retirar un Medic.	3	15.0
7	Interacciones	1			
8	Interacciones	1	Sust. Medic.	1	5.0

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

5.1.4 IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN SOBRE LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS.

5.1.4.1. IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN SOBRE LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN FÍSICA SEGÚN EL TEST SF-12.

Tabla N° 05. Resultados de la intervención mediante SFT a paciente diabéticos sobre la autopercepción de la actividad física, utilizando el test SF-12. Programa de SFT dirigido a pacientes diabéticos. Farmacia del C.S Coishco. Setiembre - diciembre del 2017.

COD	DIMENSION	SCORE TOTAL ANTES	SCORE TOTAL DESPUÉS
1	PSV	48.29667	46.06499
2	PSV	37.9925	49.72531
3	PSV	27.29305	30.3917
4	PSV	38.33311	43.62234
5	PSV	41.26376	46.44271
6	PSV	37.439	55.88125
7	PSV	41.13767	40.3196
8	PSV	42.6826	53.79573
9	PSV	50.89551	55.07617
10	PSV	41.48154	40.41672
11	PSV	37.83062	37.83062
12	PSV	58.89795	59.14058
	promedio	41.96200	46.55898
	s	7.921827781	8.545301363

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas
0.028062941

5.1.4.2. IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN SOBRE LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN MENTAL SEGÚN EL TEST SF-12.

Tabla N°06. Resultados de la intervención mediante SFT sobre la autopercepción de la actividad mental, utilizando el test SF-12. Programa de SFT dirigido a pacientes diabéticos. Farmacia del C.S Coishco. Setiembre - diciembre del 2017.

COD	DIMENSION	SCORE TOTAL ANTES	SCORE TOTAL DESPUÉS
1	MSV	58.53695	37.85993
2	MSV	30.38941	37.30495
3	MSV	35.70958	38.14782
4	MSV	33.32008	27.8174
5	MSV	37.1934	30.66886
6	MSV	45.49381	41.20218
7	MSV	56.91311	64.53654
8	MSV	27.02229	57.92257
9	MSV	47.08884	53.33202
10	MSV	21.03553	45.75211
11	MSV	50.30624	50.30624
12	MSV	48.14094	45.27088
	promedio	40.92918	44.17679
S		11.92240026	10.91682792

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas

0.434602174

5.2. ANALISIS DE RESULTADOS.

El objetivo principal de la investigación fue diagnosticar los resultados que arrojó el instrumento utilizado (test SF-12), este test evalúa la autopercepción de la calidad de vida del paciente (Ver Anexo 8.4). Para estimarla es necesario mencionar que este instrumento arroja resultados en dos dimensiones que influyen en la cotidianidad del paciente diabético: la dimensión física y la mental. Para el cálculo de los scores finales se utilizaron los indicadores estándares promedio para la población americana obtenidos

de la Universidad de Michigan y del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos. Según la calibración del instrumento un poblador americano debería tener un puntaje promedio de salud tanto mental como física de 50, con una desviación estándar de 10.

Por ejemplo, para el paciente N° 10 (Tabla N° 05) que tuvo un resultado para la dimensión física después de la intervención de 40.41 el valor resultante está debajo del promedio normal de la salud física de un americano, sin embargo, está dentro de la desviación estándar promedio. No obstante que los índices utilizados en efecto no reflejan realmente el nivel de la autopercepción de la salud asociada a la calidad de vida de poblaciones latinoamericanas y por lo tanto los resultados no reflejan la exacta condición del paciente, los resultados finales sí nos permiten comparar el efecto del programa de SFT sobre la autopercepción de la salud de los pacientes diabéticos.

Los resultados para la dimensión física (Tabla N° 05) muestran que el promedio de la puntuación después es mayor en casi 5 puntos (41.96 a 46.55) respectivamente, con una desviación estándar antes y después de (7.92 y 8.54). El análisis mediante la prueba t para muestras emparejadas de las medias de los puntajes de la dimensión física que se muestran en la tabla N° 05 arroja una diferencia significativa en el análisis bilateral, prueba t ($p < 0.05$) $p = 0.04$.

Estos cambios positivos se deben directamente a la adherencia del tratamiento mediante la resolución de PRMs logrados a través del SFT; específicamente del PRM N° 09 asociado al incumplimiento; ya que la mayoría de los pacientes fueron diagnosticados con este PRM. Según Curb D. et al publicaron los resultados de un estudio mostrando que el 35% de los caucásicos diabéticos que interrumpían el tratamiento

hipoglucemiante, lo hacían por deterioro leve o discreto en su sentimiento de bienestar motivado por la medicación hipoglucemiante.

Así mismo Velasco G.⁵⁷ demuestra en su estudio que el SFT en diabetes es una práctica posible, capaz de producir resultados positivos, mejorando la calidad de vida del paciente, la comprensión de su enfermedad para una adhesión al tratamiento farmacológico. Del mismo modo Bances C.⁶¹ concluye en su investigación que el seguimiento farmacoterapéutico tiene un impacto significativo sobre la autopercepción de la calidad de vida de los pacientes.

Además, el trabajo realizado influyó de manera positiva en estos pacientes; ya que la mayoría de ellos, se sienten bien cuando observan que alguien se preocupa por ellos y por su salud. Ayala et al³⁴ en un estudio para evaluar el impacto de la intervención del farmacéutico en la CVRS de pacientes con diabetes mellitus, que acuden a los consultorios externos de un servicio de endocrinología, concluyen que el trabajo de los profesionales Químicos Farmacéuticos influyen positivamente sobre la Calidad de Vida relacionada con la Salud.

Los resultados para el paciente N° 12 son resultados positivos, y a la vez significativos. Visualmente se puede apreciar que antes de la intervención ya se encontraba dentro del puntaje promedio aceptable y ascendió a unos puntos más de diferencia, siendo la diferencia de (58.89 a 59.14). Mientras que el paciente N°11 se mantuvo dentro de los resultados arrojados en su primera intervención; es decir la percepción en cuanto a la dimensión física de este paciente antes de la intervención fue de 37,83; valor que se mantuvo después de la intervención, reportándose ningún cambio significativo. Esto probablemente a que se trataba de una paciente adherente y que por tal motivo permaneció sin cambios positivos ni significativos.

Sin embargo, los resultados reflejados para los pacientes N° 02 y 04 son totalmente diferentes a los anteriormente mencionados. Estos pacientes reportaron antes de la intervención sobre la percepción en cuanto a la dimensión física, un valor que después de la intervención decaería significativamente para el paciente N° 01 de (48.29 a 46.06) manteniéndose relativamente sin cambio positivo; ya que no se encontraba dentro del puntaje promedio aceptable. Estos resultados posiblemente se deban a que, durante el SFT, el paciente tuvo un accidente levemente complicado, pero que le limitaba a realizar algunas actividades.

Mientras que para el paciente N° 07 la caída del valor inicial no tuvo mucha significancia; ya que la diferencia era de un punto, además éste no se encontraba dentro del puntaje promedio aceptable; de (41.13 a 40.31). Cabe resaltar que no todos los resultados en esta tabla fueron malos; ya que escasamente se logró un resultado significativo prueba t ($p < 0.05$) $p = 0.04$, con una desviación estándar que inicialmente fue baja (7.92) y después de la intervención subió a (8.54); con casi dos puntos de diferencia. Estos resultados indican que la intervención mediante el SFT tuvo un impacto significativo sobre la dimensión física, sin embargo, estos datos no entran en el promedio estándar, evidenciándose resultados no positivos.

Del mismo modo Mehos M. et al; reportó resultados muy semejantes a los encontrados en este estudio, a través de su investigación sobre la evaluación del efecto de la intervención farmacéutica domiciliaria; reportando que tampoco encontró resultados positivos al medir las diferencias con el grupo control. De igual manera Jiménez J. concluye en su investigación que uno de cada tres pacientes, tiene una CVRS no satisfactoria respecto la Capacidad física. Estos resultados son similares a lo encontrado por Fustamante y Ocampo¹⁶⁶; quienes concluyen que el SFT fue eficiente en mejorar la

autopercepción de la calidad de vida tanto del estado físico de los pacientes ($p < 0.05$) $p = 0.04$, como del estado mental ($p < 0.05$) $p = 0.03$, siendo ambos significativos.

En la Tabla N° 06, se observan los resultados para la dimensión mental, siendo el promedio de la puntuación después de la intervención mayor en casi 4 puntos (40.92 a 44.17) respectivamente, con una desviación estándar antes y después de (11.92 a 10.91). El análisis mediante la prueba t para muestras emparejadas de las medias de los puntajes de la dimensión mental que se muestran en la tabla N° 6 arroja una diferencia muy significativa en el análisis bilateral, prueba t ($p < 0.05$) $p = 0.03$.

Finalmente, los resultados demostraron en su totalidad gran significancia sobre la dimensión física y mental. Los datos obtenidos en este informe, acerca de la calidad de vida relacionada con la salud del paciente; tanto física como mental, son semejantes a los resultados que obtuvieron Fustamante y Ocampo⁶¹ en su investigación; concluyendo que el SFT fue eficiente en mejorar la autopercepción de calidad de vida del estado físico-mental de los pacientes.

VI. CONCLUSIONES.

- Se determinó el impacto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico sobre la autopercepción de la calidad de vida de pacientes diabéticos que se atendieron en el “Centro de salud Coishco”, distrito de coishco, durante septiembre a diciembre del 2017.
- La mayor demanda de consumo de medicamentos para los problemas de salud de los pacientes intervenidos fueron gran parte medicamentos prescritos por el médico tratante.
- Se implementaron estrategias de solución para los PRMs diagnosticados dirigidos directamente a los pacientes o a los prescriptores de medicamentos para evitar o disminuir el daño como Resultado Negativo de la Medicación (RNM).
- El SFT tuvo un impacto muy significativo sobre la autopercepción de la calidad de vida, tanto en la salud mental como en la salud física.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Faus, M.J. Pharmaceutical Care as a response to social need. *ArsPharmaceutica*, 41: 1; 137-143, 2000.
2. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1990;47:533-543.
3. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Pharm Care Esp* 1999; 1: 35-47.
4. Frank R, Grizzle J. Drug-Related Morbidity and Mortality: Updating the Cost-of-Illness Model. *J Am Pharm Assoc*. 2001;41(2) © 2001 American Pharmacists Association.
5. PJ McDonnell and MR Jacobs. Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions. *The Annals of Pharmacotherapy*: Vol. 36, No. 9, pp. 1331-1336. DOI 10.1345/aph.1A333.
6. Manasse HR Jr. Medication use in an imperfect world: drug misadventuring as an issue of public policy, Part 1. *American Journal of Hospital Pharmacy*, Vol 46, Issue 5, 929-944.
7. Johson A. Bootman L. Drug-Related Morbidity and Mortality: A Cost-of-Illness Model. *Journal of Managed Care Pharmacy*. Vol 2, No.1 janIFeb 1996.
8. 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.
9. Bonal J, Lerany C, Bassons T, gascón P. Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica. En: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. *Farmacia Hospitalaria Tomo I*. Tomado desde: <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap21.pdf>. El 16/08/2012.
10. American Diabetes Association - Asociación Americana de la Diabetes 1-800-Diabetes (342-2383). Disponible: http://professional.diabetes.org/admin/UserFiles/file/Reducing_Cardiometabolic_Risk_Patient_Education_Toolkit/Spanish/ADA_CMRToolkit_15Blood_sp.pdf.

11. Brodie DC. Drug use control: keystone to pharmaceutical service. *Drug IntellClin Pharm.* 1966; 20(2): 116-117.

12. Study Commission on Pharmacy & American Association of Colleges of Pharmacy. (1975). *Pharmacists for the future: The report of the Study Commission on Pharmacy: commissioned by the American Association of Colleges of Pharmacy.* Ann Arbor: Health Administration Press.

13. Mikeal RL, Brown TP, Lazarous HL, Vinson MC. Quality of pharmaceutical care in hospitals. *Am J Hosp Pharm* 1975;32:567-574.

14. Brodie DC, Parish PA, Poston JW. Societal needs for drugs and drug related services. *Am J Pharm Educ.* 1980;44:276-278.

15. Prats MR. Registro y evaluación de todas las actuaciones profesionales demandadas en la farmacia comunitaria. Universidad de Granada Facultad de Farmacia Programa de Doctorado de Farmacia Asistencial. Granada – España. 2010.

16. Roohil Y.A.S. the sustainability of the pharmacy profession in a changing healthcare scene in england. *international pharmacy journal.* VOL 27, NO. 1 JUNE 2011.

17. Higby GJ. The continuing evolution of American pharmacy practice 1952-2002. *J Am PharmAssoc* 2002;42(1):5-12. Tomado desde: <http://japha.org/article.aspx?articleid=1034045>, El 23 de Julio de 2012.

18. Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug-related problems: their structure and function. *Drug IntellClin Pharm* 1990;24:7-1093.

19. Faus MJ, Amariles P, Martinez F. *Atención farmacéutica: conceptos, procesos y casos prácticos.* Ergon. ed.; 2008. Barcelona España. ISBN 9788484736097.

20. 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.

21. Grainger-Rousseau TJ, Miralles MA, Hepler CD, Segal R, Doty RE, Ben-Joseph R. Therapeutic outcomes monitoring: application of pharmaceutical care guidelines to community pharmacy. *J Am Pharm Assoc (Wash).* 1997 Nov-Dec;NS37(6):647-61

22. 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.
23. 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.
24. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de España. Consenso sobre Atención Farmacéutica. ArsPharmaceutica, 42:3-4; 221-241, 2001. Tomado desde: [http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/28257/1/Ars Pharm.2001;42\(1-2\)53-65.pdf](http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/28257/1/Ars%20Pharm.2001;42(1-2)53-65.pdf)
25. 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.
26. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Método DADER para el seguimiento Farmacoterapéutico. ArsPharm 2005; 46 (4): 309-337.
27. 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.
28. “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
29. 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.
30. Presidencia de la república. Aprueban reglamento de establecimientos farmacéuticos, Decreto Supremo N°014-2011-SA. El Peruano. Lima 27 de Julio de 2011.
31. 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.

32. 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.
33. 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
34. Faus D, M.J. Programa Dader. Pharmaceutical Care España. 2000; 2:73-74.
35. 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.
36. Garcia R, Pelá I. Seguimiento farmacéutico y su impacto sobre los resultados glucémicos en pacientes diabéticos tipo 2. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3(2): 112-122. Disponible en: www.cipf-es.org/sft/vol-03/112-122.pdf. Citado el 31 de agosto del 2014
37. Badesso R, Solá N, Armando P. Efecto del seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un servicio de atención primaria de Córdoba (Argentina). Pharm Care Esp. 2013; 15(1): 2-9. Disponible en: <http://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/download/100/96>. Citado el 31 de agosto del 2014.
38. Sookaneknun P, Richards RME, Sanguansermisri J, Teerasut Ch. “Pharmacist Involvement in Primary Care Improves Hypertensive Patient Clinical Outcomes. The Annals of Pharmacotherapy: Vol. 38, No. 12, pp. 2023-2028. DOI 10.1345/aph.1D605”. Published Online, 2 November 2004, www.theannals.com, DOI 10.1345/aph.1D605.
39. Basterra GM. El cumplimiento terapéutico. Pharmcareesp 1999; 1: 97-106.
40. 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.

41. 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.
42. "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".
43. 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.
44. 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.
45. Armando P, Uema S, Sola N. Valoración de la satisfacción de los pacientes con el seguimiento farmacoterapéutico. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3(4): 205-212.
46. 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.
47. Sabater D, Fernandez-Llimos F, Parras M, Faus MJ. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3(2): 90-97.
48. "Silva-Castro MM, Tuneuivalls I, Faus MJ. Revisión sistemática sobre la implantación y la evaluación del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hospitalizados. Farm Hosp.2010;34(3):106-124. Documento descargado de <http://www.elsevier.es> el 21/05/2010".
49. 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.
50. 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.
51. 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. *SeguimFarmacoter* 2004; 2(2): 286-290.

52. Fontana RD, Soláthurry N. Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes pediátricos hospitalizados: adaptación de la metodología Dáder. Arán ediciones 2003, s. l. farmacia hospitalaria. *farm hosp (Madrid)* Vol. 27. N.º 2, pp. 78-83, 2003.

53. Garnet WR, Davis LJ, Mckenney JM, Steiner KC. Effect of telephone follow-up on medication compliance. *Am J Hosp Pharm* 1981; 38: 676-679.

54. Simkins CV, Wenzloff NL. Evaluation of a computerized reminder system in the enhancement of patient medication refill compliance. *IntellClin Pharm* 1986; 20:799-802.

55. Faulkner MA, Wadibia EC, Lucas BD, Hilleman DE. Impact of pharmacy counseling on compliance and effectiveness of combination lipid-lowering therapy in patients undergoing coronary artery revascularization: a randomized, controlled trial. *Pharmacotherapy* 2000; 20:410-416.

56. "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".

57. Fulmer TT, Feldman PH, Kim TS, Carty B, Beers M, Molina M, Putnam M. An intervention study to enhance medication compliance in community-dwelling elderly individuals. *J GerontolNurs* 1999 Aug; 25(8): 6-14.

58. Gil V. Pineda M. Martínez JL. Belda J. Santos MA y Merino J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento terapéutico en la hipertensión. *Med Clin (Barc)* 1994; 102: 532-536.

59. Gamarra Roque, Henry Luis - Roque Henríquez, Rudy Valeri. "Implantación de un programa de atención farmacéutica a pacientes hipertensos en la Farmacia Comunitaria "Omar" en el distrito de Carmen de la Legua Reynoso. Tesis para optar el título profesional de Químico Farmacéutico". UNMSM. Lima Perú 2002. Tomado desde: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2002/gamarra_rh/pdf/gamarra_rh-TH.8.pdf el 10/04/2013.

60. 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

61. Ocampo Rujel P. A. "Impacto de un programa de atención farmacéutica sobre el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes diabéticos". in *crescendo* 1(2) 2010. Tomado desde: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S2222-30612010000200006&script=sci_abstract. El 02/03/20013.

62. Clopes A. Intervención Farmacéutica. En: Bonal J. et al. Ed. Farmacia Hospitalaria. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Desde: http://sefh.interguias.com/libros/tomo1/Tomo1_Cap1.4pdf. Tomado el 20/05/05.

63. Clopes A. Intervenciones Farmacéuticas (parte II) Validación de la metodología utilizada para medir el impacto. *Farm. Hosp.* 2000; 24 (4): 2015-2020.

64. Garção JA. Cabrita J. Evaluation of a Pharmaceutical Care Program for Hypertensive Patients in Rural Portugal. *J Am PharmAssoc* 42(6):858-864, 2002. © 2002 American Pharmaceutical Association.

65. Oliveira Djenane Ramalho de, Varela Niurka Dupotey. "La investigación cualitativa en Farmacia: aplicación en la Atención Farmacéutica. *Rev. Bras. Cienc. Farm.* [serial on the 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://dx.doi.org/10.1590/S1516-93322008000400024>.

66. 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_gonzalez_sec4_pos0.pdf. El 16/08/2012.

67. Climente Martí M y Jiménez Torres NV. Manual para la Atención Farmacéutica. Tercera edición. Edita: Afahpe. Hospital Universitario DrPeset. Valencia, 2005.

68. Martínez Morales M. y cols. "La importancia de implementar un sistema de atención farmacéutica". México. *Infármate*. Año 4, Número 21-22. Septiembre-Diciembre 2008. Tomado desde: [www. Infarmate.org](http://www.infarmate.org). Tomado el 17/08/2012.

69. Flor Álvarez de Toledo (1), Pedro Arcos González (2) y Laura Cabiedes Miragaya (3). La Nueva Atención Farmacéutica: Puede La Intervención Farmacéutica Mejorar La Eficiencia Terapéutica?. *RevEsp Salud Pública* 1995; 69: 277-282.

70. Aguas Y. De Miguel E. Fernández Llimós F. El Seguimiento Farmacoterapéutico

Como Innovación En Las Farmacias Comunitarias De Badajoz (España). PharmacyPractice, january-march, año 2005/vol. 3, número 001 Centro de Investigaciones y Publicaciones Farmacéuticas Granada, España pp. 10-16.

71. Pires CF, Costa MM, Angonesi D, Borges FP. Demanda del servicio de atención farmacéutica en una farmacia comunitaria privada. PharmacyPractice 2006; 4(1): 34-37.

72. Chamorro RA. Chamorro RM. "Conocimiento E Implantación Del Seguimiento Farmacoterapéutico Por El Farmacéutico". PharmacyPractice", abril-junio, año 2005 /vol. 3, número 002 Centro de Investigaciones y Publicaciones Farmacéuticas Granada, España pp. 98-102.

73. Universidad Nacional mayor de San Marcos. Editorial: La Atención Farmacéutica. Ciencia e Investigación. Lima. VolV(2)-2002. Tomado desde: sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/ciencia/v05_n2/Pdf/a01.pdf.

74. Soto V, Zavaleta S, Bernilla J. Factores determinantes del abandono del Programa de Hipertensión Arterial. Hospital Nacional "Almanzor Aguinaga Asenjo" EsSalud, Chiclayo 2000. Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional

75. Congreso de la República del Perú. Ley General de Salud N°26842. Lima Julio 1997. 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.

76. Congreso de la República del Perú. Ley de Creación del Colegio Químico Farmacéutico del Perú. Diario Oficial El Peruano. Diciembre de 1964.

77. "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.

78. 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.

79. 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.

80. 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.

81. 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.

82. 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.

83. 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.

84. 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.

85. 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.

86. "Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. PRM y RNM Conceptos. Portal Farma.com Organización Farmacéutica Colegial". FARMACÉUTICOS N.º315 - Octubre 2006. Tomado desde: http://www.portalfarma.com/inicio/atencionfarmaceutica/forodeattfarma/Document/s/28_29_Atencion_farma.pdf. Tomado el 14/07/2012.

87. Hall-Ramirez V. Atención farmacéutica. Seguimiento del tratamiento farmacológico. Universidad de Costa Rica. Centro Nacional de Información de Medicamentos. Enero de 2003.

88. 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

89. Hurley SC. A Method of Documenting Pharmaceutical Care Utilizing Pharmaceutical Diagnosis. American Journal of Pharmaceutical Education Vol. 62, Summer 1998.

90. Ferriols R. "Valoración de la Atención Farmacéutica en los problemas relacionados con los medicamentos". Presentado en XLIV Congreso Nacional SEFH. Septiembre 1999. Pamplona.
91. Calvo MV, Alós M, Giraldez J. Grupo de Trabajo Atención Farmacéutica. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Bases de la Atención Farmacéutica en Farmacia Hospitalaria. *Farm Hosp* 2006; 30:120-3.
92. Sabater Hernández D, Silva Castro MM, Faus Dáder MJ. Método Dáder. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. Tercera edición, 2007.
93. "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>
94. "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.
95. Osterberg L. Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005;353:487-
97. Downloaded from www.nejm.org on November 18, 2009.
96. 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.
97. 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/tcvc/llave/c053/marquez.PDF>. Tomado el 06/02/13
98. Moriski 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.
99. Comité de Consenso: Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM). *ArsPharmaceutica*, 43:3-4; 179-187, 2002.
100. 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.
101. Van Mil J.W.F. *Pharmaceutical Care, the Future of Pharmacy. Theory, research and practice*. Dissertation. Druk: Drukkerij De Volharding, Groningen. J.W.F. van Mil, Zuidlaren, 1999. Gezduit Monotype Spectrum (J. v. Krimpen/S.L. Hartz). ISBN: 90-9013367-4.

102. "World Health Organization. Europe: Pharmacy-Based Hypertension Management Model: Protocol and Guidelines. A joint CINDI/EuroPharm Forum project 2005". EUR/04/5049481. ISBN WHOLIS: E85730.
103. Iñesta GA. Atención Farmacéutica, Estudios Sobre Uso De Medicamentos Y Otros. RevEsp Salud Pública 2001; 75: 285-290 N.º 4 - Julio-Agosto 2001.
104. 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.
105. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. Seguimiento Farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). PharmacyPractice 2006; 4(1): 44-53.
106. Machuca GM. Atención Farmacéutica, seguimiento fármaco terapéutico, Pharmaceuticalcare: es lo mismo?. Farmacoterapia Social. España 2006. Disponible desde: www.farmacoterapiasocial.es/local/capitulo1.pdf
107. Barris D. Faus M J. An initiation in Dáder methodology in the pharmacotherapeutic monitoring in a community pharmac. Ars Pharmaceutica, 44:3; 225-237, 2003.
108. Vázquez V. Chacón J. Espejo J. Faus MJ. "Resultados del seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria. PharmacyPractice, july- september, año/vol. 2, número 003. 2004. Centro de Investigaciones y Publicaciones farmacéuticas Granada", España pp. 189-194.
109. Fajardo PC, Baena MI, Alcaide Andrade J, Martínez Olmos J, Faus MJ, Martínez- Martínez F. "Adaptación del Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico al nivel asistencial de atención primaria. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005"; 3(3): 158-164.
110. 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.
111. Organización mundial de la salud. Diabetes. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>. Citado el 31 de agosto del 2014.
112. Equipo de Epidemiología. Boletín Epidemiológico 2012 DRSLC, Cercado de Lima, Noviembre 2012;5(10). Disponible en: <http://www.rslc.gob.pe/Descargas/Epidemiologia/Boletin/2012/Boletin-N-10-2012.pdf>. Citado el 31 de agosto del 2014.
113. Ministerio de salud. Guía clínica diabetes mellitus tipo 2. Santiago: Minsal, 2010. Disponible en:

<http://web.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c3e23d1e04001011f011398.pdf>. Citado el 31 de agosto del 2014.

114. Conget I. Endocrinología y Diabetes. Hospital Clínic i Universitari de Barcelona. Rev Esp Cardiol. 2002;55:528-38. - Vol. 55 Núm.05. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/diagnostico-clasificacion-patogenia-diabetes-mellitus/articulo/13031154/>. Citado el 31 de agosto del 2014

115. Benzadon M, Forti L y Sinay I. Actualización en el diagnóstico de la diabetes. Medicina (B. Aires) [online]. 2014, vol.74, n.1, pp. 64-68. ISSN 0025-7680. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802014000100016&script=sci_arttext. Citado el 31 de agosto del 2014.

116. National Cancer Institute. Morisky 4-Item Self-Report Measure of Medication-Taking Behavior (MMAS-4). Tomado desde: <https://www.gem-beta.org/public/MeasureDetail.aspx?mid=1133&cat=2>. El 28/08/2014.

117. Nipro Medical Corporation. GLUCOMETRO / GLUCOSA METER NIPRO – PRESTIGE FACIL. Ficha técnica del producto. Tomado desde: <http://www.nipro.com.ec/pages/catalogos/diabetes/Glucometro.pdf>. El 28/08/2014

118. García M, Puig M, Mateu MS, Bonet M. “Fuentes de información de medicamentos. En: Carnicero J (Coordinador). La gestión del medicamento en los Servicios de Salud. Informes SEIS (8). Pamplona: Sociedad Española de Informática de la Salud, 2008”. <http://www.seis.es>

119. Calderón J, Solis J, Castillo O, Cornejo P, Figueroa V, Paredes J, et al. Efecto de la educación en el control metabólico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Rev. Soc Perú Med Interna. 2003;16(1):17-

25. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v16n1/efectos.htm>. Citado el 07 de septiembre del 2014

120. De la Paz K, et al. Factores de riesgo en adultos mayores con diabetes mellitus. MEDISAN [online]. 2012, vol.16, n.4, pp. 489-497. ISSN 1029-3019. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000400001. citado el 07 de septiembre del 2014

121. Palacios C. Diabetes mellitus tipo 2 “Análisis de los objetivos, alternativas de tratamiento y riesgos en adultos mayores”. An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción). [online]. ago. 2005, vol.38, no.3 [citado 08 Septiembre 2014], p.30-43. Disponible en la World Wide Web:

<http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-89492005000200004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1816-8949. Citado el 07 de septiembre del 2014

122. Ramos Cabrera A, Aguilar Rodríguez MC, Victoria Bárzaga HO, Manresa Martínez I. Estudio comparativo de la incidencia de diabetes mellitus en dos áreas de

salud. AMC [Internet]. 2008 [citado 14 Nov 2011];12(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000200007&lng=es.

123. Vasan R, Beiser A, Seshadri S, Larson MG, Kannel WB, D'Agostino RB, et al. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men. The Framingham Heart Study. JAMA. 2002;287(8):1003-10.

124. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA. 2003;289:2560-72.

125. Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades crónicas. Disponible en:

http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index8.html. Citado el 07 de septiembre del 2014

126. López A, et al. Prevalencia de obesidad, diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia y síndrome metabólico en adultos mayores de 50 años de Sanlúcar de Barrameda. Rev Esp Cardiol. 2008;61(11):1150-8. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/content/articulo/13127846/>. Citado el 07 de septiembre del 2014.

127. Pena M; Redondo Garcia A y Groning E. Consumo de medicamentos en ancianos. Rev Cubana Med Gen Integr [online]. 2003, 19(3):1561-3038. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000300007. Citado el 07 de septiembre del 2014.

128. Toledano C, Avila L, García S. Seguimiento farmacoterapéutico en una población ambulatoria con Diabetes mellitus tipo 2. Rev Mex Cienc Farm 43 (2) 2012. Disponible en: <http://asociacionfarmaceuticamexicana.org.mx/revistas/2012/RMCF%20V43-2/ARTICULOS%20PDF/SEGUIMIENTO%20FRAMACOTERAPEUTICO%20EN%20UNA%20POBLACION%20AMBULATORIA%20CON%20DIABETES%20MELLITUS%20TIPO%202.pdf>. Citado el 07 de septiembre del 2014

129. Carter B, Zillich A, Elliott W. How Pharmacists Can Assist Physicians With Controlling Blood Pressure. J Clin Hypertens 5(1):31-37, 2003. © 2003 Le Jacq Communications, Inc.

130. Sookaneknun P, Richards RME, Sanguansermisri J, Teerasut Ch. Can Pharmacists Improve Outcomes in Hypertensive Patients?. WHO. Second international conference on improving use of medicines. Chiang Mai, Thailand. 2004. Desde: <http://mednet3.who.int/icium/icium2004/poster.asp?keyword=Adult+Health>. Tomado el 01/02/08.

131. Aparecida W, Yugar-Toledo J, Bergsten-Mendes G, Sabha M, Moreno M. Effect of pharmaceutical care on blood pressure control and health-related quality of life in


patients with resistant hypertension. American Society of Health-System Pharmacists. 2007 American Journal of Health-System Pharmacy, Vol. 64, Issue 18, 1955-1961.

132. Mehos B. Saseen J. Maclaughlin E. Effect of Pharmacist Intervention and Initiation of Home Blood Pressure Monitoring in Patients with Uncontrolled Hypertension. *Pharmacotherapy* 20(11):1384-1389, 2000. © 2000 Pharmacotherapy Publications. En: <http://www.medscape.com/viewarticle/409647>. Tomado el 21/05/05.

133. Ruiz D; Garcia A; Antunez, J y Rodriguez L. Intervención educativa sobre Diabetes Mellitus en pacientes portadores de la enfermedad. *AMC* [online]. 2011, 15(1):1-8. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v15n1/amc040111.pdf>. Citado el 21/09/14

VIII. ANEXOS

ANEXO 8.1. Solicitud enviada al centro de salud.



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

Chimbote, 26 de Junio de 2017

Señor
Dr. María Isabel Acuña Moreno
PUESTO DE SALUD DE COISHCO
COISHCO
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 Alumno *Jaime Adolfo Castro Sánchez, Cod N° 0108141005*, pueda desarrollar actividades de Seguimiento Farmacoterapéutico como parte de un proyecto de investigación que tiene por objetivo evaluar la utilidad de este servicio en la prevención, detección e intervención de problemas relacionados con medicamentos que pueden sufrir los pacientes que se atienden en el Servicio Farmacéutico que Usted dirige.

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

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


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

Atentamente:



UNIVERSIDAD CATÓLICA
LOS ANGELES - CHIMBOTE
DPO. AREA METODOLÓGICA DE LA INVESTIGACIÓN
Mg. Percy Ocampo Rujel
AJE/01 SECCIÓN DE INVESTIGACIÓN EN FARMACIA

Teléfono de Contacto: 943788829



MINISTERIO
RED PACIF.
G. & COL.
Q.F. Isabel Acuña Moreno
QUÍMICO FARMACÉUTICO
C O F P 09808

Av. Jose Pardo Nro. 4199 A.H. San Juan
Chimbote - Perú
Teléfono: (043) 351253
Web Site: www.uladech.edu.pe

Anexo 8.2. Declaración de consentimiento informado

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico

Declaración del paciente:

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

* NOMBRE DEL PACIENTE: _____

* DIRECCION: _____

* TELEFONO: _____

*FIRMA: _____

* DNI: _____

* NOMBRE DEL QUIMICO FARMACÉUTICO Jr: _____

* TELÉFONO: _____

*FIRMA: _____

*DNI: _____

*FECHA: ____ / ____ / ____

*FECHA: ____ / ____ / ____

*Campos obligatorios

Anexo 8.3. Ficha farmacoterapéutica. (Instrumento de recolección de información)

FICHA FFT NO 01. INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF/Hospital/Centro/Puesto de Salud de.....

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

1.1.- DATOS PERSONALES

NOMBRE: _____ SEXO: ____
 DIRECCION: _____ ZONA: _____
 TELÉFONO DOMICILIO: _____ OTRO _____ (MAIL): _____
 FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD: ____ ANOS:
 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.- PARAMETROS DE SEGUIMIENTO:

VISITA N°:	1	2	3	4
FECHA				
PRESION 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.

Nº	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

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

PRESCRIPCIÓN				DISPENSACIÓN			USO DEL PACIENTE						
CIE 10	ATC	NOMBRE DEL MEDICAMENTO (tal cual fue prescrito comercial o DCI)	DCI del prescrito	NOMBRE DEL MEDICAMENTO (tal cual fue dispensado)	DCI del dispensado	Forma Farmacéutica y concentración.	A: DOSIS (mg)	B: FREC. DE DOSIS x DIA(h)	Horario de la medicación	C: Total Días que debe tomarse el med. (días).	Total de medicamento DISPENSADO:	FEC HA DE DISP	OBSER VACIÓN

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

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, SENSACION 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 quien 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?	TELEF	Molesta ahora? Qué hace para solucionar la molestia.	Toma medicamentos 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.*

1.10. ANTECEDENTES FAMILIARES DE MORBILIDAD:

ENFERMEDAD	MADRE	PADRE	HERMANOS	OTROS
HIPERTENSIÓN				
DIABETES				
ET ATESTEROL				
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:

PACIENTE COD. N°:
NOMBRE:

FECHA:

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

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

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:

2.3. MEDICAMENTOS QUE TIENE, NO TOMA Y **NO DEBE TOMAR** (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. En esta lista están los medicamentos que el Farmacéutico recomendó no tomar y los dejó en una bolsa negra lacrada.

COD INTERV:

FICHA FFT N° 03. Guía Anatómica de repaso para Identificar Problemas de Salud. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF /Hospital/Centro/Puesto de Salud de.....

PACIENTE COD. N°:
NOMBRE:

FECHA:

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

- PELO:
- CABEZA:
- OIDOS, OJOS, NARIZ, GARGANTA:
- BOCA (llagas, sequedad...):
- CUELLO:
- MANOS (dedos, uñas...):
- BRAZOS Y MÚSCULOS:
- CORAZÓN:
- PULMÓN:
- DIGESTIVO:
- RIÑÓN (orina...):
- HIGADO:
- GENITALES:
- PIERNAS:
- PIÉS (dedos, uñas):
- MÚSCULO ESQUELÉTICO (gota, dolor espalda, tendinitis...):
- PIEL (sequedad, erupción...):

- ALTERACIONES PSIET ATÓGICAS (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:

Ficha FFT N° 04. Hoja Guía 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* O MORBILIDAD**	FFPP	DOSIS REC.	FREC. DE DOSIS/DIA	FECHA DE PRESCR.

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

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

4.2.- DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL PRM:

PRM	Descripción	PRM	Descripción
1. Administración errónea del medicamento:		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:

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

Nº	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:

4.4. QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRM.

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

TABLA N°4.4. CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACEUTICAS

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 las estrategias farmacológicas.	4	Añadir un medicamento(s)	Incorporación de un nuevo medicamento que no utilizaba el paciente.
	5	Retirar un medicamento(s)	Abandono de la administración de un determinado(s) medicamento(s) de los que utiliza el paciente.
	6	Sustituir un medicamento(s)	Reemplazo de algún medicamento de los que utilizaba el paciente por otros de composición diferente, o bien de diferente forma farmacéutica o vía de administración.
	7	Sugerir una alternativa Farmacéutica en DCI (s)	Reemplazo de algún medicamento de los que utilizaba el paciente que fue prescrito en nombre comercial, por una alternativa farmacéutica en DCI.
Intervenir sobre la educación al paciente	8	Disminuir el incumplimiento involuntario (educar en el uso del medicamento)	Educación en las instrucciones y precauciones para la correcta utilización y administración del medicamento.
	9	Disminuir el incumplimiento voluntario (modificar actitudes respecto al tratamiento).	Refuerzo de la importancia de la adhesión del paciente a su tratamiento.
	10	Educar en medidas no farmacológicas.	Educación del paciente en todas aquellas medidas higiénico-dietéticas que favorezcan la consecución de los objetivos terapéuticos.

COMENTARIO:

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

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

4.6. RESULTADO:

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

¿QUÉ OCURRIÓ CON LOS PRMs QUE NO SE RESOLVIERON?

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

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

COD INTERV:

Ficha FFT N° 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
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 de la visita de cierre de la Intervención (visita domiciliaria):

COD INTERV:

Anexo 8.4. Test de SF-12 para determinar la medición de la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

CUADRO Nº 04

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

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ COD° _____
 FIRMA: _____ FECHA: ____/____/____

COD INTERV:

INSTRUCCIONES :

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

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1) Si 2) No

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

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

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

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

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

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

9. Se sintió calmado y tranquilo?

10. Tuvo mucha energía?

11. Se sintió desanimado y triste?

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

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

Anexo 8.5. Equipo utilizado para la medición y control de los niveles de glucosa en sangre.



Anexo 8.6. Fotos

FIGURA N° 05. Ubicación geográfica del Centro de salud Coishco, Distrito de Coishco. (Panamericana antigua 567)



FIGURA N° 06. Fotografía del Centro de salud Coishco, Distrito de Coishco.

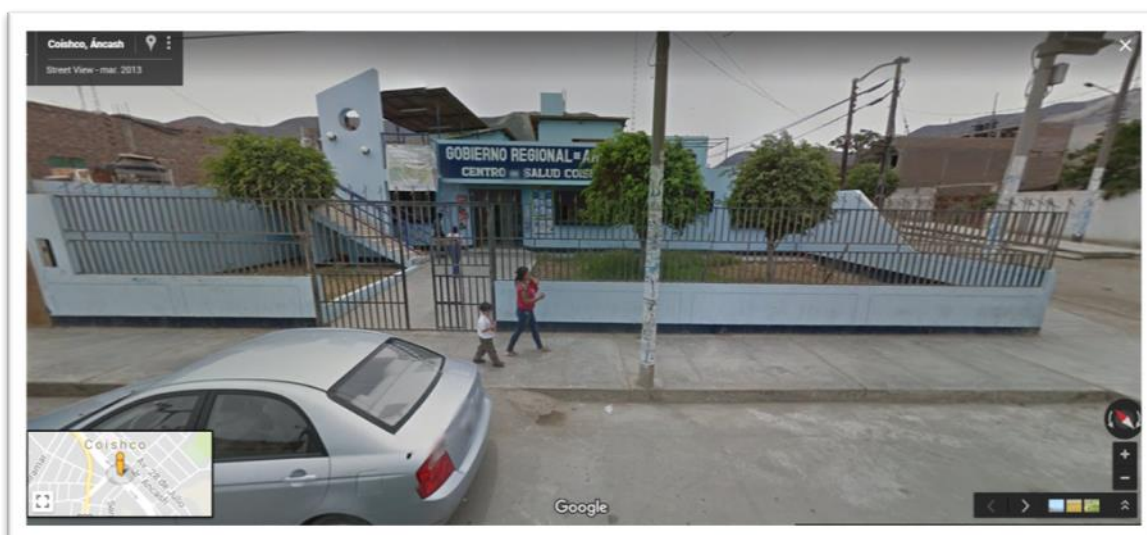


FIGURA N° 07. Tomando muestra de sangre con ayuda del glucómetro.



FIGURA N° 08. Medicamentos consumidos por automedicación.

