

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

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

**“EFICACIA DE UN PROGRAMA PILOTO DE
SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO SOBRE LA
ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL”. CENTRO DE SALUD
MIRAFLORES ALTO, DISTRITO DE CHIMBOTE.
SANTA. ANCASH. ABRIL - JULIO 2017.**

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

AUTOR

**SHEEN ZÁRATE ELENA
ORCID: 0000-0002-8431-372X**

ASESOR

**ZEBALLOS ESCOBAR, LIZ ELVA
ORCID: 0000-0003-2547-9831**

CHIMBOTE- PERÚ

2020

EQUIPO DE TRABAJO

AUTOR

Sheen Zárate Elena

ORCID: 0000-0002-8431-372X

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Bachiller, Chimbote, Perú

ASESOR

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

DIAZ ORTEGA, JORGE LUIS

ORCID: 0000-0002-6154-8913

RAMIREZ ROMERO, TEODORO WALTER

ORCID: 0000-0002-2809-709X

RODAS TRUJILLO, KAREM JUSTHIM

ORCID: 0000-0002-8873-8725

JURADO

DIAZ ORTEGA, JORGE LUIS

ORCID: 0000-0002-6154-8913

RAMIREZ ROMERO, TEODORO WALTER

ORCID: 0000-0002-2809-709X

RODAS TRUJILLO, KAREM JUSTHIM

ORCID: 0000-0002-8873-8725

TÍTULO

“EFICACIA DE UN PROGRAMA PILOTO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO SOBRE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL”. CENTRO DE SALUD MIRAFLORES ALTO, DISTRITO DE CHIMBOTE. SANTA. ANCASH. ABRIL – JULIO 2017.

AGRADECIMIENTO

En primera instancia agradezco en la mayor parte a Dios por permitirme vivir, disfrutar la vida con buena salud; por guiarme; darme la sabiduría y decisión para poder culminar esta carrera.

Agradezco a mi papito Carlos por haberme brindado la oportunidad de estudiar ya que sin él no podría haberlo hecho. A ti mamá que a pesar de todo eres mi más grande ejemplo de mujer.

Finalmente agradezco a mi Asesor de Tesis por darme la capacidad y conocimiento científico; y por la paciencia durante todo el desarrollo de la tesis.

A todos ustedes gracias, porque sin su apoyo no estaría aquí culminando esta carrera profesional y recibíendome como una futura Química Farmacéutica.

DEDICATORIA

Mi tesis la dedico con todo el amor a mis padres, Carlos y Loena por ser siempre mi motivación para seguir adelante, por ustedes todo, como siempre digo lo mejor para los mejores.

A mis hermanas Mariuxy y Garletty. A ti Maru por ser directa en decirme las cosas, sin darte cuenta siempre me ayudabas a tomar las mejores decisiones. A mi pronta colega Garle que a pesar de la distancia me has motivado en poder estudiar y culminar esta carrera, para empezar todos nuestros proyectos juntas.

A mi sobrina Lorena te dedico esto con todo el cariño, porque así no lo notes quiero ser tu motivación y ejemplo para que puedas cumplir todas tus metas, quiero ser tu apoyo para que te conviertas en una gran persona y seas el mejor ejemplo para tus dos hermanitos pequeños.

A mis tres amores, Josselyn, Liam Paul y Leonel, a ustedes que con tan solo mirarlos me inspiran a superarme cada día más y así poder ir contra todo en la vida.

EPIGRAFE

“Algunas personas quieren que algo ocurra, otras sueñan con que pasara, otras hacen que sucedan”.

Michael Jordan

INDICE

AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA.....	vi
RESUMEN.....	xi
ABSTRAC.....	xii
I. INTRODUCCIÓN.....	12
1.1. Objetivo general	13
1.2. Objetivos específicos.....	13
II. REVISIÓN DE LITERATURA	14
2.1. ANTECEDENTES	14
2.2. BASES TEÓRICAS	16
2.2.1. Hipertensión Arterial.....	16
2.2.2. Adherencia terapéutica.....	18
2.2.3. Factores que influyen a la adherencia terapéutica	18
2.2.4. Métodos para medir la adherencia terapéutica	22
2.2.5. Centro de Salud Miraflores Alto	24
III. HIPÓTESIS	25
3.1. HO: HIPÓTESIS NULA.....	25
3.2. H1: HIPÓTESIS ALTERNATIVA	25
IV. METODOLOGÍA.....	26
4.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	26
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	27
4.3. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLE....	29
4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	30
4.4.1. Técnicas.....	30
4.4.2. Instrumentos para medir la adherencia terapéutica	34
4.5. PLAN DE ANÁLISIS.....	36
4.6. MATRIZ DE CONSISTENCIA	38
4.7. CRITERIOS ÉTICOS.....	39
V. RESULTADOS.....	40
5.1. RESULTADOS.....	40
5.1.1. Resultados sobre los diagnósticos identificados y los medicamentos utilizados por los pacientes durante el proceso de seguimiento farmacoterapéutico.....	40
5.1.2. Resultados sobre los niveles de adherencia al tratamiento durante el proceso de seguimiento farmacoterapéutico.....	42

5.2. ANÁLISIS DE RESULTADO	45
5.2.1. Resultados sobre los diagnósticos identificados y los medicamentos utilizados por los pacientes durante el proceso de seguimiento farmacoterapéutico.	45
5.2.2. Resultados sobre los niveles de adherencia al tratamiento durante el proceso de seguimiento farmacoterapéutico	46
VI. CONCLUSIONES	49
6.1. CONCLUSIONES	49
6.2. ASPECTOS COMPLEMENTARIOS	50
6.2.1. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES	50
6.2.2. LIMITACIONES	50
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
VIII. ANEXOS	64

INDICE DE CUADROS, TABLAS Y GRÁFICOS

CUADRO 01. Esquema del modelo de intervención farmacéutica con diseño descriptivo.

CUADRO 02. Criterio para calificar la adherencia o cumplimiento de los pacientes.

TABLA 02. Medicamentos prescritos y no prescritos durante el proceso de intervención.

TABLA 03. Resultados del Test de Morisky para medir la adherencia terapéutica.

TABLA 04. Valoración estadística del cambio de la conducta de los pacientes hacia la adherencia, en cada una de las preguntas del test de Morisky.

TABLA 05. Evaluación de los niveles de adherencia, según las respuestas del test de Morisky antes y después de la intervención terapéutica.

GRAFICO 01. Evaluación de los niveles de adherencia, según las respuestas del test de Morisky antes y después de la intervención terapéutica.

RESUMEN

El seguimiento farmacoterapéutico (SFT) es una situación de bienestar para ayudar a la naturaleza del problema. Para los especialistas en drogas, el SFT se ha convertido en uno de los objetivos de expertos más fervientes. Aquí se pondrá en práctica una intervención farmacéutica dirigida a una porción de enfermos con diagnóstico confirmado de hipertensión arterial (HTA). Se medirán las variables al comienzo y al término de procedimiento, para evaluar estadísticamente los cambios de adherencia producidos por la intervención farmacéutica. El objetivo es determinar la eficacia de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial en el centro de salud Miraflores Alto, Distrito de Chimbote. Santa. Ancash. Abril – Julio 2017. La presente investigación es de nivel experimental, sub nivel pre experimental con enfoque cuantitativo en la que se pondrán en práctica modelos de intervención farmacéutica mediante la eficacia del Seguimiento Farmacoterapéutico sobre la adherencia a medicamentos en pacientes con hipertensión arterial antes y después de la intervención. Con la información que se recogió de los resultados del Test de Morisky y Green Levine, obtuvo una adherencia terapéutica comparada antes (8.3%) y después (58.3%) indicando una alta adherencia terapéutica. En conclusión los problemas de salud y medicamentos utilizados se llegaron a identificar y hubo una mejora en la eficacia del programa de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial.

Palabras claves: *Adherencia Terapéutica, Hipertensión Arterial (HTA), Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), Test de Morisky y Green Levine.*

ABSTRAC

Pharmacotherapeutic follow-up (SFT) is a wellness situation to help the nature of the problem. For drug specialists, the SFT has become one of the most fervent expert targets. Here a pharmaceutical intervention will be put into practice aimed at a portion of patients with a confirmed diagnosis of arterial hypertension (HBP). The variables will be measured at the beginning and at the end of the procedure, to statistically evaluate the changes produced by the pharmaceutical intervention. The objective is to determine the efficacy of a pilot program of pharmacotherapeutic follow-up on therapeutic adherence in patients with arterial hypertension at the Miraflores Alto health center, District of Chimbote. Santa Ancash. April - July 2017. This research is at an experimental level, a pre-experimental sub-level with a quantitative approach in which pharmaceutical intervention models will be put into practice through the effectiveness of Pharmacotherapeutic Follow-up on drug adherence in patients with arterial hypertension before and after of the intervention. With the information collected from the Morisky and Green Levine Test results, he obtained a therapeutic adherence compared before (8.3%) and after (58.3%), indicating a high therapeutic adherence. In conclusion, the health problems and medications used were identified and there was an improvement in the effectiveness of the Pharmacotherapeutic Follow-up program on therapeutic adherence in patients with arterial hypertension.

Key words: Arterial Hypertension (HT), Morisky and Green Levine Test, Pharmacotherapeutic Follow-up (SFT), Therapeutic Adherence.

I. INTRODUCCIÓN

El seguimiento farmacoterapéutico (SFT) es una situación de bienestar que ayuda y supervisa a los pacientes a estar pendientes de la toma de sus medicamentos. Para los especialistas en drogas el SFT se ha convertido en uno de los objetivos más urgentes. Después de la pérdida de la propiedad selectiva de la Oficina Farmacéutica como una comunidad de distribución para las especialidades farmacéuticas, el profesional experto se ha dirigido al paciente que usa los medicamentos, en otras palabras, el farmacéutico que requiere la potestad es un experto en bienestar sanitario en la evaluación, el diagnóstico y la anticipación de los problemas que surgen en los pacientes que usan medicamentos. ^(1,2)

El farmacéutico demostrará como la implementación del programa de Seguimiento Farmacoterapéutico esta competente para adquirir datos específicos sobre los pacientes que deben ser evaluados, clasificados para transformador los datos en métodos útiles para el registro de información. ^(3, 4,5) Del mismo modo se convertirá en un encuentro útil para comprobar sus técnicas como químico farmacéutico en la determinación de adherencia terapéutica. ⁽⁶⁾

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 la adherencia terapéutica. Así mismo las bases teóricas recogen elementos que permiten afirmar que los objetivos del proyecto tendrán independientemente de la calidad del profesional, un valor intrínseco positivo sobre el cumplimiento terapéutico, hábitos saludables de vida y el mejoramiento de los indicadores fisiológicos de la enfermedad. ^(7, 8,9)

Se puso en práctica una metodología basada en una intervención farmacéutica dirigida a una porción de personas con diagnóstico confirmado de HTA ^(6,10). Antes de la intervención farmacéutica se midieron variables e indicadores relacionados con la adherencia terapéutica. Al término de la experiencia las variables serán medidas de nuevo con el mismo Test de Morisky Green Levine nuevamente para evaluar estadísticamente los cambios producidos por la intervención farmacéutica. ^(1,11, 12, 13)

En la presente investigación estuvo orientada a determinar:

- ¿Cuál es el nivel de eficacia de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia terapéutica de pacientes con hipertensión arterial que reciben tratamiento en el Centro de Salud Miraflores Alto?

1.1. Objetivo general

- Determinar eficacia de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial en el Centro de Salud Miraflores Alto, Distrito de Chimbote. Santa. Ancash. Abril – Julio 2017.

1.2. Objetivos específicos

- Identificar los problemas de salud y medicamentos utilizados durante el seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes hipertensos.
- Determinar los niveles de adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos intervenidos.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES

Las prácticas de atención farmacéutica distintivas se basaron en un desarrollo farmacoterapéutico y en algunos entornos se han demostrado resultados positivos. Las orientaciones se dirigieron a mejorar la naturaleza del uso de medicamentos y el control de los diversos estados de la patología en los resultados de ámbitos clínicos, humanísticos y monetarios y el fortalecimiento de los expertos farmacéuticos. ^(14,15)

El logro ha tenido en cuenta en la regulación de las presiones arteriales (diastólica y sistólica) ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ y la mejora de la adherencia o la consistencia con las indicaciones médicas ⁽¹⁹⁻²¹⁾. Asimismo, se han obtenido éxito en la captación de calidad de vida y la mejora de la capacidad por el número de habitantes en el trabajo realizado por el especialista en drogas a nivel de comunidad (campo humanístico). ^(13, 15,21-25)

Se ha observado como el impacto de las intervenciones farmacéuticos ha mejorado en el aprendizaje con respecto al paciente, los componentes de riesgo de las dolencias, las características de los medicamentos y el cumplimiento del paciente con la administración farmacéutica. Asimismo, se puede acatar las mejores características de la capacidad física y una disminución poco común de las capacidades de bienestar social, entusiasta y emocional, relacionada probablemente a una atención más notable con respecto al paciente hacia la enfermedad. ^(24,25)

En cuanto al tipo de intervención, Sabater et al. ⁽⁴⁸⁾ desglosaron 2361 hojas de intervención farmacéutica y confirmaron que el 23,6% son más comunes en las de sustitución de medicamentos, seguidas por el 23,5% de la dependencia de la medicina al paciente. Asimismo el 14,8% se vieron la intervención para disminuir la rebeldía

voluntaria, el 14,6% hacia la retirada de un medicamento y el 13,4% hacia el ajuste de la porción de dosis. ⁽²⁶⁾

El resto de los tipos de mediación se caracteriza por: el 3,4% de enseñanza en medidas no farmacológicas, el 3,4% de disminución de la rebeldía automática, el 2,2% por cambio de la dosis y el 1,2% por ajuste de la guía de administración. Existen numerosas confirmaciones sobre los resultados positivos logrados a través de la presentación de los programas de SFT en todas las dimensiones de atención clínico social y ambulatorios ⁽²⁷⁾. Del mismo modo, es valioso para un dispositivo mejorar la dimensión de morbilidad provocada por el uso de medicamentos con varias patologías constantes o intensas, transmisibles o no. ^(28,29)

En el efecto del SFT existe evidencia sobre la adherencia de pacientes hipertensos. Bonet y García-Jiménez concluyen que el SFT es útil para la persistencia en la adherencia al tratamiento antihipertensivo. ⁽²⁾

Así mismo, Flores concluye que el método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico es un método práctico para, identificar, resolver y prevenir en forma sencilla y práctica los resultados negativos de la medicación, ya sean manifestados o no manifestados, en cualquier tipo de paciente con hipertensión arterial en tratamiento ambulatorio. Que es útil para el diagnóstico de una gran cantidad de problemas relacionados con medicamentos causados por incumplimiento de la terapia por parte del paciente y que el seguimiento farmacoterapéutico permitió mejorar el uso de los medicamentos y la adherencia, llegándose a obtener cifras de presión arterial normal en más del 90% de los pacientes al final del estudio. ⁽³⁰⁾

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica ⁽³¹⁾. Según el sexto reporte del Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure de los Estados Unidos (JNC VII) se considera que una persona mayor es hipertensa cuando se produce una elevación persistente de la PAS (presión arterial sistólica) mayor o igual de 140 mm Hg y/o una elevación de la PAD (presión arterial diastólica) mayor o igual de 90 mm Hg. ⁽³²⁾

Cada dos de tres personas (68,4%) se le diagnostica hipertensión arterial, del 68,4% el 53,6% recibió el tratamiento apropiado y se alcanza solo el 27 % de control en los pacientes hipertensos ⁽²⁰⁾. Según Rojas ⁽⁷⁾ en Chile y Agusti ⁽³⁾ en Perú el 40 y 55 % la mayoría de pacientes no son conscientes que están cursando la enfermedad crónica de hipertensión arterial ya que no sienten síntomas.

La edad, el sexo (el mayor número es el sexo femenino), la raza (mayor en negros) y el nivel socioeconómico (prevalece en el nivel socioeconómico bajo) son los factores más influyentes de la HTA. También se han estudiado otros factores como el sobrepeso, la ingesta de sal, el consumo excesivo de alcohol y tabaco y el sedentarismo. ^(33,34)

Para evitar cambios en la tensión arterial las recomendaciones más útiles deben ser sobre la toma de medida de los valores normales que ocurren justamente por la prevención y control de los factores de riesgo ⁽³⁴⁾. Sin embargo la perspectiva del manejo ha pasado de ser un objetivo por sí mismo a convertirse en un factor de riesgo que debe evitarse y controlarse para evadir la presencia de enfermedades que incluyen daños cardiovasculares, cerebrales, renales u oculares. ⁽³⁵⁾

El objetivo más importante de los medicamentos antihipertensivo es siempre obtener valores menores de 140/90 mm/Hg de tensión arterial, para evitar riesgos de morbilidad y mortalidad cardiovascular asociada, vascular periférica, enfermedad renal y episodios cardiacos cerebrales, por lo que es preciso tratar todos los factores de riesgo que se puedan modificar y también las comorbilidades. ⁽³⁶⁾

El Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión arterial ⁽³⁶⁾ y otros ^(23, 30), en cuanto al manejo farmacológico recomiendan flexibilidad, pues se necesita idoneidad y responsabilidad del médico al saber con qué fármacos debe iniciar su paciente. Es válido iniciar el tratamiento con diuréticos tiazídicos, β -bloqueantes, antagonistas del calcio, inhibidores de la enzima convertidor de angiotensina (IECA), antagonistas del receptor AT-1 de la angiotensina II, bloqueantes α -adrenérgicos, agentes de acción central o combinar fármacos fijos a bajas dosis. Se ha cuestionado también sobre la seguridad de los α -bloqueantes, antagonistas del calcio y β –bloqueantes, pero para el uso cotidiano no pueden ser descartados ya que fisiopatológicamente son de interés para el tratamiento en algunos diagnósticos. ^(24, 35,37)

Según Agusti ⁽³⁾, en Perú el 82,2% de los hipertensos toman inhibidores de la enzima convertidor de angiotensina (IECA), el 12% toma los calcio antagonistas dihidropiridínicos y los restantes toman otro tipo de hipotensores.

Sin embargo, un problema mundial de gran magnitud de la no-adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial. Esto estadísticamente se ve reflejado en los países desarrollados con un 50% de promedio en la adherencia a la terapéutica, mientras en los países en desarrollo el promedio es menor ⁽³⁸⁾. Como resultado tiene el incumplimiento de los fines sanitarios, mayor costo en la salud, mayor suceso en complicaciones de la misma enfermedad, finalmente se agrava la enfermedad y muerte ⁽⁶⁾. Por ende, se afirma

que la adherencia deficiente a los tratamientos de largo plazo, compromete su efectividad, y eso es fundamental para la salud de la población, desde el punto de vista de calidad de vida y la economía en salud. ^(30,39)

2.2.2. Adherencia terapéutica

En la presente investigación tomamos la idea de Haynes referido por Basterra ⁽⁵⁾ y Libertad ⁽⁴⁰⁾, donde Haynes definió el término “cumplimiento”: “Es el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”.

Con la definición concretamos que se ocupará solo la adherencia relacionada al tratamiento prescrito y toma de comprimidos. Para este concepto utilizaremos los términos cumplimiento terapéutico, cumplimiento de la prescripción, adherencia al tratamiento y adherencia terapéutica con el mismo significado. ^(14, 16)

Respecto a precisar el término adherencia, no existe un consenso universal. En la bibliografía psicológica y médica las diferentes definiciones para describir a la adherencia al tratamiento se distinguen en varios términos: adherencia terapéutica, cumplimiento, adhesión, alianza, colaboración, entre otros, y esto aborda el mismo aspecto; donde esto puede confundir a los profesionales, investigadores y pacientes ⁽⁴⁰⁾.

2.2.3. Factores que influyen a la adherencia terapéutica

Se ha evidenciado que la falta de adherencia terapéutica ocurre en pacientes crónicos hipertensos, implicando una alta probabilidad de empeorar la enfermedad, aumentando los gastos de salud y disminuyendo la calidad de vida de los pacientes, entre otros riesgos.

⁽⁴¹⁾

Hay una serie de factores que al intervenir en el incumplimiento son dependientes de las características del paciente, del médico, del trato médico-paciente, de la enfermedad y del tipo de tratamiento que haya sido elegido por el prescriptor. (22,41)

Las causas más frecuentes y conocidas del incumplimiento terapéutico son: el olvido simple en la toma del medicamento, el desconocer por qué las toma, el temor a presentar efectos secundarios. Sin embargo son demasiadas causas de incumplimiento, establecidas por un pensamiento ilógico del paciente ocasionando un resultado de incumplimiento terapéutico, como por ejemplo, la prescripción en un horario que dificulta su toma al concordar con otras actividades de su vida diaria, el abandono por aparente mejoría clínica, el abandono por demasiadas dosis de medicación, no tomar la medicación durante un viaje, la creencia de que no es necesario tomarla, el presentar la tensión baja según su criterio, no aceptar el diagnóstico, el precio alto de los medicamentos o el no tener la posibilidad de asistir a sus chequeos para recoger las recetas prescritas por su médico. (8, 16,21)

Se consideran obstáculos a los que ayudan a la no adherencia, como ejemplo tenemos: la ausencia de información y la no aceptación sobre la enfermedad padecida y los medicamentos prescritos; el conflicto para recordar el itinerario de la toma de medicamentos prescritos; los efectos adversos producidos o el temor a la aparición de ellos, la ausencia de apoyo social, familiar o sanitario y, finalmente, la elección del paciente sobre el incumplir el tratamiento. (23,27)

Kirscht y Rosenstock referidos por Grau (14) razonaron como determinantes de la adherencia del sistema al tratamiento: causas sociales, las habilidades psicológicas, el marco social, la petición situacional y el sistema de atención con las pacientes. Basterra y Rodríguez Marín referidos por Zambrano plantearon cuatro grupos de factores

determinantes de la conducta de adhesión o no a las prescripciones médicas: la interacción con el profesional sanitario, las características del tratamiento, las características de la enfermedad y los aspectos psicosociales del paciente. ⁽⁴²⁾ Ferrer, Martín y Grau citados por Granados y Roales dicen que es un suceso complejo emitido por el impacto de factores de diversos ambientes como: social, psicológico, económico, propios de la enfermedad, de la medicación y de la organización mundial de salud. ⁽⁴⁾

Para la presente investigación consolidamos en su mayor parte a la propuesta de la Organización Mundial de Salud que proyecta en el informe técnico 6 medidas que interactúan influyentemente sobre la adherencia, las cuales están incorporadas por un conjunto de factores que afectan la facultad de las personas de adherirse a su medicamento prescrito. También según la OMS los factores que afectan la adherencia al tratamiento son: socioeconómicos, demográficos, los relacionados con la enfermedad, con el tratamiento, factores del sistema y el equipo de asistencia sanitaria y vinculados con el paciente. ^(28,43)

Dentro de la Organización Mundial de Salud un factor influyente de la adherencia es el socioeconómico, este se caracteriza como un factor autónomo, no obstante, las familias con un bajo nivel socioeconómico de países en desarrollo, tienden a preferir entre realizar sus necesidades esenciales (la alimentación y el vestuario), contra la obtención de medicinas que no puede cubrir el sistema de salud, como es en el caso de Chile, donde la prescripción farmacológica es limitada en clase de medicación, como presentaciones y propiedades farmacológicas de moderna generación. Otros factores socioeconómicos engloban el desempleo, analfabetismo, nivel bajo de educación, las insuficientes grupos de apoyo, el costo significativo de ciertos medicamentos, la cultura y las opiniones conocidas acerca de la hipertensión y medicación. ^(12,14. 39, 43-45)

Un factor significativo es también el demográfico, donde sobresale el grupo de mayor edad; y desde la perspectiva epidemiológica, los representa accidentes y enfermedades neoplásicas como motivo de morbilidad - mortalidad a principales enfermedades cardiovasculares. Se dice que alrededor de un 50%, las prescripciones farmacológicas estarían destinadas a esta porción de edad, a pesar de encarnar cerca del 12-18% del grupo mundial, fenómeno del cual Perú no se descarta, con prácticamente el 20% del total de población. ^(9, 11, 12, 44)

Aunque apenas se hicieron investigaciones con relación a los factores respectivos con el sistema de salud, está demostrado que una relación buena entre químico farmacéutico - paciente puede beneficiar la adherencia a la terapia medicamentosa. Esto puede interponerse de manera negativa cuando existe una relación inadecuada entre el químico farmacéutico y el paciente, como la ausencia de preparación del profesional de salud en el control de enfermedades crónicas, la ausencia de incentivo profesional, o baja retroalimentación, el límite restringido del profesional para preparar a los pacientes y proporcionarle seguimiento. ^{((12,14. 39, 44. 45)}

Así mismo las propias exigencias de la enfermedad para el paciente, intervienen en la conducta que tengan hacia la adherencia. La existencia de síntomas, la clase de discapacidad, la velocidad de progresión, la dificultad de la enfermedad y la accesibilidad de los tratamientos efectivos, afecta negativamente a los pacientes para la percepción de riesgo y en la importancia que le permite tener el seguimiento farmacoterapéutico. ^(12,14. 39, 44. 45)

Por otro lado son muchos los factores que son relacionados con el tratamiento como por ejemplo: lo complicado que llega a ser el tratamiento terapéutico, la duración, los cambios de medicamentos, el fallo de estos y los efectos colaterales. ⁽¹⁴⁾

Por último, los factores relacionados con el enfermo son los elementos y herramientas que se necesita para afrontar la enfermedad y la prescripción de los medicamentos. Aquí abarca el conocimiento, creencias, actitudes, interés y perspectivas del paciente. Cada uno de estos factores interactúa de una manera que muestra si cumple cada paciente, exponiendo su conducta hacia la terapéutica. ^(14, 16,39)

2.2.4. Métodos para medir la adherencia terapéutica

Según Nichols ⁽¹⁰⁾ y Márquez ⁽⁴⁶⁾ describen que hay métodos de medida de la adherencia los cuales son directos e indirectos. ^(41, 47,48)

Los métodos directos miden el medicamento, sus metabolitos o marcadores incorporados en ellos, de cualquiera de los líquidos corporales del paciente con hipertensión arterial, y sus niveles plasmáticos donde indican si tomó o no sus medicamentos, pero ese método no se aplica en la vida cotidiana por lo que son costosos y complicados, por ser invasivos y precisar la innovación tecnológica. Por ejemplo, se pueden determinar los niveles de digoxina, teofilina, derivados del gemfibrozilo o la determinación del sodio en la orina. ^(9, 49)

Los métodos indirectos son mucho más fáciles, económicos, que manifiestan el comportamiento de la persona, porque incluyen: las entrevistas con pacientes, el recuento del tratamiento, los apuntes del recuento de comprimidos y evaluar si el estado de bienestar son útiles en atención primaria, aunque puede sobreestimar el cumplimiento. ⁽⁵⁰⁾

Se utilizarán tres métodos indirectos en esta presente investigación. Dos fundamentados por entrevistas clínicas con el método de Haynes-Sackett ⁽⁵¹⁾ y el de Moriski Green Levine ⁽⁵²⁾, y el tercero establecido en recontar los medicamento. Estos métodos se emplearan

para cerciorarse de los resultados de ellos, averiguando cuáles de los métodos es de mayor facilidad de emplear en nuestro sistema de salud, para instituir las ventajas y desventajas del resultado.

El Test de cumplimiento auto-comunicado o test Haynes-Sackett, se constituye de 2 partes. ⁽⁵¹⁾ La inicial consistirá que se evite una interrogante directa al paciente sobre tomar sus medicamentos, ya que directamente respondería que lo está tomando; por eso, debe ser una conversación amable, donde le forjaríamos ver las dificultades que algunos pacientes tienen para tomar su medicamento, introduciendo la siguiente frase: “La mayoría de los pacientes tienen dificultades en tomar todos sus comprimidos.” Subsiguientemente, la 2da parte, se le plantearía la siguiente interrogante: “¿Tiene usted dificultad en tomar todos los suyos?” Si la respuesta llega a ser positiva, se le preguntara de los medicamentos que ha tomado en el último mes. Los pacientes hipertensos con la tasa de cumplidor se sitúan del 80-100%. ⁽⁵¹⁾

El Test de Morinsky-Green y Levine considerará al paciente hipertenso cumplidor si responde correctamente a las 8 preguntas realizadas, de forma cordial entremezcladas, mientras se habla sobre su enfermedad. ⁽⁵²⁾

El método presentado y aprobado por Morisky, Green y Levine ⁽⁵²⁾ se denomina Medication Adherence Scale (MAS), según los citados Sen ⁽⁵³⁾ e Ingaramo ⁽⁵⁴⁾ lo refieren como un método que demuestra su alto potencial predictivo como auto informe sobre el cumplimiento y con la cabida para suponer el control del niveles de la tensión arterial.

El ultimo y tercer método indirecto está fundado en el *Reconteo de Medicamentos*, este método está registrado y aprobado por todos sus escritores. El método es objetivo y fácil. Verificara la cantidad de medicamentos que están en el envase, teniendo en cuenta sus prescripciones y el periodo que paso entre su tratamiento y el recuento. Sabiendo la fecha

que empezó la medicación (tabletas abiertas), se calcularan los medicamentos aparentemente tomados y porcentaje que representara las prescripciones. Entonces así, podrá determinar el % de cumplimiento, según la fórmula dada: ^(40,49)

$$(PC) = \frac{\text{Número total de comprimidos presumiblemente consumidos}}{\text{Número total de comprimidos que debía haber consumido}} \times 100$$

Hipotéticamente, Márquez ⁽⁴⁶⁾ presenta un algoritmo que sugiere que sigan. Para empezar a detectar la no adherencia, recomienda hacer el Test de Haynes-Sackett. En el caso de que el paciente diga ser un *no adherente*, será considerado así. Si alude ser buen *adherente terapéuticamente* y su tensión arterial está controlada, se considerara como tal, puesto que nuestro mayor objetivo es controlar la enfermedad crónica que tiene. Si el paciente dice ser *adherente terapéuticamente* y *no está controlado*, se sospechará no adherencia, ejecutando luego el conteo de medicamentos.

2.2.5. Centro de Salud Miraflores Alto

Esta investigación se desarrolló en el “Centro de Salud Miraflores Alto”, ubicado en el distrito de Chimbote, Av. Pardo al costado de la Madre Campesina. La población que visita el Centro de Salud es de un nivel socioeconómico bajo y medio. Este Centro de Salud cuenta con una farmacia y tiene la presencia de varios Químicos farmacéuticos donde uno es el encargado de ser el director técnico.

III. HIPÓTESIS

3.1. HO: HIPÓTESIS NULA

El programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico no es eficaz en mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes que presentan Hipertensión Arterial desde la farmacia del Centro de Salud Miraflores Alto.

3.2. H1: HIPÓTESIS ALTERNATIVA

Sobre la base de los estudios preliminares se podría afirmar que es eficaz el programa de Seguimiento Farmacoterapéutico para pacientes que presentan Hipertensión Arterial desde la farmacia del Centro de Salud Miraflores Alto.

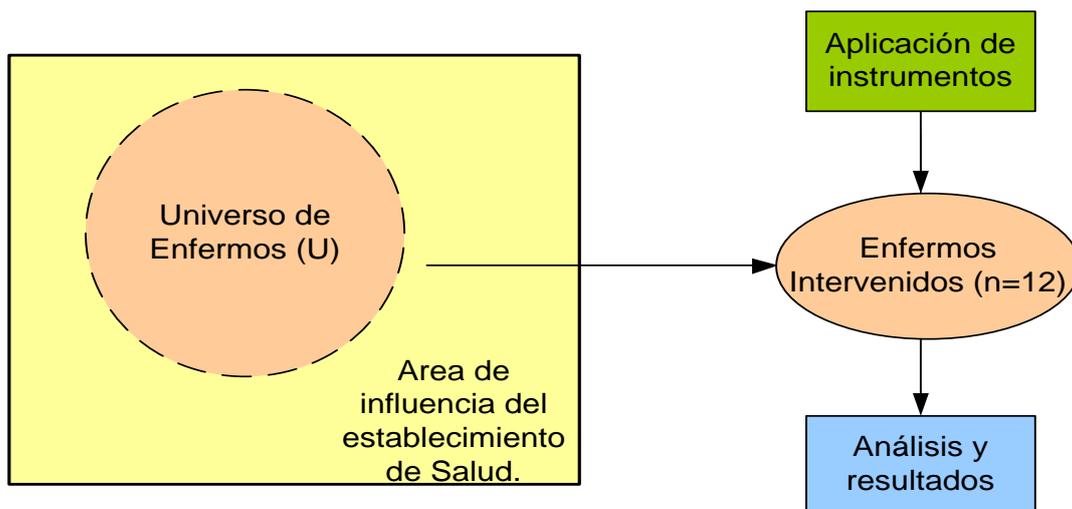
IV. METODOLOGÍA

4.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue de nivel experimental, sub nivel pre experimental, en la que se pusieron en práctica modelos de intervención farmacéutica mediante Seguimiento Farmacoterapéutico sobre la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial antes y después de la intervención.

Los resultados de la intervención fueron evaluados mediante estadística descriptiva e inferencial por lo que el tipo de la investigación en cuanto al tratamiento de los resultados, fue cuantitativo.

Cuadro 01. Esquema del modelo de intervención farmacéutica con diseño descriptivo.



Fuente: Elaboración propia

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio estuvo conformado por aquellos pacientes atendidos de manera regular en la Farmacia del Centro de Salud Miraflores Alto. Los pacientes que formaron parte de la muestra de investigación fueron aquellos que al momento de la propuesta del servicio en la farmacia, estuvieron a punto de empezar una prescripción facultativa para consumir por un tiempo determinado, por lo menos un medicamento destinado a tratar la hipertensión.

La prescripción de medicamentos utilizada por los pacientes debió estar determinada por la práctica habitual de la medicina y claramente dissociada de la intención de incluir al paciente en el estudio.

Los pacientes de la muestra de investigación se autoseleccionaron entre aquellos que visitaron la Farmacia durante el mes, cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron libremente ingresar al programa de SFT mediante la firma de un documento de consentimiento informado. El número final de pacientes de la muestra fue prefijado arbitrariamente en 12 pacientes.

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

- Pacientes hipertensos primarios adultos entre 45 y 65 años que visiten el establecimiento farmacéutico durante el periodo de captación en busca de medicación para el tratamiento de la enfermedad.
- Los pacientes siguen una prescripción para el tratamiento de hipertensión con una antigüedad no mayor a 3 meses, evidenciada con receta médica.
- Los pacientes siguen prescripción con medicamentos para la hipertensión.

- Firmen libremente un documento de consentimiento informado.
- Pacientes con capacidad de comunicarse en idioma español de manera autosuficiente.

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

- Capacidad disminuida para comprender o comunicarse.
- Pacientes cuya situación patológica pueda interferir con el seguimiento farmacoterapéutico.
- Imposibilidad de otorgar consentimiento informado.
- Pacientes gestantes.
- Pacientes participantes en otros estudios de investigación en marcha o programas que interfieran con el seguimiento farmacoterapéutico.
- Los pacientes que decidieron no continuar con el programa, o con los cuales sea imposible comunicarse durante el proceso de intervención o fallecen durante la experiencia serán excluidos definitivamente del estudio y reemplazados.

4.3. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLE

Variables	Denominación	Definición teórica	Instrumento	Indicadores
Variable Independiente	Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico	El SFT es una variable independiente administrada a los pacientes para diagnosticar, tratar y/o prevenir PRM, no adherencia de los medicamentos. El SFT se aplica mediante una intervención profesional en una secuencia de actividades en cinco fases conducidas por el Farmacéutico y dirigidas al paciente y/o prescriptor.	El instrumento del SFT es la Ficha Farmacoterapéutica (FFT) (Anexo N° 03) donde se registra la evolución del proceso. Se consignan datos del paciente, morbilidades, uso de medicamentos, costumbres y otros.	Medicamentos utilizados. PRMS, diagnosticados, Tipo de intervenciones, Canales de comunicación usados,
Variable Dependientes	Adherencia al tratamiento	Se caracterizó por la conducta del individuo está de acuerdo con las sugerencias, identificado con el bienestar e incorporar la capacidad de los pacientes para ir a los arreglos planificados, tomar los medicamentos, como se demuestra, así se hacen cambios en la forma de vida.	Test de Morisky, Green y Levine (Anexo 04) medido según la Medication Adherent Scale (MAS). Está compuesto 8 singulares preguntas con respuestas dicotómicas	Puntaje= a 0, cumplidor. Puntaje > 1, incumplidor

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

4.4.1. Técnicas

El procedimiento para el levantamiento de información del presente proyecto se hizo en el marco de una metodología de intervención farmacéutica domiciliaria basada en una estrategia de Atención Farmacéutica denominada método Dáder. ⁽⁵⁵⁻⁵⁷⁾

Obtención De Los Pacientes.

El procedimiento consistió en un primer contacto con el paciente para programar con él dos entrevistas domiciliarias en las cuales, en la primera, se recogió información general sobre los medicamentos para, luego del análisis, prepararle información individualizada que se dejó al paciente en una segunda visita. Todo el trabajo se hizo dentro de una estrategia informativa y de servicio paralelas a la aplicación de los instrumentos de medición de los cuales se obtuvo los resultados de la presente investigación.

La primera actividad fue asegurar la participación de un número mínimo de pacientes atendidos de manera regular en el Centro de Salud. La estrategia para lograr el número mínimo de pacientes fue dirigir una propuesta escrita dirigida al responsable del Servicio de Salud solicitando su autorización para desarrollar el proyecto. La propuesta estuvo sustentada en los resultados que permitirán al Establecimiento tener información suficiente para que desarrolle un programa sostenible dirigido a mejorar el cumplimiento terapéutico de pacientes hipertensos.

A través de las listas de atención de pacientes se identificaron aquellos con diagnóstico definitivo de hipertensión que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión de la investigación y que se hayan atendido en el servicio en los últimos dos meses.

Con los listados y el respaldo de la aceptación del Establecimiento de Salud se visitaron los domicilios de los pacientes seleccionados informándoles del servicio. Se les comunico que el objetivo de la investigación está orientado a identificar problemas en la toma de su medicación para la hipertensión y se solicitó su aceptación a participar mediante consentimiento escrito (Ver anexo N°02). Si el paciente aceptaba el trabajo se programaría en conjunto la primera entrevista para el levantamiento de la información.

Primera entrevista.

En la primera entrevista, luego del saludo cordial, se tomó la presión del paciente como acto meramente informativo y de servicio. Se informó al paciente acerca de la lectura de la hipertensión y se sugirió, si es necesario la toma de la medicación regular y la visita al médico tratante. En la primera visita, el profesional investigador se ha abstenido de sugerir modificaciones en los hábitos terapéuticos y se informó al paciente que toda la información necesaria se alcanzará en la siguiente visita luego del levantamiento de información.

Durante la primera visita se llenó una ficha farmacoterapéutica y se revisó los medicamentos disponibles en el hogar, sobre todo aquellos que el paciente indico que los usan para su hipertensión. Se anotó todas las características de los medicamentos y se pregunto acerca de la forma de uso y las pautas posológicas que utilizaron. Se obvió los calificativos acerca de la calidad de la medicación o sobre las costumbres del paciente que puedan afectar el éxito de la medicación. Se realizó con el consentimiento del paciente el procedimiento para contar las existencias de medicamento que el paciente refiere usa para la hipertensión

Finalmente, luego del levantamiento de la ficha farmacoterapéutica se procedió a aplicar el primer test denominado de Haynes-Sackett⁽⁵¹⁾ para medir el cumplimiento terapéutico auto-comunicado. El método se describe más adelante

Análisis de la información de la ficha farmacoterapéutica.

En el intermedio de tiempo antes de la siguiente visita el Investigador, con la información individualizada en la ficha farmacoterapéutica, elaboró un perfil del paciente con el objetivo de identificar problemas asociados con el uso de medicamentos, tal como corresponde a un proceso de intervención farmacéutica descrito en el Método Dáder de Atención Farmacéutica para Paciente Hipertenso^(23, 57).

Así mismo con la información que resulta del conteo de medicamentos se procedió a evaluar el estado del indicador tal como se muestra más adelante en la descripción del instrumento.

Segunda Visita.

Con la información ordenada y los resultados claros por paciente se procedió en la segunda visita. Tal como en la primera, luego del saludo cordial y las muestras sociales de amistad se midió la presión arterial y se informó acerca de la lectura, absteniéndose aún el investigador de hacer comentarios calificativos acerca de las potenciales causas para el mismo.

Luego de la medición de la Presión Arterial se volvió a pedir los medicamentos al paciente, con el argumento de chequear si se registró bien la primera vez y evitar la sospecha en el paciente de que se le está controlando. Con mucho cuidado se anotó la cantidad de medicamento que quedan para saber cuánto consumió desde la última visita y de acuerdo a la pauta posológica prescrita y declarada por el paciente.

Luego se aplicó el test de Morisky – Green – Levine ⁽⁵²⁾ para confirmar el estado del adherencia terapéutica.

Luego del test de Morisky y de una forma distendida el investigador procedió a aplicar el cuestionario para identificar factores particulares que influyen sobre la no adherencia del paciente.

Al término de la encuesta y como parte final de la interacción con el paciente el investigador procedió a informar al paciente acerca de las particularidades de su estado, tomando en cuenta las dos mediciones sucesivas de presión arterial y los resultados de la evaluación de los test de cumplimiento. Si se evidencio con el paciente los potenciales problemas asociados con medicamentos y se le dejo un reporte escrito de las sospechas para que el paciente pueda informarlas en su próximo control con el médico. Si las observaciones fuesen muy graves y comprometieran la salud del paciente se le motivo a recurrir de manera urgente al Servicio de Salud. ⁽⁴⁰⁾

Se dejó además información escrita acerca de hábitos de vida saludables para pacientes hipertensos y se motivó al paciente a respetar las indicaciones médicas y a visitar frecuentemente al facultativo para los controles respectivos.

Se obtuvo los datos que deben ser analizados y necesarios para alcanzar los objetivos de la presente investigación se utilizó la técnica de la entrevista personal domiciliaria apoyada con instrumentos basados en cuestionarios para medir las variables Cumplimiento Terapéutico y Factores que afectan el cumplimiento terapéutico. La técnica utilizada en la entrevista se ajusta a los criterios y pautas explicitadas en los criterios de Atención Farmacéutica Integral, los criterios específicos para brindar Atención Farmacéutica a pacientes hipertensos, y los criterios

de Atención farmacéutica Domiciliaria desarrollados por el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. ⁽⁵⁵⁾

4.4.2. Instrumentos para medir la adherencia terapéutica

Test del cumplimiento auto-comunicado o test Haynes-Sackett ^(48,51)

Este test consta de dos partes. La primera consiste en evitar una pregunta directa al paciente sobre la toma de la medicación, ya que directamente contesto que sí se la toma; para esto, en el entorno de una amable conversación, le hicimos ver la dificultad que los pacientes tienen para tomar su medicación introduciendo la siguiente frase: “La mayoría de los pacientes tienen dificultades en tomar todos sus comprimidos.” Posteriormente, y como segunda parte del test, se le haría la siguiente pregunta: “¿Tiene usted dificultad en tomar todos los suyos?” En caso de respuesta afirmativa, se pregunta sobre los comprimidos tomados en el último mes. Se considera cumplidor aquel hipertenso cuyo porcentaje de cumplimiento auto-comunicado se sitúa en el 80-110%.

Método de Recuento de Comprimidos

Se adaptó para este fin el procedimiento propuesto por Márquez ⁽⁴⁸⁾. En cada visita se solicitó al paciente que exponga a la vista del farmacéutico los medicamentos antihipertensivos. Se tomó como referencia el medicamento principal de aquellos prescritos. No se informó al paciente el objetivo de la revisión. El argumento esgrimido fue asegurar la calidad de los medicamentos.

La posología y la cantidad total de medicamentos prescritos fue la información de referencia. En el primer contacto se anotó el número de comprimidos que mantenía el paciente como cantidad base.

En las visitas subsiguientes se volvieron a revisar los medicamentos. Con mucho cuidado se anotaron las cantidades restantes. Se preguntó al paciente si en el lapso desde la última visita adquirió o recibió más medicamentos. En la visita de cierre se anotó la cantidad final de medicamento en ese momento para calcular el porcentaje de cumplimiento.

Las cantidades consumidas se calcularon sumando la cantidad de medicamento existente en una visita precedente más los medicamentos que dice el paciente que compró en ese lapso, menos la cantidad de medicamento en la visita actual. Así hasta la última visita. Al final se determinó el porcentaje de cumplimiento dividiendo la cantidad total de medicamento consumido por el paciente en el periodo de SFT entre la cantidad total teórica de medicamento que debió consumir en ese mismo periodo según la receta multiplicado por cien.

Se consideró que el paciente fue adherente cuando el consumo real fue mayor al 90% de los comprimidos que se necesitaron consumir según prescripción en el lapso de tiempo de la intervención. Valores superiores o inferiores a estos niveles expresan falta de adherencia (infra o sobre adherencia).

Test de Morisky, Green y Levine ⁽⁵²⁾

Denominado Medication Adherent Scale (MAS) ⁽⁵²⁾ el cual consiste en una escala de 8 ítems con SI y NO como opciones de respuesta. Sumando las respuestas de todos los ítems conduce a un score total que puede ir desde 0 a 1. Cero representa un muy alto cumplimiento o baja no adherencia, mientras que 1 sugiere una no adherencia muy alta o bajo cumplimiento.

La categorización que arroja el test es rígida. Un paciente que responde SI a alguna de las ocho preguntas es considerado definitivamente incumplidor. Los pacientes cumplidores deberían responder NO a las ocho preguntas. El instrumento se aplicará en la segunda visita y tiene un tiempo promedio de aplicación de 7 minutos: ⁽⁵¹⁾ (Anexo 04)

- ¿Algunas veces se olvida usted de tomar sus medicamentos?
- ¿Piense en las dos últimas semanas, si hubo algún día en el cual no tomó sus medicamentos?
- ¿Alguna vez ha dejado de tomar sus medicamentos por le te caían mal, sin decirle nada al médico o tu farmacéutico?
- ¿Cuándo Usted viaja o sale de su casa por largo tiempo se olvida de llevar sus medicamentos?
- ¿Dejó de tomar sus medicamentos ayer?
- ¿Cuándo usted siente que los síntomas de su enfermedad están bajo control deja de tomar su medicación?
- ¿Alguna vez Usted se ha sentido tentado a dejar su tratamiento?
- ¿Cuán frecuente tiene usted dificultades para recordar tomar sus medicamentos?

4.5. PLAN DE ANÁLISIS

La información en las fichas farmacoterapéuticas y el test de Morisky fueron transferidas 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.
- c) Adherencia según el test de Morisky antes y después del SFT

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

CUADRO 02. Criterio para calificar la adherencia o cumplimiento de los pacientes

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

4.6. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA:	OBJETIVOS:	HIPÓTESIS:	METODOLOGÍA:	PLAN DE ANÁLISIS:
<p>– ¿Cuál es el nivel de eficacia de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia terapéutica de pacientes con hipertensión arterial que reciben tratamiento en el centro de salud Miraflores Alto?</p>	<p>1. Objetivo general.</p> <p>Determinar eficacia de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial en el centro de salud Miraflores alto, Distrito de Chimbote. Santa. Ancash. Abril – Julio 2017.</p> <p>2. Objetivos específicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los problemas de salud y medicamentos utilizados durante el seguimiento Farmacoterapéutico a los pacientes hipertensos. • Determinar los niveles de adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos intervenidos. 	<p>Ho: Hipótesis Nula:</p> <p>El programa piloto de seguimiento Farmacoterapéutico no es eficaz en mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes que presentan Hipertensión Arterial desde la farmacia del Centro de Salud Miraflores Alto.</p> <p>H1: Hipótesis Alternativa:</p> <p>Sobre la base de los estudios preliminares se podría afirmar que es eficaz el programa de seguimiento Farmacoterapéutico para pacientes que presentan Hipertensión Arterial desde la farmacia del Centro de Salud Miraflores Alto.</p>	<p>1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN: El diseño de la presente investigación será de tipo descriptivo prospectivo de corte longitudinal de una sola casilla y no probabilístico. Para medir el impacto de la intervención se usará un procedimiento explicativo pre experimental para determinar el estado de la variable: adherencia al tratamiento pre y post intervención (Ver figura N°3).</p> <p>2. POBLACIÓN Y MUESTRA. El universo de sujetos de estudio estará conformado por aquellos pacientes atendidos de manera regular en el EF. Los pacientes que formarán parte de la muestra de investigación serán aquellos que al momento de la propuesta del servicio en la farmacia, estén a punto de empezar una prescripción facultativa para consumir por un tiempo determinado por lo menos un medicamento destinado a contrarrestar una Infección de Vías Urinarias de tratamiento ambulatorio.</p> <p>3. PROCEDIMIENTO. Se recolectaron los datos mediante un proceso de SFT modificado del método DADER (37,69) que se esquematiza en la Figura N°04. En esencia se sigue el procedimiento sugerido con la modificación de la terminología y otros datos que son útiles asociados a nuestra realidad.</p> <p>Las etapas del proceso fueron:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Captación de pacientes 2. Levantamiento de información. Primer estado de situación. 3. Estudio y Evaluación. 4. Intervención. 5. Análisis de Resultados. 6. Segundo Estado de Situación. 	<p>Las tablas para el análisis de data se construyeron con la información registrada en las fichas farmacoterapéuticas. Las tablas fueron confeccionadas en MS Excel:</p> <p>a) Información general de los pacientes (sexo, edad, dirección, teléfono) y tiempos de intervención según canales de comunicación utilizados.</p> <p>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.</p> <p>c) Adherencia según el test de Morisky antes y después del SFT</p>

4.7. CRITERIOS ÉTICOS

El estudio se llevó a cabo siguiendo las normas éticas de la Declaración de Helsinki ⁽⁴⁷⁾. Se realizó con el consentimiento de los responsables de establecimiento de salud de referencia (Anexo 01) . Se reportó las incidencias de las visitas de manera inmediata si se identificaron factores de riesgo agravados que originen la inmediata atención del facultativo. Se reportó informes periódicos y el informe final al establecimiento.

Los datos personales de los pacientes constataron en la ficha farmacoterapéutica más no en la tabla de análisis de datos sólo un número de identificación, sexo y edad. Para la intervención fue necesario conocer su nombre y apellidos y su dirección de correo electrónico de ser posible. Estos datos fueron conocidos por el investigador y por un auxiliar encargado de la aleatorización. Los datos permanecieron en la base de datos informática hasta la finalización del estudio y fue destruida posteriormente al término de la investigación. Por consiguiente, los datos sobre los sujetos recogidos en el curso del estudio se documentaron de manera anónima en la base principal del estudio, y se identificaron mediante un número, sus iniciales y la fecha de nacimiento en una base de datos informática.

A todos los pacientes se les informo del estudio solicitándoles el consentimiento escrito para su inclusión en el mismo. La hoja de consentimiento informado (Anexo N°02) detalla las obligaciones del farmacéutico y las del paciente.

No se modificará la terapia prescrita sin el consentimiento del profesional prescriptor. La investigación solo se llevó a cabo con la aprobación del Comité de Investigación de la Escuela Profesional de Farmacia de la Universidad Los Ángeles de Chimbote.

V. RESULTADOS

5.1. RESULTADOS

5.1.1. Resultados sobre los diagnósticos identificados y los medicamentos utilizados por los pacientes durante el proceso de seguimiento farmacoterapéutico.

Tabla 01.- Distribución de la frecuencia y porcentajes de los Problemas de Salud identificados en los pacientes intervenidos según si fueron diagnosticadas o no.

Programa de SFT sobre la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial”. Centro de Salud Miraflores Alto, Distrito de Chimbote. Santa. Ancash. Abril – julio 2017.

Morbilidad	CIE10	Diagnostico	Fi	%
Diagnosticada	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)	12	48.0
	N41.9	Enfermedad inflamatoria de la próstata, no especificada	1	4.0
	N17.9	Insuficiencia renal aguda, no especificada	1	4.0
	M06.0	Artritis reumatoide seronegativa	1	4.0
	L50.0	Urticaria alérgica	1	4.0
	K 29.7	Gastritis (simple)	1	4.0
	J40	Bronquitis, no especificada como aguda o crónica	1	4.0
	B37	Candidiasis	1	4.0
		Sub total	19	76.0
No Diagnosticada		Edema localizado	2	8.0
		Dolor de garganta	1	4.0
		Dolor de cabeza	1	4.0
		Alergias	1	4.0
		Acidez estomacal	1	4.0
		Sub total	6	24.0
		Total	25	100

Fuente: Elaboración propia (Microsoft Excel)

Tabla 02. Medicamentos prescritos y no prescritos durante el proceso de intervención.

Programa de SFT sobre la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial”. Centro de Salud Miraflores Alto, Distrito de Chimbote. Santa. Ancash. Abril – julio 2017.

Origen del Medicamento	Morbilidad	Denominación en DCI	Fi	Fi	%
Prescritos	Hipertensión arterial esencial (primaria)	Losartan	5	20	51.28
		Enalapril	4		
		Captopril	3		
		ácido acetilsalicílico	3		
		Alprazolam	2		
		Carvedidol	1		
		Furosemida	1		
		Digoxina	1		
Prescritos	Enfermedad inflamatoria de la próstata, no especificada	Tamsulosina Clorhidrato / Dutasterida	1	1.0	2.56
	Artritis reumatoide seronegativa	Naproxeno	1	3	7.69
		hidroxocobalamina	1		
		Diclofenaco	1		
	Gastritis (simple)	hidróxido de aluminio	1	1	2.56
	Urticaria alérgica	Cetirizina	1	1	2.56
	Candidiasis	Fluconazol	1	1	2.56
	Bronquitis, no especificada como aguda o crónica	beclometasona dipropionato	1	2	5.12
salbutamol		1			
Insuficiencia renal aguda, no especificada	sulfato ferroso	1	3	7.69	
	piridoxina	1			
	ácido fólico	1			
		Sub total		32	82.05
Automedicación	Edema localizado	furosemida	2	2	5.12
	Dolor de garganta	eritromicina	1	2	5.12
		amoxicilina	1		
	Dolor de cabeza	ibuprofeno	1	1	2.56
	Alergias	cetirizina	1	1	2.56
Acidez estomacal	Subsalicilato de bismuto	1	1	2.56	
		Sub total		7	17.94
		TOTAL	39	39	100
		X	3		

Fuente: Elaboración propia (Microsoft Excel)

5.1.2. Resultados sobre los niveles de adherencia al tratamiento durante el proceso de seguimiento farmacoterapéutico.

Tabla 03. Resultados del Test de Morisky para medir la adherencia terapéutica. Programa de SFT sobre la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial”. Centro de Salud Miraflores Alto, Distrito de Chimbote. Santa. Ancash. Abril – julio 2017.

PACIENTE	ADHERENCIA ANTES	ADHERENCIA DESPUÉS
1	1	0
2	1	0
3	1	0
4	0	0
5	1	0
6	1	0
7	1	0
8	1	1
9	1	1
10	1	1
11	1	1
12	1	1
NO ADHERENTES	11	5
% NO ADHERENTES	91.7	42.7
Test de McNemar	p=	0.043

Fuente: Elaboración propia (Microsoft Excel)

*1: Paciente incumplidor; 0: Paciente cumplidor
Test de McNemar*

Tabla 04. Evaluación de los niveles de adherencia, según las respuestas del test de Morisky antes y después de la intervención terapéutica. Programa de SFT sobre la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial”. Centro de Salud Miraflores Alto, Distrito de Chimbote. Santa. Ancash. Abril – julio 2017.

NIVELES DE ADHERENCIA		ANTES	%	DESPÚES	%
BAJA	>2	11	91.7	5	41.7
MEDIANA	1 o 2	0	0.0	0	0
ALTA	0	1	8.3	7	58.3
	TOTAL	12	100.0	12	100.0

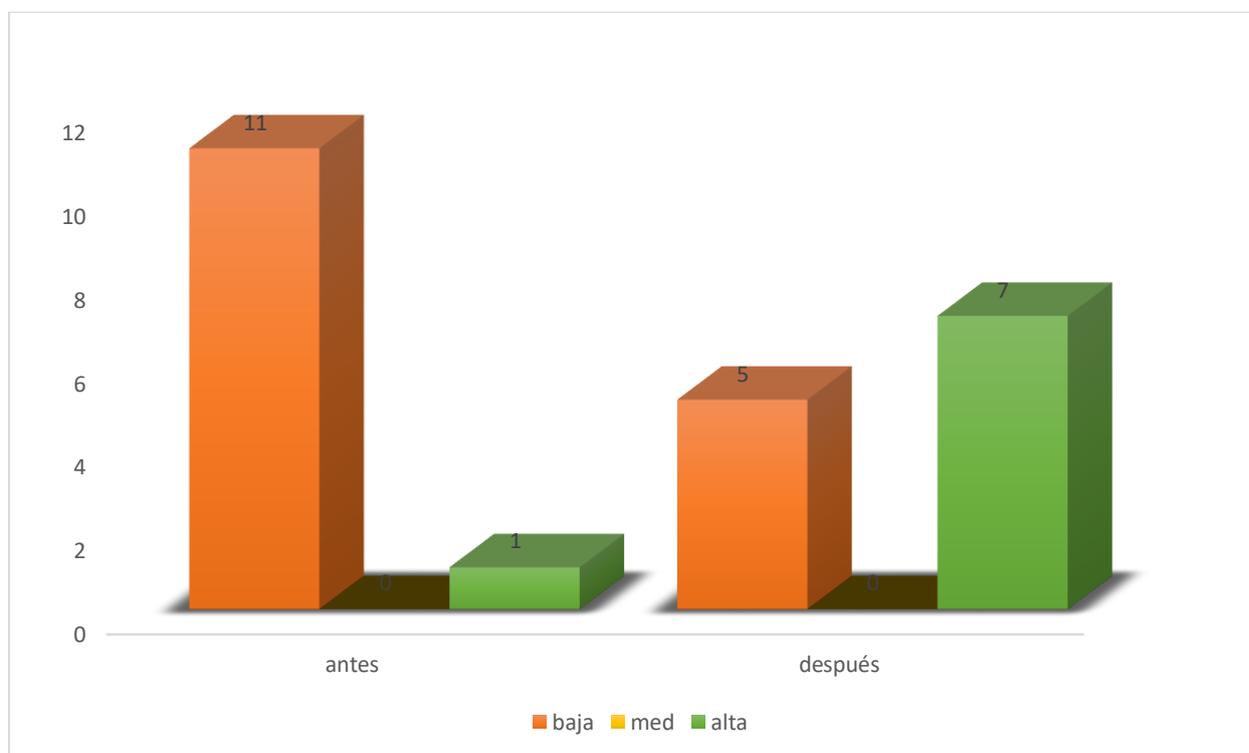


Gráfico 01. Evaluación de los niveles de adherencia, según las respuestas del test de Morisky antes y después de la intervención terapéutica. Programa de SFT para resolver adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial”. Centro de Salud Miraflores Alto, Distrito de Chimbote. Santa. Ancash. Abril – julio 2017.

Tabla 05. Valoración estadística del cambio de la conducta de los pacientes hacia la adherencia, en cada una de las preguntas del test de Morisky. Programa de SFT sobre la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial”. Centro de Salud Miraflores Alto, Distrito de Chimbote. Santa. Ancash. Abril – julio 2017.

	<i>Preguntas del test de Morisky y Green Levine</i>	<i>Antes</i>	<i>Después</i>	<i>p=</i>
1	¿Algunas veces se olvida usted de tomar sus medicamentos?	9	3	.014
2	Las personas no toman sus medicamentos por razones diferentes y a veces tienden a olvidarse. ¿Piense en las dos últimas semanas, si hubo algún día en el cual no tomó sus medicamentos?	8	5	.180
3	¿Alguna vez ha dejado de tomar sus medicamentos por le te caían mal, sin decirle nada al médico o tu farmacéutico?	5	1	.046
4	¿Cuándo Usted viaja o sale de su casa por largo tiempo se olvida de llevar sus medicamentos?	7	2	.025
5	¿Dejó de tomar sus medicamentos ayer?	5	1	.046
6	¿Cuándo usted siente que los síntomas de su enfermedad están bajo control deja de tomar su medicación?	3	0	.083
7	Tomar medicamentos todos los días es muy complicado para mucha gente. ¿Alguna vez Usted se ha sentido tentado a dejar su tratamiento?	5	4	.0317
8	¿Cuán frecuente tiene usted dificultades para recordar tomar sus medicamentos?	4	4	1.000

Fuente: Elaboración propia (Microsoft Excel)

5.2. ANÁLISIS DE RESULTADO

5.2.1. Resultados sobre los diagnósticos identificados y los medicamentos utilizados por los pacientes durante el proceso de seguimiento farmacoterapéutico.

En la Tabla 01, distinguimos 25 enfermedades, dos por cada paciente aproximadamente. El 76% de prescripciones terapéuticas fueron diagnosticados por un médico avalado y el 24% fueron por las manifestaciones o malestares que sentían, no diagnosticadas, que tenían los pacientes en el momento de la acumulación de datos y que podrían ser simplemente por la automedicación que llevaban por aquellos problemas. La OMS estima que hacia el año 2025 existirá un incremento en la prevalencia de las enfermedades crónicas y la hipertensión en el orden de 40% ⁽⁴²⁾.

En general, un número más notable de enfermedades en los pacientes usan más medicamentos y la relación del medicamento se convierte en un peligro más grave de la manifestación de los problemas relacionados a medicamentos, la ausencia de adherencia, interacciones, advertencias, medidas de seguridad, etc. ^(16, 59)

En la Tabla 02, tenemos un total de 39 medicamentos, donde los pacientes tomaron un promedio de 3 de medicamentos (prescritos y no prescritos). Demostrando el uso regular de medicamentos, sin embargo, son patrones de consumo apropiados a pacientes crónicos por edad, estos resultados concuerdan con diferentes estudios realizados, uno de ellos que fue realizado en España sobre enfermedades crónicas y consumo de medicamento en las personas con más experiencia (60 años) demostrando que la población general incorporada al estudio consumía un promedio de 3 medicamentos por día ^(34, 59).

También vemos en la Tabla 02, las prescripciones de DCI más utilizadas fueron losartan, enalapril y captopril. Los medicamentos antihipertensivos más utilizados fueron los IECAs,

que comprenden la línea de medicamentos primarios para pacientes que se determinaron que tenían hipertensión temprana, según lo confirmado por nuestro estudio. ^(56, 60)

5.2.2. Resultados sobre los niveles de adherencia al tratamiento durante el proceso de seguimiento farmacoterapéutico

Según los resultados obtenidos con el Test de Morisky Green Lavine ⁽⁵¹⁾, podemos confirmar que tuvo un efecto positivo ($p = 0,043$) donde mejoró el grado de adherencia al tratamiento después de la intervención, no al 100% como se esperaba pero si a un porcentaje de 58%. Como lo indica el Test McNemar, muestra que si el promedio de significancia (p) está por debajo de 0.05 entonces se dirá que hay menos del 5% de probabilidad de que esté asociado a otro factor con el cambio, es decir, hay más del 95% de probabilidad de que se deba al impacto favorable del desarrollo farmacoterapéutico ⁽⁶⁴⁾.

La Tabla 04, concluye que con los resultados de los 12 pacientes intervenidos, el 91.7% eran no adherentes terapéuticamente, ya sea por no querer cumplir el tratamiento, mentalidad negativa o diferentes factores, al finalizar las intervenciones el resultado disminuyó a un 41.7% de pacientes no adherentes. Con la ayuda de los pacientes hipertensos y las intervenciones, los resultados logrados son notables, razón por la cual muy bien se puede alegar que hay una mejoría en la adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos Según lo indicado por el test Morisky, los resultados obtenidos dio el nivel de adherencia según el Test McNemar con los datos dicotómicos de $p = 0.043$, al comprobar el avance de la conducta interna en la variable del Test (Tabla 05 y gráfico 01) se demuestra el gran avance y cambio de ellos, sabiendo que antes eran 11 pacientes con resultado de baja adherencia (91.7%) ningún paciente con mediana adherencia y 1 de alta adherencia (8.3%); después se logró un gran cambio, habiendo 5 paciente con baja adherencia (41.7%) y 7 pacientes con una alta adherencia (58.3%).

Como lo indica la tabla 04 y el gráfico 01 se analiza el nivel de adherencia de los pacientes según la cantidad de respuestas positivas en las 8 interrogativas. Se consideró que los pacientes puedan tener una adherencia: baja, mediana o alta, ante la posibilidad de que reaccionen de forma positivamente o negativamente a las interrogativas de forma individual. Se muestra en esta tabla que con alta adherencia van de 1 a 7 pacientes. Como lo indica la prueba de Morisky, recomienda no estimar los cambios de comportamientos intermedios entre adherentes y no adherentes, sin embargo la prueba muestra que hay un cambio hacia perspectivas que favorecen la adherencia, lo que podría ser destacable si se procede con la intervención y enseñanza a los pacientes ⁽⁵¹⁾.

Por otra parte se comparó el resultado acumulado de los 12 pacientes por cada pregunta del antes y después de la intervención, para comprobar en cuál de ellas la conducta era más difícil de seguir hacia el cumplimiento; explicando el porqué de los olvidos en la hora dicha por el doctor, el dejar su tratamiento u otros (Ver Tabla 05).

Entonces con respecto a la Tabla 05, la pregunta 01(¿Algunas veces se olvida usted de tomar sus medicamentos?), 9 pacientes revelaron ser no adherentes terapéuticamente lo cual se consiguió modificar a 3 pacientes, los 7 que restaron si empezó a cumplir con su tratamiento. En esa interrogativa el cambio fue significativo con un $p=0,014$.

Entonces Márquez en su estudio constato que en España el 25% de los pacientes relatan que el olvido es la causa más frecuente de su no adherencia ⁽⁶⁵⁾.

Luego la pregunta 02, 8 pacientes revelaron que en las últimas semanas sí se olvidaron en varias ocasiones tomar sus medicamentos, al emplear por segunda vez la prueba de Morisky 5 de ellas volvieron a confirmar que olvidaron la toma de sus medicamentos, restando a 3 personas que cambiaron por cumplir su tratamiento. Teniendo en cuenta que tuvo un promedio significativo de 0,180.

Las preguntas 03 (¿alguna vez ha dejado de tomar sus medicamentos porque le hacían mal, sin comunicarle nada al médico o su farmacéutico?) y 5 (¿Dejo de tomar sus medicamentos ayer?) tuvieron el mismo resultado de 5 pacientes antes y 1 después, llegándose a ver el que dejaban de tomar sus medicamentos días anteriores y el que no le contaban a nadie de que le hacían mal los medicamentos. Esto se toma como un cambio de actitud muy significativo con el promedio de 0.046.

En la pregunta 04, 7 pacientes revelaron olvidar sus medicamentos cuando salían de viaje, se observó que tuvieron un cambio radical puesto que luego de la ejecución del test por segunda vez solo revelaron que 2 olvidaban sus medicamentos, según el promedio del test McNemar es 0.025.

En la pregunta 06, 3 pacientes revelaron que al sentir que sus síntomas estaban bajo control dejaban de tomar su tratamiento, por lo cual eran no adherentes. Al efectuar por segunda vez el test manifestó que ninguno volvió a hacer lo mismo, lo cual fue un cambio realmente significativo según el test de McNemar $p=0,083$.

En la pregunta 07, 5 pacientes se han sentido tentados a dejar sus medicamentos porque descubrían que el tratamiento que tomaban no mejoraba el estado de salud que tenían, entonces en estos pacientes fue importante reforzar la información de su tratamiento y de sus efectos secundarios, solo llegamos a obtener que un paciente logro cambiar ese mal habito y según el test de McNemar la intervención fue no tan significante con un promedio de 0.0317.

Y por último en la pregunta 08, la actitud de los 4 pacientes que respondieron que les dificulta recordar la toma de su tratamiento, no se logró cambiar, lo cual no indicó que mejorara la actitud de los pacientes hacia la eficacia de la adherencia terapeutica, según McNemar la intervención fue no significativa con $p=1$.

Este suceso es memorable debido a que las respuestas expresan una actitud periódica positiva y negativa en el análisis de la medicación entre los pacientes.

Las dificultades para recordar tomar sus medicamentos fue un indicador que no cambio y tuvo un cumplimiento nulo porque en la mayor parte del tiempo no son simplemente los pacientes quienes ocupan la responsabilidad de su medicación, sino recae un tercero sea familiar o amigo. Otra explicación podría ser el problema de los nombres de los medicamentos, en su mayor parte en denominación de genéricos, que no permiten un recuerdo fácil y simple. Algunas veces el color, forma y tamaño pueden ser iguales lo que podría generar confusión para el paciente al intentar reconocer su medicación.

Las observaciones en las literaturas sobre el impacto de la intervenciones farmacéuticas acerca de adherencia al tratamiento según Vivian y Col. ⁽⁶⁶⁾ obtuvo resultados casi iguales a nuestra investigación. Barris ⁽⁵⁵⁾ informa que el 75% de los pacientes con seguimiento farmacoterapeutico con especialistas en medicamentos mantuvieron su cumplimiento terapéutico esencialmente a través de las intervenciones informativas al paciente. Achury ⁽⁶⁷⁾ asegura que los procedimientos del seguimiento permitirían que este se interese en el manejo de su enfermedad aumentando su compromiso y cumplimiento. Blenkinsopp ⁽⁶⁸⁾ incluso asegura que el cumplimiento terapéutico mejora desde la 1era visita informativa.

VI. CONCLUSIONES

6.1. CONCLUSIONES

1. Los problemas de salud y medicamentos en los pacientes intervenidos se llegaron a identificar durante el seguimiento farmacoterapéutico, donde la hipertensión arterial no

era su única enfermedad crónica, pues por eso llegaban a consumir otros medicamentos aparte de los antihipertensivos.

2. El Seguimiento Farmacoterapéutico fue eficaz al determinar los niveles de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos, logrando pasar con el Test de Morisky y Green Levine de un nivel bajo (8,3%) a mejorarlo con un nivel de 58,3% de pacientes adherentes al tratamiento terapéutico.

6.2. ASPECTOS COMPLEMENTARIOS

6.2.1. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

- Se puede diseñar estrategias para la mejora del nivel de adherencia terapéutica, para lograr algo positivo en su tratamiento.
- Incluir más a la familia en la intervención farmacéutica de este tipo de estudios, para poder optimizar el nivel de adherencia de los pacientes hipertensos.
- Implementar un sistema de controlado con las medidas no farmacológicas para la disminución de los valores de la presión arterial.

6.2.2. LIMITACIONES

- Se presentó algunas percances como por ejemplo la organización del tiempo, la habilidad de poder comunicarnos con nuestro paciente, lo cual cada día fue mejorando con la confianza que nos brindaba el mismo.

- La percepción del paciente o mejor dicho de la población en general frente a las actividades que hacemos como profesionales farmacéuticos, es muy complicada y algo negativa, esto puede ser por la conexión que el farmacéutico no llega a tener con los pacientes porque simplemente el sistema de salud ya no los incorpora al equipo.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ocampo P. Implementación y desarrollo de programas de atención farmacéutica en la asistencia sanitaria. Proyecto Fundante de la Línea de Investigación en farmacia. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; Perú: 2012. [citado el 20 de Mayo de 2020]. Disponible en:

<https://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/201%202/01/08/000180/00018020130726054652.pdf>

2. Bonet Rosinach J., García-Jiménez E. Seguimiento farmacoterapéutico desde una farmacia comunitaria en pacientes hipertensos no controlados. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2010 [citado el 21 de Mayo de 2020]; 2(1):6–9. Disponible en: <https://www.farmacuticoscomunitarios.org/es/journal-article/seguimiento-farmacoterapeutico-desde-una-farmacia-comunitaria-pacientes-hipertensos>
3. Agustí CR. Epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú. *Acta Med Peruana [Internet]*.2006 [citado el 21 de Mayo de 2020], 23(2):69-75. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000200005
4. Granados G. Rosales N. Creencias relacionadas con la hipertensión y adherencia a los diferentes componentes del tratamiento. Universidad de Almería, España. 2007 [citado el 20 de Mayo de 2020]; 7(3), 393-403. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2482911.pdf>.
5. Basterra G. El cumplimiento terapéutico. *Pharmaceutical Care España*. 1999 [citado el 20 de Mayo de 2020]; 1: 97-106. Disponible en: <http://www.ub.edu/farmaciaclinica/projectes/webquest/WQ2/docs/basterra.pdf>
- Osterberg L. Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005 [citado el 21 de Mayo de 2020]; 353:487-97. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra050100>
6. Rojas DA. Atención farmacéutica en pacientes hipertensos adultos mayores. Informe de práctica prolongada para optar al título de Químico Farmacéutico

- [Tesis]. Universidad de Chile. Santiago de Chile 2005. [citado el 20 de Mayo de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/105434>
7. Mendoza S., Muñoz PM. , Merino JM. , Barriga OA. Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. Rev Méd Chile. 2006 [citado el 22 de Mayo de 2020]; 134: 65-71. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006000100009
 8. Muñoz Alva M.V. Análisis de la situación de salud del distrito La Esperanza 2008. Perfil Socio-Demográfico, de Morbilidad y Mortalidad y Respuesta Social. 2009 [citado el 26 de Mayo de 2020]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/35576504/Asis-La-Esperanza-2008>
 9. Nichols-English G, Poirier S. Optimizing Adherence to Pharmaceutical Care Plans. J Am Pharm Assoc 40(4):475-485, 2000 [citado el 20 de Mayo de 2020].
 10. Ministerio de Salud del Perú. Estrategia sanitaria nacional de prevención y control de los daños no transmisibles 2004-2012. Plan General. Dirección General de Salud de las Personas. Perú. 2012 [citado el 20 de Mayo de 2020].
 11. Acosta G. Perez G. De la Noval G. Dueñas H. Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. Rev Cubana Enfermería [Internet] 2005 [citado el 20 de Mayo de 2020]; 21(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000300008
 12. Chabot I. Moisan J. Grégoire JP. Milot A. Pharmacist Intervention Program for Control of Hypertension. Ann Pharmacother. 2003; 37: 1186-1193 [publicado en línea: July 10, 2003, citado el 05 Junio de 2020].

13. Grau A, Bayarré V. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario. 2003-2007. Tesis para optar el grado de Doctor en Salud Pública [Tesis]. Ministerio de Salud Pública. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, 2009. [citado el 05 de Junio de 2020]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/documento_de_tesis_para_rcsp_libertadfinal.pdf
14. Garção JA, Cabrita J. Evaluation of a Pharmaceutical Care Program for Hypertensive Patients in Rural Portugal. . American Pharmaceutical Association. 2003 [citado el 20 de Mayo de 2020], 42(6):858-864,
15. Libertad MA, Bayarre VH, La Rosa MY, Orbay MC, Rodriguez AJ, Vento IF, Acosta GM. Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. Rev Cubana Salud Pública 2007 [citado el 20 de Mayo de 2020]; 33 (3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v33n3/spu13307.pdf>
16. Cabiedes ML, Eyaralar RT, Arcos GP, Álvarez de Toledo F, Álvarez SG. Evaluación económica de la atención farmacéutica (af) en oficinas de farmacia comunitarias (PROYECTO TOMCOR). Rev Española Econ Salud 2002 [citado el 20 de Mayo de 2020]; 1(4):45-59. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/238782055_EVALUACION_ECONOMICA_DE_LA_ATENCION_FARMACEUTICA_AF_EN_OFICINAS_DE_FARMACIA_COMUNITARIAS_PROYECTO_TOMCOR
17. Sosa JM, Talledo R, Portugal RM, Jefferson L. Estilos de vida y prevalencia de hipertensión arterial en tres comunidades peruanas. Revista Peruana de Cardiología: 1999 [citado el 20 de Mayo de 2020]; 25:13-7. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=001644&pid=S1728-5917200600020000500003&lng=es

18. Clopes A. Intervención Farmacéutica. Ed. Farmacia Hospitalaria. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. 2015 [citado el 20 de Mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap1314.pdf>
19. Machuca GM, Parras MM. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre Hipertensión. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. España. [citado el 06 de Junio de 2020]. Disponible en: https://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_HIPERTENSION.pdf
20. Mendoza PS, Merino JM, Barriga OA. Identificación de factores de predicción del incumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos de una comunidad del sur de Chile. Revista Panam Salud Publica. 2009 [citado el 10 Junio de 2020]; 25(2):105-12. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v25n2/v25n2a02.pdf>
21. Mulrow DC, Pignone M. Evidence based management of hypertension: What are the elements of good treatment for hypertension? BMJ. 2001 [citado el 10 Junio de 2020]; 322; 1107. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/322/7294/1107>
22. Rodríguez ChM, Rodríguez ChA, Garcia JE. Incumplimiento terapéutico en pacientes en Seguimiento Farmacoterapéutico mediante el método Dáder en dos farmacias rurales. Pharmaceutical Care España 2006 [citado el 12 Junio de 2020]; 8(2): 62-68.
23. Iza-Stoll A. Tratamiento de la hipertensión arterial primaria. Acta Med Per. 2006 [citado el 15 Junio de 2020]; 23(2):93-99. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000200009&lng=es.

24. Hepler CD, Strand LM. Oportunidades y responsabilidades en la Atención Farmacéutica. Pharm Care Esp 1999 [citado el 15 Junio de 2020]; 47:533-543. Disponible en: <https://www.pharmaceutical-care.org/revista/contenido.php?mod=archivobusqueda&menu=3.2&id=242&ti=po=completo>
25. Ayala Liana Y Col. Impacto del seguimiento Farmacoterapéutico en la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con Hipertensión arterial; 2010. [citado el 10 Junio de 2020]; 13(2):77-88. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ciencia/v13_n2/pdf/a05v13n2.pdf
26. Soto V, Zavaleta S, Bernilla J. Factores determinantes del abandono del Programa de Hipertensión Arterial. Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” EsSalud, Chiclayo. Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2002 [citado el 15 Junio de 2020]; 63(3):185 – 190. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/237818941_Factores_determinantes_del_abandono_del_Programa_de_Hipertension_Arterial_Hospital_Nacional_Almanzor_Aguinaga_Asenjo_EsSalud_Chiclayo_2000
27. OMS.OPS. Atención Farmacéutica de pacientes con hipertensión arterial en las Farmacias (AF/HTA). Proyecto de intervención farmacéutica. Foro Farmacéutico de las Américas y OPS/OMS. Washington DC. 2004.
28. Martínez SR, Sánchez Alonso FJ, Baena MI. Efectos de la intervención farmacéutica en pacientes con presión arterial elevada sin tratamiento

- farmacológico. *Seguim Farmacoter* 2004 [citado el 17 Junio de 2020]; 2(3): 181-188. Disponible en: <http://www.cipf-es.org/sft/vol-02/181-188.pdf>
29. Flores L, Segura C, Quesada MS, Hall V. Seguimiento Farmacoterapéutico con el Método Dáder en un grupo de pacientes con hipertensión arterial. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005 [citado el 17 Junio de 2020]; 3(3): 154-157. Disponible en: <http://www.cipf-es.org/sft/vol-03/154-157.pdf>
30. Paez O. Majul C. Riesgo cardiovascular y su relación con las presiones arteriales sistólica, diastólica y diferencial (o presión del pulso). *Boletín del consejo argentino de hipertensión arterial*. Bs Aires. 2002, boletín N02.
31. Patient-reported adherence to guidelines of the Sixth Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Pharmacotherapy*. 2001, 21(7):828-41. [citado el 16 Junio de 2020].
32. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Bethesda, Md: National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health; 2003 [citado el 18 Junio de 2020]. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/seventh-report-of-joint-national-committee-on-prevention-detection-evaluation-and-treatment-high-blood-pressure>
33. Tuesca MR, Guallar CP, Banegas BJ, Graciani PR. Factores asociados al control de la hipertension arterial en personas mayores de 60 años en españa. *Revista Española de Salud Pública*, [Internet]. 2006 [citado el 10 Junio de 2020]; 80(3): 233-242. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272006000300003

34. Pascuzzo LC. Mariagne CN. Terapia farmacológica en hipertensión arterial. Farmacología Básica. Libro de edición digital. Perú. [publicado 28 Enero de 2008, citado el 20 de Junio de 2020]. Disponible en: <http://www.univermedios.com/wp-content/uploads/2018/08/farmacologia-basica.pdf>
35. Órgano Científico de la Sociedad Argentina de Cardiología. Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión Arterial. Revista Argentina de Cardiología. 2018 [citado el 20 Junio de 2020]; 86(2). Disponible en: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2018/10/consenso-argentino-de-hipertension-arterial-2018-2.pdf>
36. Carter BL. Elliott J. The Role of Pharmacists in the Detection, Management, and Control of Hypertension: A National Call To Action. Pharmacotherapy.2000 [citado el 29 Junio de 2020]; 20(2):119-122.
37. Libertad MA. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública 2004 [citado el 29 Junio de 2020]; 30(4). Tomado de : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008
38. Tapia M. Adhesion al tratamiento farmacologico antihipertensivo en el Hospital de Chaiten 2005. Universidad Austral de Chile. Facultad de Medicina. Valdivia Chile 2006. [citado el 2 Julio de 2020]. <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/fmt172a/doc/fmt172a.pdf>
39. Libertad M.A. Grau A. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. Universidad Veracruzana Xalapa, México. 2014 [citado el 2 Julio de 2020]; 14(1):89-99. Disponible en:

<https://es.scribd.com/document/426474030/La-Investigacio-n-de-La-Adherencia-Terape-Utica-Como-Un-Problema-de-La-Psicologi-a-de-La-Salud>

40. Gil V. Pineda M. Martínez JL. Belda J. Santos MA y Merino J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento terapéutico en hipertensión arterial. Medicina Clínica (Barc) 1994 [citado el 2 Julio de 2020]; 102: 532-536.
41. Zambrano R, Duitama J, Posada J, Flórez J. Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2015 [citado el 2 Julio de 2020]; 30(2): 163-174.
42. OMS. OPS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 2004. [citado el 2 Julio de 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
43. Fernández R. López G. Comas F. García C. Cueto E. Categorización de factores psicosociales asociados al cumplimiento farmacológico antihipertensivo. Psicothema 2003 [citado el 2 Julio de 2020]; 15(1): 82-87. Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1027>
44. Padilla C. Influencia de la percepción acerca de la enfermedad y del tratamiento, en la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Tesis para optar el Grado de Magíster en Salud Pública. UNMSM. Facultad de Medicina Humana. Perú; 2007. [citado el 4 Julio de 2020]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/54234041.pdf>
45. Márquez E. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial. Centro de Salud la Orden, Huelva, España; 2001. [citado

el 4 Julio de 2020]. Disponible en:

<http://www.ub.edu/farmaciaclinica/projectes/webquest/WQ1/docs/marquez.pdf>

46. Asociación Médica Mundial (AMM). Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones con seres humanos. 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil. Octubre de 2013. [citado 4 Julio 2020]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
47. Márquez C. E. Métodos de medida del cumplimiento terapéutico. Algoritmo diagnóstico Distrito Sanitario Huelva. Cumplimiento terapéutico en la HTA. Actualizaciones. Abril 2004 [citado el 4 Julio de 2020]; Vol. 1. Núm. 1.
48. Sabater, D., Fernandez-Llimos, F., Parras, M. y Faus, M. J. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico. Seguimiento Farmacoterapeutico.2005. [citado el 6 Julio de 2020]; 3(2):90-7. Disponible en : <http://www.cipf-es.org/sft/vol-03/090-097.pdf>
49. Ocampo R.P. Factores influyentes sobre la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en establecimientos públicos. Escuela de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Perú; 2014. [citado el 5 Julio de 2020]; 5(2): 181-191. Disponible en: <https://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo/article/view/412/304>
50. Haynes R. Introduction. En: Haynes R. Taylor D. Sackett D. eds. Compliance in health care Baltimore: John Hopkins University Press; 1979 [citado el 8 Julio de 2020]; p. 1-7.
51. Morisky DE. Green LW. Levine DM. Concurrent and Predictive Validity of a Self-Reported Measure of Medication Adherence. Medical Care, Jan, 1986 [citado el 5 Julio de 2020]; Vol. 24(1): 67-74.

52. Sen S, Thomas III J. Assessment of a Patient-based Pharmaceutical Care Scale. American Society of Health-System Pharmacists. 2003 [citado el 8 Julio de 2020]; 57(17):1592-1598.
53. Ingaramo R. Vita N. Bendersky M. Arnolt M. Bellido C. Piskorz D. Lindstrom O. Garcia PA. y col. Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT).Revista de la Federación Argentina de Cardiología. 2005 [citado el 8 Julio de 2020]; 34: 104-111. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Daniel_Piskorz/publication/246747642_National_study_on_compliance_to_treatment/links/5c9a457c92851cf0ae99e367/National-study-on-compliance-to-treatment.pdf
54. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Seguimiento farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). Pharmacy Pract (Granada) [Internet]. 2006 [citado el 12 de Agosto de 2020]; 4(1): 44-53. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1885-642X2006000100008&lng=es.
55. Barris D. Faus M J. An initiation in Dáder methodology in the pharmacotherapeutic monitoringin a community pharmac. Ars Pharmaceutica.2003 [citado el 10 Julio de 2020]; 44:3; 225-237.
56. 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 [citado el 10 Julio de 2020]; 3(3): 158-164. Disponible en : <http://www.cipf-es.org/sft/vol-03/158-164.pdf>
57. Ocampo R. Implementación e impacto de una intervención farmacéutica domiciliaria dirigida a pacientes hipertensos. Nuevo Chimbote - Región Ancash.

- Tesis para obtener el grado de maestro en Farmacia y Bioquímica. Universidad Nacional de Trujillo. Perú. 2008 [citado el 10 Julio de 2020].
58. Mangum SA, Kraenow KR, Narducci WA. Identifying At-Risk Patients Through Community Pharmacy-Based Hypertension and Stroke Prevention Screening Projects. American Pharmaceutical Association. 2013 [citado el 10 Julio de 2020]; 43(1):50-55.
59. Côté I, Moisan J, Chabot I, Grégoire JP. Health related quality of life in hypertension: impact of a pharmacy intervention programme. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 2005 [citado el 10 Julio de 2020]. 30 (4), 355–362.
60. Vazquez V, Chacón J, Espejo J, Faus MJ. Resultados del Seguimiento Farmacoterapéutico en una Farmacia Comunitaria. Facultad de Farmacéuticas Granada, España. 2004 [citado el 10 Julio de 2020]; 2: 189-194. Disponible en: <http://www.cipf-es.org/sft/vol-02/189-194.pdf>
61. Sánchez S, Fernández MA, Cordón P, Galván M, Cañizares J, Motilva V. Evaluación del cumplimiento terapéutico en pacientes mayores institucionalizados. [Farmacia de atención primaria: publicación periódica de divulgación y expresión científica de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria \(SEFAP\)](#). 2007 [citado el 10 Julio de 2020]; 5(4): 128-132
62. García-Falcón Dorgerys, Lores-Delgado Danneris, Dupotey-Varela Niurka M, Espino-Leyva Diana L. Atención Farmacéutica en adultos mayores hipertensos. Una experiencia en la atención primaria de salud en Cuba. *Ars Pharm* [Internet]. 2018 Jun [citado el 12 Agosto de 2020]; 59(2): 91-98. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n2/2340-9894-ars-59-2-91.pdf>
63. Arana G, Cilliani B, Abanto D. Cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la presión arterial en pacientes del programa de hipertensión: Hospital

Víctor Lazarte Echegaray - ESSALUD, Trujillo. Revista Médica Herediana [Internet]. 2001 Oct [citado el 11 de Agosto de 2020]; 12(4): 120-126.

Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2001000400003

64. Ocampo Rujel Percy A. Impacto De Un Programa De Seguimiento Farmacoterapéutico, Dirigido A Pacientes Hipertensos, Sobre Los Problemas Relacionados Con Medicamentos, La Adherencia Al Tratamiento Y La Percepción Del Paciente Sobre La Actividad Profesional Del Farmacéutico. Escuela Profesional De Farmacia Y Bioquímica. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Perú. 2013 [citado el 11 de Agosto de 2020]. Disponible en:

<https://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2017/10/%2020/%20162855/16285520140623065120.pdf>.

65. Tuesca M. Guallar P. Banegas J. Graciani R. Aspectos Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores De 60 años en España. Gac Sanit 2006 [citado el 11 de Agosto de 2020]; 20(3): 220-227.

66. Vivian J, Fink III J. Obra '90 at Sweet Sixteen: A Retrospective Review. 2008 [citado el 11 de Agosto de 2020]. Disponible en:

<http://www.uspharmacist.com/content/t/regulatory/c/10126/>.

67. Achury SD. Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardiaca. Facultad de Enfermería. Pontificia Universidad Javeriana. Colombia. 2007 [citado el 11 de Agosto de 2020]; 7:40-62 Disponible en:

http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/109/219_114.

68. Blenkinsopp A, Phelan M, Bourne J, Dakhil N. Extended adherence support by community pharmacists for patients with hypertension: A randomised controlled trial. *International Journal of Pharmacy Practice*, 2000 [citado el 11 de Agosto de 2020]; 8:165–175. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.2042-7174.2000.tb01002.x>

VIII. ANEXOS

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico

Declaración del paciente: Mercedes Laurencio.

- 1.- Acepto libremente participar de este programa de Seguimiento Fármaco Terapéutico desarrollado por el Centro de Salud . . . 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: Mercedes Edith Laurencio H
* DIRECCION: Mariposa Alto E-10
* TELEFONO: 97769 9341

* FIRMA: [Firma]
* DNI: 32776613

* NOMBRE DEL QUIMICO FARMACÉUTICO: Sheen Karate Elera
* TELÉFONO: 944 804508

* FIRMA: [Firma]
* DNI: 7203514

* FECHA: 20 / 10 / 17

* FECHA DE LA PRIMERA ENTREVISTA PARA EL LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN: 20 / 10 / 17

**Campos obligatorios

ANEXO 03. FICHAS FARMACOTERAPÉUTICAS

FICHA 01. Información personal del paciente.

Norma (Vond)

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

COD° PACIENTE: 01 FECHA: 20 / 10 / 17

1.1.- DATOS PERSONALES

NOMBRE: Mercedes Laureana Hidalgo SEXO: F

DIRECCIÓN: Miraflores Alto E - 10 ZONA: _____

TELÉFONO DOMICILIO: _____ OTRO 977689341 (MAIL): _____

FECHA DE NACIMIENTO: 10 / Ago / 1954 EDAD: 63 AÑOS:

GRADO DE ESTUDIOS: ANalfabeto PRIMARIA X..... SECUNDARIA SUPERIOR.....

TIENE SEGURO SI: X NO: _____ SEGURO INTEGRAL (SIS): X ESSALUD: _____ PRIVADO: _____

¿OTRO CUAL?: _____

EL SEGURO PRIVADO CUBRE LOS MEDICAMENTOS TOTALMENTE: SI: X NO: _____

69kg
1.60

1.2.- PARÁMETROS DE SEGUIMIENTO:

VISITA N°:	1	2	3	4
FECHA	20/10/17	23/10	27/10	03/11
PRESIÓN ARTERIAL (en mm de Hg)	120.../80...	120.../80...	120.../80...	120.../80...
GLICEMIA				
PESO (en Kg)	68kg	68kg	68kg	68kg
TALLA (en cm)	1.60	1.60	1.60	1.60
Temperatura (en °C)				
OTRO				

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

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

N°	NOMBRE DEL MEDICO / INSTITUCIÓN	ESTABLECIMIENTO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO
01	Kelly Portolatin	Posta Miraflores Alto	General	-

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
I10	HIPERTENSION	Kelly Portolatin	14/10/17
M06.0	Artritis Reumatoidea.	Kelly Portolatin	14/10/17

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	Dolor de huesos	Kelly Portolatin
2	Dolor de pierna y cintura.	Kelly Portolatin
3	Dolor de cabeza	Kelly Portolatin
4	Dolor de estomago	Kelly Portolatin

M01AE02

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	FECHA DE DISP.	OBSERVACIÓN
I10	C03AA02	Enalapril ↓	Enalapril	Enalapril	Enalapril	TB	10	2	7am 7p	30	601	14/10	
M06.0	M01AB02	Naproxeno x	Naproxeno	Naproxeno	Naproxeno	TB	500	1	1/2 dabr	-	40	14/10	Ver abajo en formularios
I10	B10A06	Acido Acetil Salicico x	AAS	AAS	AAS	TB	100	1	1/2 dabr	40	40	14/10	Ya no tiene medicación
M06.0	M01AP08	Diclofenaco x	Diclofenaco	Diclofenaco	Diclofenaco	INY	75/3ml	1	1/48 hr	3	3	14/10	Le calan el dolor q' fren en la pierna
M06.0	B03AA03	Hidrocortisona	Hidrocortisona	Hidrocortisona	Hidrocortisona	INY	1/4ml	1	1/48 hr	3	3	14/10	
		Subsalicilato de Bismuto	Subsalicilato de bismuto	Subsalicilato de bismuto	Subsalicilato de bismuto	SUS	24,3mg/5ml	3	1/4 c	1	1	-	

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

Quedo se le enteró de la pierna
Le de calor

Rx Adv. x + AINE x

-Ero de Prescripción =

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

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

Preguntar sobre malestares, sensaciones, percepciones negativas que tiene el paciente luego de tomar alguno de los medicamentos recetados. Auxiliarse con la Ficha N°3 para el reposo 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? *Falta de medicamentos*

¿Pudo comunicarse? Si No

Si es NO, ¿Por qué?

¿Cómo resolvió el problema? ¿A quién recurrió?

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

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

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

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

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

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

NOMBRE DE LA ENFERMEDAD*, ACCIDENTE O DAÑO.	Tuvo Dx?	QUIEN / DONDE LE DIAGNOSTICO?	TELÉF	¿Molesta ahora? Qué hace para solucionar la molestia.	Toma medicamentos para esto?*
<i>Gripe</i>	-	-	-	-	<i>Paracetamol</i>

**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.*

090W

1.10.- ANTECEDENTES FAMILIARES DE MORBILIDAD:

ENFERMEDAD	MADRE	PADRE	HERMANOS	OTROS
HIPERTENSIÓN				
DIABETES				
COLESTEROL				
OTRA:				

Observaciones: No tiene antecedentes, pero sus hijos si heredaron y ya no tiene derrames

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	Poco aceite y nada de ^{carne} grasas	Nada de aceite o bajo.
Ingesta de Azúcar	Poca azúcar	Poca azúcar
Ingesta de Sal	Bajo de sal	Bajo en sal
Consumo de alcohol	VECES POR SEMANA <u>NO</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>X</u>	No consume alcohol
Fuma cigarrillos o alguien en casa lo hace?	SI: <u>NO</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>X</u> CANTIDAD AL DIA: _____	NO fumar
Hace ejercicios:	CAMINA: <input checked="" type="checkbox"/> <u>X</u> CORRE: _____ GIMNASIO: _____ PESAS: _____ BICICLETA: _____ OTRO: _____	VECES POR SEMANA: <u>7</u> veces
Consumo de café o té	SI: <input checked="" type="checkbox"/> <u>X</u> NO: _____ TAZAS DIARIAS: <u>2 veces a la vez</u>	No tome café o té
Dieta:	SI <input checked="" type="checkbox"/> <u>X</u> NO _____ Describir: _____	Seguir la dieta prescrita

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: 01

FICHA 02. Hoja de información farmacoterapéutica.

FICHA 02. HOJA DE INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Centro de Salud

PACIENTE COD. Nº: 1.000.001

FECHA: 23/10/17

NOMBRE: Mercedes Laurencos Hidalgo

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

Nombre 1: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC) <i>Paracetamol</i>	
1. ¿para qué? <i>Gripe</i>	5. ¿cuánto toma (dosis)? <i>1 c/ día</i>
2. ¿quién lo recetó? <i>Nadie</i>	6. ¿cómo lo toma (frec. Dosis)? <i>2 días</i>
3. ¿cómo le va? <i>Se solucionó</i>	7. ¿hasta cuándo lo tomará (duración)? <i>Ya no toma</i>
4. ¿desde cuándo lo toma? <i>Lo tome solo 2 veces</i>	8. ¿siente algo extraño luego de tomarlo (rx adv.)? <i>No</i>
Nombre 2: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC) <i>Sibcaloylato de Bismito</i>	
1. ¿para qué? <i>Dolor de estómago</i>	5. ¿cuánto toma (dosis)? <i>Después D/A/C</i>
2. ¿quién lo recetó? <i>Raul Urtaran</i>	6. ¿cómo lo toma (frec. Dosis)? <i>3</i>
3. ¿cómo le va? <i>Bien</i>	7. ¿hasta cuándo lo tomará (duración)? <i>Después</i>
4. ¿desde cuándo lo toma? <i>2 meses</i>	8. ¿siente algo extraño luego de tomarlo (rx adv.)? <i>No ninguno.</i>
Nombre 3: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC)	
1. ¿para qué?	5. ¿cuánto toma (dosis)?
2. ¿quién lo recetó?	6. ¿cómo lo toma (frec. Dosis)?
3. ¿cómo le va?	7. ¿hasta cuándo lo tomará (duración)?
4. ¿desde cuándo lo toma?	8. ¿siente algo extraño luego de tomarlo (rx adv.)?
Nombre 4: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC)	
1. ¿para qué?	5. ¿cuánto toma (dosis)?
2. ¿quién lo recetó?	6. ¿cómo lo toma (frec. Dosis)?
3. ¿cómo le va?	7. ¿hasta cuándo lo tomará (duración)?
4. ¿desde cuándo lo toma?	8. ¿siente algo extraño luego de tomarlo (rx adv.)?
Nombre 5: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC)	
1. ¿para qué?	5. ¿cuánto toma (dosis)?
2. ¿quién lo recetó?	6. ¿cómo lo toma (frec. Dosis)?
3. ¿cómo le va?	7. ¿hasta cuándo lo tomará (duración)?
4. ¿desde cuándo lo toma?	8. ¿siente algo extraño luego de tomarlo (rx adv.)?
Nombre 6: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC)	
1. ¿para qué?	5. ¿cuánto toma (dosis)?
2. ¿quién lo recetó?	6. ¿cómo lo toma (frec. Dosis)?
3. ¿cómo le va?	7. ¿hasta cuándo lo tomará (duración)?
4. ¿desde cuándo lo toma?	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:04.....

FICHA 03. Guía anatómica de repaso para identificar problemas relacionados con medicamentos.

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

PACIENTE COD. Nº: 02 FECHA: 23/10/17
NOMBRE: Mercedes Molalgo

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: Si a veces
- OIDOS, OJOS, NARIZ, GARGANTA: -
- BOCA (llagas, sequedad...): -
- CUELLO: -
- MANOS (dedos, uñas...): -
- BRAZOS Y MÚSCULOS: las piernas
- CORAZÓN: cuando tengo impresiones
- PULMÓN: -
- DIGESTIVO: -
- RIÑÓN (orina...): -
- HÍGADO: -
- GENITALES: -
- PIERNAS: Si, he tenido 2 derrames y no dejo secuelas
- PIÉS (dedos, uñas): -
- MÚSCULO ESQUELÉTICO (gota, dolor espalda, tendinitis...): espalda
- PIEL (sequedad, erupción...): -

- ALTERACIONES PSICOLÓGICAS (depresiones, epilepsia...): -
- PARÁMETROS ANORMALES (Tª, PA, colesterol...): -

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

- OBSERVACIONES:

La señora ha tenido 2 derrames anteriormente y le dejo secuelas como el movimiento de su pierna izquierda, le duele mucho.

COD INTERV: 01

FICHA 04. Hoja guía de intervención farmacoterapéutica.

FICHA 04. HOJA GUIA DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Centro de Salud

PACIENTE COD Nº: 02
 NOMBRE: Joana Jarak Ordo

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.
1	Enalapril	TA	10	2	10/10

*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:	El paciente no se trataba bien con la dosis que el de se prescribió	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: 02

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.	S
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: ...24.1.11.17

COMENTARIO:

la paciente incumple la dosis de la mañana xq le
hace mal solo toma en las noches. (PRMS.),
este pro es causado xq siente que la pastilla no
la pone de buen humor y se siente sin ganas
de dormir

4.4. QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRM.

hacer que la paciente hable con su doctor para que le cubra de medicamento a las dosis.

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

TABLA N°4.4. CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS

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

COMENTARIO:

Realmente si la paciente no hubiera esos efectos adversos tomaría y no incumpliría lo que el doctor le receto.

FICHA 04. Hoja de información sobre la intervención farmacoterapéutica.

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

COD° PACIENTE: 02
FECHA: 27 / 10 / 17

5.1. NÚMERO DE CONTACTOS UTILIZADOS DURANTE LA INTERVENCIÓN:

N°	Lugar donde se encontraba el paciente	Medio de comunicación	t invertido (min)
01	2	1	30

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): 27/10/17

COD INTERV: 02

ANEXO 04: Test para medir la adherencia al tratamiento. Test de Morisky.

TEST DE PURDUE MODIFICADO PARA DETERMINAR LA SATISFACCION DEL
 PACIENTE CON LAS INDICACIONES DEL FARMACEUTICO. Programa de
 Atención Farmacéutica para paciente hipertenso. Centro de Salud *Purmas*

NOMBRE DEL PACIENTE: Leoncio Ju COD 06

FECHA: 27 / 05 / 17

N°	PREGUNTA				
		0	1	2	3
1	Siente usted que el farmacéutico pone mucha atención cuando Usted le cuenta su problema de salud.				✓
2	Su farmacéutico ¿le ha dejado alguna información sobre como tomar sus medicamentos?			✓	
3	El farmacéutico ¿le ha explicado como sospechar si el medicamento le ha chocado?				/
4	Su farmacéutico ¿le ha recalado sobre la forma como debe manejar su terapia regañándole si estuvo bien o mal?				✓
5	Su farmacéutico sabe como explicar las cosas de una forma que asegure que usted siempre las entienda.				✓
6	Cuando ha tenido alguna duda sobre como tomar sus medicamentos ¿el farmacéutico siempre ha estado a su disposición?			✓	
7	Su farmacéutico lo ha visitado de manera regular para verificar si ha seguido las indicaciones dejadas.			✓	
8	Su farmacéutico le ha dicho a quien debe contactar si necesita alguna ayuda con el manejo de los medicamentos y su enfermedad.				✓
9	Cree Usted que el farmacéutico se interesa mucho en Usted como persona.		✓		
10	Su farmacéutico le ha motivado para que usted asuma con responsabilidad su enfermedad y la toma de sus medicamentos.			✓	

0. NUNCA, 1. ALGUNAS VECES, 2. CASI SIEMPRE, 3. SIEMPRE

OBSERVACIONES:

COD INTERV: 1

ANEXO 05: FOTOS

Figura 01: Frontis del Centro de Salud Miraflores Alto.



Figura 02: Mapa de la ubicación del Centro de Salud Miraflores Alto.

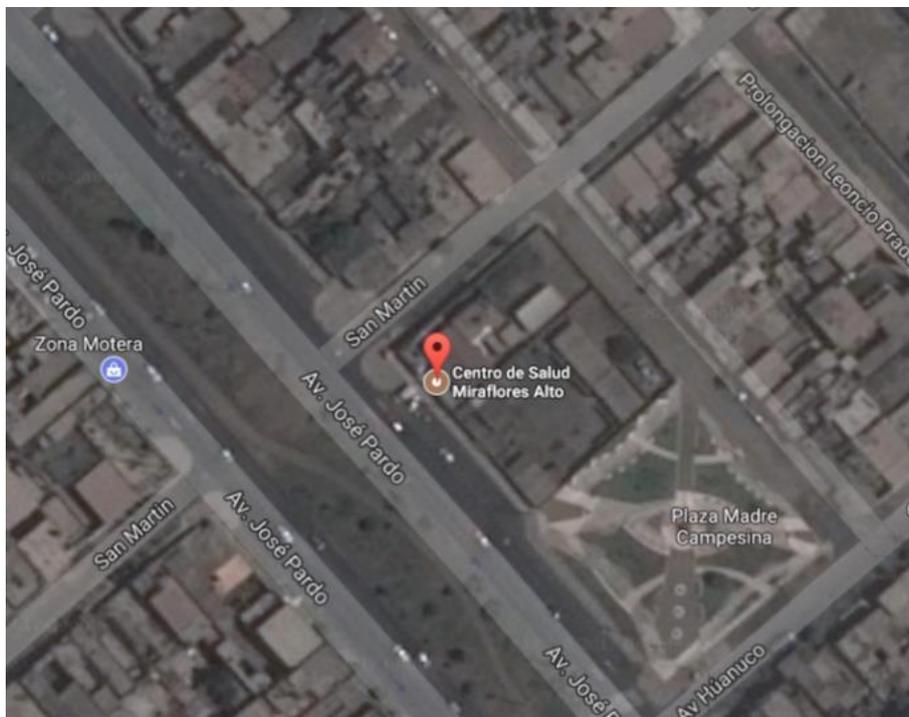


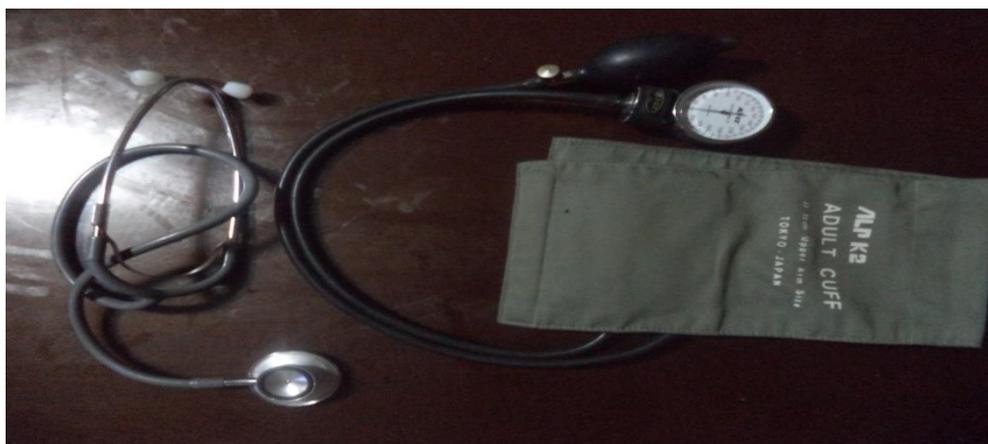
Figura 03. Revisión de Fecha de vencimiento y limpieza de medicamentos.



Figura 04. Orden y conservación de los medicamentos por parte del paciente.



Figura 05. Tensiómetro utilizado para las medidas de presión de cada visita.



ANEXO 06: TABLAS Y GRAFICOS:

- DATOS GENERALES SOBRE LOS PACIENTES Y TIEMPOS DE INTERVENCION.

Tabla 01. Distribución de frecuencias y porcentajes de los pacientes intervenidos por sexo y edad promedio del Programa de SFT para resolver adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial”. Centro de Salud Miraflores Alto, Distrito de Chimbote. Santa. Ancash. Abril – julio 2017.

SEXO	PROMEDAD (AÑOS)	fi	%
F	59.5	6	50
M	69.8	6	50
\bar{x}	64.65	12	100
s	13.5		

Fuente: Elaboración propia (Microsoft Excel)

Tabla 02. Numero de contactos y tiempos de intervención para el desarrollo del Programa de SFT para resolver adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial”. Centro de Salud Miraflores Alto, Distrito de Chimbote. Santa. Ancash. Abril – julio 2017.

Fuente: Elaboración propia (Microsoft Excel)

PAC	EF		DOMICILIO		TELÉFONO		OTRA VIA		TOTAL	
	Contac ctos	tiem po (min)	contactos	tiempo (min)	contactos	tiempo (min)	contac tos	tiempo (min)	contactos	tiempo (min)
1	1	45	1	45	1	3	0	0	3	93
2	1	45	1	45	1	0	0	0	3	90
3	1	30	1	45	1	0	0	0	3	75
4	1	45	1	50	1	3	0	0	3	98
5	1	30	1	45	1	0	0	0	3	75
6	1	45	1	50	1	3	1	10	4	108
7	1	30	1	40	1	5	0	0	3	75
8	1	30	1	30	1	0	0	0	3	60
9	1	30	1	40	1	0	0	0	3	70
10	1	20	1	35	1	5	0	0	3	60
11	1	20	1	40	1	0	0	0	3	60
12	1	20	1	40	1	0	0	0	3	60
TOTAL	12	390	12	505	12	19	1	10	37	924
\bar{x}	1	32.5	1	42.08	1	1.58	0.083	0.83	3.083	77

- RESULTADOS SOBRE LOS PRMS DIAGNOSTICADOS Y RESUELTOS DURANTE EL SFT.

Tabla 03. Distribución de la frecuencia y porcentaje de los PRM diagnosticados. Programa de SFT para resolver adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial”. Centro de Salud Miraflores Alto, Distrito de Chimbote. Santa. Ancash. Abril – julio 2017.

Nº	COD PRM	DESCRIPCIÓN	fi	%
1	10	Interacciones	8	33.3
2	11	Otros PS	4	16.7
3	12	Reacciones Adversas	3	12.5
4	9	Incumplimiento	3	12.5
5	2	Actitudes Negativas	3	12.5
6	5	Posología inapropiada	2	8.3
7	8	Error de Prescripción	1	4.2
Total			24	100

Fuente: Elaboración propia (Microsoft Excel)

Tabla 04. . Distribución de la frecuencia y tipo de intervenciones realizadas de acuerdo al Problema Relacionado con Medicamento (PRM) dignosticado. Programa de SFT para resolver adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Centro de Salud Miraflores Alto, Distrito de Chimbote. Santa. Ancash. Abril – julio 2017.

Nº	DESCRIPCIÓN PRM	fi	INTERVENCION DESCRIPCIÓN	Fi	%
1	Reacciones Adversas	3	Disminuir Inc. Involuntario	7	29.16
2	Incumplimiento	3			
3	Error de Prescripción	1			
5	Actitudes Negativas	3	Medidas no Farmacológicas	3	12.5
6	Otros PS	1	Medidas no Farmacológicas	1	4.16
4	Interacciones	7	Modif. Dosis	7	29.16
7	Posología inapropiada	2	Modif. Frec. Dosis	2	8.33
8	Interacciones	1	Modif. Pauta	1	4.16
9	Otros PS	3	Retirar un Medic.	3	12.5
TOTAL				24	100

Fuente: Elaboración propia (Microsoft Excel)

Tabla 05. Distribución de la frecuencia de los Canales de Comunicación utilizados por el Farmacéutico para llevar a la práctica la intervención para resolver los PRMs. Programa de SFT para resolver adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial”. Centro de Salud Miraflores Alto, Distrito de Chimbote. Santa. Ancash. Abril – julio 2017.

Nº	INTERVENCION	fi	CANAL DE COMUNICACIÓN	Fi	%
1	Disminuir Inc. Involuntario	7	Verbal Farm - Paciente	7	29.2
2	Modif. Dosis	7	Verbal Farm - Paciente	7	29.2
3	Medidas no Farmacológicas	4	Verbal Farm - Paciente	4	16.7
4	Retirar un Medic.	3	Verbal Farm - Paciente	3	12.5
5	Modif. Frec. Dosis	2	Verbal Farm - Paciente	2	8.3
6	Modif. Pauta	1	Verbal Farm - Paciente	1	4.2
TOTAL				24	100

Fuente: Elaboración propia (Microsoft Excel)

Tabla 06. Distribución de la frecuencia del resultado de las intervenciones realizadas en términos de su aceptación por parte del paciente y la solución del PRM. Programa de SFT para resolver adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial”. Centro de Salud Miraflores Alto, Distrito de Chimbote. Santa. Ancash. Abril – julio 2017.

Nº	INTERVENCIÓN	fi.	ACEPTACIÓN	SOLUCIÓN	Fi	%
1	Disminuir Inc. Involuntario	7			7	29.2
2	Modif. Dosis	7			7	29.2
3	Medidas no Farmacológicas	4	SI	SI	4	16.7
4	Retirar un Medic.	3			3	12.5
5	Modif. Frec. Dosis	2			2	8.3
6	Modif. Pauta	1			1	4.2
Total					24	100

Fuente: Elaboración propia (Microsoft Excel)

Tabla 07. Distribución de la frecuencia de la relación entre el canal de comunicación usado y la aceptación y solución de los PRMs. Programa de SFT para resolver adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial”. Centro de Salud Miraflores Alto, Distrito de Chimbote. Santa. Ancash. Abril – julio 2017.

Nº	CANAL DE COMUNICACIÓN	fi	ACEPTACIÓN.	SOLUCIÓN.	Fi	%
1	Verbal Farm - Paciente	24	ACEPTADO	SOLUCIONADO	24	100

Fuente: Elaboración propia (Microsoft Excel)

Tabla 08. Resultados Negativos de la medicación (RNM) y el Problema Relacionado con Medicamentos que les dio origen. Programa de SFT para resolver adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial”. Centro de Salud Miraflores Alto, Distrito de Chimbote. Santa. Ancash. Abril – julio 2017.

Nº	PRM Descripción	fi	RNM Descripción	Fi	%
1	Actitudes Negativas	3	Inseguridad no cuantitativa	4	16.6
2	Error de Prescripción	1			
3	Reacciones Adversas	3	Inseguridad cuantitativa	3	12.5
4	Interacciones	8	Ineficacia no cuantitativa	16	66.6
5	Otros PS	4			
6	Incumplimiento	3			
7	Posología inapropiada	1	Ineficacia cuantitativa	1	4.16
8	Posología inapropiada	1			
TOTAL				24	100

Fuente: Elaboración propia (Microsoft Excel)

Tabla 09. Comparativo de la edad, cantidad de diagnósticos, cantidad de medicamentos, PRMS identificados y PRMS solucionados por paciente intervenido. Programa de SFT para resolver adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial”. Centro de Salud Miraflores Alto, Distrito de Chimbote. Santa. Ancash. Abril – julio 2017.

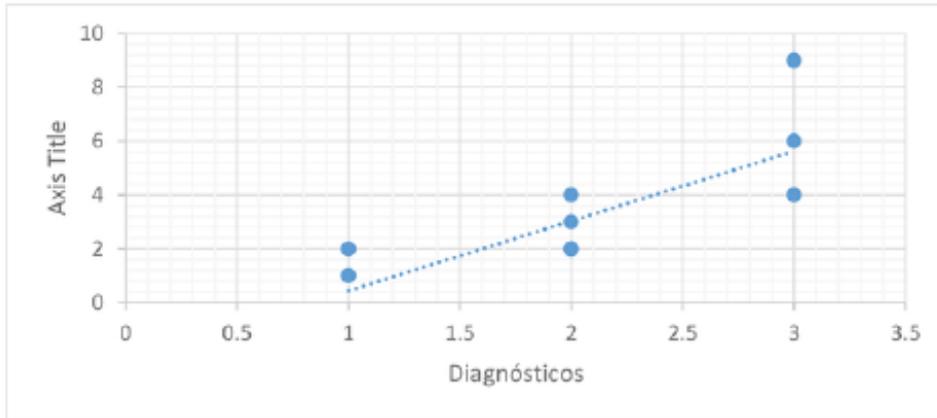
PAC	SEXO	EDAD	DIAG	MED	PRMS	SOL
1	F	64	3	4	5	5
2	F	45	2	2	2	2
3	F	61	2	2	2	2
4	M	65	2	2	2	2
5	M	60	1	2	3	3
6	M	46	2	2	2	2
7	F	63	3	6	3	3
8	F	51	2	3	1	1
9	F	73	2	4	1	1
10	M	82	1	1	1	1
11	M	83	2	2	1	1
12	M	83	3	9	1	1
TOTAL			25	39	24	24
PROM		64.67	2.08	3.25	2.00	2.00

Fuente: Elaboración propia (Microsoft Excel)

Tabla 10. Impacto del SFT en términos de la cantidad y porcentaje de PRMs solucionados y no solucionados y los pacientes expuestos a sufrir por lo menos un RNM. Programa de SFT para resolver adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial”. Centro de Salud Miraflores Alto, Distrito de Chimbote. Santa. Ancash. Abril – julio 2017.

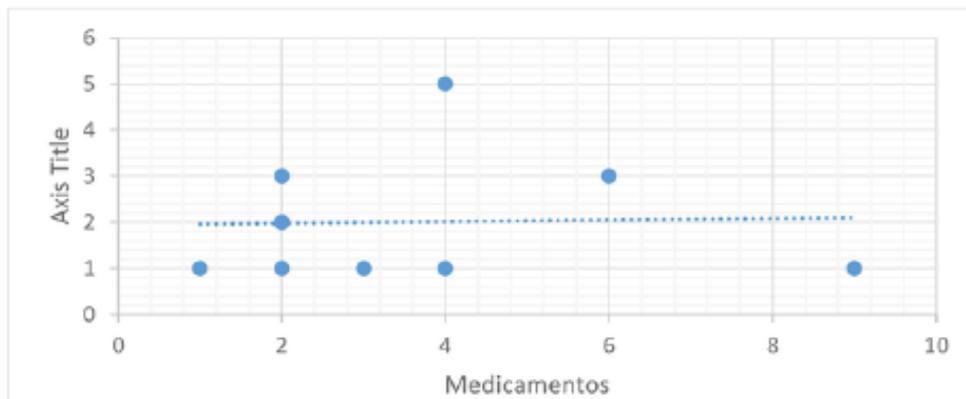
PACIENTE	PRM	PRM SOL	PRM NO SOL
	5	5	0
1	2	2	0
2	2	2	0
3	2	2	0
4	3	3	0
5	2	2	0
6	3	3	0
7	1	1	0
8	1	1	0
9	1	1	0
10	1	1	0
11	1	1	0
12	1	1	0
TOTAL	24	24	0
%	100.00	100.00	0.00

Fuente: Elaboración propia (Microsoft Excel)



Correlación = 0.076667895
 Fuente: Elaboración propia (Microsoft Excel)

GRÁFICO 01. Correlación entre la cantidad de medicamentos usados y los PRMs identificados por paciente. Programa de SFT para resolver adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial”. Centro de Salud Miraflores Alto, Distrito de Chimbote. Santa. Ancash. Abril – julio 2017.



Correlación = 0.0333333
 Fuente: Elaboración propia (Microsoft Excel)

GRÁFICO 02. Correlación entre la cantidad de medicamentos usados y los PRMs diagnosticados por paciente. Programa de SFT para resolver adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial”. Centro de Salud Miraflores Alto, Distrito de Chimbote. Santa. Ancash. Abril – julio 2017.