



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

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

**EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN
FARMACÉUTICA MEDIANTE SEGUIMIENTO
FARMACOTERAPÉUTICO PARA LA OPTIMIZACIÓN
DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN
PACIENTES HIPERTENSOS**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
QUÍMICO FARMACÉUTICO

AUTOR: Bach. ASTRID CAROLINA ACOSTA HURTADO

ORCID: 0000-0003-3863-8248

ASESOR: Dr. Farm. PERCY ALBERTO OCAMPO RUJEL

ORCID: 0000-0002-9498-5431

CHIMBOTE – PERÚ

2019

EQUIPO DE TRABAJO

AUTOR

Bach. ACOSTA HURTADO, ASTRID CAROLINA

ORCID: 0000-0003-3863-8248

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Estudiante de Pregrado,

Chimbote, Perú

ASESOR:

Dr. Farm. OCAMPO RUJEL, PERCY ALBERTO

ORCID: 0000-0002-9498-5431

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Facultad de Ciencias de La Salud,

Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica, Chimbote, Perú

JURADO

Dr.: DIAZ ORTEGA, JORGE LUIS

ORCID: 0000-0002-6154-8913

Mgr: RAMIREZ ROMERO, TEODORO WALTER

ORCID: 0000-0002-2809-709X

Mgr: VASQUEZ CORALES, EDISON

ORCID: 0000-0001-9059-6394

JURADO EVALUADOR

Dr. Q.F. Jorge Luis Díaz Ortega

PRESIDENTE

Mgr. Q.F Teodoro Walter Ramírez Romero

SECRETARIO

Mgr: Q.F Edison Vázquez Corales

MIEMBRO

AGRADECIMIENTO

A Dios:

Por brindarme salud para alcanzar mis objetivos, con su incalculable bondad y amor.

A mis padres:

Eric Acosta Morales y Jacqueline Hurtado López por su aliento, consejos, tolerancia, amor, en los momentos complicados, por su apoyo en los requerimientos indispensables para continuar con mis estudios.

A mis hermanas:

Amy y Eva Maria por estar acompañándome para alcanzar realizarme como profesional.

A mi hijo:

Maximiliano por ser la fuerza impulsadora y mi motivación para seguir adelante y culminar con mi objetivo.

DEDICATORIA

Dedico este proyecto en primer lugar a Dios el forjador de mi camino el que me levanta de mis tropiezos y me da fuerzas para continuar, a cada uno de mis seres queridos y a mi hijo quien ha sido el pilar fundamental para seguir adelante y alcanzar este objetivo.

Al Dr. Percy Ocampo por su apoyo, paciencia que gracias a su colaboración termine satisfactoriamente este trabajo de investigación.

A la Universidad Católica Los Angeles De Chimbote el cual me dio la bienvenida al mundo profesional otorgando sus conocimientos por medio de mis docentes universitarios, siendo la base para lo que concierne en la vida, el campo de mi profesion y mi futuro.

Por por ello para mí es grato y me llena de mucha satisfaccion dedicarlos, que con mucho esfuerzo, perseverancia y esmero me lo he logrado.

RESUMEN

El presente estudio de investigación tiene como objetivo el determinar la eficacia de una intervención farmacéutica mediante seguimiento farmacoterapéutico para la optimización de la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. Se aplicó el diseño de investigación pre experimental a 12 pacientes el (50%) fueron mujeres y el (50%) varones con edades entre 45 y 65 años en general, intervenidos en el establecimiento farmacéutico del Puesto de Salud Santa Ana Costa, Distrito De Chimbote el mes de Mayo a Julio del 2017. Una vez obtenido el consentimiento de los pacientes se realizaron las intervenciones en los domicilios de cada uno de ellos, se utilizó las fichas farmacoterapéuticas para la recolección de datos, empleando el método DADER de seguimiento farmacoterapéutico y el Test de Morisky pre y post prueba para determinar la adherencia a cada participante. Los resultados evidencian que al inicio del programa un (92%) del grupo intervenido no eran adherentes al tratamiento, el cual fueron evaluados mediante los Problemas Relacionados por Medicamentos (PRM) identificando interacciones, otros problemas de salud y las reacciones adversas, así mismo después del programa un (50%) del grupo mejoraron la adherencia a su tratamiento con una disminución de significativa de un ($p= 0.063$) luego de la intervención. Por lo tanto se concluye que la intervención farmacéutica domiciliaria implementada para medir la eficacia de la adherencia bajo las condiciones del diseño tuvo un impacto positivo sobre la variable dependiente y la eficacia de seguimiento farmacoterapéutico en los pacientes intervenidos.

Palabras claves: eficacia, intervención farmacéutica, Hipertensión Arterial, seguimiento farmacoterapéutico y adherencia al tratamiento.

ABSTRACT

The objective of this research study is to determine the efficacy of a pharmaceutical intervention through pharmacotherapeutic follow-up to optimize adherence to the treatment of hypertensive patients. The design of pre-experimental research was applied to 12 patients (50%) were women and (50%) men aged between 45 and 65 years in general, operated at the Pharmaceutical establishment of the Health Post Santa Ana Costa, District of Chimbote from May to July 2017. Once the consent of the patients was obtained, interventions were carried out in the homes of each of them, pharmacotherapeutic files were used for the data collection, using the DADER method of pharmacotherapeutic follow-up and the Morisky test pre and post test to determine the adherence to each participant. The results show that at the beginning of the program, one (92%) of the group intervened were not adherent to the treatment, which were evaluated by means of Drug-Related Problems (PRM) identifying interactions, other health problems and adverse reactions, as well as after of the program one (50%) of the group improved the adherence to their treatment with a significant decrease of one ($p = 0.063$) after the intervention. Therefore, it is concluded that the pharmaceutical home intervention implemented to measure the effectiveness of adherence under the design conditions had a positive impact on the dependent variable and the effectiveness of pharmacotherapeutic follow-up in the operated patients.

Key words: efficacy, pilot program, pharmaceutical intervention, arterial hypertension, pharmacotherapeutic follow-up and adherence to treatment.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTO.....	iv
DEDICATORIA	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT.....	vii
I. INTRODUCCION	1
1.1.Planteamiento del problema.	4
1.2.Objetivos de la Investigación.	5
1.2.1.Objetivo General.	5
1.2.2. Objetivos Específicos.....	5
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	6
2.1. Antecedentes.	6
2.1.1. Atención farmacéutica y seguimiento Farmacoterapéutico (SFT)	6
2.1.2. Avance del Seguimiento Farmacoterapéutico en el Perú.	8
2.2. Marco Teórico.	8
2.2.1. Problemas relacionados con los medicamentos (PRM's) y efectos negativos asociados al tratamiento.	8
2.2.2. La atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico	13
2.2.3. Definición de Hipertensión arterial (HTA).....	20
III. HIPÓTESIS	23
IV.METODOLOGÍA.....	24

4.1. Diseño de la investigación.	24
4.1.1. Tipo y el nivel de la investigación	24
4.2 Población y muestra.	25
4.3 .Definición y operacionalización de las variables.	26
4.3.1. Seguimiento farmacoterapéutico (SFT)	27
4.3.2. Problemas relacionados con medicamentos (PRM).....	27
4.3.3. Resultados negativos asociados a la medicación (RNM).....	28
4.3.4. La adherencia al tratamiento.....	28
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	29
4.4.1. Técnica.	29
4.4.2. Instrumentos	29
4.4.3. Procedimiento para la recolección de datos.	32
4.5. Plan de análisis de datos.....	36
4.6. Matriz de consistencia.....	38
4.7 Criterios éticos.	39
V. RESULTADOS	40
5.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS.	49
VI. CONCLUSIONES	57
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	60
ANEXOS	75
ANEXO N° 01. Solicitud de permiso dirigido al establecimiento de salud.	75

ANEXO N°02. Ejemplo de hoja de consentimiento informado	76
ANEXO N°03. Informacion personal del paciente. Programa de Atención Farmacéutica.....	77
FICHA 04. Hoja de informacion farmacoterapéutica. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico.....	83
FICHA 05. Guía anatómica de repaso para identificar problemas de salud. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico.	89
FICHA 06. Hoja guia de intervención farmacéutica. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico.....	91
ANEXO N° 08. Tabla de estado de situación sobre la intervención Farmacéutica. programa de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hipertensos..	99
ANEXO N°09. Tabla de datos de adherencia antes y después sobre la intervención farmacéutica del programa de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hipertensos.	103
ANEXO N°10. Tensiometro ALP K2 (SERIE: 851095) aneroide con estetoscopio.....	104
ANEXO N°09: Fotos	105
ANEXO N° 12. Ubicación Geográfica Delpuesto De Salud Santa	107

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Pacientes hipertensos agrupados por su sexo y el promedio de edad mediante el programa de SFT a pacientes hipertensos.	40
Tabla 2. Cantidad de contactos y tiempos de intervención mediante el programa de SFT a pacientes hipertensos.	41
Tabla 3. Problemas de Salud diagnosticados y auto percibidos mediante el programa de SFT a pacientes hipertensos.	42
Tabla 4. Medicamentos utilizados por los pacientes mediante el programa de SFT a pacientes hipertensos.	43
Tabla 5. Distribución de la frecuencia y porcentaje de los PRM obtenido mediante el programa piloto de SFT a pacientes hipertensos.	45
Tabla 6. Comparación de la edad, cantidad de diagnósticos, cantidad de medicamentos, PRMS identificados y PRMS solucionados por paciente intervenido a través del programa piloto de SFT a pacientes hipertensos.	45
Tabla 7. Comparativo de la adherencia al tratamiento antes y después del programa piloto de SFT a pacientes hipertensos.	46
Tabla 8. Efecto del seguimiento farmacoterapéutico sobre las actitudes que reflejan cada una de las preguntas del Test de Morisky. Programa de SFT dirigido a pacientes hipertensos.	48

INDICE DE CUADROS

CUADRO 1. Listado de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM).....	11
CUADRO 2. Listado de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) (Clasificación que le correspondía a los PRMs hasta el Segundo Consenso de Granada).....	141
CUADRO 3. Actividades de la Atención Farmacéutica en la actuación profesional del farmacéutico comunitario..	19
CUADRO 4. Clasificación de intervenciones farmacéuticas destinadas a prevenir o resolver resultados clínicos negativos de la farmacoterapia.	20
CUADRO 5. Valores referenciales de presión arterial.....	31
CUADRO 6. Escala de adherencia a la medicación la solución de PRMs.....	35
CUADRO 7. Criterio para calificar la adherencia o cumplimiento de los pacientes.	36
CUADRO N° 08 .Criterio para calificar la adherencia o cumplimiento de los pacientes.....	36

INDICE DE FIGURAS

FIGURA. 1. Pasos clave del método DÁDER modificado de seguimiento farmacoterapéutico.....	17
FIGURA. 2. Cuadro del prototipo de intervención farmacéutica.....	24
FIGURA. 3. Flujograma de las actividades de Seguimiento Farmacoterapéutico	33

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO 1. Porcentaje del tipo de medicamentos utilizados por los pacientes mediante el programa de SFT a pacientes hipertensos.	44
GRAFICO 2. Evaluación de los puntajes obtenidos, según las respuestas del Test de Morisky antes y después de la intervención del del programa piloto de SFT a pacientes hipertensos.	47

I. INTRODUCCION

A mediados de los años setenta, con respecto al problema de la talidomida, los medicamentos necesitan satisfacer las exigentes necesidades de seguridad y adecuación para garantizar su utilización. De hecho, incluso hoy en día, se ha dado cuenta de que, a pesar del considerable número de estudios y los últimos períodos de control, el uso gigantesco por parte de la población en torno a las drogas, provocó diversas afecciones a la presencia de síntomas negativos.^{1,2}

Es un factor que se suma al logro o la decepción de los tratamientos, mediante los problemas relacionados con el uso de medicamentos que comienzan con las respuestas negativas por el consumo inadecuado de medicamentos. Hay diferentes errores que pueden adquirirse en medio del procedimiento que lleva a un paciente a consumir. Desde la elección en sí misma, dónde atender a través de errores y el acuerdo hasta aquel que sucede cuando el paciente en la protección de su hogar da qué, cuánto, en qué momento y en qué medida culminará sus recetas.

No se halla procedimientos que originen registros para el análisis y detectar los errores en el proceso; ni del acto médico de prescripción, ni del acto farmacéutico de dispensación y menos a la altura del consumidor. En países avanzados se considera que la contingencia para los procedimientos de salud a la falta de cumplimiento de las indicaciones médicas.

Por consiguiente el afán de los profesionales no deben solo estar destinados en asegurar la calidad de un adecuado diagnóstico, prescripción o dispensación razonada de medicamentos sino también en certificar que los pacientes los usen adecuadamente sobre un estricto cumplimiento.

Estimamos solo tenuemente impresiones de lo que piensan y estiman los pacientes referentes a sus enfermedades y medicamentos y posiblemente el nivel de sus conocimientos esté de acuerdo al nivel cultural y al entorno social en el que viven. Lastimosamente las influencias del entorno son múltiples y probablemente inadecuadas que terminen distorsionando el tratamiento debidamente prescrito por los facultativos.

El seguimiento farmacoterapéutico (SFT) es una circunstancia de bienestar para ayudar a abordar el problemas relacionados con medicamentos. Permite reconocer las confusiones de la prescripción y la utilización de los pacientes. Además, es un instrumento adecuado en tratar y enseñar a los pacientes sobre los hábitos de calidad de una vida sólida para una mejoría más rápida y anticipar la cronicidad. Para muchos especialistas en medicamentos, el seguimiento farmaceoterapéutico (SFT) se ha considerado como más críticos. Es decir, el farmacéutico es el especialista y es un experto en bienestar que está equipado para determinar y anticipar las actividades erróneas que muestran los pacientes que tienen un tratamiento. Totalmente en los individuos que son polifarmacia por tener más de una dolencia.

El objetivo central de este proyecto. Demostrar que los profesionales farmacéuticos de la ULADECH están capacitados para solucionar los problemas que son afines con la manejo de medicamentos en hipertensos. Durante el desarrollo del proyecto el farmacéutico pondrá en juego habilidades y competencias que le faculte desempeñarse confortablemente como miembro de la triada en el empleo de medicamentos que compone junto con el médico y sobre todo el paciente.

El farmacéutico evidenciará como resultado del programa piloto de SFT que se encuentra apto para reconocer a los pacientes que utilizan medicamentos, su evaluación, el establecer y la transformación de la investigación de sus datos mediante los medios informáticos de registro. Del mismo modo será provechosa para medir sus capacidades en medicamentos, diagnósticos de los problemas vinculados con su uso y el desarrollo de las estrategias, de la comunicación a los pacientes, conseguir restituir situaciones negativas para prevenir o disminuir el daño ocasionado por los “Resultados Negativos de la Medicación (RNM)”.³

Este proyecto originará evidencia de que es probable trabajar con otros profesionales de la salud, sobre todo con los prescriptores, con quienes los farmacéuticos deben contraer vínculos colaborativos activos que les permitan aquellos alcanzar los éxitos que aguardan con la medicación de sus pacientes.

En el diseño de la tesis se introduce las evidencias originarias por los cuales se prefirió ampliar la averiguación incluyéndola en el contexto precisa en que distingue la dificultad y sus diferentes variables. Se especifica la investigación pues que el eje central de determinar PRMs y valorar el triunfo de las recetas efectuadas.

Se presenta un marco teórico amplio y los antecedentes del problema que demuestran lo avanzado en el mejoramiento del desempeño profesional del farmacéutico y en el intelecto de los fenómenos correspondiente con el uso de medicamentos. Así mismo las bases teóricas agrupan elementos que permiten afirmar a priori que los objetivos del proyecto tendrán, independientemente de la calidad individual de la actuación profesional del farmacéutico un valor esencial positivo en relación con medicamentos, prácticas de vida saludables y el mejoramiento de indicadores fisiológicos de la enfermedad.

Se pondrá en práctica una metodología basada en una intervención farmacéutica dirigida a un conjunto de pacientes hipertensos. Previamente a la intervención farmacéutica se medirán variables e indicadores. Al término de la experiencia las variables serán medidas nuevamente para evaluar estadísticamente los cambios producidos por la intervención farmacéutica.

Por otro lado esperamos que los efectos contribuyan en sostener el perfil de investigación y desarrollo de la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica de la ULADECH empeñada a contribuir decididamente a la formación integral de los futuros profesionales, en quienes la acreditación de competencias en SFT será un valor agregado al inicio de su carrera profesional.

1.1. Planteamiento del problema.

Desde el inicio de la investigación, se intenta implementar el piloto de Atención Farmacéutica afirmado en Seguimiento Farmacoterapéutico, el cual accede identificar el beneficio del programa, como una herramienta base para los

Establecimientos Farmacéuticos públicos y privados, en estrategias eficaces del uso adecuado de medicamentos.

Brevemente esta investigación está encaminada en determinar: ¿Tendrá una intervención farmacéutica, mediante seguimiento Farmacoterapéutico, la eficacia para optimizar la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos?

1.2. Objetivos de la Investigación.

1.2.1. Objetivo General.

Determinar la eficacia de una intervención farmacéutica mediante seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos.

La investigación se desarrolló en el Puesto de Salud Santa Ana Costa del Distrito de Chimbote entre los meses de mayo a julio del año 2017.

1.2.2. Objetivos Específicos

1.2.2.1. Intervenir a los pacientes diagnosticados con Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs) para implementar soluciones y evitar la aparición de Resultados Negativos de la Medicación (RNM).

1.2.2.2. Evaluar el estado de la adherencia al tratamiento pre - post intervención farmacéutica.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes.

2.1.1. Atención farmacéutica y seguimiento Farmacoterapéutico (SFT)

Estas numerosas intervenciones en Atención Farmacéutica avanzadas mediante el SFT poseen resultados positivos. Las orientaciones del uso de los medicamentos y la revisión de varias patologías exponen en diferentes ambientes hospitalarios, humanísticos y monetarios, un logro en la capacidad de los profesionales farmacéuticos.³

Se ha obtenido en la toma de la presión arterial el progreso de la adherencia o cumplimiento de las indicaciones.⁴⁻⁹ Conjuntamente se han conseguido triunfos en la percepción de calidad de vida y el mejoramiento del compromiso que efectúa el farmacéutico a nivel comunitario.¹⁰⁻¹⁵ “También, se hallaron mejorías en la función física y un raro empeoramiento de las funciones sociales, emocionales y de salud mental relacionado a una mayor conciencia del paciente hacia la enfermedad”.¹⁶

En las intervenciones ejecutadas, Sabater et al.¹⁷ “observaron 2361 hojas de intervención farmacéutica y determinaron lo prevalentes que son hacia la renovación del medicamento (23,6%), continuas por la adición de un medicamento (23,5%)”.

Son variados los resultados beneficiosos sujetos a la presentación de los programas de SFT en el seguro social clínico y ambulatorio. Además como instrumento de mejora de la dimensión del control de la gravedad provocada por la utilización de medicamentos en pacientes con diversas patologías perpetuas o intensas, transmisibles o no.¹⁸⁻²⁰

Según, Garnet WR et al. (2003), demuestran el resultado de las intervenciones farmacéuticas de diferentes medios de comunicación usadas en las entrevistas que fueron personales y el internet. La eficacia de los medios para transferir el uso adecuado de medicamentos y el desempeño o información de acciones no deseables.^{21, 22}

En el Perú, el programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico en hipertensos, en una búsqueda rápida por medio del internet proyecta insuficientes efectos de investigaciones en marcha de Seguimiento Farmacoterapéutico.^{23, 24} Gamarra et al.²⁵, “muestra resultados muy poco precisos sobre la naturaleza de la intervención y en la conclusión solo refiere a una influencia positiva del programa en la percepción de los pacientes sobre el fármaco”.

Así mismo, Ayala et al.²⁶ en el año 2010, en el desarrollo de la investigación sobre un programa piloto DÁDER reporta lo efectivo que es el SFT acerca de la auto percepción de la calidad de vida agrupada con el bienestar de los pacientes padecen hipertensión del hospital de Lima.

Ocampo²⁷ en 2010, “en una investigación para medir el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes hipertensos, demuestra que el resultado es significativo (0.031) cuando se comparan los test antes – después de una intervención farmacoterapéutica. Se refiere que el programa aumentó sobre todo la actitud de los pacientes en tomar los medicamentos cotidianamente ($p = 0,003$)”.

2.1.2. Avance del Seguimiento Farmacoterapéutico en el Perú.

Según “La política de medicamentos del Perú” en el año 2004, es el instrumento legal en donde promueve el progreso de las atenciones farmacéuticas y el desempeño de las experiencias en la farmacia asociado a los expertos en medicamentos, por parte de la parte estatal como exclusivo.²⁸

La ley 29459, estatuto de medicamentos, del 2009 y sus estatutos iniciaron su vigencia el 2011. Esta regla desglosa todo el reglamento de medicamentos existente en el Perú. Se cuenta el inconveniente semántico y se concretan las importancias de la atención farmacéutica y el SFT a manera de ser esencia.^{29, 30} En el escrito se expone la ejecución de la atención farmacéutica fundamentado en valorar los programas y la caracterización de los establecimientos de salud y las habilidades solicitadas para la ejecución del servicio.³¹

2.2. Marco Teórico.

2.2.1. Problemas relacionados con los medicamentos (PRM's) y efectos negativos asociados al tratamiento.

El bien monetario del medicamento como bien social haya los beneficios económicos. Esto ocasiona que este en peligro la salud, estableciendo una resistencia a los tratamientos y el desarrollo del mercado farmacéutico.²⁸ El importe general de los medicamentos reside, más efectos sutiles, perceptivos y únicos a las conmociones del ser humano: la baja de la ansiedad, su aporte a la vida y la tranquilidad de los individuos.^{32, 33}

A pesar de la utilización de medicamentos no continuamente se logran efectos tangibles. En momentos la farmacoterapia estimula los perjuicios, estos son de

mucha importancia en la salud de muchos pacientes y un importe en expedientes de la salud y sociales.^{34, 35}

Strand y Hepler^{36, 37}, “definen Drug Related Problems o problemas relacionados con medicamentos (PRM), como una experiencia indeseable del paciente, involucra a la terapia farmacológica e interfiere real o potencialmente con los resultados deseados por la terapéutica”. En la AF global el farmacéutico ejerce el SFT por los pacientes que se incorporan al programa, el farmacéutico brinda la prestación a los pacientes en la vigilancia de la farmacoterapia, por espacios prolongados o permanentes para optimizar la barrera del paciente.³⁸

Blasco, Mariño et al³⁹, “definen error de medicación (EM) a cualquier actuación prevenible que puede causar daño o morbilidad fármaco terapéutica al paciente. Los EM pueden tener su origen en errores de prescripción, en el manejo de la administración de la medicación por el profesional sanitario o en el propio paciente”.

El Tercer Consenso de Granada, expone a “los errores de medicación existen adentro de una condición mayor de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM). En su significado mayor los PRMs son también un hecho durante el proceso de uso de medicamentos que puede incluir problemas no prevenibles como las idiosincrasias, las reacciones adversas o interacciones desconocidas” (Cuadro N° 01).³⁵

Los PRM, se generan a partir de los errores de medicación, causando la aparición de resultados negativos vinculados al uso de medicamentos (RNM), donde ello se pueden denominar morbilidad farmacoterapéutica (MFT). Los Problemas relacionados con medicamentos, son elementos que predisponen a los pacientes un

mayor riesgo de causar resultados negativos del uso de medicamentos, causando consecuencias en relación a la farmacoterapia o error de la medicación (EM) ⁵⁴.

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

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

Modificado por el Tercer Concenso de Granada³⁵

En el año 2007 lo detalló “como sospecha de RNMs. a la situación en que el paciente está en riesgo de sufrir un problema de salud asociado al uso de medicamentos por la existencia de uno o más PRM que se consideran como factores de riesgo o causas de este RNM (Cuadro N° 02).”³⁵

CUADRO N° 02. Listado de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) (Clasificación que le correspondía a los PRMs hasta el Segundo Consenso de Granada).³⁵

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

Tomado del Segundo Consenso de Granada³⁵

Gaspar et al.⁴⁰, “considera que los PRM se logran dividir en: potenciales o no potenciales, cuando el paciente puede distinguir cierto hecho indeseable (RNM) deteniendo los efectos anhelados y existentes cuando el paciente percibe un suceso indeseable coherente con la farmacoterapia inventa un efecto negativo de la medicación (RNM)”⁴¹

Hall et al.⁴², define “para identificar y sistematizar estos eventos se puede afirmarse que los farmacéuticos al evidenciar PRM para prevenir RNM o una morbilidad farmacoterapéutica (MFT) realiza un diagnóstico de un signo o síntoma (PRM) en prevención para que no se genere una morbilidad (RNM o MFT). Desde este punto de vista la definición de PRM y RNM pueden ser el origen de un posicionamiento profesional del farmacéutico en los sistemas de salud como facultativo del diagnóstico de problemas de salud asociados al mal uso de medicamentos”.

Culbertson et al.⁴³, en el año 1997 citado por Hurley, especificaron el análisis realizado por el farmacéutico al transcurso en la caracterización de las causas determinados en el uso de medicamentos del paciente. El DF está establecido en evidencias que consienta sustentar que los problemas de salud que afronta el paciente es evidentemente el mal uso de los medicamentos.

Ferriols⁴⁵ atestigua que los PRM's se originan por la elección de los medicamentos, la prescripción, la dispensación, su administración y especialmente la monitorización. Como atestigua Calvo⁴⁶, “posterior a la administración es exigible la vigilancia del logro de resultados y la evolución del paciente por el farmacéutico para evitar o prevenir acontecimientos adversos relacionados con la farmacoterapia”.

2.2.2. La atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico

La Organización Mundial de la Salud (OMS) junto a la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) el año de 1993, “la misión de la práctica farmacéutica debe ser: suministrar medicamentos, otros productos y servicios para el cuidado de la salud y ayudar a la sociedad para que sean usados de la mejor manera posible”.⁵⁷

Como lo adjunta la OMS, el significado del término Atención Farmacéutica. En España, el término ha unido a los servicios humanos, el Ministerio de Salud y Asuntos del Consumidor promueviendo la idea de la atención farmacéutica un vinculado de bienes dirigidas al paciente.^{35, 57}

Según, Andrés R. “las actividades de AF podrían esquematizarse según el Cuadro N° 03, donde destacan orientadas hacia los pacientes mayores orientados exclusivamente hacia el aseguramiento de la calidad del medicamento. Las actividades centrales relacionadas con atención farmacéutica son: dispensación, asesoramiento farmacéutico, farmacovigilancia y seguimiento farmacoterapéutico”.⁵⁸

CUADRO N°03.Actividades de la Atención Farmacéutica en la actuación profesional del farmacéutico comunitario.

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

Tomado por Andrés Rodríguez⁵⁸

Las acciones que no se logran identificar legítimamente mediante la utilización de prescripciones también se logran agregarse al objetivo, y se consideran ejercicios adicionales para la confirmación de la naturaleza innata de la estructura farmacéutica, por ejemplo, a través del examen de control de calidad.^{59, 40}

Al presentar el término atención, el especialista en medicamentos se coordina con otros expertos en salud que transmiten una atención especial al paciente, en el punto focal de nuestro trabajo de expertos profesionales. Hay tres componentes esenciales que representan la consideración farmacéutica: el deber, el compromiso de trabajar con el paciente para lograr los objetivos útiles y la mejora de la satisfacción personal.⁵⁷⁻⁶⁰

Se ha propuesto una serie de actividades explícitas por esta razón, se tienen en cuenta resultados cuantificables que muestran la conveniencia del trabajo de expertos farmacéuticos para la aversión, la disposición o la disminución de PRM's. La reacción a este requisito es la ejecución de pilotos dependientes del SFT.^{35, 61,62}

Las actividades de la SFT son dirigidas para detectar PRM's para brindar de resultados contradictorios asociados con medicamentos. Esta prestación involucra una responsabilidad y una provisión continua con otros profesionales de la salud, con el fin de lograr resultados para la mejora de vida del paciente.^{63, 64}

Según Machuca⁶⁴, señala los términos: “Atención Farmacéutica, Intervención Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico se usan en las diferentes investigaciones para indicar una misma actividad orientada a asegurar calidad y prevenir el riesgo en el consumo de medicamentos por parte de los pacientes”.

Como Jiménez⁶⁵ “los programas de AF o SFT deben dar respuesta a los siguientes aspectos: a) Identificación temprana de pacientes que se beneficiarían con su implantación; b) Registrar las categorías y causas que originan los problemas relacionados con los medicamentos y su documentación; c) Generar alertas para solucionar fallos del sistema; d) Evaluar la utilidad clínica de los procesos asistenciales en curso y e) Facilitar la propuesta de mejoras en la calidad de la gestión farmacoterapéutica”.

Esta investigación tiene como piloto de seguimiento farmacoterapéutico una innovación de la técnica DÁDER perfeccionado por Ocampo²⁷ “aplicado por primera vez con el objetivo de evaluar el impacto del SFT del uso de medicamentos, la prevención y solución de PRMs y RNMs en pacientes hipertensos”.^{47, 68}

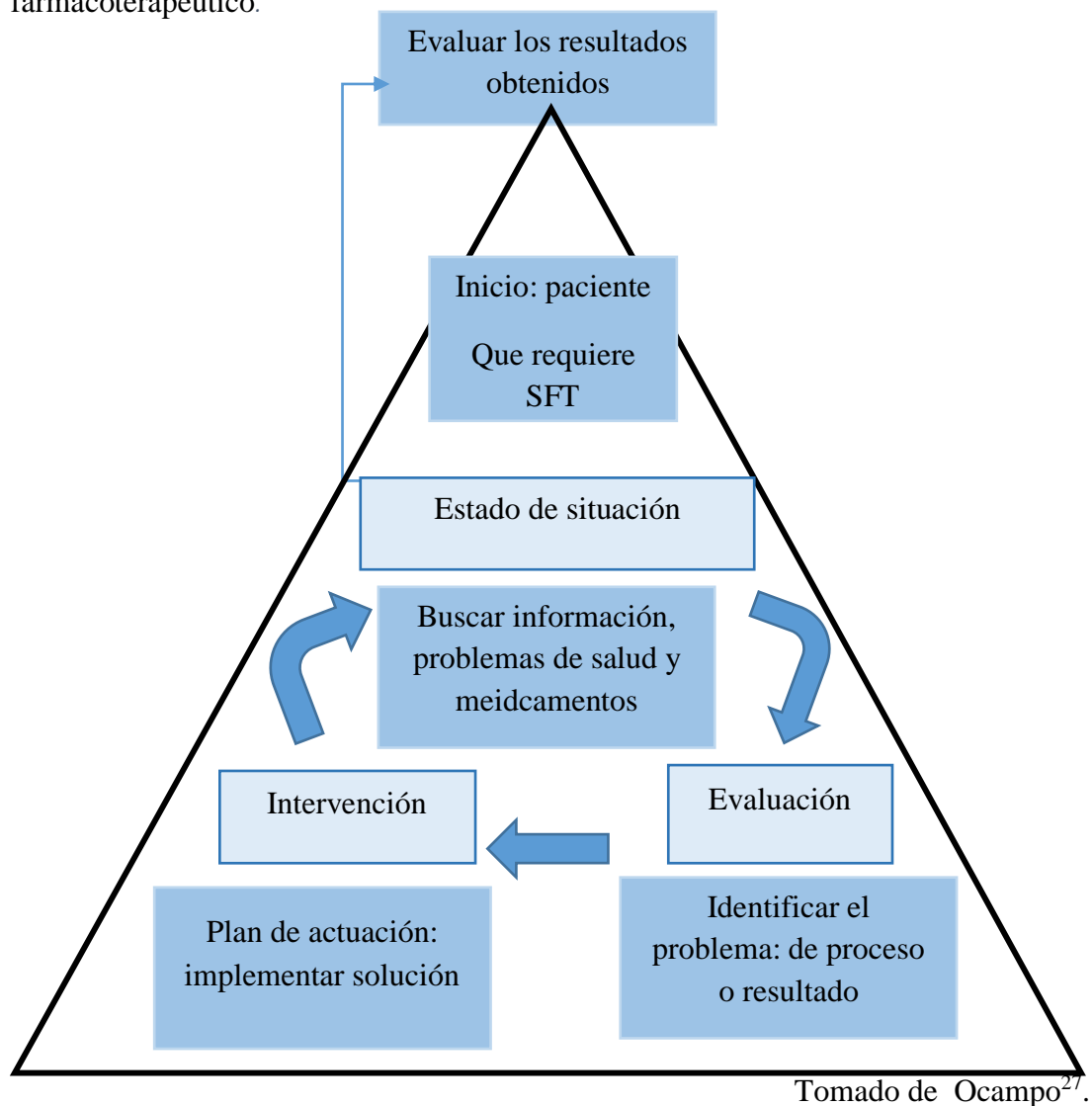
El método DÁDER se concibió el año 1999 a modo de una propuesta del grupo

de estudios de AF de la Universidad de Granada. Pretende ser sencillo y simple de aplicar sin perder la minuciosidad de una estrategia de trabajo estándar. Según lo indicado por los creadores, se propone que el modelo sea todo incluido para la organización del seguimiento farmacoterapéutico en cualquier entorno de seguro social, prestando poca atención al tipo de paciente y por cualquier especialista en medicamentos.⁶⁸

El método se ha mostrado ser triunfante en la prevención, detección y resolución de PRM's a partir de la atención primaria.⁶⁸⁻⁷⁰ Asimismo el Grupo de Investigación de la Universidad de Granada y Deselle et al.¹⁹ proponen que “es necesario evaluar en escenarios sociales diferentes establecer estándares de actuación en situaciones particulares para medir en ellos el impacto real de la AF”.⁷⁰

El método DÁDER a manera de la interpretación retocada de Ocampo²⁷, “consiguen identificar como etapas centrales del proceso de SFT a las siguientes: a) Elaboración del primer estado de situación del paciente; b) La evaluación e identificación de sospechas de PRMs; c) la intervención para resolver los PRMs y prevenir potenciales RNMs y d) La evaluación del nuevo estado de situación del paciente” (Figura N°01).

FIGURA. 1. Pasos clave del método DÁDER modificado de seguimiento farmacoterapéutico.



El ángulo significativo es ampliar el valor del seguro social, una elevación subjetiva de las actividades del experto farmacéutico y además produzca productividad monetaria para la fundación farmacéutica.⁶⁸

El objetivo del SFT, es facilitar una medida de los PRM's mediante las intervenciones farmacéuticas seguras. Así mismo, Sabater et al¹⁷. “plantean una clasificación de las intervenciones farmacéuticas que podrían surgir durante el proceso de seguimiento farmacoterapéutico” (Ver Cuadro N°04). La categorización concreta

la intervención farmacéutica a modo de una oferta de acción del tratamiento y/o las conductas del paciente, dirigida a solucionar y ha prevenir un PRM y evitar RNM.²⁵

Estas mediaciones en el tratamiento demostradas por un médico en comparación con las mediciones 1 y 2 el punto de evolución de las dosis, las continuidades de las dosis, la asignación de las dosis, la expansión y/o la expulsión de un fármaco o la suplantación de algunas deben actualizarse mediante una consulta previa con el especialista que lo recomienda. Mientras que la dimensión 3 son de carácter instructivo y son el deber inmediato del farmacéutico y el paciente.^{71, 72}

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

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

Tomado de Sabater et al²⁵

2.2.3. Definición de Hipertensión arterial (HTA)

Como la Sociedad Europea de Hipertensión (SEH) - Sociedad Europea de Cardiología (SEC), la hipertensión es una enfermedad crónica. Para la guía de la hipertensión (HTA) y el séptimo informe del Comité Nacional Conjunto sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Arterial en Estados Unidos (JNC VII),” supone que una persona mayor de 18 años es hipertenso cuando tiene un aumento de la PAS (tensión circulatoria sistólica) más notable que o equivalente a 140 mm Hg y / o una altura de peso de la sangre diastólica más prominente que o equivalente a 90 mm Hg. Aparecen las estimaciones de referencia de la tensión circulatoria (PA)” .⁷³ (Cuadro N° 05)

CUADRO N° 05. Valores referenciales de presión arterial.

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

Tomado de la Sociedad Europea de Hipertensión (SEH) - Sociedad Europea de Cardiología (SEC) y del JNC VII⁷⁰.

Uno de cada tres adultos tiene hipertensión, según las mediciones de la OMS. Así mismo la hipertensión se analiza solo en dos de cada tres personas hipertensas (68,4%). De ellos, el 53.6% tiene un tratamiento satisfactorio, sin embargo, el control el 27% de los casos logran ser analizados. Tal como reportan Agusti⁷⁵ en Perú y Chile un 55 y 40% los “pacientes que poseen valores de presión arterial elevados no son conscientes de ello ya que en la mayoría de los casos la HTA cursa sin síntomas”.⁷⁴

Los componentes persuasivos percibidos en la dimensión normal de la hipertensión de los vasos sanguíneos son la edad, el legado, el sexo (más en mujeres), la raza (mayor en raza negra que en raza blanca) y la dimensión financiera (predominante en las dimensiones financieras bajo).^{75, 76}

El principal objetivo del tratamiento en antihipertensivo es conservar los valores del pulso menos de 140/90 mm. Hg. y así contrarrestar los peligros del riesgo cardiovascular relacionado y la mortalidad, incluidas las enfermedades vasculares cardíacas, cerebrales, renales y vasculares periféricos, por lo que también es importante tratar las variables de riesgo modificables y las comorbilidades.⁷⁷

Con respecto a la junta, el acuerdo latinoamericano sobre hipertensión e Iza prescriben adaptabilidad. La razonabilidad y la obligación del médico en funciones de elegir si se trata o no a tratar y qué medicamentos utilizar al principio son estimados.

Se reconoce iniciar el tratamiento con diuréticos tiazídicos, bloqueadores β , bloqueadores de los canales de calcio, inhibidores de compuestos de cambio de angiotensina (IECA), receptores de la angiotensina II AT-1, bloqueadores adrenérgicos α , especialistas a medio camino o mezclas fijas de Medicamentos en dosis bajas. A pesar de que se ha abordado la seguridad de los bloqueadores α , los

enemigos del calcio y los bloqueadores β , no pueden eliminarse del uso ordinario, ya que, según lo indicado por los atributos fisiopatológicos de la persona, logran ser útiles hacia el tratamiento en casos específicos.⁷⁸ Según Agosti⁷⁵ sostiene que “ en el Perú la gran mayoría de hipertensos (82,2%) reciben inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), seguidos por los calcio antagonistas dihidropiridínicos (12%) y luego otros hipotensores”.

2.2.3. Establecimiento Farmacéutico Puesto de Salud Santa Ana Costa

El presente investigación se realizó en el Establecimiento Farmacéutico Puesto de Salud de Santa Ana Costa. Situada en el distrito de Chimbote, en el PP.JJ. Fraternidad Mz. I Lt.1. El número de habitantes de la zona puede ser delegado de la dimensión financiera normal. Para la administración experta, la farmacia cuenta con un farmacéutico.

El establecimiento farmacéutico ofrece la asignación de medicamentos genérico con o sin receta. Se atienden en normalidad a 80 pacientes día a día. Las enfermedades como: hipertensión, diabetes, infecciones respiratorias, enfermedades gastrointestinales, enfermedades del tracto urinario (las 5 patologías iniciales) donde se administran los tratamientos.

III. HIPÓTESIS

De acuerdo a la evidencia revisada en los antecedentes podemos afirmar a priori que:

H₀. La intervención farmacéutica mediante seguimiento farmacoterapéutico no tiene efecto sobre la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos.

H₁. La intervención farmacéutica mediante seguimiento farmacoterapéutico tiene efecto sobre la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos.

IV. METODOLOGÍA

4.1. Diseño de la investigación.

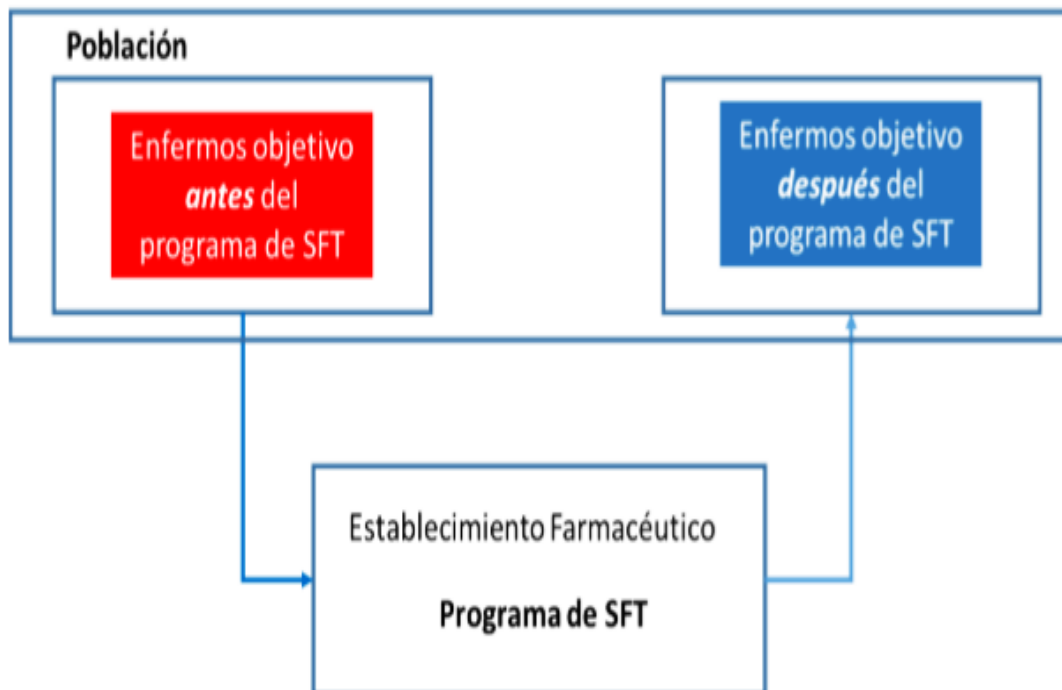
4.1.1. Tipo y el nivel de la investigación

La investigación es de tipo aplicativo y nivel pre experimental. Los resultados de la intervención serán evaluados mediante estadística descriptiva e inferencial, así como la influencia de la variable independiente sobre el resultado de los PRM's y su eficacia.

4.1.2 Diseño de la investigación

Diseño es de tipo pre experimental de una sola casilla, no probabilístico y semi ciego.

FIGURA. 2. Cuadro del prototipo de intervención farmacéutica.



Fuente: elaborado por OCAMPO²⁷

4.2 Población y muestra.

La selección de individuos se constituyó por pacientes específicos que padecen HTA atendidos moderadamente en el establecimiento farmacéutico del Puesto de Salud Santa Ana Costa, los pacientes seleccionados fueron los que asistían al Establecimiento Farmacéutico en los meses de Mayo al mes de Julio del 2017, cumplían con los criterios de aprobación, aceptando contribuir con el programa de Seguimiento Farmacoterapéutico, a través del instrumento de consentimiento informado. El total de pacientes fue de 12.

Los criterios para la consideración de los pacientes fueron:

- Pacientes adultos con HTA primarios de 45 y 65 años.
- Pacientes con prescripción médica del tratamiento no mayor a los 3 meses, identificando correctamente las recetas.
- Pacientes con la capacidad de aceptar y firmar un instrumento de consentimiento informado.
- Aptitud de comunicación e idioma español para evitar problemas durante el programa.
- Pacientes autosuficientes, que no dependen de terceros.

En efecto no se aceptaron en los momentos del estudio:

- Disminución de la capacidad de los pacientes para entender o transmitir por ella.
- Pacientes que tengan más de una patología el cual interfieran en la investigación.

4.3 .Definición y operacionalización de las variables.

Variables	Denominación	Definición teórica	Instrumento	Indicadores
Variable Independiente	Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT)	Es una práctica profesional en la que el farmacéutico a cargo de los requisitos de los pacientes identificados con medicamentos a través de la ubicación, la acción contraactiva y los objetivos de los problemas relacionados con la medicación (PRM). ¹⁰⁹ La SFT es una variable autónoma regulada a los pacientes para analizar, tratar y / o prevenir la PRM que degeneran en efectos negativos de la medicina. La SFT está conectada a través de una intercesión experta en una disposición de ejercicios en cinco etapas liderada por el farmacéutico y coordinada con el paciente y / o prescriptor.	El instrumento SFT es el Archivo de farmacoterapia (FFT) (Anexo N ° 03) donde se registra el desarrollo del procedimiento. Se registra información silenciosa, morbilidades, utilización de recetas, tradiciones y otros.	Medicamentos utilizados. PRMS, Tipo de intervenciones, Canales de comunicación usados,
Variable Dependientes	Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM's)	Circunstancias que, durante el tiempo empleado en el uso de medicamentos, causan o pueden causar la presencia de un resultado negativo relacionado con la receta. En el presente examen, utilizaremos el primer resumen de PRM recomendado por el tercer acuerdo de Granada como premisa. ³⁵	La conclusión de los PRM fue cuantitativa debido a la investigación de los datos recopilados en las hojas de farmacoterapia.	Cantidad de PRMs diagnosticados de acuerdo a la tabla modificada por Ocampo, de 16 potenciales problemas y que se describen en el cuadro N°01.
	Resultados Negativos Asociados con la Medicación (RNM).	Se define como sospechas de RNM a la situación en la que el paciente está en riesgo de sufrir un problema asociado al uso de medicamentos, por la existencia de uno o más PRM, a los que podemos considerar como factores de riesgo de este RNM (Cuadro N° 01). ³⁵	La identificación de los RNMs se realizó en la FFT luego del análisis y la tipificación del PRM que es la causa original.	Los RNMs se clasifican según: Necesidad, efectividad y seguridad. La descripción se desarrolla en el cuadro N°01.
	Adherencia al tratamiento.	El cumplimiento o adherencia al tratamiento fue definido según Haynes ⁹⁶ como: “El grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”. En la presente investigación este concepto solo se refiere a la toma de medicamentos.	El grado de la variable fue determinado de manera indirecta utilizando el algoritmo de Morinsky, Green y Levine ⁵⁴ denominado Medication Adherent Scale (MAS). El Test de Morinski contiene 8 preguntas de respuesta dicotómica Si (1, uno) o No (0, cero). Según el planteamiento de las preguntas, la respuesta positiva Si es negativa al cumplimiento y No es positive.	Puntaje = a 0, cumplidor, Puntaje > de 0 (de 1 a 8), incumplidor.

4.3.1. Seguimiento farmacoterapéutico (SFT)

Es un ejercicio en el especialista en medicamentos está a cargo de las necesidades de los pacientes a través del reconocimiento y los objetivos de los problemas identificados con la utilización de medicamentos.⁶⁰

La SFT es un factor gratuito regulado para analizar, tratar o anticipar los PRM disminuyendo los resultados negativos relacionados en la prescripción. El seguimiento está conectada a través de una intercesión experta en una agrupación de ejercicios en cinco etapas liderada por el especialista en medicamentos y coordinada con el paciente y / o médico.^{60, 78}

El instrumento para iniciar el SFT es el registro farmacoterapéutico (Anexo N°7.3) ahí se registran el avance del procedimiento como: se registra información persistente, morbilidades, utilización de recetas, tradiciones y otros. Los PRM analizados se enlistan para su respuesta y elegir los canales de correspondencia utilizados.

4.3.2. Problemas relacionados con medicamentos (PRM)

Las circunstancias durante los tiempos dedicados a la utilización de medicamentos pueden causar la presencia de resultados negativos relacionados con el medicamento. En el presente examen, utilizamos el resumen modificado de los PRM's, según el tercer acuerdo de Granada.³⁵ (Tabla N ° 05). La determinación de los PRM es cuantitativa debido a la investigación de los datos recopilados en hojas

farmacoterapéuticas. Cada uno de los pacientes puede soportar muchos PRM's cuyo entorno se registra en la FFT.

4.3.3. Resultados negativos asociados a la medicación (RNM)

Son sospechas de RNM a las condiciones que se encuentra en peligro de sufrir un problema de salud relacionado al uso de medicamentos los pacientes, habitualmente por uno o varios PRM, considerándolos como causas de riesgo de este RNM³⁵ (Cuadro N° 01).

Los RNMs identificados serán por interpretación de los PRM's asociados y su investigación como diferente e individual en las tablas de frecuencias. Cada uno de los pacientes presentas tantos RNMs como PRMs sean diagnosticados.

4.3.4. La adherencia al tratamiento

El nivel de la variable es definitivo de modo indirecta utilizando el algoritmo de Morisky, Green y Levine⁷⁹, según Medication Adherent Scale (MAS) “consiste en una escala de 5 ítems con SI y NO como opciones de respuesta. Sumando las respuestas de todos los ítems conduce a un escore total que puede ir desde 0 a 5. Cero representa un muy alto cumplimiento o baja no adherencia, mientras que 5 sugiere una no adherencia muy alta o bajo cumplimiento. El instrumento se aplicó en la segunda y última visita”.

4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

4.4.1. Técnica.

El SFT se dirigió mediante un procedimiento de una entrevista individual, vía telefónica y cooperación a través del espacio virtual. Las reuniones individuales se llevaron a cabo en la casa del paciente. El sistema de metodología y asociación de las reuniones con los pacientes fue el prescrito por La Guía de seguimiento farmacoterapéutico de la técnica “DÁDER”.⁵⁴

4.4.2. Instrumentos

4.4.2.1. Las Fichas farmacoterapéuticas (FFT) (Anexo N° 7.3.7.)

Las FFT son instrumentos para la inscripción de la información de SFT. Consta con cinco segmentos de datos sobre el paciente: los datos generales, los datos sobre las enfermedades, los medicamentos consumidos, los problemas con la utilización de medicinas y los movimientos realizados del experto farmacéutico para determinarlos.

La crónica de todos los datos en la SFT se completó con los signos de la Guía de seguimiento farmacoterapéutico de la estrategia DÁDER.⁵⁴

4.4.2.2. Instrumento para la medición de la adherencia al tratamiento (Cuadro N° 06).

Denominado como Medication Adherent Scale (MAS) o Test de Morisky “consiste en una escala de cuatro ítems de preguntas con SI y NO como opciones de respuesta. Las preguntas están formuladas de tal forma que las respuestas afirmativas (si) reflejan incumplimiento o no adherencia y valen 1 punto. Las respuestas negativas (no) reflejan adherencia y se puntúan con cero (0). De tal forma que al sumar las

respuestas de todos los ítems los resultados extremos pueden ser cero (0) o cuatro (4)”.^{54, 73}

“Un escore total de cero representa adherencia total, es decir, respuestas negativas a todas las preguntas, mientras que un puntaje de cuatro refleja total incumplimiento. Resultados de puntajes intermedios pueden catalogarse desde poco incumplimiento hasta incumplimiento total”.

CUADRO N° 06. Escala de adherencia a la medicación (MAS) DE MORISKY-
GREEN – LEVINE^{54, 73}

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

Puntuación: >2 = low adherence

1 or 2 =medium adherence

0 = high adherence

4.4.3. Procedimiento para la recolección de datos.

La información recopilada durante el programa de SFT, se realiza mediante el procedimiento descrito en la (figura No. 03). Básicamente, el sistema recomendado en la estrategia DÁDER se sigue con el cambio de la redacción y la adición de otra información que es útil para nuestra existencia.⁸⁰

Etapas del procedimiento de recolección de datos:

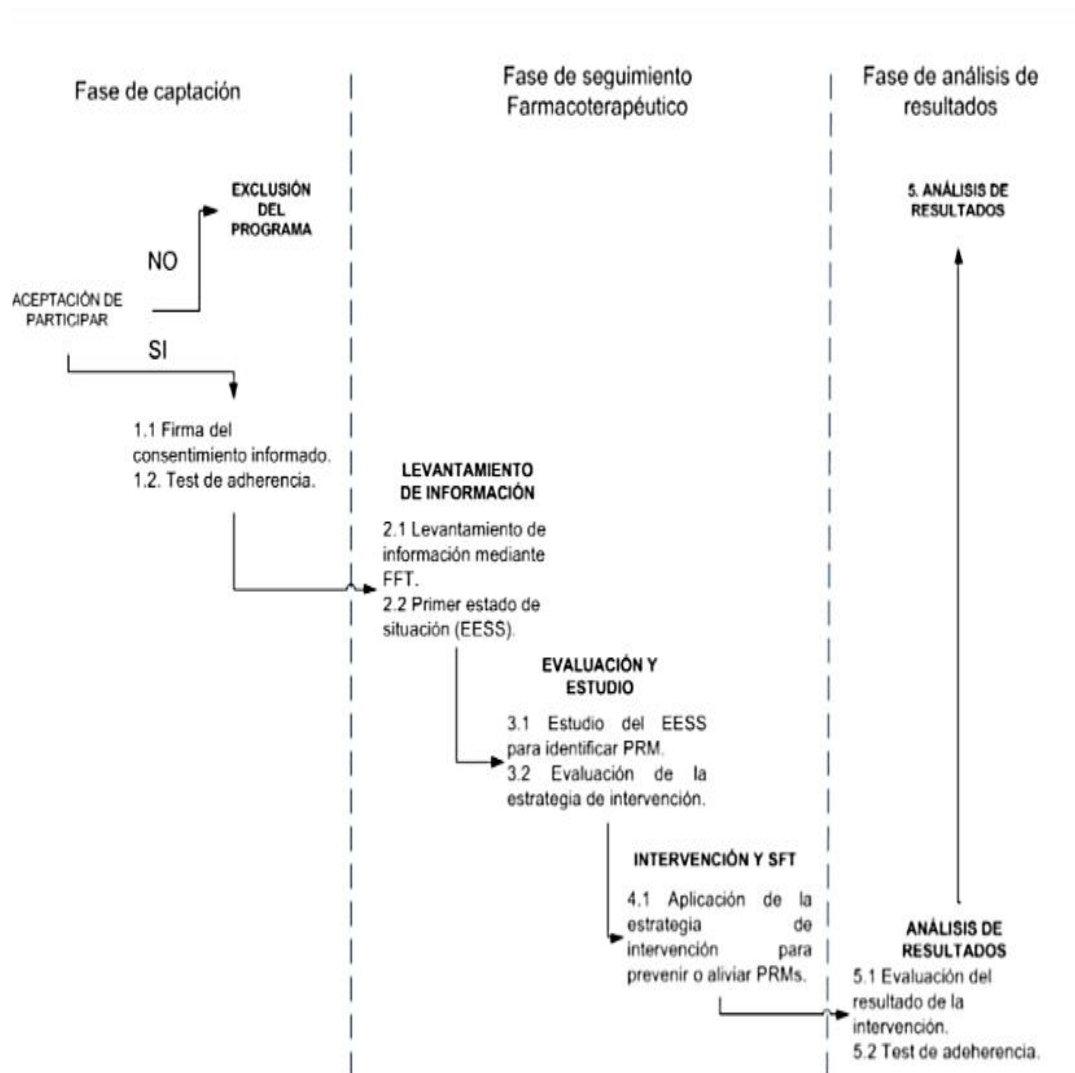
1. Oferta de servicio y captación de pacientes.
2. Levantamiento de información. Primer estado de situación.
3. Estudio y evaluación.
4. Intervención y seguimiento.
5. Análisis de resultados.

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

Se les ofreció el servicio del programa de SFT a todos los pacientes hipertensos del establecimiento farmacéutico Santa Ana Costa en mayo del 2017 hasta que se obtuvieron a doce pacientes. Ellos firmaron el consentimiento mediante un archivo marcado (anexo N °7.2). El cual indica la obligación del químico farmacéutico en observar la utilización de recetas, la alerta de la información del paciente. Asimismo, el consentimiento aprueba al especialista en medicamentos para que interceda ante el especialista.

Por otra parte, se precisa al paciente a transmitir todos los datos identificados con enfermedades y la utilización de medicamentos que podrían ser valiosos para la determinación de los PMR.

FIGURA. 3. Flujograma de las actividades de Seguimiento Farmacoterapéutico



4.4.3.2 Levantamiento de información.

Los datos están registrados en la FFT (Anexo N ° 7.3). Se llegan a registrar los datos generales del paciente, la información sobre las dolencias, los expertos que analizaron, los fármacos utilizados, las propensiones a la vida, la ascendencia familiar y la vista de los signos y efectos secundarios de los problemas médicos que el paciente asocia con la utilización de medicamentos. La utilización de elementos comunes. Y también se registró la utilización de medicamentos sin prescripción. En medio del

alistamiento, el paciente es interrogado sobre los componentes del peligro y las dudas de los problemas identificados. Se garantizó el tiempo entre la recopilación y la acumulación de datos no supere las 72 horas.

4.4.3.3 Fase de estudio y evaluación de la información.

Los datos fueron examinados en un dominio con estados de materiales y hardware para desarrollar un análisis de cada uno de los casos de los pacientes.

Todos los datos enlistados en la FFT se concentran para interrelacionar los factores que buscan los PRM: enfermedades especificadas, morbilidad, tratamientos respaldados, automedicación, respuestas antagónicas, adherencia al tratamiento, etc. para determinar los problemas relacionados con la utilización de medicamentos (PRM). Se utilizó material de ayuda bibliográfica para asegurar los descubrimientos de PRM y RNMs.⁸¹

Para cada problema analizado por el especialista en medicamentos considerará la mejor metodología de resolución de problemas que se reportarán en las cinco hojas de las FFT. La solución contiene una serie de estrategias que se le brinda para cada uno de los pacientes o a su prescriptor. Así mismo para dar saber acerca de cada PRM y sus estrategias que buscan una solución se buscó el medio de comunicación más preciso para que sean dirigidas.

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

CUADRON° 07. Tipos de canales para comunicar las recomendaciones del farmacéutico para la solución de PRMs.

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

4.4.3.4. Fase de intervención y seguimiento farmacoterapéutico

La etapa tiene como objetivo el transmitir con confianza las fechas en que el paciente o especialista deben cumplir para brindar la disposición de los PRM. Esta mediación se realizó a través de visitas domiciliarias, contactos telefónicos, mensajes y / o redes sociales.

Así mismo la comunicación de técnicas encaminadas al paciente, el farmacéutico utilizará el lenguaje verbal, cuando sea importante corregir obviamente alguna perspectiva. Se dejarán propuestas compuestas. Después de impartir la recomendación del acuerdo, se verificó la consistencia a través de llamadas telefónicas o visitas. El seguimiento tuvo un tiempo de observación, fue de cinco días máximo, lo cual se cerró el procedimiento al finalizar.

4.4.3.5 Evaluación del impacto de la intervención.

Los diálogos para la última apreciación de los resultados se dirigió por un investigador diferente que completó el seguimiento.

Así mismo se realizó un cuestionario de preguntas dirigidas los pacientes sobre

si pusieron el desarrollo las recomendaciones brindadas por el investigador anterior.

Se le preguntó si consideraba que todos los problemas identificados con los medicamentos analizados estaban resueltos.

Se estimaron las últimas dimensiones de la adherencia y los parámetros clínicos de la enfermedad.

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

	SUMA DE SI	f _i ANTES	%	f _i DESPUÉS	%
IMCUMPLIDOR	4	11	91.7	0	0.0
MUY IMCUMPLIDOR	2 o 3	1	8.3	3	25.0
POCO IMCUMPLIDOR	1	0	0	2	17.0
CUMPLIDOR	0	0	0.0	7	58.0
TOTAL		12	100.0	12	100.0

4.5. Plan de análisis de datos.

Los datos de las FFT, del test de Morisky se trasladaron a las tablas en MS

Excel. Las tablas se basaron en:

a. Datos habituales de los pacientes (sexo, edad, dirección, teléfono) y períodos de intervención como los tipos y medios de comunicación.

b. Estado de situación sobre problemas de salud y medicamentos usados con PRM's y RNM incorporados, habilidades utilizadas durante la

intervención y los canales de comunicación. Asimismo se llegó a registrar si el PRM fue solucionado y la percepción final del paciente sobre la solución del problema.

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

Una vez creado las tablas en la base de datos en MS Acces para el acumulado total de frecuencias por las variables que se indica de los pacientes, la morbilidad, los medicamentos, los PRM's, las actividades ejecutadas por el farmacéutico, consecuencias de las intervenciones, etc.

Así mismo, la información recopilada en MS Acces, se expusieron los resultados de simple y dobles frecuencias relativas, absolutos y los porcentajes. También se realizaron tablas y cuadros acerca de los atributos de los pacientes que fueron intervenidos en los procedimientos médicos, problemas médicos, frecuencias de los medicamentos utilizados, el tipo y la recurrencia de PRM. Posteriormente, se muestran las tablas para determinar la relación entre la utilización de la prescripción y los PRM. A fin de mostrar las consecuencias de la intervención, se desarrollaron tablas de la recurrencia de canales de comunicación utilizados. Por ello que se resolvió la relación sobre la cantidad de conclusiones y las prescripciones utilizadas y entre uno o más fármacos utilizados y los PRM analizados por cada paciente.

d. Prueba estadística utilizada.

La prueba estadística que se utilizó para determinar la decisión de resultados, fue de Mc Nemmar, con un nivel de significancia de (0,05). Esta prueba incluye las estadísticas de SPSS, para prueba son paramétricas con mediciones de un antes - después-.

4.6. Matriz de consistencia.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN	VARIABLES E INDICADORES	ANÁLISIS DE RESULTADOS
<p>¿Tendrá una intervención farmacéutica, mediante seguimiento farmacoterapéutico, la eficacia para optimizar la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos?</p>	<p>Objetivo General: Determinar la eficacia de una intervención farmacéutica mediante seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervenir a los pacientes diagnosticados con Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs) para implementar soluciones y evitar la aparición de Resultados Negativos de la Medicación (RNM). • Evaluar el estado de la adherencia al tratamiento pre - post intervención farmacéutica. 	<p>De acuerdo a la evidencia revisada en los antecedentes podemos afirmar a priori que:</p> <p>Ho. La intervención farmacéutica mediante seguimiento farmacoterapéutico no tiene efecto significativo para optimizar la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos.</p> <p>H1. La intervención farmacéutica mediante seguimiento farmacoterapéutico tiene efecto significativo para optimizar la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos.</p>	<p>Diseño es de tipo pre experimental de una sola casilla, no probabilístico y semi ciego.</p>	<p>Variable independiente:</p> <p>Intervención Farmacéutica mediante seguimiento farmacoterapéutico.</p> <p>Variable dependiente:</p> <p>Adherencia al tratamiento</p>	<p>Se analizarán los resultados desde los instrumentos.</p> <p>Se crearan bases de datos en acces y Excel.</p> <p>Se construirán tablas de doble y simple entrada.</p> <p>Se aplicarán herramientas de estadística descriptiva y estadística inferencial.</p>

4.7 Criterios éticos.

La investigación se produjo alcanzando las normas éticas de la Declaración de Helsinki.⁸² Es por ellos, que se ejecutó con la aprobación de los responsables del Servicio Farmacéutico intervenido.

Los datos de todos los pacientes fueron guardados y se mantuvo en el anonimato. La información individual registrada en la FFT no aparece en las tablas de investigaciones de la información, se cuenta con un número de identificación, el sexo y la edad. Así mismo para la mediación, es importante saber su nombre, apellidos y dirección de correo electrónico. La información permanecerá en la base de datos hasta culminar y se eliminará después de que finalice la investigación.

Se les comunicará a los pacientes sobre el estudio requiriendo obligatoriamente su consentimiento escrito. La hoja de consentimiento informado (Anexo N°02) determina las obligaciones del farmacéutico y las del paciente.

Así mismo no se cambiará la terapia prescrita sin el consentimiento del profesional prescriptor. El informe estuvo aprobado por el Comité de Investigación de la Escuela Profesional de Farmacia de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.

V. RESULTADOS

5.1 Resultados.

5.1.1 CARÁCTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES Y TIEMPOS DURANTE LA INTERVENCIÓN.

Tabla 1. Pacientes hipertensos agrupados según sexo y promedio de edad intervenidos a través del seguimiento farmacoterapéutico. Puesto de Salud Santa Ana Costa del Distrito de Chimbote. Mayo a Julio del 2017.

GÉNERO	PROMEDIO EDAD (Años)	fi	%
F	59.5	6	50
M	69.83	6	50
\bar{x}	64.67	12	100
S	13.5		

5.1.2. MORBILIDAD DIAGNÓSTICADA, AUTO PERCIBIDA Y EL USO DE MEDICAMENTOS.

Tabla 2. Cantidad de contactos y tiempos de intervención mediante el programa de SFT a pacientes hipertensos del Puesto de Salud Santa Ana Costa del Distrito de Chimbote. Mayo a Julio del 2017.

PAC.	EF		DOMICILIO		TELEFONO		OTRA VIA		TOTAL	
	contactos	tiempo (min)	contactos	tiempo (min)	contactos	tiempo(min)	contacto	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	98
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	914
X	1	33	1	42	1	2	0	1	3	76
CONT.		32.5		42.08		1.58		10		24.70

Pac. Código de Paciente
Min: minutos

X: promedio

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

Tabla 3. Problemas de Salud diagnosticados y auto percibidos intervenidos a través del seguimiento farmacoterapéutico. Puesto de Salud Santa Ana Costa del Distrito de Chimbote. Mayo a Julio del 2017.

MORBILIDAD	CIE 10	DIAGNÓSTICO	n	%	Fi	% ACUMULADO
Diagnosticada	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)	12	48.0	19	76
	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		
No Diagnosticada		Edema localizado	2	8.0	6	24
		Acidez estomacal	1	4.0		
		Alergias	1	4.0		
		Dolor de cabeza	1	4.0		
		Dolor de garganta	1	4.0		
		Total	25	100.0	25	100

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

*CIE10. Código Internacional de Enfermedades versión 10

Tabla 4. Medicamentos utilizados por los pacientes mediante el programa de SFT a pacientes hipertensos Del Puesto de Salud Santa Ana Costa Del Distrito de Chimbote. Mayo a Julio del 2017.

ORIGEN DEL MEDICAMENTO	MORBILIDAD	DENOMINACIÓN EN DCI	n	FI	%
Prescritos	Hipertensión arterial esencial (primaria)	Losartan	5	20	51.3
		Enalapril	4		
		Captopril	3		
		ácido acetilsalicílico	3		
		Alprazolam	2		
		carvedidol	1		
		furosemida	1		
		Digoxina	1		
	Bronquitis, no especificada como aguda o crónica	beclometasona dipropionato	1	2	5.1
		salbutamol	1		
	Insuficiencia renal aguda, no especificada	sulfato ferroso	1	3	7.7
		piridoxina	1		
		ácido fólico	1		
	Artritis reumatoide seronegativa.	naproxeno	1	3	7.7
		hidroxocobalamina	1		
		diclofenaco	1		
Enfermedad inflamatoria de la próstata, no especificada	Tamsulosina Clorhidrato / Dutasterida	1	4	10.3	
	Urticaria alérgica	Cetirizina			1
	Gastritis (simple)	hidróxido de aluminio			1
	Candidiasis	Fluconazol			1
Sub total				32	82.1
Automedicación	Dolor de garganta	eritromicina	1	7	17.9
		amoxicilina	1		
	Acidez estomacal	Subsalicilato de bismuto	1		
	Alergias	cetirizina	1		
	Edema localizado	furosemida	2		
	Dolor de cabeza	ibuprofeno	1		
Sub total				7	17.9
			39	39	100.0

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

DCI: Denominación común internacional.

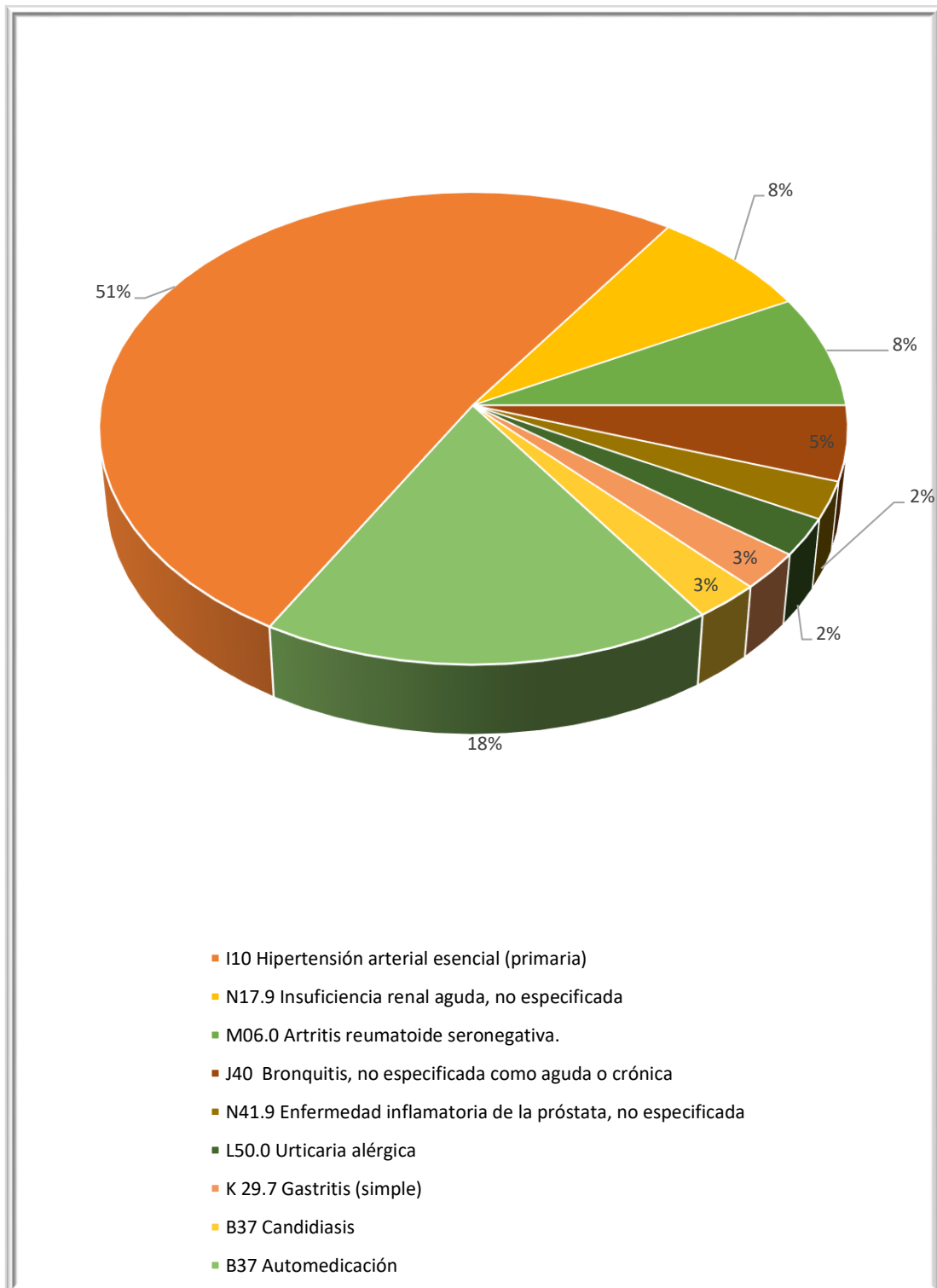


GRAFICO 1. Gráfico N°01. Porcentaje del tipo de medicamentos utilizados por los pacientes mediante el programa de SFT a pacientes hipertensos Del Puesto de Salud Santa Ana Costa Del Distrito de Chimbote. Mayo a Julio del 2017.

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

Tabla 5. Distribución de la frecuencia y porcentaje de los PRM obtenidos durante el seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hipertensos Del Puesto de Salud Santa Ana Costa Del Distrito de Chimbote. Mayo a Julio del 2017.

COD PRM	DESCRIPCIÓN	N	%
10	Interacciones	8	33.3
11	Otros PS	4	16.7
12	Reacciones Adversas	3	12.5
9	Incumplimiento	3	12.5
2	Actitudes Negativas	3	12.5
5	Posología inapropiada	2	8.3
8	Error de Prescripción	1	4.2
Total		24	100.0

Fuente: FEI tipo de PRM corresponde al Tercer Consenso de Granada 2007³⁵.

Modificado por Ocampo²⁷

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

Tabla 6. Comparación de la edad, cantidad de diagnósticos, cantidad de medicamentos, PRM no identificados y PRM solucionados por paciente intervenido a través del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hipertensos Del Puesto de Salud Santa Ana Costa Del Distrito de Chimbote. Mayo a Julio del 2017.

PAC	GENERO	EDAD	DX	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: Tabla de Estado de Situación. Anexo N° 08

5.1.4 IMPACTO DE LA INTERVENCION SOBRE LA ADHERENCIA.

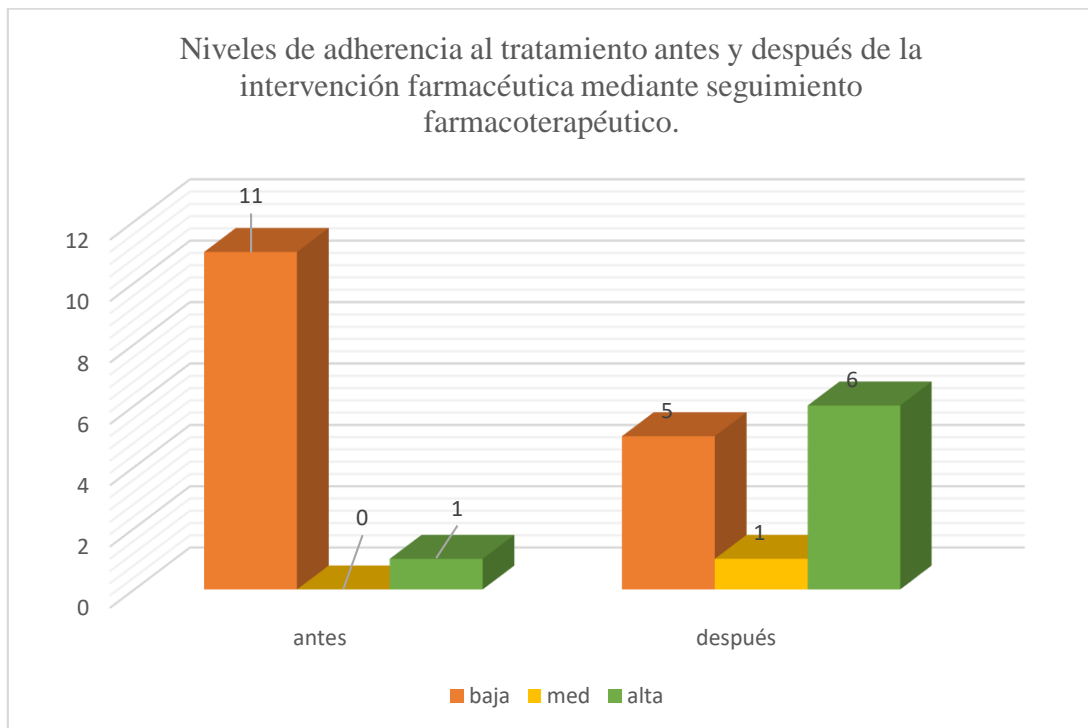
Tabla 7. Comparativo de la adherencia al tratamiento antes y después del seguimiento farmacoterapéuticos en pacientes hipertensos Del Puesto de Salud Santa Ana Costa Del Distrito de Chimbote. Mayo a Julio del 2017.

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	1
8	1	1
9	1	1
10	1	1
11	1	1
12	1	1
NO ADHERENTES	11	6
% NO ADHERENTES	92	50.0
Test de McNemmar	P=	0.063

p = grado de significancia, 1: Paciente incumplidor; 0: Paciente cumplidor.

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

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



	ANTES	%	DESPÚES	%
BAJA ADHERENCIA	11	91.7	5	41.7
MEDIANA ADHERENCIA	0	0.0	1	8.3
ALTA ADHERENCIA	1	8.3	6	50.0
TOTAL	12	100.0	12	100.0

GRAFICO 2. Gráfico N°02. Evaluación de los puntajes obtenidos, según las respuestas Del Test de Morisky antes y después de la intervención del programa piloto de SFT a pacientes hipertensos Del Puesto de Salud Santa Ana Costa Del Distrito de Chimbote. Mayo a Julio del 2017.

Tabla 8. Efecto del seguimiento farmacoterapéutico sobre las actitudes que reflejan cada una de las preguntas del Test de Morisky. Programa de SFT dirigido a pacientes hipertensos Del Puesto de Salud Santa Ana Costa Del Distrito de Chimbote. Mayo a Julio del 2017.

Items	Preguntas	Preguntas del Test de MGL		
		Respuestas afirmativas		
		Antes	Después	p (McNemmar)
1	Algunas veces se olvida usted de tomar sus medicamentos?	9	3	0.01
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	0.18
3	Alguna vez ha dejado de tomar sus medicamentos por le te caían mal, sin decirle nada al médico o tu farmacéutico?	5	1	0.05
4	Cuando Usted viaja o sale de su casa por largo tiempo se olvida de llevar sus medicamentos?	7	2	0.03
5	Dejó de tomar sus medicamentos ayer?	5	1	0.05
6	Cuando Usted siente que los síntomas de su enfermedad están bajo control deja de tomar su medicación?	3	0	0.08
7	Tomar medicamentos todos los días es muy complicado para mucha gente. Alguna vez Usted se ha sentido tentado a dejar su tratamiento?	5	4	0.32
8	Cuan frecuente tiene Usted dificultades para recordar tomar sus medicamentos?	4	4	1.00

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

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

5.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

El programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico tiene como objetivo en determinar la eficacia de adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos obteniendo resultados, en el cual se analizaron y vincularon entre la variable.

Continuamente se presenta el análisis a través del orden de las muestra de los resultados:

5.2.1 Acerca de pacientes y sus tiempos de intervención:

Son 12 los pacientes participantes en el programa, entre ellos fueron 6 mujeres (50%) y 6 varones (50%), con una edad entre 45 a 65 años. (Tabla N° 01). Los resultados coinciden Teko L. y Brucker M.⁸³ que propusieron la prevalencia de la hipertensión, inicia a la edad de 45 años siendo muy frecuente en ambos géneros. “La HTA es un factor de riesgo para el desarrollo de las enfermedades cerebrovasculares, problemas cardíacos y la insuficiencia cardíaca congestiva siendo la principal causa de insuficiencia renal crónica y diálisis”.

En este presente trabajo de investigación se determinó a través del estudio el efecto de un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes que padecen hipertensión arterial, con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento, identificar y solucionar problemas relacionados al uso de medicamentos y con el resultado de la intervención, disminuir los valores de presión arterial.

En la tabla N° 02 se muestra los tiempos intervenidos y el tiempo promedio que se realizó las visitas en el programa de SFT en los domicilios de cada uno de los pacientes. Durante el proceso se informó a los pacientes el beneficio del programa.

Una vez aceptado el consentimiento, se obtuvo los datos basales de cada uno de ellos mediante la toma de su presión arterial en cada una de las visitas y en las horas exactas a la primera toma. Todas las entrevistas se realizaban en casa de los pacientes, con promedio de (45 min.) por visitas.

Se promedió un total de (42.08 min.) de visita domiciliaria que al ser multiplicado por 12 pacientes intervenidos se obtiene un total (505 min.) de trabajo farmacéutico.

Las intervenciones realizadas por teléfono fueron de (1.58 min.) en promedio, entre farmacéutico – paciente, este medio solo se usó en 5 pacientes para hacer recordar la toma de sus medicamentos, sus recomendaciones y el horario para la previa visita farmacéutica. El tiempo intervenido por este medio se obtuvo un total de (19 min.) de trabajo farmacéutico dedicado al programa. Así mismo con un paciente se realizó intervenciones por las redes sociales en promedio de (10 min.).

Al realizar una suma de los contactos visitados a su domicilio, por teléfono y otros medios se obtuvo (914min.) de intervención con promedio de promedio de (76 min.). Según los estudios de Muñoz C.⁷² obtuvo un promedio de 3 visitas por paciente. Sin embargo, difieren con los resultados encontrados por Cabiedes L. y Arcos⁸⁴ en su estudio de evaluación económica de la Atención Farmacéutica (AF) en Oficinas de Farmacias Comunitarias, la cual reporta el tiempo promedio de Atención Farmacéutica es de 245 minutos por paciente (52 min. de entrevista inicial, 175 min. de visitas y 17 min. de intervención farmacéutica). En términos, un paciente con atención del farmacéutico requiere de un tiempo entre 180 y 201 min. en 3 visitas.

Por otro lado, se debe educar a los pacientes que realicen consultas con el farmacéutico con la finalidad de optimizar sus tiempos y desarrollar una programación con un período de consultas que sean fáciles de acceder y útiles para ellos.

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

Los problemas de salud diagnosticados y auto percibidos por los pacientes intervenidos donde se identificaron 24 enfermedades diagnosticadas según la Tabla N° 03, es asociado a los pacientes intervenidos refiriendo en el cuadro un (76%) fueron morbilidades diagnosticadas a comparación de un (24%) fueron morbilidades no diagnosticadas.

En España, según el Comité de Consenso del Tercer Consenso de Granada acerca de los Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). Según la Encuesta Nacional de Salud-ENS en el año del 2006, “los últimos datos de morbilidad por problemas o enfermedades crónicas o de larga duración en poblaciones con 16 años , ayuda a establecer un crecimiento notorio, con respecto a la ENS del 2001 en el porcentaje notorio de los factores de riesgo y problemas de salud crónicos relevantes, siendo muy notorio el aumento de hipertensión arterial: 14.4% (2001) a 20.7% (2006) y la hipercolesterolemia: 10.9% (2001) a 16.1% (2006)”.³⁵

“En los últimos años, estudios epidemiológicos sugieren que la elevación del colesterol puede iniciar el desarrollo de la HTA y/o que la dyslipidemia. Según la OMS (2002) los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular se encuentran las concentraciones de hipercolesterolemia, el sobrepeso y la inactividad física”.⁹⁶ Así

mismo López A. y González E⁸⁵ “la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en adultos de 50 a 75 años es muy elevada”.

La OMS estima que de manera continua en 2025 habrá una expansión en el predominio de enfermedades crónicas e hipertensión al 40% .⁸⁶ Cuando existen juntas, tienen un impacto duplicado en el peligro de inconvenientes vasculares tanto a gran escala como a pequeña escala.

Como podemos identificar a través de la distribución de la Tabla N° 03, las enfermedades diagnosticadas durante el proceso de la intervención, es mayor a comparación de las no diagnosticadas, en el cual los pacientes asistidos reportan diferentes signos y síntomas en paralelo con la morbilidad diagnosticada. Considerando en que en los pacientes que no presentan diagnósticos tienen mayor posibilidad auto medicarse para calmar los síntomas de sus enfermedades.

En la Tabla N° 04 se evaluó el uso de los medicamentos prescritos y sin prescripción asociados al tratamiento de los pacientes. En el cual se determinó que el (82.1%) fueron respaldados mediante una receta prescrita por el médico indicando el tratamiento correcto. Mientras que el (17.9%) indica los medicamentos sin prescripción médica optando los pacientes por la automedicación. Es por ello que la calidad de las recetas prescritas con una vigencia mínima de 3 meses fue requisito indispensable para el inicio de la intervención farmacéutica.

“Este resultado coincide con propuesto por Velasco⁸⁷ obteniendo un estudio de 2 medicamentos por paciente relacionados a 24 PRMs”, esto se demostro durante la intervención. En la Tabla N° 05, se logró determinar que los medicamentos más usados fueron los utilizados por la morbilidad de la hipertensión arterial en un 51. 3%.

Según Barros M, Grebe H, Numes J y Diogo L, “las reacciones adversas a los medicamentos son más frecuentes y más graves en los adultos mayores en comparación con los pacientes más jóvenes, este riesgo aumentado se relaciona con la comorbilidad y los cambios por envejecimiento y polifarmacia” .^{88, 89}

Siete estudios concluidos demostraron una reducción de medicamentos tomados por los pacientes debido a la intervención farmacéutica. Demostrando una ventaja de 17, 6% a 52, 2% de disminución de tratamiento por paciente. También cuatro estudios analizaron la diferencia de dosis tomadas a diario por pacientes y observaron reducciones 29, 8% a 21, 5% luego de las intervenciones farmacéuticas.^{90,}

91

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

La capacidad que tiene el farmacéutico predomina en la cantidad y el tipo de PRM's identificados a través del seguimiento farmacoterapéutico y determinar la causa.

Durante la investigación se evaluaron PRM's, en el cual fueron las interacciones en (33.3%), la consecuencia del uso inadecuado de los medicamentos. El segundo PRM identificado como otros problemas de salud (16.7%) de pacientes intervenidos mediante el programa, en el cual se relacionó estos problemas de salud, con una mal uso del medicamentos. El tercer PRM frecuente son las reacciones adversas (12.5%). La cual subestima otros problemas de salud provocado por la prescripción médica y otros pacientes por automedicación, después de adquirir sus medicamentos en las farmacias y boticas sin receta médica.

Además en la Tabla N° 06, se logró observar los resultados del género, edad, número de diagnósticos, cantidad de medicamentos, PRM's y las soluciones encontrados. Al ser analizados los resultados, se obtuvo un total de 25 diagnósticos con un promedio de (2.08) por pacientes sin embargo, esto debido a que 7 pacientes tienen 2 enfermedades, 2 pacientes tienen solo 1 enfermedad y lo sobrante más enfermedades.

La cantidad de medicamentos encontrados en el estudio fue de 39 con promedio de (3.25), 24 PRM's en promedio (2.0) relacionados con medicamentos y que fueron solucionados en el seguimiento farmacoterapéutico.

Según Teko L. y Brucker⁸³ “se debe tener en cuenta que a mayor cantidad de enfermedades, los pacientes consumirán más medicamentos y por lo tanto existe un mayor riesgo a que existan problemas relacionados con medicamentos”. También Sergia G⁹² determina “la vía de comunicación para resolver los PRMs de los pacientes con HTA fue la vía verbal farmacéutico-paciente en un 100%, la misma que se utilizó durante la intervención”.

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

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

La tabla N° 07 determina el efecto del SFT en la adherencia terapéutica, mediante el Test de Morisky Green Lavine.⁸⁹ Las interrogantes del test, se midieron de

acuerdo a la respuesta, es así que: si el paciente contestaba (SI) a cualquier pregunta del test, este lo consideraba como un paciente no adherente y si contestaba con un (NO) a todas las preguntas del test, este lo consideraba como un paciente adherente. A inicios del programa (92%) de pacientes no eran adherentes al tratamiento, se olvidaban de tomar los medicamentos a sus horas. Al terminar el programa se obtuvo resultado de (50%) que se logró reducir el problema.

Los resultados fueron negativos con una significancia de ($p=0.063$) para la optimización de la adherencia al tratamiento. Esto tiene que ver con lo drástico que es la prueba de Mc Nemmar al momento de medir los resultados. No obstante si medimos el mejoramiento de los pacientes al medir las preguntas de la Tabla N° 08 podemos valorar el trabajo del químico farmacéutico cambiando el comportamiento de los pacientes durante la intervención.

En el gráfico N°02 presenta un análisis menos radical que sugiere el Test de Morisky. Se determina el grado de incumplimiento del tratamiento según la cantidad de respuestas afirmativas en las preguntas. Las respuestas negativas (no) son favorables para la adherencia con puntuación 0 (cero) y las respuestas afirmativas a las preguntas (un sí), son negativas para la adherencia con puntuación 1 (uno).

Mediante el test de Morisky, si el paciente responde más de dos preguntas con un sí, el paciente demuestra una baja adherencia a su tratamiento, si el paciente responde con un sí a 1 o 2 preguntas, se considera mediana adherencia y si el paciente no tenía ningún (sí) tiene una alta adherencia. Es por ello que refleja los resultados obtenidos antes y después del programa a través de (Gráfico N°02). La baja adherencia corresponde a 11 paciente (91.7%), la mediana adherencia (0.0) no corresponde a

ningún paciente a diferente de alta adherencia (8.3%) que le corresponde al paciente.

Asimismo, según Dilla et al.⁹³, considera que la inadecuada adherencia al tratamiento repercute. Generando el aumento de hospitalizaciones y consultas privadas y urgencia, aumentos de dosis o cambios en la prescripción o aumento o realización de pruebas diagnósticas más invasivas. Del Duca y et al. ⁹⁴, enfatizan en acabar las creencias, prejuicios, y miedos respecto a la enfermedad, lo que se suma la participación de la familia en todo el proceso. ⁹⁵

La tabla N°08 nos indica las 8 preguntas realizadas antes y después de las intervenciones demostrando un cambio de comportamiento en los pacientes, es decir los resultados de la prueba del test de McNemar para los datos no paramétricos, nos indica que el error está por debajo del 5% o “p”. Así mismo para Tiesca M.⁷⁷ “los determinantes del incumplimiento terapéutico en pacientes mayores de 60 años con hipertensión arterial se relacionan con la polifarmacia, es decir, cuando el paciente toma más de 3 medicamentos en su esquema de tratamiento”.

En un estudio realizado por Márquez⁵³ se halló en España que el 25% de los pacientes se olvidan la toma de sus medicamentos siendo la causa frecuente de su incumplimiento. El análisis demuestra un cambio la cual favorece al cumplimiento significativo que si se continúa mejorará el estado de educación en los pacientes por el trabajo farmacéutico.⁸⁹

VI. CONCLUSIONES

6.1 Conclusiones

6.1.1. La intervención farmacéutica logró resolver los Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs) a los pacientes intervenidos en el seguimiento farmacoterapéutico.

6.1.2. La intervención farmacéutica no tiene efecto sobre la adherencia al tratamiento de los pacientes intervenidos ($p > 0.05$).

6.2 Aspectos complementarios.

6.2.1. Se debe brindar mediante orientaciones sobre el estado de salud y los PRM'S, a los pacientes que están dentro del programa de SFT, para que sirva como apoyo a su tratamiento y su calidad de vida.

6.2.2. Se debe tener en cuenta optimizar los desarrollos de estudios, desde el principio en su elaboración hasta el final con un adecuado informe en un período no mayor de 3 meses.

6.2.3. Se debe incorporar estudios de medición de impacto socio-económico para las intervenciones farmacéuticas.

6.2.4. Se debe elaborar una libreta como una herramienta acorde al SFT para cada paciente debe crear un formato educativo únicos solo para los pacientes con HTA, el cual ha der ser entregado desde la primera visita para las mediciones de su presión arterial en los horarios adecuados.

6.2.5. Es necesario formular convenios entre la ULADECH CATÓLICA y los establecimientos de salud con el objetivo de que el estudiante de farmacia y bioquímica sea impulsado al desarrollo de su Carrera profesional mediante la implementación del programa de Seguimiento Fármacoterapéutico en dichas instituciones.

6.2.1. Sugerencias y recomendaciones

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

- La hipertensión es una morbilidad crónica que siempre permanecerá presente en la sociedad, para ello mediante estos programas se debe brindar más información a los pacientes sobre la enfermedad, cuidados y sugerencias para mejorar su estado de vida.
- Trabajar de forma más dinámica con los pacientes.
- Extender los estudios de investigación realizados a los establecimientos de salud, para adaptar un área especializada en el SFT.

6.2.2. Limitaciones

- La disponibilidad de tiempo de los pacientes.
- La falta de seguridad en comunidades con ambientes peligrosos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. FAUS, M.J. Pharmaceutical Care as a response to social need. *Ars Pharmaceutica*, 41: 1; 137-143, 2000.
2. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Pharm Care Esp* 1999; 1: 35-47.
3. Faus D, M.J. Programa DÁDER. *Pharmaceutical Care España*. 2000; 2:73-74.
4. Jácome A. Medidas de resultados en Atención Farmacéutica. *Boletín De Atención Farmacéutica Comunitaria Vol 3 N°3*, Universidad de Granada. Madrid marzo 1999. Desde: <http://www.ugr.es/~atencfar/bofac33.htm>. Tomado el 30/01/08.
5. Sookaneknun P. Richards RME. Sanguansermisri J. Teerasut Ch. Can Pharmacists Improve Outcomes in Hypertensive Patients?. Who. Second international conference on improving use of medicines. Chiang Mai. Thailand. 2004. Desde: <http://mednet3.who.int/icium/icium2004/poster.asp?keyword=Adult+Health>.
6. Machado M. Bajcar J. Guzzo GC. Einarson TR. Sensitivity of Patient Outcomes to Pharmacist Interventions. Part II: Systematic Review and Meta-Analysis in Hypertension Management. *The Annals of Pharmacotherapy*: Vol. 41, No. 11, pp. 1770-1781. DOI 10.1345/aph.1K311. Published Online, 9 October 2007, www.theannals.com, DOI 10.1345/aph.1K311.
7. Sookaneknun P. Richards RME. Sanguansermisri J. Teerasut Ch. Pharmacist Involvement in Primary Care Improves Hypertensive Patient Clinical Outcomes. *The Annals of Pharmacotherapy*: Vol. 38, No. 12, pp. 2023-2028.

DOI 10.1345/aph.1D605. Published Online, 2 November 2004,
www.theannals.com, DOI 10.1345/aph.1D605.

8. Basterra GM. El cumplimiento terapéutico. *Pharmcareesp* 1999; 1: 97-106.
tomado desde:
<http://www.cqfperu.org/af/artInteres/af200511cumpliTerape.pdf>
el 16/07/13
9. Granados G. Rosales Nieto JG. Moreno E. Ybarra JL. Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2007, Vol. 7, Nº 3, pp. 697-707. ISSN 1697-2600.
10. Lee JK. Grace KA. Taylor AJ. Effect of a Pharmacy Care Program on Medication Adherence and Persistence, Blood Pressure, and Low-Density Lipoprotein Cholesterol. A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, Published online November 13, 2006
11. Kheir NM. Foppe van Mil J.W. Shaw J.P. Sheridan J.L. Health-related quality of life measurement in pharmaceutical care Targeting an outcome that matters. *Pharmacy World & Science*. Springer Netherlands. ISSN0928-1231 (Print) 1573-739X (Online). Volume 26, Number 3 / junio de 2004. pp 125-128.
12. Tafur V. E. García-Jiménez E. Aproximación del rol de farmacéutico en la calidad de vida relacionada con la salud. *PharmacyPractice* 2006; 4(1): 18-23.
13. Pickard AS. Johnson JA. Farris KB. The impact of pharmacist interventions on health-related quality of life. Harvey Whitney Books Company. *The Annals of Pharmacotherapy*: 1999. Vol. 33, No. 11, pp. 1167-1172. DOI 10.1345/aph.18460.

14. Armando P, Uema S, Sola N. Valoración de la satisfacción de los pacientes con el Seguimiento Farmacoterapéutico. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(4): 205-212.
15. Zillich AJ, Sutherland JM, Kumbera PA, Carter BL. Hypertension Outcomes Through Blood Pressure Monitoring and Evaluation by Pharmacists (HOME Study) *J Gen Intern Med.* 2005 December; 20(12): 1091-1096.
16. Study Commission on Pharmacy & American Association of Colleges of Pharmacy. (1975). *Pharmacists for the future: The report of the Study Commission on Pharmacy: commissioned by the American Association of Colleges of Pharmacy.* Ann Arbor: Health Administration Press.
17. Sabater D, Fernandez-Llimos F, Parras M, Faus MJ. Tipos de intervenciones farmacéuticas en Seguimiento Farmacoterapéutico. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(2): 90-97.
18. Silva-Castro MM, Tuneuivalls I, Faus MJ. Revisión sistemática sobre la implantación y la evaluación del Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes hospitalizados. *Farm Hosp.* 2010;34(3):106–124. Documento descargado de <http://www.elsevier.es> el 21/05/2010.
19. Desselle S, Schwartz M, Rappaport HM. The Identification of Pharmaceutical Care Practice Standards in the Community Pharmacy Setting. *Journal of Pharmaceutical Care*, published by the School of Pharmacy of Northeast Louisiana University at Monroe LA. Volume 1, Article 3. February 1997.
20. Fontana RD, Soláthurry N. Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes pediátricos hospitalizados: adaptación de la metodología Dáder. *Arán*

ediciones 2003, s. l. Farmacia hospitalaria. farm hosp (Madrid) Vol. 27. N.º 2, pp. 78-83, 2003.

21. Garnet WR, Davis LJ, Mckenney JM, Steiner KC. Effect of telephone follow-up on medication compliance. Am J Hosp Pharm 1981; 38: 676-679.
22. Gil V. Pineda M. Martínez JL. Belda J. Santos MA y Merino J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento terapéutico en la hipertensión. Med Clin (Barc) 1994; 102: 532-536.
23. Seinfeld J. Lo avanzado y lo pendiente en el sector salud en el Perú 2008: una visión panorámica. Economía y Sociedad 70, CIES, diciembre 2008.
24. Ministerio de Salud del Perú. Organización Panamericana de la Salud. Perfil del Farmacéutico de la República del Perú. Publicado por Ministerio de Salud de Perú en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) Abril del 2012.
25. Gamarra R, Roque V. Implantación de un programa de Atención Farmacéutica a pacientes hipertensos en la Farmacia Comunitaria "Omar" en el distrito de Carmen de la Legua Reynoso. Tesis para optar el título profesional de Químico Farmacéutico. UNMSM. Lima Perú 2002. Tomado desde: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1385/Gamarra_rh.pdf?sequence=1&isAllowed=y
26. Ayala KL, Condezo MK. Juarez EJ. Impacto del Seguimiento Farmacoterapéutico en la Calidad de Vida Relacionada a la Salud de Pacientes con Hipertensión Arterial. UNMSM. Ciencia e Investigación 2010; 13(2): 77-80. Disponible:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ciencia/v13_n2/pdf/a05v13n2.pdf. El 17/07/13

27. Ocampo Rujel P. A. Impacto de un programa de Atención Farmacéutica sobre el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes hipertensos. in *crescendo* 1(2) 2010. Tomado desde: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S222230612010000200006&scrip=sci_abstract. El 02/03/20013.
28. Ministerio de Salud del Perú. La Política Nacional de Medicamentos en el Perú. Consejo Nacional de Salud. Comité de Medicamentos. Resolución Ministerial N° 1240-2004-MINSA. Tomado desde: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/destacados/archivos/65/RM1240-2004.pdf> el 19/08/2014
29. Congreso de la República del Perú. Ley 29459, Ley de productos farmacéuticos dispositivos médicos y productos sanitarios. Diario Oficial el Peruano. Lima 26 de Noviembre de 2009.
30. Presidencia de la república. Aprueban Reglamento de Registro Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, Decreto Supremo N°016-2011-TR. El Peruano. Lima 27 de Julio de 2011.
31. Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Atención Farmacéutica en el Perú (1). Boletín Centro de Atención Farmacéutica - Año 1 Número 1 Enero – Febrero 2008. tomado desde: www.digemid.minsa.gob.pe, el 28 de Julio de 2012.

32. Álvarez-Risco A, Zegarra-Arellano E, Solís-Tarazona Z, Mejía-Acosta N, MatosValerio E. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud del Perú. Boletín (Cent. Aten. Farm.). Año 5 - Número 3 - Mayo Junio 2012. ISSN 2221-4259.
33. Sindicato Médico del Uruguay. El valor del medicamento: realidades y esperanzas de futuro. Mayo 2005. El Diario Médico N°65. Mayo de 2005. Tomado desde: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/eldiariomedico/n65/pag15.pdf> El 28/08/2012
34. Fernández -Llimós F, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Martínez Martínez F. Evolución del concepto de problemas relacionados con medicamentos: resultados como el centro del nuevo paradigma. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3(4): 167-188.
35. Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). Ars Pharm 2007; 48 (1): 5-17.
36. Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug-related problems: their structure and function. Drug IntellClin Pharm 1990;24:7-1093.
37. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm. 1990;47:533-543
38. Brodie DC, Parish PA, Poston JW. Societal needs for drugs and drug related services. Am J Pharm Educ. 1980;44:276-278

39. Blasco P, Mariño EL, Aznar MT, Pol E, Alós M, Castells M et al. Desarrollo de un método observacional prospectivo de estudio de errores de Medicación para su aplicación en hospitales. *FarmHosp* 2001; 25:253-273.
40. Gaspar Carreño M. Seguimiento de la Intervención Farmacéutica en un hospital dedicado a la cirugía ortopédica traumatológica tras el establecimiento e implantación de un programa de atención farmacéutica. TESIS DOCTORAL. Universidad CEU Cardenal-Herrera Facultad de Farmacia. Departamento de Fisiología, Farmacología y Toxicología. Valencia España 2011.
41. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. PRM y RNM Conceptos. Portal Farma.com Organización Farmacéutica Colegial. FARMACÉUTICOS N. ° 315 - Octubre 2006. Tomado desde: http://www.portalfarma.com/inicio/atencionfarmaceutica/forodeattfarma/Documents/28_29_Atencion_farma.pdf. Tomado el 14/07/2012.
42. Hall-Ramirez V. Atención farmacéutica. Seguimiento del tratamiento farmacológico. Universidad de Costa Rica. Centro Nacional de Información de Medicamentos. Enero de 2003. Tomado desde: <http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed14.pdf> El 20/08/2014.
43. Culbertson, V.L., Larson, R.A., Cady, P.S., Kale, M., Force, R.W., —A conceptual framework for defining pharmaceutical diagnosis,|| *Am. J.Pharm. Educ.*, 61, 1218(1997). Tomado desde: <http://archive.ajpe.org/legacy/pdfs/aj610112.pdf>. El 20/08/2014
44. Hurley SC. A Method of Documenting Pharmaceutical Care Utilizing Pharmaceutical Diagnosis. *American Journal of Pharmaceutical Education* Vol. 62, Summer 1998.

45. Ferriols R. Valoración de la Atención Farmacéutica en los problemas relacionados con los medicamentos. Presentado en XLIV Congreso Nacional SEFH. Septiembre 1999. Pamplona.
46. Calvo MV, Alós M, Giraldez J. Grupo de Trabajo Atención Farmacéutica. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Bases de la Atención Farmacéutica en Farmacia Hospitalaria. FarmHosp 2006; 30:120-3.
47. Sabater Hernández D, Silva Castro MM, FausDáder MJ. Método Dáder. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. Tercera edición, 2007.
48. Presidencia de la república. Aprueban reglamento de establecimientos farmacéuticos, Decreto Supremo N°014-2011-SA. El Peruano. Lima 27 de Julio de 2011.
49. Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Manual de Buenas Prácticas de Prescripción. 2005. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. — Lima. Disponible desde: <http://www.minsa.gob.pe/infodigemid>
50. Osterberg L. Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med 2005; 353:487-97. Downloaded from www.nejm.org on November 18, 2009.
51. Libertad MA. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública 2004; 30(4). Tomado de http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu08404.htm El 18/07/2013.
52. . Libertad MA. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública 2004; 30(4). Tomado de http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu08404.htm El 18/07/2013.

53. Márquez E. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial. Centro de Salud la Orden, Huelva, España. En <http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/c053/marquez.PDF> Tomado el 06/02/13
54. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and Predictive Validity of a Self-Reported Measure of Medication Adherence. *Medical Care*, Vol. 24, No. 1 (Jan., 1986), pp. 67-74.
55. Organización Panamericana de Salud. El Papel Del Farmacéutico En El Sistema De Atención De Salud. Informe de La Reunión de la OMS Tokio, Japón, 31 de agosto al 3 de septiembre de 1993. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de La Organización Mundial de la Salud.
56. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de España. Consenso sobre Atención Farmacéutica. *Ars Pharmaceutica*, 42:3-4; 221-241, 200.
57. Comité de Consenso: Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM). *Ars Pharmaceutica*, 43:3-4; 179-187, 2002.
58. Bonal et al. Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica. En: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. *Farmacia Hospitalaria Tomo I*. Tomado desde: <http://www.sefh.es/sefhpublicaciones/fichalibrolibre.php?id=4> El 16/08/2012.
59. Martínez Sánchez AM. 2000. El concepto atención farmacéutica. sus influencias gnoseológicas en el contexto de la profesión. *Revista del Centro de Investigación*. Universidad La Salle, enero, año/vol. 4, número 014 Universidad La Salle Distrito Federal, México. pp. 83-85.

60. Martínez Sánchez AM. 2000. El concepto atención farmacéutica. sus influencias gnoseológicas en el contexto de la profesión. Revista del Centro de Investigación. Universidad La Salle, enero, año/vol. 4, número 014 Universidad La Salle Distrito Federal, México. pp. 83-85.
61. Clopes A. Intervención Farmacéutica. En: Bonal J. et al. Ed. Farmacia Hospitalaria. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Desde: http://sefh.interguias.com/libros/tomo1/Tomo1_Cap1.4pdf Tomado el 20/05/05.
62. Garção JA. Cabrita J. Evaluation of a Pharmaceutical Care Program for Hypertensive Patients in Rural Portugal. J Am PharmAssoc 42(6):858-864, 2002. © 2002 American Pharmaceutical Association.
63. World Health Organization. Europe: Pharmacy-Based Hypertension Management Model: Protocol and Guidelines. A joint CINDI/EuroPharm Forum project 2005. EUR/04/5049481. ISBN WHOLIS: E85730
64. Machuca GM. Atención Farmacéutica, Seguimiento Farmacoterapéutico, Pharmaceutical care: es lo mismo? Farmacoterapia Social. España 2006. Disponible desde: www.farmacoterapiasocial.es/local/capitulo1.pdf
65. Climente Martí M y Jiménez Torres NV. Manual para la Atención Farmacéutica. Tercera edición. Edita: Afahpe. Hospital Universitario DrPeset. Valencia, 2005.
66. Grainger-Rousseau TJ, Miralles MA, Hepler CD, Segal R, Doty RE, Ben-Joseph R. Therapeutic outcomes monitoring: application of pharmaceutical

- care guidelines to community pharmacy. J Am Pharm Assoc (Wash). 1997 Nov-Dec;NS37(6):647-61
67. Climente Martí M y Jiménez Torres NV. Manual para la Atención Farmacéutica. Tercera edición. Edita: Afahpe. Hospital Universitario DrPeset. Valencia, 2005.
68. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. Seguimiento farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). PharmacyPractice 2006; 4(1): 44-53.
69. Barris D. Faus M J. An initiation in Dáder methodology in the pharmacotherapeutic monitoring in a community pharmac. ArsPharmaceutica, 44:3; 225-237, 2003.L
70. Guías del 2003 de la Sociedad Europea de Hipertensión y la Sociedad Europea de Cardiología para el manejo de la hipertensión arterial. Journal of Hypertension 2003; 21: 1011-1053
71. Simpson S. Johnson J. Biggs C. Practice-Based Research: Lessons from Community Pharmacist Participants. Pharmacotherapy 2001; 21: 731-9.
72. Muñoz A. Efecto Del Método Dáder De Seguimiento Farmacoterapéutico En El Riesgo Cardiovascular De Pacientes Ambulatorios (Emdader-Cv). Tesis Doctoral. Universidad de Granada. Facultad de Farmacia. Ed. ERGON y Universidad de Granada. ISBN: 978-84-8473-689-9. D.L: M-34416-2008. España 2008
73. 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. NIH Publication No. 03 - 5233.

74. Páez 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 N°02
75. Régulo Agustí C. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. Acta Médica Peruana. Lima. Mayo - Agosto. 2006; 23(2): 71-75. Disponible: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000200005 El 10/07/13.
76. Manasse HR Jr. Medication use in an imperfect world: drug misadventuring as an issue of public policy, Part 1. American Journal of Hospital Pharmacy, Vol 46, Issue 5, 929-944.
77. Tuesca MR. Guallar CP. Banegas BJ. Graciani para. factores asociados al control de la hipertension arterial en personas mayores de 60 años en españa. Revista Española de Salud Pública, mayo-junio, año/vol. 80, número 003 Ministerio de Sanidad y Consumo de España Madrid, España. pp. 233-24
78. Iñesta GA. Atención Farmacéutica, Estudios Sobre Uso De Medicamentos Y Otros. RevEsp Salud Pública 2001; 75: 285-290 N.º 4 - Julio-Agosto 2001.
79. Sen S, Thomas III J. Assessment of a Patient-based Pharmaceutical Care Scale. Am J Health-Syst Pharm 57(17):1592-1598, 2000. © 2000 American Society of Health-System Pharmacists.
80. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Método DADER para el seguimiento Farmacoterapéutico. Ars Pharm 2005; 46 (4): 309-337.
81. García M, Puig M, Mateu MS, Bonet M. Fuentes de información de medicamentos. En: Carnicero J (Coordinador). La gestión del medicamento en

- los Servicios de Salud. Informes SEIS (8). Pamplona: Sociedad Española de Informática de la Salud, 2008. <http://www.seis.es>
82. World Medical Association. Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subject. Edinburgh: 52nd WMA General Assembly (on line) URL disponibilidad in: http://www.wma.net/e/policy/17c_e.html. Tomado el 15/07/04.
83. Teko,L. and Brucker,M. Pharmacology forwomen´sHealth.Firstedition. Jones and.
84. Cabiedes Miragaya Laura, Eyaralar Riera Teresa, Arcos González Pedro, Álvarez de Toledo Flor, Álvarez Sánchez Gabriela. Evaluación económica de la Atención Farmacéutica (AF) en oficinas de farmacia comunitarias (Proyecto Tomcor). Rev. Esp. Econ. Salud 2002; 1(4):45-59. Disponible en: http://www.economiadelasalud.com/Ediciones/04/pdf/04_Originales.pdf El: 21/07/2013
85. González J, Rivera R, Sánchez G, Reviriego A, Casimiro C. Estudio Tarvest: Efecto del tratamiento con AINE sobre la presión arterial en paciente shipertensos con riesgo cardiovascular elevado. An. Med. Interna (Madrid) v.23 n.9 Madrid sep. 2006.
86. OMS. OPS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 2004
87. Velasco Valda, Geovanna Sergia. Seguimiento Farmacoterapéutico ambulatorio en pacientes hipertensos de la Caja de Salud de Caminos y R. A. Oruro. BIOFARBO [online]. 2008, vol.16, n.1, pp. 72-76. ISSN 1813-5363

88. Grebe H, Nunes J, Diogo L. Papel de la hipertensión arterial en la comorbilidad de la cefalea crónica. *Rev Neur* 2001; 33 (2): 119–122.
89. Barros Pesántez María G. Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes con Hipertensión Arterial. Hospital José Carrasco Arteaga. Universidad de Cuenca. Ecuador 2013. Disponible en (Tomado el 28 de Febrero del 2013): <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2624/1/tm4673.pdf>
90. González J, Rivera R, Sánchez G, Reviriego A, Casimiro C. Estudio Tarvest: Efecto del tratamiento con AINE sobre la presión arterial en paciente hipertensos con riesgo cardiovascular elevado. *An. Med. Interna (Madrid)* v.23 n.9 Madrid sep. 2006.
91. Kaufman DW, Kell y JP, Rosenberg L, Anderson TE, Mitchell AA. Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United States. The Slone Survey. *JAMA* 2002; 287:337-44
92. Geovanna Sergia Velasco Valda, Seguimiento farmacoterapéutico ambulatorio en pacientes hipertensos de la Caja de Salud de Caminos y R. A. –Oruro, *Rev. Biofarbo* v.16 N°.1 La Paz dic. 2008, tomado desde: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S181353632008000100013&script=sci_arttext, el 22/03/13.
93. Dilla T. Valladares a. Lizán L. Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Rev Aten Primaria* 2009; 41: 342-8.
94. Del Duca M, Gallegos Y, Da Col G, Trenchi MN. Adherencia al tratamiento desde la perspectiva del médico de familia. *BIOMEDICINA*. 2013 [citado 10

diciembre del 2016]; 8 (1):6-15. Disponible en:
http://www.um.edu.uy/docs/adherencia_tratamiento_abril13.pdf

95. Agirrezabala JR. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. *Infac. Esp.* 2011;19(1).
96. Hurley SC. A Method of Documenting Pharmaceutical Care Utilizing Pharmaceutical Diagnosis. *American Journal of Pharmaceutical Education* Vol. 62, Summer 1998.

ANEXOS

ANEXO N° 01. SOLICITUD DE PERMISO DIRIGIDO AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

Chimbote, 28 de junio de 2017

Señor
Q.F Rolando Zegarra Mejía
PUESTO DE SALUD DE SANTA ANA
CHIMBOTE
Pte.

Asunto: Facilidades para realizar una investigación sobre Seguimiento Farmacoterapéutico.

De mi especial consideración.

Me dirijo a Usted de manera cordial para solicitarle por su intermedio las facilidades para que la Alumna *Astrid Carolina Acosta Hurtado, Cod N° 0108141022*, pueda desarrollar actividades de Seguimiento Farmacoterapéutico como parte de un proyecto de investigación que tiene por objetivo evaluar la utilidad de este servicio en la prevención, detección e intervención de problemas relacionados con medicamentos que pueden sufrir los pacientes que se atienden en el Servicio Farmacéutico que Usted dirige.

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

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

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

Atentamente:

Teléfono de Contacto: 943788829

UNIVERSIDAD CATOLICA
LOS ANGELES - CHIMBOTE
M. Pardo/Ocampo Rujel
JEFE DE SECCION DE INVESTIGACION EN FARMACIA



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

ANEXO N°02: EJEMPLO DE HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE. Programa de
Seguimiento Farmacoterapéutico

Declaración del paciente:

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

*NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DIRECCION: _____

*TELEFONO: _____

FIRMA: _____

DNI: _____

*NOMBRE DEL QUIMICO FARMACÉUTICO Jr: _____

*TELÉFONO: _____

FIRMA: _____

DNI: _____

FECHA: ____ / ____ / ____

ANEXO 03. INFORMACION PERSONAL DEL PACIENTE. Programa de Atención Farmacéutica. EEFF/Centro/Puesto de Salud de.....

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

1.1.- DATOS PERSONALES

NOMBRE: _____ SEXO: _____

DIRECCIÓN: _____ ZONA: _____

TELÉFONO DOMICILIO: _____ OTRO _____
(MAIL): _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD: ____ AÑOS:

GRADO DE ESTUDIOS: ANALFABETO..... PRIMARIA..... SECUNDARIA....
SUPERIOR.....

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

OTRO CUAL? : __

EL SEGURO PRIVADO CUBRE LOS MEDICAMENTOS TOTALMENTE: SI: __ NO: __

1.2. - PARÁMETROS DE SEGUIMIENTO:

VISITA N°:	1	2	3	4
FECHA				
PRESIÓN ARTERIAL (en mm de Hg) /..... /..... /..... /.....
GLICEMIA				
PESO (en Kg)				
TALLA (en cm)				
Temperatura (en °C)				
OTRO				

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

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

Nº	NOMBRE DEL MEDICO	ESTABLECIMIENTO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO

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

CIE 10	NOMBRE DEL PROBLEMA DE SALUD, SIGNO O SINTOMA PERCIBIDO POR EL PACIENTE	Receta? Si/No	QUIEN LE DIAGNOSTICO?	TELÉFONO
I10	Hipertensión			
E11	diabetes			
1	Alergias			
2	Dolor			
3	Insomnio			

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

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

Cod. CIE 10	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	A: DOSIS (mg)	B: FREC. DE DOSIS x DIA(h)	C: Total Días que debe tomarse el med. (días).	Total de medicamento Prescrito:	FECHA DE PRESCR.
I10				Hidroclorotiazida						
I10	Capoten									
I10				Ácido acetil salicílico						
E11	Metformina									
E11	Glibenclamida									

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

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

Nº	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA, MALESTAR, SENSACIÓN U OTRO.	ACCIONES DEL PACIENTE PARA SOLUCIONAR ESTOS PROBLEMAS

Preguntar sobre malestares, sensaciones, percepciones negativas que tiene el paciente luego de tomar alguno de los medicamentos de la lista anterior. Para este propósito usar la Ficha N°3 para el repaso anatómico fisiológico. Si el paciente declara algún problema preguntar que hace para solucionarlo.

Las Reacciones adversas de medicamentos prescritos deben reportarse en el EEFF desde donde se hace el SFT.

1.7. 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 algún problema percibido? Si..... No.....

Si la respuesta anterior fue Si, entonces procede:

Cuál fue el problema o necesidad?

.....

Pudo comunicarse? Si..... No.....

Si es no, Por qué?

.....

Cómo resolvió el problema? A quien recurrió?

.....

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

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

Nº	NOMBRE DE LOS REMEDIOS CASEROS	DESCRIPCIÓN DE LA FORMA DE USO	DOSIS	FRECUENCIA	DESDE CUANDO

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

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

NOMBRE DE LA ENFERMEDAD*, ACCIDENTE O DAÑO.	Tuvo Dx?	QUIEN LE DIAGNOSTICO?	TELÉF	Molesta ahora? Que hace para solucionar la molestia.	Toma medicamentos para esto?***

**Las enfermedades del pasado, cirugías, accidentes, traumas, etc. Pueden dejar secuelas, signos o síntomas que podrían ser el origen de medicamentos en el presente. Si es así, reportarlo como enfermedad actual no diagnosticado en la tabla 1.4.*

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

1.10.- ANTECEDENTES FAMILIARES DE MORBILIDAD:

ENFERMEDAD	MADRE	PADRE	HERMANOS	OTROS
HIPERTENSIÓN				
DIABETES				
COLESTEROL				
OTRA:				

Observaciones:.....

Los antecedentes de morbilidad en los parientes cercanos podría ser la relación con signos, síntomas o malestar actuales en el paciente.

1.11. - HABITOS DE VIDA:

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

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

COD INTERV:

FICHA 04. HOJA DE INFORMACION FARMACOTERAPÉUTICA.
Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF /Centro/Puesto de Salud
de.....

PACIENTE COD. N°:

FECHA:

NOMBRE:

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

Nombre 1: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC)	
1.¿lo toma?	6.¿cuánto toma (dosis)?
2.¿para qué?	7.¿cómo lo toma (frec. Dosis)?
3.¿quién lo recetó?	8.¿hasta cuándo lo tomará(duración)?
4.¿cómo le va?	9.¿tiene dificultad para tomarlo?
5.¿desde cuándo lo toma?	10.¿siente algo extraño luego de tomarlo (rx adv.)?
Nombre 2: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC)	
1.¿lo toma?	6.¿cuánto toma?
2.¿para qué?	7.¿cómo lo toma?
3.¿quién lo recetó?	8.¿hasta cuándo lo tomará?
4.¿cómo le va?	9.¿tiene dificultad para tomarlo?
5.¿desde cuándo lo toma?	10.¿siente algo extraño luego de tomarlo?
Nombre 3: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC)	
1.¿lo toma?	6.¿cuánto toma?
2.¿para qué?	7.¿cómo lo toma?
3.¿quién lo recetó?	8.¿hasta cuándo lo tomará?
4.¿cómo le va?	9.¿tiene dificultad para tomarlo?

5.¿de desde cuándo lo toma?	10.¿siente algo extraño luego de tomarlo?
Nombre 4: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC)	
1.¿lo toma?	6.¿cuánto toma?
2.¿para qué?	7.¿cómo lo toma?
3.¿quién lo recetó?	8.¿hasta cuándo lo tomará?
4.¿cómo le va?	9.¿tiene dificultad para tomarlo?
5.¿desde cuándo lo toma?	10.¿siente algo extraño luego de tomarlo?
Nombre 5: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC)	
1.¿lo toma?	6.¿cuánto toma?
2.¿para qué?	7.¿cómo lo toma?
3.¿quién lo recetó?	8.¿hasta cuándo lo tomará?
4.¿cómo le va?	9.¿tiene dificultad para tomarlo?
5.¿desde cuándo lo toma?	10.¿siente algo extraño luego de tomarlo?
Nombre 6: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC)	
1.¿lo toma?	6.¿cuánto toma?
2.¿para qué?	7.¿cómo lo toma?
3.¿quién lo recetó?	8.¿hasta cuándo lo tomará?
4.¿cómo le va?	9.¿tiene dificultad para tomarlo?
5.¿desde cuándo lo toma?	10.¿siente algo extraño luego de tomarlo?

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

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

Nombre 1:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 2:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 3:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 4:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 5:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?

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

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

COD INTERV:

2.3. MEDICAMENTOS QUE TIENE, NO TOMA Y **NO DEBE TOMAR SIN PRESCRIPCIÓN**
(REVISIÓN DEL BOTIQUÍN DE MEDICAMENTOS)

Nombre 1:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 2:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 3:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 4:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 5:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?

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

Esta lista de medicamentos puede verificarse en caso que el Farmacéutico tenga acceso al botiquín de medicamentos en el domicilio del paciente. En esta lista están los medicamentos que el Farmacéutico recomendó no tomar y los dejó en una bolsa negra lacrada.

COD INTERV:

FICHA 05. GUÍA ANATÓMICA DE REPASO PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS DE SALUD. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF/Centro/Puesto de Salud de

PACIENTE COD. N°:

FECHA:

NOMBRE:

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

-PELO:

-CABEZA:

-OIDOS, OJOS, NARIZ, GARGANTA:

-BOCA (llagas, sequedad...):

-CUELLO:

-MANOS (dedos, uñas...):

-BRAZOS Y MÚSCULOS:

-CORAZÓN:

-PULMÓN:

-DIGESTIVO:

-RIÑÓN (orina...):

-HÍGADO:

-GENITALES:

-PIERNAS:

-PIÉS (dedos, uñas):

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

-PIEL (sequedad, erupción...):

- ALTERACIONES PSICOLÓGICAS (depresiones, epilepsia...):

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

COD INTERV:

FICHA 06. HOJA GUIA DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Establecimiento Farmacéutico/Centro/Puesto de Salud de

PACIENTE COD N°:

NOMBRE:

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

N°	NOMBRE DEL MEDICAMENTO* O MORBILIDAD**	FFPP	DOSIS REC.	FREC. DE DOSIS/DIA	FECHA DE PRESCR.

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

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

4.2.- DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL PRM:

PRM	Descripción	PRM	Descripción
1. Administración errónea del medicamento:	El utiliza erróneamente dos antihistamínicos generando duplicidad de uso	9. Incumplimiento:	
2. Actitudes negativas del paciente:		10. Interacciones:	
3. Conservación inadecuada:		11. Otros problemas de salud que afectan al tratamiento:	
4. Contraindicación:		12. Probabilidad de efectos adversos:	
5. Dosis, pauta y/o duración no adecuada:		13. Problema de salud insuficientemente tratado:	
6. Duplicidad:		14. Influencias culturales, religiosas o creencias:	
7. Errores en la dispensación:		15. Medicamentos falsificados, espurios, de contrabando o muestras médicas:	
8. Errores en la prescripción:	El paciente no entiende la receta	16. Problemas económicos:	

COD INTERV:

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

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

Fecha final de la Intervención:

COMENTARIO:

4.4. QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRM.

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

TABLA N°4.4. CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES 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	Educación en medidas no farmacológicas.	Educación del paciente en todas aquellas medidas higiénico-dietéticas que favorezcan la consecución de los objetivos terapéuticos.

COMENTARIO:

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

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

COD INTERV:

4.6. RESULTADO:

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

¿QUÉ OCURRIÓ CON LOS PRMs QUE NO SE RESOLVIERON?

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

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

COD INTERV:

FICHA 07. HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF/Centro/Puesto de Salud de.....

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

5.1. NÚMERO DE CONTACTOS UTILIZADOS DURANTE LA INTERVENCIÓN:

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

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

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

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

COD INTERV:

**ANEXO N° 08 TABLA DE ESTADO DE SITUACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA.
PROGRAMA DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN PACIENTES HIPERTENSOS. PUESTO DE
SALUD SANTA ANA COSTA. DISTRITO CHIMBOTE.**

COD	CI E 10	DIAGNÓSTICO	COD AT C	nombre comercial	dci	fp	dosis (mg)	frec dosis (dia)	dias tto	COD PRM	Descripción del PRM	RNM	Acción realiz. por el qf	COD INTERVENCIÓN	COD CANAL DE COMUNIC	aceptació	solución
1	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)	C09 AA0 2		enalapril	sol	10	2	15	9	El paciente olvida tomar sus medicamentos.	3	Se educó al paciente a través de dos visitas domiciliarias y se dejó información escrita sobre la importancia de cumplir el tto.	8	1	1	1
1	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)	C09 AA0 2		enalapril	sol	10	2	15	8	El paciente recibió una receta sin una buena prescripción.	5	Orientar al paciente en pedir que el médico cumpla con una buena prescripción e indicación del medicamento	8	1	1	1
1		Dolor de garganta	J01 CA0 4		amoxicilina	sol	500	2	ev	11	Otros problemas de salud que afectan el tratamiento	3	Se orientó al paciente consultar con un médico.	5	1	1	1
1		Dolor de garganta	D10 AF0 2		eritromicina	sol	500	2	ev	11	Otros problemas de salud que afectan el tratamiento	3	Se orientó al paciente consultar con un médico.	5	1	1	1
1		Dolor de cabeza	C0E B16		ibuprofeno	sol	400	1	ev	11	Otros problemas de salud que afectan el tratamiento	3	Se orientó al paciente consultar con un médico.	5	1	1	1
2	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)	C09 AA0 2		captopril	sol	25	1	10	9	El paciente olvida tomar sus medicamentos.	3	Se educó al paciente a través de dos visitas domiciliarias y se dejó información escrita sobre la importancia de cumplir el tto.	8	1	1	1
2	K29.7	Gastritis (simple)	A02 AB0 1		hidróxido de aluminio	liq	5 mL	3	7	10	El paciente toma el hidróxido de aluminio el cual interactúa con el captopril.	3	Se modificó la toma de la susp. Mejorando el estado del paciente.	3	1	1	1
3	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)	C09 AA0 2		enalapril	sol	10	2	men s	9	El paciente olvida tomar sus medicamentos.	3	Se orientó al paciente visitar a su médico para que le brinde la ayuda necesaria para mejorar su salud.	8	1	1	1

3		Edema localizado	C03 EB0 1D2		furosemida	iny	10mg/ mLx2 mL	1	3	5	El paciente no recibió una buena pauta y la duración con tu tratamiento con furosemida.	3	Se orientó al paciente visitar a su médico para que le brinde la ayuda necesaria para mejorar su salud.	2	1	1	1
4	II 0	Hipertensión arterial esencial (primaria)	C09 CA0 1		losartan	sol	50	2	10	10	El paciente cada vez que toma el losartan por las mañanas siente depresión y tristeza, a causa que por la noche toma el tansulam duo y produce interacción de ambos medicamentos.	3	Se realizó una carta al médico informando la situación del paciente al médico. El cual permitió mejorar su tratamiento.	1	1	1	1
4	N 41 .9	Enfermedad inflamatoria de la próstata, no especificada	G04 CA5 2	Tamsulon Duo	Tamsulosina Clorhidrato / Dutasterida	sol	0.5 + 0.4	1	60	10	El paciente cada vez que toma el losartan por las mañanas siente depresión y tristeza, a causa que por la noche toma el tansulam duo y produce interacción de ambos medicamentos.	3	Se realizó una carta al médico informando la situación del paciente al médico. El cual permitió mejorar su tratamiento.	1	1	1	1
5	II 0	Hipertensión arterial esencial (primaria)	C09 CA0 1		losartan	sol	50	2	men s	10	El paciente presiente que no le baja la presión a causa de la interacción provocada por la aspirina y el losartán.	3	Se educó al paciente a través de dos visitas domiciliarias y se dejó información escrita sobre la importancia de cumplir el tto.	1	1	1	1
5	II 0	Hipertensión arterial esencial (primaria)	C09 CA0 1		losartan	sol	50	2	men s	2	El paciente olvida tomar sus medicamentos.	5	Se educó al paciente a través de dos visitas domiciliarias y se dejó información escrita sobre la importancia de cumplir el tto.	10	1	1	1
5	II 0	Hipertensión arterial esencial (primaria)	B01 AC0 6	Aspirina	ácido acetilsalicílico	sol	100	1	men s	10	El diclofenaco interacciona con el losartan disminuyendo su biotransformación, al paciente refiere escalofríos luego ambos medicamentos en la mañana, al mismo tiempo	3	Se educó al paciente a través de dos visitas domiciliarias y se dejó información escrita sobre la importancia de cumplir el tto.	1	1	1	1
6	II 0	Hipertensión arterial esencial (primaria)	C09 AA0 1		captopril	sol	25	2	men s	2	El paciente olvida tomar sus medicamentos.	5	Se educó al paciente a través de dos visitas domiciliarias y se dejó información escrita sobre la importancia de cumplir el tto.	10	1	1	1
6		Edema localizado	C03 EB0 1D2		furosemida	sol	10	1	3	5	El paciente no recibió una buena pauta y la duración con tu tratamiento con furosemida.	4	Se orientó al paciente visitar a su médico para que le brinde la ayuda necesaria para mejorar su salud.	2	1	1	1
7	II 0	Hipertensión arterial esencial (primaria)	C09 AA0 2		enalapril	sol	10	2	men s								
7	II 0	Hipertensión arterial esencial (primaria)	B01 AC0 6		ácido acetilsalicílico	sol	500	1	10	10	Interaccionan por muchos aines	3	Se realizó una carta al médico informando la situación del paciente al médico. El cual permitió mejorar su tratamiento.	1	1	1	1

7	M06.0	Artritis reumatoide seronegativa.	M01AE02		naproxeno	sol	100	1	10	10	Interaccionan por muchos aines	3	Se realizó una carta al médico informando la situación del paciente. El cual permitió mejorar su tratamiento.	1	1	1	1
7	M06.0	Artritis reumatoide seronegativa.	M01AB05		diclofenaco	iny	75/3ml	1	c 3 d	10	Interaccionan por muchos aines	3	Se realizó una carta al médico informando la situación del paciente. El cual permitió mejorar su tratamiento.	1	1	1	1
7	M06.0	Artritis reumatoide seronegativa.	B03BA03		hidroxocobalamina	iny	1/1ml	1	c 3 d								
7		Acidez estomacal	A07BBM1		Subsalicilato de bismuto	liq	87.3/5ml	3	men s								
8	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)	C09AA02		Enalapril	sol	10	2	men s	12	El paciente cada vez que toma el medicamento 2 veces al día se siente mal	6	Se realizó una carta al médico informando la situación del paciente. El cual permitió mejorar su tratamiento.	8	1	1	1
8	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)	N05BA12		Alprazolam	sol	0.5	1	20								
8	L50.0	Urticaria alérgica	R06AE07		Cetirizina	sol	10	1	men s								
9	J40	Bronquitis, no especificada como aguda o crónica	R03BA01	Ibicar	beclometasona dipropionato	liq	250/dosis	2	90	12	El paciente cada vez que lo toma siente que se hincha.	6	Se le orientó al paciente a decirle a su médico que le cambie de dosis en su próxima cita.	8	1	1	1
9	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)	C09CA01	Pressaliv	losartan	sol	50	2	90								
9	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)	N05BA12	alprazolam	Alprazolam	sol	0.5	1	men s								
9	J40	Bronquitis, no especificada como aguda o crónica	R03AC02		salbutamol	liq	130/10	2	90								
10	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)	C09CA01	Pressaliv	losartan	sol	50	2	90	12	El paciente cada vez que toma el medicamento 2 veces al día se siente mal	6	Se orientó al paciente visitar a su médico para que le brinde la ayuda necesaria para mejorar su salud.	8	1	1	1

11	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)	C09AA01		captopril	sol	25	1	mens								
11	B37	Candidiasis	J02AC01		Fluconazol	sol	150	1	60	11	Otros problemas de salud que afectan el tratamiento	3		10	1	1	1
12	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)	C09CA01	Pressaliv	losartan	sol	50	1	90								
12	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)	C03CA01		furosemida	sol	40	2	45								
12	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)	C07AG02	cepiron	carvedidol	sol	12.5	2	90								
12	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)	C01AA05		digoxina	sol	0.25	1	45								
12	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)	B01AC06	cardio aspirina	ácido acetilsalicílico	sol	100	1	90								
12	N17.9	Insuficiencia renal aguda, no especificada	B03BB01		ácido fólico	sol	0.5	1	90								
12	N17.9	Insuficiencia renal aguda, no especificada	A114A02		piridoxina	sol	50	1	90			En su próxima cita con el doctor decirle que le prescriba la dosis en la receta.					
12	N17.9	Insuficiencia renal aguda, no especificada	B03AA07		sulfato ferroso	sol	60		90	2	El paciente no sabe la dosis que va a tomar de este medicamento	5		10	1	1	1
12		Alergias	R06AE07		cetirizina	sol	10	1									

Observaciones:

*CIE 10, solo si existe documentación de Dx médico o chequeo médico con anterioridad no mayor a 6 meses.

** PRM y RNM, verificar el código

***Canal de comunicación.: 1) Verbal FP, 2) Escrita FP, 3) Verbal FPM, 4) Escrita FM, 5) Verbal FM

Acept.: 1) Aceptado, 0) No aceptadoSol.: 1) Solucionado, 0) No solucionado

ANEXO N°09 TABLA DE DATOS DE ADHERENCIA ANTES Y DESPUÉS SOBRE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA DEL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN PACIENTES HIPERTENSOS. PUESTO DE SALUD SANTA ANA COSTA. DISTRITO CHIMBOTE.

COD PACIENTE	1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a	totalA	adhA	1d	2d	3d	4d	5d	6d	7d	8d	TotalD	adhD	
1	1	1	0	0	1	0	1	0	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	1	0	1	0	0	1	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	1	1	1	1	1	0	0	1	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	1	1	1	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	1	1	0	1	0	0	0	1	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	1	1	1	0	1	0	1	0	5	1	1	1	0	0	0	0	1	1	4	1	
8	1	0	0	1	0	0	1	0	3	1	1	1	0	0	0	0	1	0	3	1	
9	1	1	0	1	1	1	1	1	7	1	1	1	0	0	0	0	1	1	4	1	
10	0	0	1	1	0	0	1	0	3	1	0	0	1	0	0	0	1	1	3	1	
11	1	1	0	1	0	1	0	0	4	1	0	1	0	1	0	0	0	0	2	1	
12	0	1	0	1	1	0	0	1	4	1	0	1	0	1	1	0	0	1	4	1	

ANEXO N°10: TENSIOMETRO ALP K2 (SERIE: 851095) ANEROIDE CON ESTETOSCOPIO.



Medición de la Presión Arterial:

1. Sentar al paciente junto a una mesa u otra superficie plana de manera tal que su brazo izquierdo pueda descansar a la misma altura que su corazón. Envuelva su brazo con la manga a una distancia media entre el hombro y el codo, ajústela de tal modo que las superficies se toquen. La manga debe quedar en una posición cómoda, ni demasiado ajustada, ni demasiado floja. Después de haber establecido el tamaño correcto para su brazo. No será necesario reajustar el cierre y podrá colocarlo y sacarlo de su brazo con facilidad.
2. Localice la arteria braquial, esta se encuentra entre la curva que forma el brazo con el antebrazo (codo) con la palma de la mano mirando hacia arriba. Controle el pulso de la arteria braquial con los dedos índice y anular de la mano derecha. Ajuste la manga de modo que el cabezal del estetoscopio se encuentre directamente sobre la arteria.
3. Ubique los elementos auditivos del estetoscopio en sus oídos.
4. Asegúrese e que su brazo y el indicador se encuentre a la altura del corazón. Coloque el manómetro sobre la mesa. Cierre la válvula de paso girando en dirección de las agujas del reloj, infle la manga bombeando la válvula con la mano derecha hasta registrar por lo menos 180 – 200 mmHg.
5. Con la mano derecha presione el cabezal del estetoscopio con firmeza sobre la arteria braquial (Leer el paso 2 para poder localizarla), si escucha latidos a los 180 – 200 mmHg continúe inflando la manga hasta que el sonido desaparezca totalmente.
6. Gire la válvula de cierre lentamente en sentido contrario a las agujas del reloj con la mano izquierda de modo que la manga se desinfe lentamente, a medida que la presión descende, el sonido puede escucharse y sufre varios cambios, el primer sonido de pulso que usted escuche proveniente de la arteria se registra como presión sistólica, el momento en el que ya no se percibe más el sonido el pulso, se registra como presión diastólica

ANEXO N°09: FOTOS





**ANEXO N° 12. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL PUESTO DE SALUD
SANTA ANA**

