



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

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

**IMPACTO DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO
EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES HIPERTENSOS
PUESTO DE SALUD NICOLÁS GARATEA, NUEVO CHIMBOTE.
MAYO – JULIO 2017.**

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

AUTORA

Bach. Q.F. SANCHEZ HIDALGO PATRICIA LISSET

ORCID: 0000-0003-4428-0334

ASESOR

Dr. Farm. OCAMPO RUJEL PERCY ALBERTO

ORCID: 0000-0002-9498-5431

CHIMBOTE - PERÚ

2019

EQUIPO DE TRABAJO

Bach. Q.F. SÁNCHEZ HIDALGO. PATRICIA LISSET

ORCID: 0000-0003-4428-0334

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

DÍAZ ORTEGA, JORGE LUIS

ORCID: 0000-0002-6154-8913

RAMÍREZ ROMERO, WALTER TEODORO

ORCID: 0000-0002-2809-709X

VÁSQUEZ CORALES, EDISON

ORCID: 0000-0001-9059-6394

JURADO EVALUADOR

Dr. Q.F. JORGE LUIS DÍAZ ORTEGA
PRESIDENTE

Mg. Q.F. WALTER TEODORO RAMÍREZ ROMERO
MIEMBRO

Mg. Q.F. EDISON VÁSQUEZ CORALES
MIEMBRO

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a Dios por darme fuerzas y el convencimiento de poder lograr mis metas.

A mi familia por estar siempre presente cuando más los necesito.

A mi universidad y mis docentes que colaboraron en mi formación académica y a todas las personas que siempre me dieron su apoyo moral para poder lograr este objetivo.

AGRADECIMIENTO

Un grato agradecimiento a DIOS por haber permitido forjarme un camino correcto, quien en todo momento está conmigo ayudándome a guiar el destino de mi vida.

Agradezco también a mi madre, ELSA HIDALGO PONTE, por el apoyo y cariño incondicional. A mi abuelita SALOME PONTE por ser la fuerza familiar y a mi hermana JESSICA SÁNCHEZ, por la comprensión durante mis estudios superiores y a todas las personas que de una u otra manera me apoyaron, animándome y motivándome a seguir adelante, al Dr. Farm. Percy Alberto Ocampo Rujel por el apoyo en la elaboración de la presente tesis y a mis maestros que con sus enseñanzas permitieron finalmente graduarme como Química Farmacéutica.

RESUMEN

La Hipertensión arterial (HTA), como problema de salud pública genera altos índices de morbimortalidad. El objetivo de la presente fue determinar el impacto del Seguimiento Farmacoterapéutico en la calidad de vida de pacientes con hipertensión arterial captados en la farmacia del Puesto de Salud Nicolás Garatea, Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash, Mayo a Julio del 2017.

La muestra de 12 pacientes fue controlada a través de un Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico, basado en una modificación del método DADER de cinco fases: Captación, levantamiento de información, evaluación de la información, intervención, seguimiento y análisis de resultados. Cada fase permitió recopilar información en herramientas e instrumentos específicos: Fichas Farmacoterapéuticas y el Test SF-12.

Se diagnosticaron 23 problemas relacionados con medicamentos (PRMs), solucionándose 22 con un 95.65% y los no resueltos dejaron expuesto al paciente a la aparición de resultados negativos de la medicación (RNMs) representando un 4.35%. La calidad de vida relacionada a la salud física paso de 47.25 ± 7.36 antes a 49.88 ± 2.83 puntos después con Prueba T $p = 0.14$. La autopercepción de la dimensión mental es de 44.26 ± 7.27 antes a 52.53 ± 3.08 puntos después, Prueba T $p = 0.0003$.

Se concluye que el programa de Seguimiento Farmacoterapéutico fue eficiente en el diagnóstico de PRMs, en la prevención y solución de RNMs mediante estrategias desarrolladas y ejecutadas a lo largo del estudio. Así mismo el SFT fue eficiente en mejorar la autopercepción de la calidad de vida del estado mental de los pacientes, a diferencia del estado físico, siendo no significativo.

Palabras clave: Atención Farmacéutica (AF), Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), Hipertensión Arterial (HTA), Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM), Resultados Negativos Asociados a la Medicación (RNMs), Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT).

SUMMARY

Hypertension (HBP), as a public health problem, generates high rates of morbidity and mortality. The aim of the present was to determine the impact of the Pharmacotherapeutic Follow-up on the quality of life of patients with arterial hypertension captured in the pharmacy of the Nicolás Garatea Health Post, Nuevo Chimbote District, Santa Province, Ancash Department, May to July 2017

The sample of 12 patients was monitored through a Pharmacotherapeutic Follow-up Program, based on a modification of the five-phase DADER method: Collection, information collection, information evaluation, intervention, follow-up and analysis of results. Each phase allowed to collect information on specific tools and instruments: Pharmacotherapeutic Factsheets and the SF-12 Test.

23 problems related to medications (PRMs) were diagnosed, 22 were resolved with 95.65% and the unresolved ones left the patient exposed to the appearance of negative results of the medication (RNMs) representing 4.35%. The self-perception of the quality of life related to physical health increased from 47.25 ± 7.36 before to 49.88 ± 2.83 points later with Test T $p = 0.14$. The self-perception of the mental dimension is 44.26 ± 7.27 before at 52.53 ± 3.08 points later, Test T $p = 0.0003$.

It is concluded that the pharmacotherapeutic follow-up program was efficient in the diagnosis of PRMs, in the prevention and solution of RNMs through strategies developed and executed throughout the study. Likewise, the SFT was efficient in improving the self-perception of the quality of life of the mental state of the patients, unlike the physical state, being not significant.

Key words: Pharmaceutical Care (AF), Quality of Life Related to Health (HRQoL), Hypertension (HTA), Problems Related to Medicines (PRM), Negative Results Associated with Medication (RNMs), Pharmacotherapeutic Follow-up (SFT)

ÍNDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
SUMMARY	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Planteamiento de la Investigación.....	2
1.1.1. Planteamiento del Problema:.....	2
a. Planteamiento del Problema.....	2
b. Objetivo de Investigación:	3
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	4
2.1. Antecedentes.	4
2.1.1. Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico.....	4
2.1.2. Evolución en el Perú del Seguimiento Farmacoterapéutico	8
2.1.3. Antecedentes Epidemiológicos de la Hipertensión Arterial (HTA).	9
2.1.4. Seguimiento Farmacoterapéutico y Calidad de Vida relacionada con la Salud. 10	
2.2. Marco Teórico.....	12
2.2.1. Problemas Relacionados con el uso de Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos de la Medicación (RNM).	12
2.2.2. Diagnóstico De Problemas Relacionados Con Medicamentos (PRM).....	16
2.2.3. La Atención Farmacéutica y el Seguimiento Farmacoterapéutico: Responsabilidad del Farmacéutico en el mantenimiento de la Salud Pública.	18
2.2.4 Hipertensión Arterial.....	26
2.2.5 Medicamentos Antihipertensivos:.....	29
2.2.6. Puesto de Salud Nicolás Garatea.....	30
III. HIPÓTESIS GENERAL.	32
IV. METODOLOGÍA.	33
4.1. Diseño de la Investigación:	33
4.1.1. Diseño de la Investigación:	33
4.1.2. Tipo.	33
4.1.3. Nivel de Investigación.....	33
4.2. Universo y Muestra.	34
4.3. Definición y Operacionalización de las Variables.....	35
4.3.1. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT).....	35
4.3.2. Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM):.....	37

4.3.3. Resultados Negativos asociados con la medicación (RNM).....	37
4.3.4. Autopercepción de la Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS).	37
4.4. Técnicas e Instrumentos	38
4.4.1. Técnica.	38
4.4.2. Instrumentos.....	38
4.4.2.1. Fichas Farmacoterapéuticas (FFT)	38
4.4.2.2. Instrumento para medición de la Autopercepción de la Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS)	38
4.4.3. Procedimiento de recolección de datos.	41
4.4.3.1. Procedimiento para oferta del servicio y captación de los pacientes.....	41
4.4.3.2 Levantamiento de Información.	43
4.4.3.3 Fase de estudio y evaluación de la información.	43
4.4.3.4. Fase de intervención y Seguimiento Farmacoterapéutico.	45
4.4.3.5. Evaluación del Impacto de la Intervención.....	45
4.5. Plan de Análisis de datos.....	46
4.6. Matriz de consistencia.....	48
4.7. Criterios éticos	49
V. RESULTADOS:	50
5.1. Resultados:	50
5.1.1. Tiempos de intervención: Datos generales sobre los pacientes hipertensos – P.S. Nicolás Garatea.....	50
5.1.2. Diagnósticos identificados y medicamentos utilizados por pacientes hipertensos, en el proceso del Seguimiento Fármacoterapéutico.	52
5.1.3. Problemas Relacionados con medicamentos (PRMS) y los Resultados Negativos de la edicación (RNM).....	55
5.1.4. Efectos de la intervención a pacientes hipertensos relacionado a Calidad de Vida	57
5.2. Análisis de resultados.....	61
5.2.1 Tiempos de intervención: Datos generales sobre los pacientes hipertensos	61
VI. CONCLUSIONES:	70
6.1. Conclusiones.	70
6.2. Aspectos complementarios.....	70
6.2.1. Recomendaciones.....	70
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	71
VIII. ANEXOS	83
Anexo N°1: Solicitud de permiso dirigida al Establecimiento de Salud.	83

Anexo N°2: Ejemplo de hoja de consentimiento informado.	84
Anexo N° 03. Fichas farmacoterapéuticas	85
Anexo N° 3.1. Registro de la información del paciente, de su enfermedad de sus medicamentos y del médico prescriptor.....	85
Anexo N° 3.3. FFT. Registro de problemas de salud durante el uso de medicamentos, tratamiento con remedios caseros y enfermedades sufridas anteriormente.	87
Anexo N° 3.4. FFT. Registro de los antecedentes familiares y hábitos de vida del paciente	88
Anexo N° 3.5. FFT. Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes. (Primera parte).	89
Anexo N° 3.6. FFT. Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes. (Segunda parte).	90
Anexo N° 3.7. Ficha FFT. Guía anatómica de repaso para identificar problemas relacionados con medicamentos.....	91
Anexo N° 3.8. FFT. Hoja guía de intervención farmacoterapéutica – Primera parte..	92
Anexo N° 3.9. FFT. Hoja guía de intervención farmacoterapéutica - Segunda parte..	93
Anexo N° 3.10. FFT. Hoja guía de intervención farmacoterapéutica – Tercera parte.	94
Anexo N° 3.11. FFT. Hoja guía de intervención farmacoterapéutica – Cuarta parte..	95
Anexo N° 3.12. FFT. Hoja guía de intervención farmacoterapéutica – Quinta parte..	96
Anexo N° 3.13. FFT. Test para medir la autopercepción de la calidad de vida. Test SF - 12	97
Anexo N°4 Hoja de estado de situación.....	98
Anexo N°5 Autopercepción de la calidad de vida antes y después	100
Anexo N°6: Tensiómetro Aneroide con estetoscopio.....	101
Anexo N° 7. Valores estandarizados para la conversión de los ítems de respuesta del instrumento SF-12 para valorar la percepción de la Calidad de Vida.	102
Anexo N° 08 Ubicación geográfica del Puesto de Salud.....	103
Anexo N° 09. Fotos.....	104

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 1. Listado de problemas relacionados con medicamentos	14
CUADRO 2. Clasificación de Resultados Negativos Asociados con la Medicación (RNM)	15
CUADRO 3. Actividades de Atención Farmacéutica en el ejercicio profesional del farmacéutico comunitario.	20
CUADRO 5. Clasificación de intervenciones farmacéuticas destinadas a prevenir o resolver resultados clínicos negativos de la farmacoterapia.	23
CUADRO 6. Clasificaciones de la presión arterial de la Sociedad Europea de Hipertensión (SEH) -Sociedad Europea de Cardiología (SEC)	26
CUADRO 7. Test de SF-12 para determinar la medición de la autopercepción de la Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS)	40
CUADRO 8. Tipos de canales para comunicar las recomendaciones del farmacéutico para la solución de PRMs	44

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. Pasos clave del Método DADER modificado de Seguimiento Farmacoterapéutico	25
FIGURA 2. Esquema del modelo de intervención farmacéutica con diseño descriptivo	33
FIGURA 3. Flujograma de las actividades de Seguimiento Farmacoterapéutico.	42
FIGURA 4. Frontis del Puesto de Salud Nicolas Garatea.	104
FIGURA 5. Ejemplo del paciente en la firma de la hoja de consentimiento informado.	105
FIGURA 6. Ejemplo del paciente en control de su presión arterial.	106
FIGURA 7. Modelo de receta de un paciente hipertenso	107

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. Porcentaje de pacientes hipertensos por el programa de Seguimiento Farmacoterapéutico, según género y edad promedio	50
TABLA 2. Promedio de contacto entre farmacéutico y pacientes hipertensos, según lugar, forma de contacto y los tiempos invertidos, durante el Programa de SFT	51
TABLA 3. Porcentaje de pacientes hipertensos por el Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico, según diagnósticos identificados	52
TABLA 4. Porcentaje de pacientes hipertensos, según la frecuencia de uso de medicamentos para las patologías que padecieron durante el Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico	53
TABLA 5. Porcentaje de los PRMs diagnosticados a pacientes hipertensos del Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico	55
TABLA 6. Resultados pacientes hipertensos en relación a su edad, género y cantidad en diagnósticos/medicamentos, además de los PRMs diagnosticados y PRMs solucionados en el Programa de SFT.	56
TABLA 7. Resultados del Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes hipertensos, utilizando el test SF-12 sobre la autopercepción de la actividad física	57
TABLA 8. Resultados del Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes hipertensos, utilizando el test SF-12 sobre la autopercepción de la actividad mental	59

ÍNDICE DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 1. Porcentaje de patologías identificadas a pacientes hipertensos durante el SFT. 54
- GRÁFICO 2 Comparación del resultado del test SF-12 en la dimensión física, antes - después de la intervención mediante Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes hipertensos.. 58
- GRÁFICO 3 Comparación del resultado del test SF-12 en la dimensión mental, antes - después de la intervención mediante Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes hipertensos. 60

INTRODUCCIÓN

El Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) es una oportunidad sanitaria para contribuir a la resolución del problema, detectando errores en la medicación y en el uso por parte de los pacientes. Así mismo es una herramienta útil para corregir y educar al paciente acerca de hábitos de vida saludables para la recuperación más rápida y prevenir el agravamiento o la cronicidad.^{1,2,3}

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

La organización mundial de la Salud (OMS) define la HTA como la elevación crónica de la presión sanguínea en las arterias, sea por elevación de las presiones sistólicas, diastólicas o ambas. Caracterizándose por la presencia de niveles en la presión sanguínea, por encima de los requerimientos metabólicos orgánicos normales.^{5,6,7,8}

Cada cuatro peruanos mayores de 40 años tiene hipertensión arterial, entre el 50 y 60 % de jóvenes y adultos que lo padecen desconocen su diagnóstico y lo que este mal puede ocasionar, debiéndose tomar medidas efectivas y eficientes para la vigilancia, prevención y control de las enfermedades crónicas. El éxito del tratamiento está directamente relacionado con el uso apropiado de los medicamentos que está a su vez fuertemente influenciado por diversas variables que de no ser identificadas a tiempo podrían desencadenar fracasos en los tratamientos, agravamiento de la enfermedad o peor aún en la aparición de problemas de salud asociados al uso inapropiado de medicamentos.

El Farmacéutico demostrará que está capacitado, para que en la implementación del Programa de SFT registre información de los pacientes que usan medicamentos, evaluar, organizar y convertir la información en data a través de medios informáticos de registro de información.¹⁰ Del mismo modo será una experiencia útil para verificar sus capacidades como experto en medicamento en el diagnóstico de los problemas relacionados con su uso y en el desarrollo de estrategias que, a través de la comunicación efectiva a los pacientes o dirigida a los

prescriptores, logren revertir situaciones negativas para evitar o disminuir el daño ocasionado por Resultados Negativos de la Medicación (RNM).

Los esfuerzos de los expertos no deben centrarse solo en garantizar un análisis, una solución o un acuerdo de soluciones suficientes, sino también garantizar la calidad para que los pacientes lo utilicen de forma adecuada basándose en el estricto cumplimiento terapéutico.

Por lo tanto, es importante crear una investigación que muestre el compromiso de la Atención Farmacéutica (FA), el Monitoreo del Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) y prevenir los problemas identificados con medicamentos, particularmente en patologías que interesan la utilización persistente de medicamentos, por ejemplo, Diabetes Mellitus, HTA, etc. Además, reconocer el impacto de la consideración farmacéutica y la SFT en factores importantes identificados con el cumplimiento del tratamiento con la utilización de medicamentos.

La presente demuestra que el Profesional Farmacéutico de la ULADECH, están capacitados para detectar y resolver PRMs en pacientes hipertensos, interactuar con los otros profesionales de ciencias de la salud, sobre todo con los prescriptores, demostrando habilidades y competencias que le permitan desempeñarse satisfactoriamente como miembro de la triada en el manejo de medicamentos (médico, farmacéutico y sobre todo el paciente), logrando el éxito con la medicación.¹

1.1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.

1.1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

a. Planteamiento del Problema.

Desde el momento de evaluación a los pacientes hipertensos se motiva el compromiso de poner en práctica la Atención Farmacéutica (FA) y el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) para controlar los problemas identificados por medicamentos, particularmente en patologías crónicas que sustentan la utilización persistente de medicamentos, por ejemplo, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, etc. Además de reconocer el impacto farmacéutico en los factores importantes identificados en el cumplimiento del tratamiento con la utilización de medicamentos, evaluando el efecto y la utilidad del programa, la clínica, así como un dispositivo para reforzar los Establecimientos Farmacéuticos y las unidades de bienestar.

En particular, la presente información se organiza para determinar:

¿Tendrá impacto el Seguimiento Farmacoterapéutico en la calidad de vida de los pacientes hipertensos, intervenidos en el Puesto de Salud Nicolás Garatea?

b. Objetivo de Investigación:

1. Objetivo General.

Determinar el impacto del Seguimiento Farmacoterapéutico en la calidad de vida de pacientes hipertensos, realizado en el Puesto de Salud Nicolás Garatea, Distrito Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash, durante los meses de Mayo a Julio del 2017.

2. Objetivos Específicos

- Diagnosticar problemas relacionados con medicamentos (PRMs), para prevenir y resolver resultados negativos asociados a la medicación (RNM).
- Determinar el impacto de la intervención farmacéutica sobre la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión mental.
- Determinar el impacto de la intervención farmacéutica sobre la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES.

2.1.1. ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO.

En 1996, Brodie⁹⁷ utiliza por primera vez el Término Atención Farmacéutica. Pero recién hasta el 70 empezó la problematización del rol sanitario nuevo en la profesión farmacéutica, que implica un compromiso mayor del profesional para asegurar que los pacientes consuman de manera correcta los medicamentos.

La Asociación Americana de Colegios de Farmacia (AACP), en 1975, elaboro un informe llamado "Pharmacists for the future"; denominado "Informe Millis", que señala la necesidad de incorporar a los farmacéuticos para controlar el uso adecuado de los medicamentos como bien comercial, y no como bien social estrechamente vinculado con la salud pública. Sus conclusiones obligan a modificar los modelos usados hasta estos momentos por los profesionales.

En 1975, Mikeal et al⁸³, dieron las definiciones principales del término "Pharmaceutical Care": "La consideración que un paciente determinado requiere y obtiene, y que garantiza la utilización segura y racional de los medicamentos". Teniendo como primera idea, que la capacidad del profesional farmacéutico era esencialmente en la distribución de los productos farmacéuticos a la población.

En 1980, basándose en la definición de Mikeal⁸³, Brodie⁹⁷ en una reunión sobre "Teoría de la práctica farmacéutica" recomendó que: "El farmacéutico debería estar a cargo del resultado del tratamiento con medicamentos". Este creador fue la persona que desarrolló la idea de incorporar la garantía de las necesidades de medicamentos de un paciente, no solo con la prescripción requerida, sino también antes y después del tratamiento, asegurando la terapia adecuada.

Luego de la Conferencia Hilton Head, en 1985, se implementó un modelo en EEUU de atención integral, con el objetivo de que los profesionales farmacéuticos ejerzan su responsabilidad según la legislación vigente y que cada paciente se beneficie de la capacidad profesional.

Hepler⁴, en 1985, concluye que es insuficiente que la labor del Farmacéutico quede solo para aconsejar y motivar. Indica que el "cuidado" de los pacientes que usan medicamentos, se debe asumir una nueva perspectiva al término "Atención

Farmacéutica"(AF). Así en 1988, describió la AF como “una relación adecuada entre un paciente y un farmacéutico, en la que este último realiza las funciones de control del uso de medicamentos, basándose en el conocimiento, experiencia y el compromiso respecto al interés del paciente”^{3,4}.

Los autores definieron, las responsabilidades que el profesional farmacéutico debía cumplir:

a) Avalar que el tratamiento farmacológico sea el más apropiado posible, seguro y que la administración sea útil en relación a las indicaciones prescritas.

b) Prevenir, identificar, resolver los problemas relacionados con la medicina (PRM) que dificultará la consecución de las responsabilidades de la Atención Farmacéutica

En Estados Unidos en 1990 se inició la incorporación de estos criterios en el marco de la asistencia sanitaria. A través del Omnibus Budget Reconciliation Act de 1990 se incluye aspectos del Servicio de Atención Farmacéutica y se tiene el deber de dar cuenta del uso de los medicamentos en los pacientes beneficiarios de Medicaid (el sistema asistencial gobierno para los pacientes de bajos ingresos), así como la necesidad que los farmacéuticos ofrecieron consejos sobre el uso de medicamentos a los pacientes.

Desde entonces, este modelo ha influido de manera determinante en la práctica farmacéutica de los profesionales en todo el mundo, que ha dado un impulso en el proceso de cambio de la práctica farmacéutica, desde "servicios de distribución" hacia "servicios cognitivos", apelando una responsabilidad profesional de los farmacéuticos. Un hito importante en este proceso fue establecer que el mal uso de los medicamentos podría ser la causa de los problemas de salud.

Se inicio el desarrollo metodológico de la Atención Farmacéutica poniendo en marcha programas de investigación y desarrollo una vez establecidas las bases ideológicas. Se presentan las tendencias correspondientes a los modelos propuestos por Strand⁴⁸ “Atención Farmacéutica Global” y por Hepler⁴ “Atención Farmacéutica a Grupos de Riesgo crónicos, ancianos, poli medicados, etc”.

En 1993 se pensó desarrollar fuera de los EEUU., la Atención Farmacéutica. La Organización Mundial de la Salud distribuye en este mismo año, el documento de Tokio sobre "El papel del farmacéutico en el sistema de Atención de Salud", inspeccionando

las obligaciones del profesional farmacéutico en relación a los problemas asistenciales de los pacientes.

En 1996, Hepler⁴ y col. elaboró un estudio basado en el modelo TOM que evalúa una exposición farmacéutica en las farmacias de las comunidades. Los resultados, a pesar de la estimación especializada de su aplicación, indicaron pocas posibilidades de ejecución comercial en ese momento debido a la dificultad de comprender el procedimiento por parte de los especialistas en medicamentos y al problema en la selección de pacientes. Hepler³ describe la FA como “un resultado orientado, cooperativo, sistemático para brindar farmacoterapia dirigida al mejoramiento de todas las dimensiones de la salud relacionadas con la calidad de vida”. De esta manera, se hizo un esfuerzo para implementar TOM en diferentes zonas, esencialmente en Europa.

Más tarde, sin embargo, Strand junto con Cipolle⁴⁸ y Morley proponen una perspectiva más humanística cuando afirman en 1997 que la AF es “una capacitación en la que los especialistas en medicamentos asumen la responsabilidad de la farmacoterapia que un paciente necesita e invierten en su consentimiento.”. Strand indica que la AF es una amplia lógica y no únicamente la teoría de una práctica.⁴⁸

La interpretación subyacente de la expresión "Pharmaceutical Care " como "Atención farmacéutica" apareció en el momento más sustancial al tiempo que conectaba el nombre de la acción (actuación o ejecución) con la del experto responsable de entregarla a la sociedad. Sin embargo, no todas las personas que lo utilizaron tenían que decir algo similar. Ciertos segmentos en España, absorbi7eron el término Atención Farmacéutica a "administración o ayuda farmacéutica", e incluyen en esta idea todos los ejercicios y administraciones ofrecidos en la oficina de la farmacia.

En la FA global, el especialista en medicamentos, hace seguimiento a la farmacoterapia que utilizan los pacientes reconociendo la consolidación del programa, mientras que en el programa TOM demuestra al especialista en medicamentos ofrecer el apoyo a las personas, incorporados al grupos de riesgos en el que se eligió (enfermedades no transmisibles, etc.) y controlar la administración de medicamentos que utilizan, por lo general durante muchos períodos de tiempo y/o todo el tiempo, por lo que también requieren regularmente actividades de entrenamiento incluir con mejora el autocuidado del paciente.

La Universidad de Minnesota, produjo, en 1992, una guía funcional dependiente del razonamiento de la FA mundial llamado Proyecto Minnesota, en el que más de 50 especialistas en drogas se interesaron con el objetivo de evidenciar que el trabajo es valioso como lucha en contra del abuso de las prescripciones. Compromiso que se realizó en 20 farmacias de las comunidades con 12376 demostraciones de Atención Farmacéutica.

Reconocimos 2.434 problemas relacionados con la prescripción (PRM). El 43% de los pacientes presentó un PRM y el 70% de ellos mejoró con el desarrollo de la farmacoterapia.

En 1993, se pensó en la extensión de la Atención Farmacéutica fuera de EE.UU. Año en el que la OMS distribuye su Guía de Tokio sobre "El papel del farmacéutico en el sistema de atención de la salud", inspeccionando los deberes de los especialistas en medicamentos relacionados con las necesidades del paciente y/o comunidad.

En 1999, por fin, después de las impresiones de Gastelurrutia y Soto⁶², se aceptó una interpretación de "Atención farmacéutica" la articulación "Seguimiento farmacoterapéutico" o "Seguimiento del tratamiento farmacológico" y mantener la expresión "Atención farmacéutica" como idea extensa en la que el SF se incorporara. A pesar del hecho de que era obviamente cierto, el experto del farmacéutico tenía que identificar de los pacientes, los problemas utilizando las recetas de la atención médica, todavía era necesario establecer una conexión entre la semántica del término Problema relacionado con las drogas escrito por Stran y col. en 1990 y alguna definición en español que caracteriza este objetivo de las actividades de Atención Farmacéutica

En 1998 se celebró el Primer Consenso de Granada en España, analizándose las definiciones de PRMs "Problemas relacionados con el medicamento" y estableciéndose una clasificación como primera opción.

El documento del Primer Consenso ya finalizado aparecido en el 2001 describiendo que la AF equivale al conjunto de actividades asistenciales del profesional experto en drogas (concepto, objetivos, requisitos, diseño y evaluación) teniendo como objetivo principal: "Dispensación, indicación farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico". Incluyendo servicios como: "Farmacovigilancia, educación sanitaria, fórmula magistral y uso racional de medicamentos".¹⁵

Se propone, en el año 1999, el Método DÁDER de Seguimiento Farmacoterapéutico, realizando su tercera revisión, en el año 2005, prioridad de universalización y simplificación. “Universalización” pudiendo ser usado por el profesional farmacéutico con aplicación en diversos pacientes con distintos tratamientos de enfermedad y ser lo más simple posible (simplificación) para que todo procedimiento se extienda y se convierta en una práctica generalizada, sin perder el rigor normativo.

El tercer Consenso de Granada, en el año 2007, se aceptan las definiciones de PRMs como “Elementos de proceso y como causas de RNMs”. Cuadro N°01/ PRM Cuadro N°02 /RNM. Se concluye con lo publicado en el año 2001, con la descripción de SF del Consenso sobre AF del Ministerio de Sanidad y Consumo de España.⁴⁷

2.1.2. EVOLUCIÓN EN EL PERÚ DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

En el Perú (2004), la Política Nacional de Medicamentos, es un documento normativo, estandarizado para la Atención Farmacéutica, acceso universal, regulación y promoción del uso racional de medicamento de los expertos farmacéuticos, en la población general como en las partes privadas.

La Ley 29459, la Ley de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios del 2009 y sus controles entraron en el poder en 2011. Actualmente, esta norma revela cada una de las direcciones que existen en el Perú. Se caracteriza por el alcance que brinda de Atención farmacéutica y SFT como ejercicios básicos en farmacia.

La DIGEMID, “Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas” del MINSA, a partir de enero de 2008, la AF podría mejorar al analizar los ejercicios escolares de regulación y expertos que se crearon sobre los más últimos 10 años.

El informe de referencia aclara que la ejecución de la consideración farmacéutica en Perú se ha basado exclusivamente en la evaluación del impacto potencial de los proyectos y en la prueba reconocible de las cualidades en apoyo y en contra de los tipos de oficinas de bienestar existentes. Además, los procedimientos que se requerirían en cada uno para el uso de esta administración. En 2012, la “Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas” del Ministerio de Salud - Perú, exhibió su modelo de SFT para establecimientos farmacéuticos públicos. Se proclaman los períodos del procedimiento y se propone cuantificar indicadores a través de los resultados según uso

de medicamentos, PRMs y el efecto del procedimiento ante adherencia al tratamiento. No habiendo una guía sobre el método más competente para desarrollar el procedimiento.

2.1.3. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA).

En el mundo, las enfermedades cardiovasculares se convierten en la principal causa de muerte, 17 millones de pacientes por año, casi el 33% del total. Entre ellos, las complejidades de la hipertensión causan 9,4 millones de pacientes cada año. La hipertensión es la causa del 45% de enfermedad coronaria y el 51% de un accidente cerebrovascular.⁴⁰

De igual manera, en 2008, se determinó que alrededor del 40% de los adultos jóvenes de 25 años tenían hipertensión; la cantidad de individuos influenciados aumentó de 600 millones de cada 1980 a 1000 millones de 2008.⁴²

La prevalencia más sorprendente de hipertensión se registra en la Región de África, con el 46% de los adultos de 25 años, mientras que la menor se observa en la Región de las Américas, con el 35%.

En América Latina, el 13% de los fallos y el 5,1% de incapacidad (AVAD) pueden atribuirse a la hipertensión. Como lo indican las revisiones nacionales o las inspecciones aleatorias precisas, el grado común de la hipertensión en la población general de adultos en varias naciones de América Latina varía en algún lugar en el rango de 26 y 42%.

Según lo contemplado por CARMELA⁷³ (Hipertensión en siete comunidades urbanas de América Latina: la Evaluación múltiple de factores de riesgo cardiovascular en América Latina) demostró el predominio de HTA en 7 áreas urbanas de América Latina (Barquisimeto, Bogotá, Buenos Aires, Lima, Ciudad de México, Quito y Santiago), acumulándolo en una estimación cercana al 18% (en algún lugar en el rango del 9% y el 29%).

Estos datos son constantes con la alta frecuencia de hipertensión que se encuentra en el Registro de consenso de hipertensión de América Latina, que demuestra información objetiva sobre la omnipresencia, el aprendizaje, el tratamiento y el control de la hipertensión en América Latina. Lo más crítico fue que la penetración de la hipertensión era comparable en Argentina (25-36%), Uruguay (30%), Paraguay (21-30%) y el sur

de Brasil (31-33%). En Chile se descubrieron contrastes en función del nivel financiero (condiciones bajas: 24.5%, condiciones altas: 17.9%). En México se observaron contrastes en función de las zonas: 30% a nivel urbano, 11,7% a nivel provincial.

En lo que se refiere a su investigación en Perú, la investigación dirigida por la Sociedad Peruana de Cardiología en la ciudad de Lima en febrero de 2004, demuestra una omnipresencia de la TH de 23%, con una ligera distinción entre las personas, de 26% y 20% individualmente. Patrón que también se ve en diferentes exámenes.

En los últimos tiempos, un informe en particular, realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en compromiso con el programa de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014 (ENDES), para personas mayores de 15 años; demostró que el 10,4% de la población peruana tenía hipertensión por parte de un especialista u otro experto en bienestar. La población femenina que experimenta la dolencia alcanzó el 12,2% y la población masculina el 8,4%. Las tasas más elevadas de la población con hipertensión analizada ocurrieron en la Costa sin Lima Metropolitana (11.8%) y Lima Metropolitana (10.9%); y las menores tasas en la Sierra (8.9%) y la Selva (10.0%).⁴⁰

Si bien un informe similar arrojó una información totalmente diferente en relación con lo común de la hipertensión al estimar el pulso, hubo una omnipresencia de 14.8% en la población peruana, siendo los hombres las mujeres más influenciadas (18.5%) (11.6%)

Del mismo modo, ENDES 2014, exhibió la información epidemiológica por localidades. Se observó que la omnipresencia de la HTA al estimar el pulso, siendo mayor en Lima Metropolitana (18.2%), seguida por la Costa sin Lima Metropolitana (15.5%), mientras que el menor predominio se alistó en la Selva (11.7%) y en la Sierra (12.0%).

2.1.4. SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD.

Hay pruebas de que la SFT puede promover el cambio asistencial de los pacientes, con las ventajas subsiguientes para la solidez de los mismos y la base de metodologías que buscan el mejoramiento de las capacidades y las aptitudes de los expertos en drogas. Especialistas, que en conjunto encuestan la naturaleza de la farmacoterapia⁵⁶. En cualquier caso, esta prueba no deja de demostrar cambios en los resultados de bienestar,

se deforma con otras intercesiones farmacéuticas que no se comparan con un ensayo de consideración del paciente y no se ha demostrado inequívocamente que el bienestar condiciona la viabilidad y la eficacia de SFT. Esa es la razón por la cual, a través de varios exámenes que apoyan al SFT especificada, se planea mostrar su viabilidad y / o resultados críticos. Como se mencionó por última vez, un concentrado de seguimiento farmacoterapéutico errante en pacientes hipertensos, dirigido por Velasco G.¹⁰⁸, explica que la SFT en la hipertensión es una práctica concebible, apta para crear resultados positivos, mejorar la satisfacción personal del paciente, comprender su enfermedad para el cumplimiento farmacológico. tratamiento.

De manera similar, el seguimiento farmacoterapéutico es una metodología para mejorar y lograr la mejor ventaja de la farmacoterapia y los planes para mejorar la CVRS del paciente. Esto es predecible con una investigación dirigida por Tafur y García²⁰ en la que indican resultados positivos sobre la realización de exámenes farmacéuticos en la evaluación de la CVRS, particularmente en infecciones interminables que esencialmente influyen en la CVRS. Además, esta evaluación puede incorporarse a la SFT para evaluar los resultados en el cambio de satisfacción personal (CV). Simón et al¹⁷, debido a una meta-investigación de intercesiones farmacéuticas identificadas con la CVRS, encontraron grandes cambios, particularmente en aquellos identificados con asma, hipertensión y enfermedad coronaria sin fin. De manera similar, Ayala¹⁰³ y cols. para evaluar el efecto de la intercesión farmacéuticas en la CVRS de pacientes con hipertensión arterial (HTA), que acuden a las instalaciones ambulatorias de cardiología, Estas investigaciones son reafirmadas por muchas distribuciones de investigación; como el de Bances C⁷², que demostró que el programa SFT era competente, en el que se determinó que cada uno de los pacientes que experimentaron un procedimiento médico tenía problemas relacionados con la tranquilidad y que se reconocieron las técnicas creadas para la disposición de los problemas relacionados con la medicación. Descubrieron cómo cuidar la gran mayoría de los problemas identificados con los productos farmacéuticos analizados. Además, la SFT afectó significativamente la auto impresión de la satisfacción personal de los pacientes.

2.2. MARCO TEÓRICO.

2.2.1. PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL USO DE MEDICAMENTOS (PRMS) Y RESULTADOS NEGATIVOS DE LA MEDICACIÓN (RNM).

El pensamiento de lo farmacéutico como un bien monetario generalmente no va en un sentido indistinguible de su discernimiento como un bien social, lo que hace que los intereses financieros se pongan ante los servicios medicinales. Esto hace que la fuerza de los individuos, especialmente los más indefensos, se ponga en peligro, haciendo una presión duradera entre satisfacer las verdaderas necesidades de recuperación y hacer crecer el mercado farmacéutico.

La verdadera estimación social de la medicación reside, en sus impactos más inmateriales, imponderables y sensibles a los sentimientos humanos: la reducción de la angustia y su compromiso con la vida y la felicidad de los individuos.

El compromiso de la prescripción con la ciencia de la salud y la aplicación en los marcos de concientización de la salud salvan vidas, reducen las complicaciones y la resistencia física y mental de pacientes y familiares, mejorando al individuo e incorporándolo a la sociedad. Sea como sea, con la utilización de productos farmacéuticos, los resultados positivos generalmente no se logran. En algunos casos, la farmacoterapia se queda corta y causa problemas directos e inmediatos, cuando no se logran los destinos correctivos adecuados. Las fallas terapéuticas de medicamentos tienen un costo sólido en los usuarios y un gasto para instituciones públicas, convirtiéndose en un verdadero daño para la salud.

Strand y Hepler^{3,48}, caracterizan los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) como esa experiencia desafortunada del paciente, que incluye tratamiento farmacológico y resultados no esperados de la terapéutica.

Una situación que se denominará PRM, debe haber alrededor de dos condiciones:

- 1) El paciente debe estar involucrado o podría tener la capacidad de encontrarse con una patología o sintomatología.
- 2) Esta Enfermedad debe tener una asociación evidenciable o sospechosa con la terapéutica.

Blasco P. et al⁴⁹ caracterizan el error farmacéutico (EM) como la actividad terapéutica que pueda causar morbilidad farmacoterapéutica (MFT). La EM puede comenzar en errores de solución, en la administración subsiguiente de la medicina por un experto en la salud o por el mismo paciente.

El Tercer Consenso de Granada, describe a los errores de medicina, dentro de una clasificación más amplia de PRMs⁴⁷.

Los PRM son el camino hacia la utilización de recetas que pueden incorporar problemas no evitables, por ejemplo, manierismos, respuestas desfavorables o colaboraciones oscuras (Tabla N ° 01).

El acuerdo en España se considera que los problemas relacionados con las drogas (PRM) son los resultados negativos relacionados con la utilización de medicamentos (RNM) y las NOM son consideradas por la OMS como morbilidad farmacoterapéutica (MFT)

El Tercer Consenso de Granada⁴⁷ (2007), caracterizó a los RNM la circunstancia en que el paciente corre el riesgo de salud relacionado con la utilización de medicamentos en su mayor parte debido a la presencia de al menos un PRM, considerandose como elementos de peligro o razones para este RNM (Tabla No. 02)

CUADRO N° 01

Lista de problemas relacionados con medicamentos, modificado por Ocampo³⁸ del Método DADER de SFT.

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. Influencias culturales, religiosas o creencias
15. Medicamentos falsificados, espurios, de contrabando o muestras médicas
16. Problemas económicos

Modificado de: Tercer Consenso de Granada⁴⁷ 2007

CUADRO N° 02.

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

N°	Clasificación del RNM	Descripción del RNM
1	Necesidad	Problema de Salud no tratado. El paciente sufre un problema de salud asociado a no recibir una medicación que necesita.
2		Efecto de medicamento innecesario. El paciente sufre un problema de salud asociado a recibir un medicamento que no necesita.
3	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 de: Tercer Consenso de Granada⁴⁷ 2007

Se admite que los PRM como motivos de RNM pueden ser diversos, tolerar en este sentido la presencia de un resumen subyacente que no es exhaustivo ni élite, y que de esta manera se pueda modificar su utilización en la clínica y en diferentes situaciones sociales.

Los PRM se presentan como: potenciales o reales, es decir, el paciente posiblemente puede presentar RNM que pueden interferir con los datos reales.

El inconfundible significado de la acción que se completa para distinguir y sistematizar estas ocasiones, se puede insistir muy bien en que los especialistas en medicamentos prueben PRM evitando un RNM o una MFT. El significado de PRM y RNM pueden ser el comienzo de otro experto en la ubicación del especialista en medicamentos en marcos de bienestar como un aparato demostrativo para una reunión de Problemas médicos relacionados con el abuso de prescripciones.

Experto para evitar los RNM a través de la prueba reconocible y el tratamiento de sus causas, los PRM. En la remota posibilidad de que para los expertos en terapia esté claro su trabajo sintomático de las infecciones que pueden reconocer los especialistas en drogas deben ser claras.

Ferriols⁵⁵ afirma que, con una alta recurrencia, los PRM comienzan en el cómo se eligen, recomiendan o muestran los medicamentos, distribuidos, dirigido y, principalmente, observado. De esta forma, sin perjuicio de lo requerido. La naturaleza innata de las drogas que se tratan es una necesidad absoluta. Elección, medicina, signo, arreglo, acuerdo y organización. En otras palabras, como Calvo⁵⁶ atestigua, después de la organización, la observación de la realización de los resultados y el desarrollo del paciente por parte del especialista en medicamentos para mantener una distancia estratégica o evitarla.

2.2.2. DIAGNÓSTICO DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS (PRM)

El procedimiento para el uso de medicamentos es maravilloso, ya que diferentes especialistas median en sus etapas distintivas (remedio, aprobación, distribución, organización y desarrollo de farmacoterapia) y hay eventos en los que la farmacoterapia no alcanza el objetivo normal de bienestar, por diferentes motivos o condiciones del tratamiento. Paciente, entre los cuales descubrimos errores de medicina (EM). Blasco, Mariño y Cols.⁴⁹ Define el error de la medicación (EM) para cualquier actividad, prevenible que pueda hacer daño al paciente, ya sea la insensibilidad farmacoterapéutica (MFT) que puede desencadenar un resultado negativo relacionado con la utilización de la medicina (RNM), u ofrecer ascenso a una utilización incorrecta de recetas cuando están bajo el control de expertos en bienestar o del paciente y pueden estar relacionados con problemas identificados con medicamentos. Los PRM comienzan con errores de

prescripción y causan la presencia de un resultado negativo relacionado con la utilización de medicamentos (RNM). Este RNM, también se puede llamar morbilidad farmacoterapéutica (MFT). Los PRM son componentes del procedimiento que inclinan al cliente de los medicamentos a un mayor peligro de sufrir una MRI y sus resultados tienen una asociación causal con la farmacoterapia o la falta de medicamentos (EM). De hecho, el PRM puede comenzar después de un error de medicina

En 2007 el Tercer Consenso de Granada caracterizó a los RNMs., como peligro de sufrir un problema de salud relacionado con la utilización de medicamentos, en general debido a la presencia de al menos un PRM, considerándose como factores de riesgo NRM (TABLA N ° 02).

Se admite que los PRM como motivos de los RNM pueden ser diversos, de este modo toleran la presencia de un resumen subyacente que no es exhaustivo ni selectivo (TABLA N ° 03), y que de esta manera se puede ajustar con su utilización en Práctica clínica, en diferentes condiciones sociales.

Bajo estas consideraciones Ocampo⁶⁸ propone modificar la lista original de 14 PRMs del Tercer Consenso de Granada a 16 entidades.

El nuevo significado de PRM y RNM puede ser el punto de partida de otro experto en la situación del farmacéutico. Con la ayuda del significado del movimiento que finalmente provoca la prueba distintiva y la sistematización de estas ocasiones, se puede insistir muy bien en que los especialistas en medicamentos, aunque reconocen un PRM para mantener una resonancia magnética, desempeñan con éxito una determinación.

Culbertson et al. en 1997⁵³, caracterizado como Diagnóstico Farmacéutico (DF), el procedimiento intelectual se concentró en la prueba reconocible de problemas particulares iniciados en la utilización de prescripciones por parte de los pacientes. El DF debe basarse en una prueba adecuada para ayudar a que el motivo del problema médico examinado por el paciente sea la utilización correcta de los medicamentos. En el caso de que, para los profesionales médicos, quede claro el trabajo demostrativo en la capacidad de las enfermedades que pueden reconocer los farmacéuticos, debe quedar claro cuáles son los PRM que pueden analizar para evitar la presencia de RMN.

Como se expresó, no todos los PRM comienzan en EM, sino que los EM se mueven para convertirse en PRM. Ferriols⁵⁵ afirma que, con una alta recurrencia, los PRM comienzan

de la manera en que se eligen, respaldan o demuestran las drogas, se distribuyen, administran y, en su mayor parte, se observan. En este sentido, a pesar de la calidad obligatoria en los medicamentos que se atienden, es fundamental una correcta elección, remedio, señal, preparación, distribución y organización, y obviamente la necesidad de observar los resultados y el avance del paciente con tratamiento farmacológico, para mantener una distancia estratégica o anticipar las ocasiones antagónicas identificadas con la farmacoterapia. Teniendo en cuenta, el farmacéutico debe tener la capacidad de analizar los errores de la medicina o los problemas identificados con las drogas, proponer un tratamiento para estos problemas a través de una mediación farmacéutica, con el objetivo final de contrarrestar las enfermedades causadas por la utilización de recetas o las consecuencias negativas de la prescripción

2.2.3. LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y EL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO: RESPONSABILIDAD DEL FARMACÉUTICO EN EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD PÚBLICA.

La presentación de la lógica y las ideas de "Atención farmacéutica" habla de una revalorización de la farmacia cuando la red de farmacias se encuentra en una intersección después de la desaparición de la "tienda de drogas" y la pérdida de la estimación del "vendedor de farmacias". A lo que había cedido, ambos se concentraron en la medicación como un artículo. En la diferencia de visión, la OMS y la Federación Internacional de Farmacéuticos (FIB) coincidieron que la misión de la actividad farmacéutica debería ser: proporcionar medicamentos, diferentes artículos en servicios humanos y ayudar a la sociedad para utilizarlos de la manera más ideal.

En España, una nación donde la unión de Pharmaceutical Care ha sido una medida considerable. El Ministerio de Salud y Asuntos del Consumidor promueve la idea de Atención Farmacéutica (FA) como un acuerdo de administración farmacéutica, que inicia desde el control de calidad de los medicamentos hasta los ejercicios de farmacovigilancia. En la configuración de la red, según Andrés Rodríguez⁶⁶, los ejercicios de FA se pueden esbozar como se indica en la tabla N ° 07, donde emergen los que están dispuestos hacia el paciente, más prominentes en número que los convencionales situados solo para la confirmación de la Naturaleza de la droga. Aquellos ejercicios que no están específicamente identificados con la utilización de medicamentos también pueden agregarse a este objetivo, ya que no se identifican directamente con el

paciente, sino que se consideran adicionales, ya que los ejercicios se otorgaron a la prescripción. Por ejemplo, los ejercicios y las técnicas de la cadena de coordinaciones en los marcos intrahospitalarios y en la diseminación externa e incluso se esfuerzan por garantizar la naturaleza natural de las recetas a través del examen de control de calidad.

Las Buenas Prácticas (BP) de Dispensación, la Indicación Farmacéutica, el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), la Farmacovigilancia (FV), los ejercicios identificados con la Farmacia Clínica, cada uno de ellos debe contribuir evitar o disminución del PRM.

Lo más impactante quizá de la Atención Farmacéutica es el uso del término mismo. Tal vez nunca en la historia de la farmacia se había usado el término "atención" para denotar la función del farmacéutico en la sociedad, ya que es mucho más frecuente hablar de servicios farmacéuticos que de atención y existen diferencias entre un término y otro. El diccionario describe "atención" como "la responsabilidad singular de alguien para entregar bienestar y seguridad", mientras que un servicio implica funciones o actividades

CUADRO 3

Actividades de Atención Farmacéutica en el ejercicio profesional del farmacéutico comunitario.

<p>ACTIVIDADES ORIENTADAS AL MEDICAMENTO</p>	<p>ADQUISICION CUSTODIA ALMACENAMIENTO CONSERVACION DE MATERIAS PRIMAS, ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS Y PRODUCTOS SANITARIOS</p>
<p>ACTIVIDADES ORIENTADAS AL PACIENTE: ATENCION FARMACÉUTICA</p>	<p>DISPESACION DE MEDICAMENTOS MEDICAMENTOS FORMULACION MAGISTRAL</p>
	<p>INDICACION FARMACÉUTICA FORMACIÓN EN USO RACIONAL EDUCACIÓN SANITARIA FARMACOVIGILANCIA</p>
	<p>SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</p>

Tomado de Andrés Rodríguez⁹

Al presentar la expresión "consideración", el especialista en medicamentos se coordina con otros expertos en bienestar que también dan una consideración tolerante y la colocan en el punto focal de nuestro trabajo de expertos. Hay tres componentes esenciales que describen el acto de la consideración farmacéutica: la responsabilidad, compromiso para lograr los objetivos restaurativos y la mejora de la satisfacción personal del paciente.

Aunque hace algún tiempo, la actividad de la administración representada por el especialista en medicamentos ignoró los impactos que la medicación creó en el paciente y, por lo tanto, no supo a quién recurrir en caso de una respuesta hostil o preguntas sobre la utilización de la medicación; con la atención farmacéutica, del paciente y del especialista en medicamentos concuerdan con el tratamiento respaldado por el especialista, buscan un acuerdo en la consistencia del tratamiento para lograr un objetivo

establecido por las dos reuniones y el especialista en medicamentos está resuelto a evitar o abordar los problemas que su surjan y presentarlo al paciente.

No obstante, el problema más serio con la idea de la Atención Farmacéutica es probarlo. Se ha propuesto una progresión de ejercicios particulares, que permite obtener resultados cuantificables que muestran la conveniencia del trabajo de expertos farmacéuticos para la aversión, la disposición o la disminución de los PRMs.^{49, 65, 66}

El significado de la verificación de medicación correctiva (SFT), tal como se propuso en el tercer acuerdo sobre Atención Farmacéutica de Granada en España en 2007, es “La práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente que usa medicamentos”.

Los ejercicios de SFT para la identificación de problemas identificados con medicamentos (PRM) para la anticipación y los objetivos de resultados negativos relacionados con la medicina (RNM), sugiere una dedicación, y debe darse en una ruta persistente, sistematizada y archivada, como un equipo con el paciente y con diferentes expertos en el marco del bienestar, con el objetivo final de lograr resultados sólidos que mejoren la satisfacción personal del paciente.^{67, 68}

Como lo muestra Machuca⁶⁴, los términos: consideración farmacéutica (FA), mediación farmacéutica (IF) y observación de medicación restauradora (SFT) se utilizan recíprocamente en las diversas investigaciones sobre el tema para demostrar una acción similar, para garantizar la calidad en la utilización de medicamentos por parte de los pacientes.

Según lo indicado por Martí y Jiménez (70), como norma, los programas de AF o SFT deben ser respaldados por estrategias o marcos que permitan, en su mayor parte, reaccionar a los ángulos que lo acompañan:

- a) Prueba diferenciadora temprana de pacientes que podrían beneficiarse de su implantación.
- b) Registre las clases y las causas que motivan los problemas identificados con los medicamentos y su documentación.
- c) Generar advertencias para reconocer las decepciones del marco.
- d) Evaluar la conveniencia clínica de los formularios de servicios humanos.
- e) Mejorar la propuesta de la administración farmacoterapéutica.

Sabater²⁴ et al. Proponen una orden de mediaciones farmacéuticas que podrían recomendarse en medio del proceso restaurativo de monitoreo de medicamentos²⁴. Para esta agrupación, los creadores caracterizan la intercesión farmacéutica como: la propuesta para la actividad en el tratamiento y / o la conducta del paciente, fue para resolver o mantener un PRM o un NRM.

A lo largo de los años, se han creado algunas estrategias, entre las cuales las más conocidas son: Monitoreo de resultados terapéuticos (TOM, por sus siglas en inglés) pertinente a reuniones de pacientes con enfermedades de alto riesgo de Charles Hepler³, The Method of Global Pharmaceutical Care de Linda Strand and Cols⁴⁸. Además, la técnica de Seguimiento Farmacoterapéutico DADER para la Dra. María José Faus Dáder se creó en la Universidad de Granada, España^{98,48}. Además, hay otras técnicas propuestas, por ejemplo, la estrategia IASER creada por Climenti y Jiménez⁶⁷.

En este compromiso obtenido de la línea de examen se utilizará como una mediación que demuestre un ajuste de la técnica española DADER útil observación de medicamentos creada por Ocampo con el fin de estimar el efecto de SFT en la utilización de medicamentos, la aversión y la disposición de PRMs y RNMs.^{1,38,68}

El Método DADER fue concebido en 1999 como una propuesta del Grupo de Investigación de Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada y se ha inspeccionado tres veces. La última actualización en 2005 tenía el objetivo de transformarla en un dispositivo básico y efectivamente apropiado sin perder la minuciosidad de una técnica de trabajo estándar. En este sentido, la técnica DADER intenta ser un modelo generalizado para la organización de la observación de medicamentos útiles en cualquier entorno de servicios humanos, prestando poca atención al tipo de paciente y a cualquier especialista en medicamentos.

Cuadro N°04.

Clasificación de intervenciones farmacéuticas destinadas a prevenir o resolver resultados clínicos negativos de la farmacoterapia.

	Intervención	Acción
Intervenir sobre cantidad de medicamento	Modificar la dosis.	Ajuste de la cantidad de fármaco que se administra de una vez.
	Modificar la dosificación.	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.
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).	Remplazar el medicamento que usa el paciente por otro de diferente composición, o bien de diferente forma farmacéutica o vía de administración.
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 actividades respecto al tratamiento).	Refuerzo de la importancia de la adhesión del paciente a su tratamiento.
	Educar en medidas no farmacológicas.	Educación del paciente en todas aquellas medidas higiénico-dietéticas que favorezcan la consecución de los objetivos terapéuticos.

Tomado de Sabater y Cols.

El Grupo de Investigación de la Universidad de Granada y Deselle et al. Considera como estrategia esencial evaluar su uso en organizaciones interpersonales informales.

Estas particularidades se han reflejado en la técnica alterada por Ocampo, que considera, por ejemplo, los ángulos semánticos y enunciados en cada una de las necesidades de datos que se esperan del paciente, para que los instrumentos de recopilación de datos sean fáciles de aplicar. De la misma manera, se ha demostrado que se han cumplido los problemas de adherencia al tratamiento, que en nuestro mundo han alcanzado cifras más notables que el 70% y se han convertido en uno de los principales objetivos de los objetivos relacionados con la utilización de las prescripciones.

Tanto en la estrategia DADER como en la variante ajustada por Ocampo, los períodos focales del proceso de seguimiento farmacoterapéutico se pueden reconocer como:

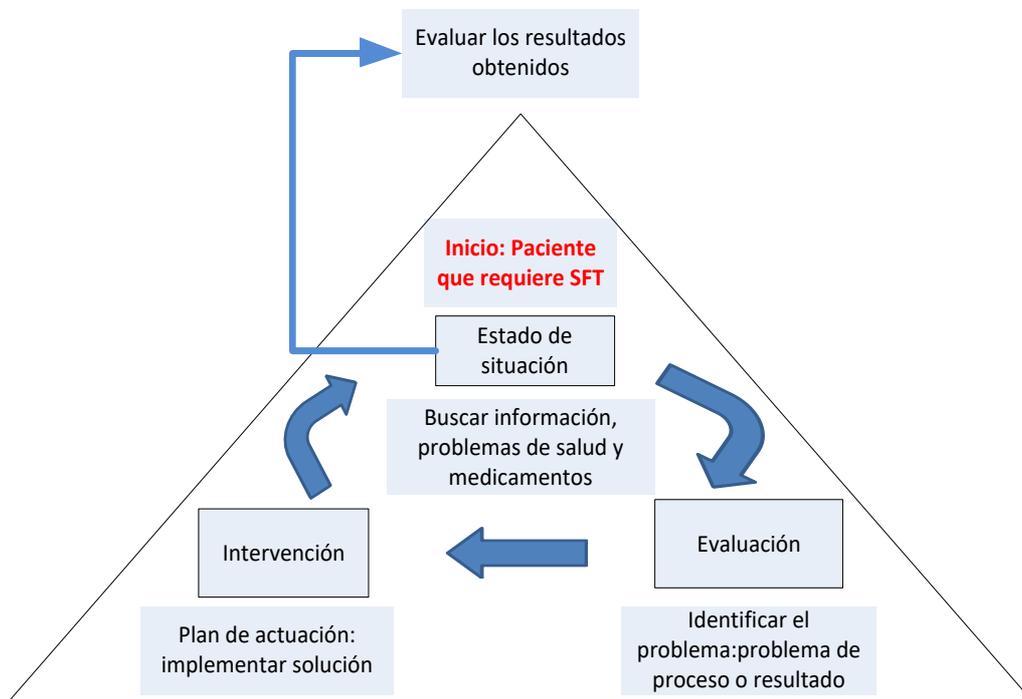
- a) La disposición del estado principal del paciente, la evaluación y la prueba distintiva de las dudas de los PRM.
- b) La intercesión para determinar los PRM y las posibles RMN,
- c) La evaluación del nuevo estado del paciente^{1,38} (Figura No. 05).

En el presente examen, se conectará un modelo de la Oficina de Farmacia, para la oferta de la administración y la ocasión social de datos y contactos progresivos en la etapa de intercesión a través de llamadas telefónicas o arreglos en la farmacia de la red. Los resultados sobre la utilización de estos modelos que dependen de los avances de correspondencia se muestran fuera del área de la vista

A pesar del hecho de que, desde la farmacia de la red, el farmacéutico no se acerca a las propensiones y tendencias del paciente o, lo más probable, charlar en una condición más relajada que permitiría una mejor correspondencia del paciente. Para el especialista en drogas y al revés, la metodología de la farmacia permite combinar la autoridad de esta fundación que debe convertirse en el medio al que el paciente debe acudir para aconsejarle sobre medicamentos.

FIGURA N°01.

Pasos Clave del Método DADER Modificado de Seguimiento Farmacoterapéutico



Elaboración Propia

Por otra parte, el trabajo del Establecimiento Farmacéutico derrota los obstáculos de no acercarse al saco de medicamentos, la oportunidad de terminar cómodo con el paciente, a ocasiones más agradables de comunicación y menos oportunidades para crear ejercicios de instrucción. En realidad, el trabajo de la Farmacia permitirá mejorar las metodologías para fortalecer la posición influyente del especialista en medicamentos, así como de expertos en el trabajo con un trabajo particular y vital en torno a la utilización de medicamentos del Establecimiento Farmacéutico.

Un punto de vista crítico es construir un modelo que no solo incremente el valor de los servicios medicinales y el efecto positivo en los ejercicios del experto farmacéutico, sino que además cree un incentivo financiero para la fundación farmacéutica. Esta es una de las obstrucciones fundamentales en el uso de modelos SFT que aún no despegan, en particular, los ejercicios estándar coordinados al paciente todavía se observan como impedimentos genuinos en aquellas naciones que los han actualizado de manera administrativa, por ejemplo, en Perú. El presente examen espera construir un modelo que permita, con los ajustes fundamentales, aumentar el bienestar general ofreciendo un incentivo a la red de producción de medicamentos.

2.2.4 HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

La hipertensión arterial (HTA), clínicamente se define como la elevación persistente de la presión arterial por encima de unos límites considerados como normales. Es la manifestación de un proceso multifactorial, en cuya fisiopatología están implicados numerosos factores genéticos y ambientales que determinan cambios estructurales del sistema cardiovascular, produciendo el estímulo hipertensivo e iniciando el daño cardiovascular.

Cuando se detecta un incremento de PAS persistente (tensión circulatoria sistólica) más prominente que o equivalente a 140 mm Hg y / o una expansión en el PAD (pulso diastólico) más prominente que o equivalente a 90 mm Hg, se diagnostica HTA.

Aunque la herencia es un factor relevante para el desarrollo de HTA, se considera que es un problema de salud multicausal, debido a que factores ambientales, neuro genéticos, humorales y vasculares cumplen un papel importante en el desarrollo de la enfermedad.

CUADRO N° 5.

Clasificaciones de la presión arterial de la Sociedad Europea de Hipertensión (SEH) - Sociedad Europea de Cardiología (SEC) y Joint National Committee-7 (JNC-7) (148).

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

Tomado del séptimo informe del Comité Nacional Conjunto sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Arterial Alta de los Estados Unidos (JNC VII)

La Hipertensión Arterial está considerada como la enfermedad crónica más frecuente de la humanidad, constituye uno de los factores de riesgo para padecer riesgo cardiovascular (RCV) relacionado con la aparición de enfermedades cerebrovasculares (accidente vascular encefálico), alteraciones cardíacas (insuficiencia cardíaca congestiva, infarto de miocardio, etc.) e aneurisma arterial, siendo la principal causa de insuficiencia renal crónica y hemodiálisis.

La hipertensión frecuentemente es asociada a comorbilidades tales como diabetes mellitus, coronariopatía, insuficiencia cardíaca (IC) crónica, accidente vascular encefálico (AVE), accidente isquémico transitorio (AIT), enfermedad vascular periférica, insuficiencia renal crónica. Incluso una moderada elevación de la presión arterial conlleva una disminución de la expectativa de vida. Cuando la presión arterial está marcadamente elevada presión arterial media 50% o más por encima del promedio, su promedio de vida se disminuye en 30 a 40%, al menos que se trate adecuadamente.

En el mundo, uno de cada tres adultos tiene presión arterial alta según estadísticas de las OMS.

Agusti ⁴⁵ en Perú, el 55% anuncia que los pacientes con hipertensión no tienen en cuenta esto, ya que gran parte de las veces, no presenta manifestaciones.

La Organización Panamericana de la Salud, la prevalencia de HTA en América Latina y el Caribe oscila entre el 8% y el 30%. A pesar de ello las estadísticas de prevención, tratamiento y control de la hipertensión han declinado levemente en años recientes

Las variables convincentes percibidas en el nivel normal de hipertensión de los vasos sanguíneos son la edad, el legado, el sexo (con la edad más asombrosa en mujeres), la raza (mayor en negros que en blancos) y el nivel financiero (generalizado en los niveles financieros bajo). Así mismo otros factores de riesgo bien conocidos como: dieta, ingesta de sal, elevación de lípidos sanguíneos, obesidad, tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, estrés, diabetes mellitus e inactividad física (sedentarismo)

El objetivo esencial del tratamiento antihipertensivo es mantener los estimados del pulso al menos por debajo de 140/90 mmHg. Para evitar los peligros de aflicción y mortalidad cardiovascular relacionada, incluidas las enfermedades cardíacas, cerebrales, renales y vasculares, por lo que también es importante tratar variables de riesgo y comorbilidades modificables.

De sus distintos componentes, la presión sistólica (PAS) y la presión diferencial o de pulso (PDP), definida como diferencia entre la PAS y la presión arterial diastólica (PAD), son los que han demostrado mayor valor como predictores de riesgo de enfermedad cardiovascular en relación con un aumento de la rigidez de la pared arterial.

Es bien conocida la relación directa entre el aumento de las cifras de presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) con la mortalidad por accidente cerebrovascular y enfermedad coronaria, y también que las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en las sociedades. En individuos de edad avanzada la PAS aumenta de forma progresiva, mientras que la PAD tiende a disminuir, siendo la causa más frecuente de este proceso la progresiva rigidez de las grandes arterias; dicha rigidez se asocia a fenómenos propios del envejecimiento, tales como la sustitución de tejido elástico por colágeno en los vasos y el corazón. Este efecto condiciona un aumento de la presión diferencial o presión de pulso, pues la aorta y las grandes arterias pierden su papel de amortiguadoras de la onda de pulso; la elevación de la presión de pulso, además de ser un testigo del proceso de envejecimiento, constituye un predictor independiente de morbilidad y mortalidad cardiovasculares para cualquier cifra de PAS y PAD.

En diversos estudios publicados en los últimos 5 años se ha podido comprobar que la presión de pulso tiene una relación directa con procesos tales como la hipertrofia miocárdica, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, estenosis carotídea, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal, y mortalidad cardiovascular y mortalidad total.

La presente investigación determino el valor de la presión arterial en la muestra intervenida como indicador del SFT para el control del riesgo cardiovascular.

2.2.5 MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVOS:

Las medidas no farmacológicas dirigidas a cambiar el estilo de vida deben ser instauradas en todos los hipertensos, bien sea como tratamiento de inicio (riesgo bajo-medio), bien complementando el tratamiento farmacológico antihipertensivo. Se han demostrado como útiles para reducir la PA. las siguientes medidas no farmacológicas:

- 1) Reducción del consumo de sal
- 2) Reducción del consumo excesivo de alcohol (ancianos, los diabéticos, pacientes de raza negra)
- 3) Cese del hábito tabáquico
- 4) Reducción del sobrepeso
- 5) Cambios de los hábitos dietéticos
- 6) Aumento de la actividad física.

Por otra parte, tanto el estudio de salud norteamericano (NHANES II), como otro llevado a cabo en Finlandia, pusieron de manifiesto una relación entre el consumo de sal y la incidencia y mortalidad por enfermedad cardiovascular, especialmente en aquellas personas que además presentan sobrepeso

En Perú, Agusti⁴⁵ indica que, los pacientes con hipertensión arterial (82.2%) inhiben los cambios de angiotensina sobre químicos, seguidos por los opositores de la dihidropiridina de calcio (12%) y luego otros medicamentos hipotensores.

Los fármacos más utilizados el IECA enalapril (56.61%), los calcio antagonistas dihidropiridínicos (amlodipino 16.87% y nifedipino 5.05%), los betabloqueadores (atenolol 9.79%) y los diuréticos tiazídicos (9.60%). El 50% recibe monoterapia, el 43% utiliza dos fármacos y el 7% tres fármacos. Enalapril es el fármaco más utilizado en monoterapia (65.7%), cuando se combinan dos fármacos la asociación más frecuente es enalapril con tiazidas (38.9%) y la combinación más frecuentemente al utilizar tres fármacos es la asociación entre enalapril, calcio antagonistas dihidropiridínicos y tiazidas (51.7%). Los fármacos prescritos y esquemas de tratamiento indicados están acorde con las recomendaciones de 7-JNC, excepto el uso de diuréticos tiazídicos como droga de primera elección.

En la presente investigación tomamos el de mayor aceptación que es la propuesta de Haynes citado por Basterra¹⁶, en 1976, Caracteriza la resistencia de remediación según

la medida en que la conducta del paciente, en relación con tomar medicamentos, seguir una rutina de alimentación o alterar el modo de vida, no armoniza con la solución terapéutica.

El incumplimiento farmacoterapéutico ha sido clasificado de diversas formas, condicionado por la actitud del paciente diferencian entre el incumplimiento intencional, en el que los pacientes toman decisiones conscientes de no seguir las recomendaciones e instrucciones aportadas sobre el tratamiento farmacológico, y el incumplimiento no intencional, en el que los pacientes quieren cumplir, pero tienen una serie de razones o motivos para no hacerlo

Se ha demostrado que la ausencia de adherencia al tratamiento que ocurre entre los pacientes constantes, por ejemplo, los pacientes hipertensos, infiere una mayor probabilidad de exacerbar la enfermedad, aumenta los costos de bienestar y disminuye la satisfacción personal de los pacientes, entre otros.

El incumplimiento del tratamiento farmacológico es la causa del fracaso de muchos tratamientos y control de diversas enfermedades, como las que conciernen al área cardiovascular y conllevan serios problemas en la calidad de vida de los pacientes, costos para el sistema de salud y principalmente contribuye a la falta de resultados clínicos positivos. Se ha estimado que, de las más de 2 000 millones de prescripciones anuales realizadas en Estados Unidos, solo la mitad se cumplen de manera adecuada y muchos expertos afirman que el incumplimiento es responsable de una proporción importante del gasto sanitario

2.2.6. PUESTO DE SALUD NICOLÁS GARATEA

La presente investigación se llevó a cabo en la Farmacia del Puesto de Salud Nicolás Garatea. Ubicada en la Urb. Nicolás Garatea Mz. 95 – Lt. 5, Distrito Nuevo Chimbote, Departamento de Ancash. La población de la zona de influencia puede catalogarse como del nivel socioeconómico bajo.

El Puesto de Salud Nicolás Garatea cuenta con los siguientes servicios: Medicina General, obstetricia, laboratorio, farmacia, dental, tópico, CRED, ESNI, etc.

La Farmacia del P.S., cuenta con un Químico Farmacéutico SERUMS y un técnico de enfermería, se realiza las actividades de dispensación de productos farmacéuticos y dispositivos médicos, prescritos en la receta única estandarizada.

El Puesto de Salud atiende diariamente un promedio de 40 a 60 pacientes y en farmacia se dispensa un promedio de 50 recetas por día, 1500 al mes aproximadamente.

La atención es de 12 horas de 8:00 am -8:00 pm de lunes a sábado. Las patologías más frecuentes son: Infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), Infección del Tracto Urinario (ITU), Hipertensión arterial (HTA), Dermatomicosis, Diabetes Mellitus.

La Farmacia del Puesto de Salud Nicolás Garatea se encuentra en proceso de implementación de buenas prácticas de dispensación y buenas prácticas de almacenamiento.

III. HIPÓTESIS GENERAL.

IMPACTO DEL SFT SOBRE LA SALUD FÍSICA:

H0:

Sobre la base de investigaciones, se podría expresar que el Seguimiento Farmacoterapéutico no tiene impacto sobre la autopercepción de la calidad de vida en la salud física de los pacientes con Hipertensión Arterial del Puesto de Salud Nicolás Garatea durante los meses de Mayo a Julio del 2017.

H1:

Sobre la base de investigaciones, se podría expresar que el Seguimiento Farmacoterapéutico tiene un impacto positivo sobre la autopercepción de la calidad de vida en la salud física de los pacientes con Hipertensión Arterial del Puesto de Salud Nicolás Garatea durante los meses de Mayo a Julio del 2017.

IMPACTO DEL SFT SOBRE LA SALUD MENTAL:

H0:

Sobre la base de investigaciones, se podría expresar que el Seguimiento Farmacoterapéutico no tiene impacto sobre la autopercepción de la calidad de vida en la salud mental de los pacientes con Hipertensión Arterial del Puesto de Salud Nicolás Garatea durante los meses de Mayo a Julio del 2017.

H1:

Sobre la base de investigaciones, se podría expresar que el Seguimiento Farmacoterapéutico tiene un impacto positivo sobre la autopercepción de la calidad de vida en la salud mental de los pacientes con Hipertensión Arterial del Puesto de Salud Nicolás Garatea durante los meses de Mayo a Julio del 2017.

IV. METODOLOGÍA.

4.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

4.1.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

El diseño de la investigación es de tipo experimental, sub nivel pre experimental prospectiva, de corte longitudinal de una sola casilla y no probabilístico (Ver figura N°02).

4.1.2. TIPO.

La presente es una investigación de Tipo Aplicada en la que se pondrán en práctica modelos de intervención farmacéutica para la resolución de problemas relacionados con el uso de medicamentos y la medición de su eficacia.

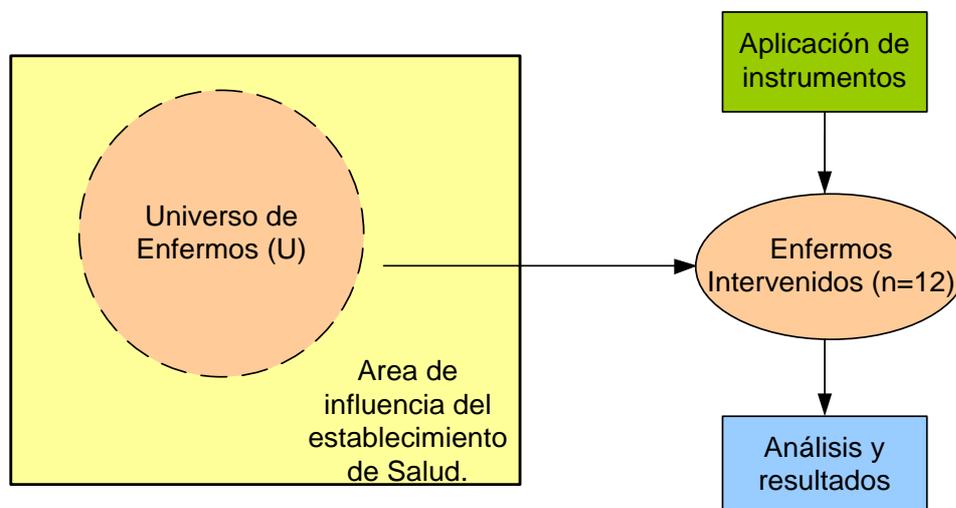
Los resultados de la intervención serán evaluados mediante estadística descriptiva e inferencial por lo que el tipo de la investigación en cuanto al tratamiento de los resultados será Cuantitativo.

4.1.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.

La presente investigación será de sub nivel pre experimental. Se medirá la influencia de la variable independiente: Intervención Farmacéutica mediante Seguimiento Farmacoterapéutico para la resolución de problemas relacionados con medicamentos en una misma población antes después de la intervención.

FIGURA 2

Esquema del modelo de intervención farmacéutica con diseño descriptivo



Fuente: Elaboración propia

4.2. UNIVERSO Y MUESTRA.

El universo de sujetos de estudio estará conformado por aquellos pacientes atendidos de manera regular en la Farmacia del Puesto de Salud Nicolás Garatea. Los pacientes que formarán parte de la muestra de investigación serán aquellos que, al momento de la propuesta del servicio en la farmacia, estén a punto de empezar una prescripción facultativa para consumir por un tiempo determinado medicamentos destinados para tratar la hipertensión arterial.

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

A los pacientes se les propondrá formar parte de la muestra de investigación y tendrán la libertad de ingresar al programa de manera voluntaria. Esta expresión de libertad quedará reflejada en la firma del documento de consentimiento informado (Anexo N°2). La investigación tiene un *diseño no probabilístico* por que los pacientes de la muestra final se *autoseleccionan* de acuerdo a su voluntad de participar de la experiencia. El número final de pacientes de la muestra se determinó de manera arbitraria en 12 pacientes.

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

- ✓ Pacientes hipertensos entre 45 y 65 años que visiten el establecimiento de salud durante el periodo de captación en busca de medicación para el tratamiento de la enfermedad.
- ✓ Los pacientes siguen una prescripción para el tratamiento de hipertensión con una antigüedad no mayor a 3 meses, evidenciada con receta médica.
- ✓ Documento de consentimiento informado firmado libremente por los pacientes.
- ✓ Pacientes con capacidad de comunicarse en idioma español de manera autosuficiente.

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

- ✓ Capacidad disminuida para comprender o comunicarse.
- ✓ Pacientes cuya situación patológica pueda interferir con el Seguimiento Farmacoterapéutico.
- ✓ Imposibilidad de otorgar consentimiento informado.

- ✓ Pacientes gestantes.
- ✓ Pacientes con diversas comorbilidades.
- ✓ Pacientes participantes en otros estudios de investigación en marcha o programas que interfieran con el Seguimiento Farmacoterapéutico.

Los pacientes que deciden no continuar con el programa, o con los cuales sea imposible comunicarse durante el proceso de intervención o fallecen durante la experiencia serán excluidos definitivamente del estudio y remplazados.

4.3. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

4.3.1. PROGRAMA DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO (SFT).

Es una práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades de los pacientes mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con el uso de medicamentos (PRM).

El SFT es una variable independiente administrada a los pacientes para diagnosticar, tratar y/o prevenir PRM que generen en resultados negativos de la medicación (RNM)

El SFT se aplica mediante una intervención profesional, en una secuencia de actividades en seis fases conducidas por el Farmacéutico y dirigidas al paciente y/o prescriptor.

El instrumento del SFT es la Ficha Farmacoterapéutica (FFT) donde se registra la evolución del proceso. Se consignan datos del paciente, morbilidades, uso de medicamentos, costumbres y otros. Se registran los PRMs diagnosticados, los objetivos propuestos para su solución y los canales de comunicación empleados. La FFT registra finalmente el resultado de la intervención y los RNM asociados a los PRMs identificado

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Denominación	Definición Teórica	Instrumento	Indicadores
Variable Independiente	Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico	Es una práctica profesional en la que el Farmacéutico se responsabiliza de las necesidades de los pacientes relacionados con los medicamentos, mediante la detección, prevención y resolución de Problemas Relacionados con la Medicación (PRM) ⁷⁴ . El SFT es una variable independiente administrada a los pacientes para diagnosticar, tratar y/o prevenir PRM que degeneren en resultados negativos de la medicación. El SFT se aplica mediante la intervención profesional en secuencias de seis fases conducidas por el Farmacéutico y dirigidas al paciente y/o prescriptor ^{74,105} .	El instrumento del SFT es la Ficha Farmacoterapéutica (FFT) (Anexo N° 03) donde se registra la evolución del proceso. Se consignan datos del paciente, morbilidades, uso de medicamentos, costumbres y otros.	Medicamentos utilizados. PRMS diagnosticados Tipo de intervenciones. Canales de comunicación usados.
Variables Dependientes	Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM).	Es un Problema de Salud vinculado con la farmacoterapia y que interfiere o puede interferir con los resultados de salud esperados en el paciente. En esta investigación se usa el listado de PRM sugerido por el Tercer Consenso de Granada ⁴⁷ . (Cuadro N° 01).	Los datos obtenidos en las FF se analizaron cuantitativamente para obtener el diagnóstico de PRMs.	Cantidad de PRMs diagnosticados de acuerdo a la tabla modificada por Ocampo ¹ , de 16 potenciales problemas y que se describen en el cuadro N°01.
	Resultados Negativos relacionado con la Medicación (RNM).	Se define como el resultado en la salud del paciente no adecuados al objetivo de la farmacoterapia y asociados al uso o fallo en el empleo de medicamentos, generalmente por la existencia de uno o más PRM, (Cuadro N° 02) ⁵⁰ .	La captación de RNMs se realizó a través de 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°02.

4.3.2. PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS (PRM):

Evento que durante el uso de medicamentos pueden originar o causar RNM. En la presente se evidencia una lista sugerida por el Tercer Consenso de Granada, de la relación modificada de PRM.

El diagnóstico de PRMs es cuantitativo como resultado del análisis de la información recogida en las fichas farmacoterapéuticas. Cada paciente puede sufrir más de un PRM cuya naturaleza es registrada en la FFT como un evento diferente e individual en las tablas de frecuencias.

4.3.3. RESULTADOS NEGATIVOS ASOCIADOS CON LA MEDICACIÓN (RNM).

Se definen como sospechas de RNM a la situación en la que el paciente está en riesgo de sufrir un problema de salud asociado al uso de medicamentos, generalmente por la existencia de uno o más PRM, a los que podemos considerar como factores de riesgo de este RNM. (Cuadro N° 02).

La identificación de los RNMs será por interpretación del PRM asociado y su registro como un evento diferente e individual en las tablas de frecuencias. Cada paciente presenta tantos RNMs como PRMs sean diagnosticados.

4.3.4. AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS).

Es indicador indirecto del componente humanístico de las intervenciones farmacéuticas. Definimos como percepción de la CVRS, al individuo que en sus aspectos físicos, psicológicos y sociales de su salud pueden ser influenciados por sus experiencias, creencias, expectativas y percepciones personales. Evaluamos la variable en sus dimensiones de salud física y mental, utilizamos para el análisis el instrumento SF-12

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

4.4.1. TÉCNICA.

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

4.4.2. INSTRUMENTOS

4.4.2.1. FICHAS FARMACOTERAPÉUTICAS (FFT)

Es un instrumento y/o documento que permiten el registro de datos del paciente del SFT, para el análisis de la información. Consta de las siguientes partes: Datos generales, anamnesis de la patología, fármacos en uso, problemas con el uso de los fármacos y las acciones que el farmacéutico ejecuta para resolverlo.

La Guía para el Seguimiento Farmacoterapéutico del Método DADER, permitió que las FFT se registren de acuerdo a lo estipulado, utilizándose el instrumento en las cinco fases del proceso de SFT.

4.4.2.2. INSTRUMENTO PARA MEDICIÓN DE LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS)

El test Salud, SF-12 es la adaptación realizada para España por Alonso et. Al⁹⁶. Del SF-12 Health Survey. El SF-12 es una versión reducida del Cuestionario de Salud SF-36 diseñada para usos en los que éste sea demasiado largo o complejo. Consiste en un subconjunto de 12 ítems extractados de la versión mayor SF-36. El instrumento incluye uno o dos ítems de cada una de las 8 escalas del SF-36. La información de estos 12 ítems se utiliza para construir, a través de la categorización de las respuestas mediante puntuaciones promedio estándares, las medidas sumario física y mental del SF-12

El procedimiento para la determinación de la sumatoria de los escores del componente físico (SCF) y mental (SCM) del SF-12 involucró tres pasos:

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

PASO 2. Se convirtió cada ítem respuesta en su componente físico y mental utilizando la tabla de escores.

PASO 3. Se sumaron los valores hallados en el paso dos desde la pregunta 1 hasta la 12 y se aumentó en 56,57706 para crear el SF-12 en el componente físico y 60,75781 para el componente mental que son valores estándares que definen el escore final tal como lo describen la Universidad de Michigan¹¹² y el US Department of Labor.

Para facilitar la interpretación estas puntuaciones se han estandarizado los valores de las normas poblacionales de los Estados Unidos, de forma que 50 (de = 10) es la media de la población general. Los valores superiores o inferiores a 50 se interpretaron como mejores o peores, respectivamente, que la población de referencia. Para cada una de las 8 dimensiones, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud)⁸³. La puntuación se realizó con un ordenador y utilizando los algoritmos de puntuación del anexo 01al inicio y al final de la intervención

CUADRO 6. Test de SF-12 para determinar la medición de la autopercepción de la Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS)

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

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

COD INTERV:

INSTRUCCIONES :

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

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA:

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

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

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

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

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

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

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

- 1) Si 2) No

4. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?

5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?

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

- 1) Si 2) No

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

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

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

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

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

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

9. Se sintió calmado y tranquilo?

10. Tuvo mucha energía?

11. Se sintió desanimado y triste?

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

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

4.4.3. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

El procedimiento operativo utilizado es el Método Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico, que permite realizar SFT a cualquier paciente, en cualquier ámbito asistencial, de forma sistematizada, continuada y documentada. Su desarrollo permite registrar, monitorizar y evaluar los efectos de la farmacoterapia que utiliza un paciente, a través de unas pautas simples y claras. La recolección de datos (Figura N° 03) se basa en obtener información sobre los problemas de salud y la farmacoterapia del paciente para ir elaborando la historia farmacoterapéutica. A partir de la información contenida se elaboran los estados de situación del paciente, permitiendo visualizar un “panorama” sobre su salud y su tratamiento, así mismo permite evaluar los resultados de la farmacoterapia y establecer un plan de actuación con él paciente.

4.4.3.1. PROCEDIMIENTO PARA OFERTA DEL SERVICIO Y CAPTACIÓN DE LOS PACIENTES.

La oferta del servicio consiste en explicar, de forma clara y concisa, la prestación sanitaria que va a recibir el paciente: Qué es, qué pretende y cuáles son sus principales características.

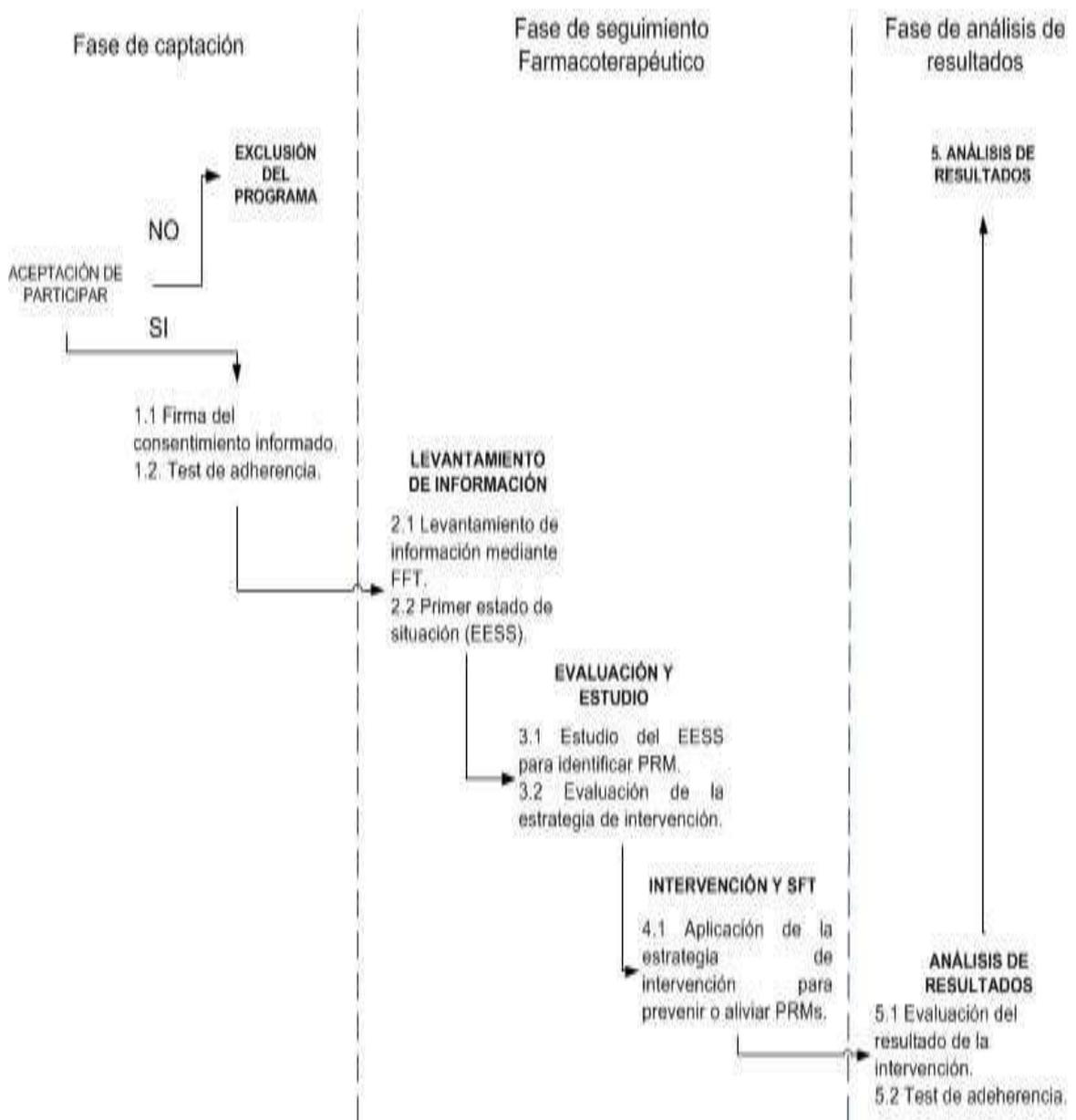
Claramente, el propósito será captar e incorporar al paciente al servicio de SFT, pero es el paciente, quien deberá tomar la decisión final de aceptar o no, la prestación que se le ofrece, firmando un consentimiento (Anexo N°2).

Este consentimiento permite programar las visitas domiciliarias, vigilar el uso de medicamentos e intermediar con el médico para resolver PRM.

Se pudo conseguir la captación de doce pacientes, luego de ofertar el servicio a Hipertensos que acudían a la Farmacia del P.S. Nicolas Garatea.

FIGURA 3

Flujograma de las actividades de Seguimiento Farmacoterapéutico.



Elaboración por OCAMPO⁶⁸

4.4.3.2 LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN.

La información se registró en la Ficha Farmacoterapéutico (FFT) (Anexo N°3). Se anotó la información general del paciente, datos sobre enfermedades, profesionales que diagnosticaron, medicamentos utilizados, hábitos de vida, antecedentes familiares y percepción de signos y síntomas de problemas de salud que el paciente asocie con el uso de medicamentos.

Se registra además el uso de productos naturales y el uso de medicamentos sin prescripción. Para este fin se solicitó al paciente mostrar todos los productos farmacéuticos que usaba de manera regular, se usen o no para la enfermedad objetivo. Durante el registro se interroga al paciente sobre factores de riesgo y sospechas de problemas relacionados con el uso de medicamentos. Se procuró que el tiempo entre la captación y el levantamiento de información no sea más de 72 horas.

4.4.3.3 FASE DE ESTUDIO Y EVALUACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

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

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

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

Como resultado de esta fase surge el diagnóstico de los PRMs, los objetivos que deben lograr el paciente y/o el médico para su solución y la estrategia de comunicación.

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

CUADRO 7

Tipos de canales para comunicar las recomendaciones del farmacéutico para la solución de PRMs

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

4.4.3.4. FASE DE INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO.

El objetivo de esta fase fue comunicar asertivamente los objetivos y los plazos que deben cumplir el paciente y/o médico para la solución de PRMs. La intervención fue mediante visitas domiciliarias, contacto telefónico, correos electrónicos y/o redes sociales.

Para la comunicación de las estrategias de solución al paciente se usó las entrevistas personales y recomendaciones escritas.

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

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

4.4.3.5. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN.

La entrevista para evaluación final de los resultados fue conducida por un investigador diferente al que realizó el SFT.

Se preguntó al paciente si ejecutó las recomendaciones dadas para la solución del PRM o si el médico puso en prácticas las sugerencias de modificación de la terapia.

Independientemente de la aceptación de la sugerencia para la solución se le preguntó si consideraba resueltos cada problema relacionado con medicamentos que fue diagnosticado.

Así mismo se midieron los niveles finales de autopercepción de calidad de vida y los parámetros clínicos de la enfermedad.

4.5. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.

La información en las fichas farmacoterapéuticas, el test de la calidad de vida relacionada a la salud SF - 12 y las mediciones de los parámetros clínicos se transfirió a tablas en MS Excel. Se construyeron tablas de datos sobre:

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

Con la base de datos en MS Acces se generaron tablas según variables pacientes, patologías, farmacos, PRMs, etc.

Con los datos obtenidos, se crearon cuadros y gráficos de resultados de problemas de salud, reiterado uso de fármacos, tipos de PRMs, intervención para solucionar PRM y RNM, canal de comunicación, tipo y frecuencia de PRM diagnosticados y solucionados, etc., con frecuencias relativas, absolutas y porcentajes, utilizando MS Acces.

Además, se pudieron generar, tablas diferenciales de calidad de vida (física y mental) pre – post de intervención.

Se evidencio la relación entre número de patologías, medicamentos usados y los PRMs diagnosticados por cada paciente. Se elaboraron gráficos de regresión lineal para hallar la linealidad de la correlación y para la determinación de la correlación entre las variables se utilizó el estadístico de Spearman.

AUTOPERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA

Para evaluar los resultados de autopercepción de calidad de vida se utilizó el test SF-12 que consta de 12 preguntas en las que se analiza la calidad de vida que percibe el paciente de su propia enfermedad. Las preguntas del test arrojan puntaje para ambas dimensiones de acuerdo al resultado de la respuesta según escala de Lickert del 1 al 5 que tienen un determinado valor estandarizados (Anexo N° 6) por la Universidad de Michigan¹¹². El instrumento considera que un paciente tiene un nivel aceptable de autopercepción cuando el escore total obtenido es de 50 o más tanto para la dimensión física como la mental.

Los resultados de cada paciente se analizaron en una matriz de cambio en MS Excel con la que se obtuvo el puntaje de cada dimensión para cada paciente. Se compararon los datos obtenidos antes y después de la intervención y se midió a través de la prueba T de Student, el nivel de significancia de las diferencias. Asumimos un nivel de significancia con resultado menores de 0.05.

4.6. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA	PLAN DE ANÁLISIS
<p>1.1.2. ENUNCIADO GENERAL DEL PROBLEMA.</p> <p>¿Cuál es el impacto de un Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico en la calidad de vida de los pacientes hipertensos, intervenidos en el Puesto de Salud Nicolás Garatea, durante los meses de Mayo a Julio del 2017?</p>	<p>1.2.1. OBJETIVO GENERAL Determinar el impacto del Seguimiento Farmacoterapéutico en la calidad de vida de pacientes con hipertensión arterial del Puesto de Salud Nicolás Garatea, Distrito Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash, durante los meses de Mayo a Julio del 2017.</p> <p>1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diagnosticar problemas relacionados con medicamentos (PRMs), para prevenir y resolver resultados negativos asociados a la medicación (RNM) . ➤ Determinar el impacto de la intervención farmacéutica sobre la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión mental. ➤ Determinar el impacto de la intervención farmacéutica sobre la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física. 	<p>IMPACTO DEL SFT SOBRE LA SALUD FÍSICA/MENTAL: H0: Sobre la base de investigaciones, se podría expresar que el Seguimiento Farmacoterapéutico no tiene impacto sobre la autopercepción de la calidad de vida en la salud física/mental de los pacientes con Hipertensión Arterial del Puesto de Salud Nicolás Garatea durante los meses de Mayo a Julio del 2017. H1: Sobre la base de investigaciones, se podría expresar que el Seguimiento Farmacoterapéutico tiene un impacto positivo sobre la autopercepción de la calidad de vida en la salud física/mental de los pacientes con Hipertensión Arterial del Puesto de Salud Nicolás Garatea durante los meses de Mayo a Julio del 2017.</p>	<p>5.1 TIPO Y EL NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN: La presente investigación es de Tipo Aplicada, de Sub Nivel Pre Experimental. 5.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN: El diseño de la presente investigación será de tipo Experimental prospectivo. Para medir el impacto de la intervención se usará un procedimiento experimental, como determinante del estado de la variable: autopercepción de la calidad de vida pre y post intervención (Ver figura N°3). 5.3 POBLACIÓN Y MUESTRA. El universo de sujetos de estudio estará conformado por aquellos pacientes atendidos de manera regular en el Puesto de Salud Nicolás Garatea. Los pacientes que formarán parte de la muestra de investigación serán aquellos que, al momento de la propuesta del servicio en la farmacia, estén a punto de empezar una prescripción facultativa para consumir sus medicamentos dichamente prescritos para contrarrestar la Hipertensión arterial. 5.4 PROCEDIMIENTO. Se recolectaron los datos mediante un proceso de SFT modificado del método DADER^{37,69} que se esquematiza en la Figura N°04. En esencia se sigue el procedimiento sugerido con la modificación de la terminología y otros datos que son útiles asociados a nuestra realidad. Las etapas del proceso fueron: 1. Captación de pacientes 2. Levantamiento de información. Primer estado de situación. 3. Estudio y Evaluación. 4. Intervención. 5. Impacto de la intervención.</p>	<p>Las tablas para el análisis de data se construyeron con la información registrada en las fichas farmacoterapéuticas. Los datos de las tablas fueron confeccionados en MS Excel, con pruebas no paramétricas wilcoxon, para dos muestras relacionadas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porcentaje de pacientes hipertensos por el programa de Seguimiento Farmacoterapéutico, según género y edad promedio. 2. Promedio de contacto entre farmacéutico y pacientes hipertensos, según lugar, forma de contacto y los tiempos invertidos, durante el Programa de SFT. 3. Porcentaje de pacientes hipertensos por el Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico, según diagnósticos identificados 4. Porcentaje de pacientes hipertensos, según la frecuencia de uso de medicamentos para las patologías que padecieron durante el Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico 5. Porcentaje de los PRMs diagnosticados a pacientes hipertensos del Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. 6. Resultados pacientes hipertensos en relación a su edad, género y cantidad en diagnósticos/medicamentos, además de los PRMs diagnosticados y PRMs solucionados en el Programa de SFT. 7. Resultados del Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes hipertensos, utilizando el test SF-12 sobre la autopercepción de la actividad física y mental.

4.7. CRITERIOS ÉTICOS

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

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

A todos los pacientes se les informará del estudio solicitándoles el consentimiento escrito para su inclusión en el mismo. La hoja de consentimiento informado (Anexo N°2) detalla las obligaciones del farmacéutico y las del paciente.

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

V. RESULTADOS:

5.1. RESULTADOS:

5.1.1. TIEMPOS DE INTERVENCIÓN: DATOS GENERALES SOBRE LOS PACIENTES HIPERTENSOS – P.S. NICOLÁS GARATEA

TABLA 1.

Porcentaje de pacientes hipertensos en el Seguimiento Farmacoterapéutico, según género y edad promedio, atendidos en la Farmacia del Puesto de Salud Nicolás Garatea - Distrito Nuevo Chimbote.

Mayo - Julio del 2017

GENERO	PROM EDAD (AÑOS)	fi	%
F	68.4	8	66.7
M	64.8	4	33.3
\bar{x}	66.6	12	100.0
S	9.8		

Fuente: Anexo N°4, Hoja de estado de situación

fi: Frecuencia relativa

S: Desviación estándar

\bar{x} : Promedio

TABLA 2.

Promedio de contacto entre farmacéutico y pacientes hipertensos, según lugar, forma de contacto y los tiempos invertidos, durante el SFT, atendidos en la Farmacia del Puesto de Salud Nicolás Garatea - Distrito Nuevo Chimbote.

Periodo Mayo - Julio del 2017

N°	FARMACIA		DOMICILIO		TELÉFONO		OTRAS VÍAS		TOTAL CONTACTOS	TOTAL MINUTOS
	CONTACTOS	TIEMPO	CONTACTOS	TIEMPO	CONTACTOS	TIEMPO	CONTACTOS	TIEMPO		
1	1	35	4	180	4	8	0	0	9	223
2	1	35	4	160	4	7	0	0	9	202
3	1	30	4	180	4	5	0	0	9	215
4	1	35	4	180	4	8	0	0	9	223
5	1	40	4	150	4	8	0	0	9	198
6	1	35	4	180	4	8	0	0	9	223
7	1	35	4	120	4	8	0	0	9	163
8	1	40	4	90	4	10	0	0	9	140
9	1	35	3	90	3	5	0	0	7	130
10	1	30	3	120	0	0	0	0	4	150
11	1	40	3	90	0	0	0	0	4	130
12	1	35	3	90	0	0	0	0	4	125
PROMEDIO	1	35	3.7	135.8	2.9	5.6	0	0	7.6	177
PROMEDIO POR CONTACTO		35		34		1.9		0		23.3

Fuente: Anexo N°4, Hoja de estado de situación
 EF: Establecimiento farmacéutico;
 PAC: Paciente; Cont: Contacto

5.1.2. DIAGNÓSTICOS IDENTIFICADOS Y MEDICAMENTOS UTILIZADOS POR PACIENTES HIPERTENSOS, EN EL PROCESO DEL SEGUIMIENTO FÁRMACOTERAPÉUTICO.

TABLA 3.

Porcentaje de pacientes hipertensos en el Seguimiento Farmacoterapéutico, según diagnósticos identificados, atendidos en la Farmacia del Puesto de Salud Nicolás Garatea - Distrito Nuevo Chimbote.

Periodo Mayo - Julio del 2017

MORBILIDAD	CIE	DIAGNOSTICADA	FI	%
Diagnosticada	110	Hipertensión arterial esencial (primaria)	12	54.55
		Sub Total	12	54.55
		Gastritis (simple)	3	13.65
		Dolor muscular	2	9.09
No Diagnosticada		Dolor articular	2	9.09
		Poliartrosis	1	4,54
		Diarrea y gastroenteritis	1	4,54
		Cefalea	1	4,54
		Sub Total	10	45.45
		TOTAL	22	100

Fuente: Anexo N°4, Hoja de estado de situación CIE10: Código Internacional de Enfermedades v10

TABLA 4.

Porcentaje según el uso frecuente de medicamentos para las patologías evidenciada durante el Seguimiento Farmacoterapéutico, en pacientes hipertensos, Puesto de Salud Nicolás Garatea - Distrito Nuevo Chimbote.

Mayo - Julio del 2017

ORIGEN DEL MEDICAMENTO	MORBILIDAD	DENOMINACIÓN EN DCI	fi	%
PRESCRIPTOS	Hipertensión arterial esencial (primaria)	Losartan	8	25.81
		Amlodipino	3	9.67
		Acido acetil salicílico	3	9.67
		Hidroclorotiazida	2	6.45
		Enalapril	2	6.45
		Carvedilol	2	6.45
		Valsartan	1	3.2
		Sub Total	21	67.75
NO PRESCRIPTOS	Poliartrosis	Paracetamol	1	3.2
	Gastritis (simple)	Omeprazol	2	6.45
	Gastritis (simple)	Ranitidina	1	3.2
	Dolor muscular	Naproxeno	2	6.45
	Dolor articular	Paracetamol	2	6.45
	Diarrea y gastroenteritis	Trimetoprima sulfametoxazol	1	3.2
	Cefalea	Paracetamol	1	3.2
	Sub Total	10	32.25	
TOTAL			31	100

Fuente: Anexo N° 04, Tablas de Estado de Situación
DCI: Denominación común internacional

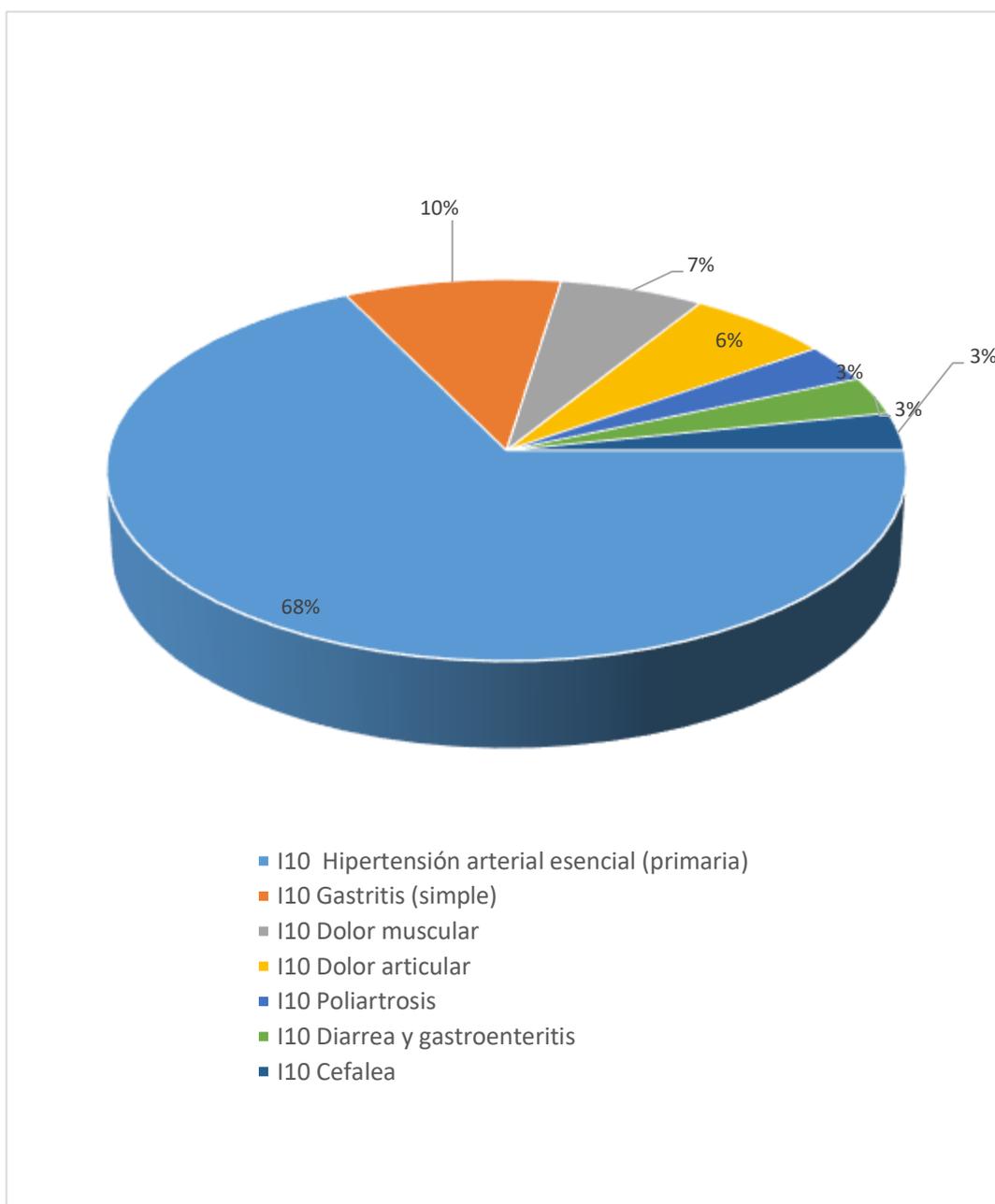


GRÁFICO 1. Porcentaje de patologías identificadas a pacientes hipertensos durante el SFT. Puesto de Salud Nicolás Garatea - Distrito Nuevo Chimbote. Mayo - Julio del 2017

Fuente. Anexo N° 04

5.1.3. PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS (PRMS) Y LOS RESULTADOS NEGATIVOS DE LA MEDICACIÓN (RNMS).

TABLA 5.

Porcentaje de los PRMs diagnosticados en pacientes hipertensos del Seguimiento Farmacoterapéutico del Puesto de Salud Nicolás Garatea - Distrito de Nuevo Chimbote

Mayo - Julio del 2017

N°	PRM	DESCRIPCIÓN	fi	%
1	9	Incumplimiento	19	82.6
2	8	Error de Prescripción	2	8.7
3	7	Error de Dispensación	1	4.3
4	3	Conservación Inadecuada	1	4.3
TOTAL			23	100.0

Fuente: Anexo N° 04, Tablas de Estado de Situación Tercer Consenso de Granada, tipos de PRM ⁴⁷

TABLA 6.

Resultados de pacientes hipertensos en relación a su edad, género y cantidad en diagnósticos/medicamentos, además de los PRMs diagnosticados y PRMs solucionados en el Programa de SFT.

Puesto de Salud Nicolás Garatea - Distrito Nuevo Chimbote.

Periodo Mayo - Julio del 2017

PCTE	SEX	EDAD	DIAG	MEDIC	PRM DIAG	PRM SOLUC.
1	M	60	2	4	3	3
2	F	49	1	2	2	2
3	F	69	2	2	1	0
4	F	64	1	1	1	1
5	M	65	1	2	2	2
6	F	68	1	1	1	1
7	M	54	2	2	2	2
8	M	60	1	2	3	3
9	F	69	1	1	1	1
10	F	73	5	5	3	3
11	F	63	1	2	2	2
12	F	72	1	2	2	2
TOTAL			19	26	23	22
PROMEDIO		67.17	1.58	2.17	1.92	1.83

Fuente: Tabla de Estado de Situación Anexo 04.
PCTE: Paciente; DIAG: Diagnostico; MEDIC: Medicamento; SOLIC: Solucionado

5.1.4. EFECTOS DE LA INTERVENCIÓN A PACIENTES HIPERTENSOS RELACIONADO A CALIDAD DE VIDA

5.1.4.1. IMPACTO DE LA DIMENSIÓN FÍSICA SEGÚN EL TEST SF-12 EN LA AUTO PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

TABLA 7.

Resultados del Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes hipertensos, utilizando el test SF-12 sobre la autopercepción de la actividad física.

Puesto de Salud Nicolás Garatea. Distrito de Nuevo Chimbote

Periodo Mayo - Julio del 2017

PCTE	SCORE	
	TOTAL ANTES	TOTAL DESPUES
1	50.20	49.90
2	50.40	51.12
3	33.18	46.32
4	50.20	49.90
5	51.11	51.11
6	50.20	49.90
7	38.63	42.70
8	51.44	50.75
9	35.11	50.86
10	50.27	50.97
11	49.31	51.08
12	57.01	53.99
\bar{x}	47.25	49.88
S	7.36	2.83

Prueba t ($p < 0.05$) = 0.1438

Fuente: Anexo N°5 Autopercepción de la Calidad de Vida antes y después

\bar{x} : Promedio

S: Desviación estándar

PCTE: Paciente

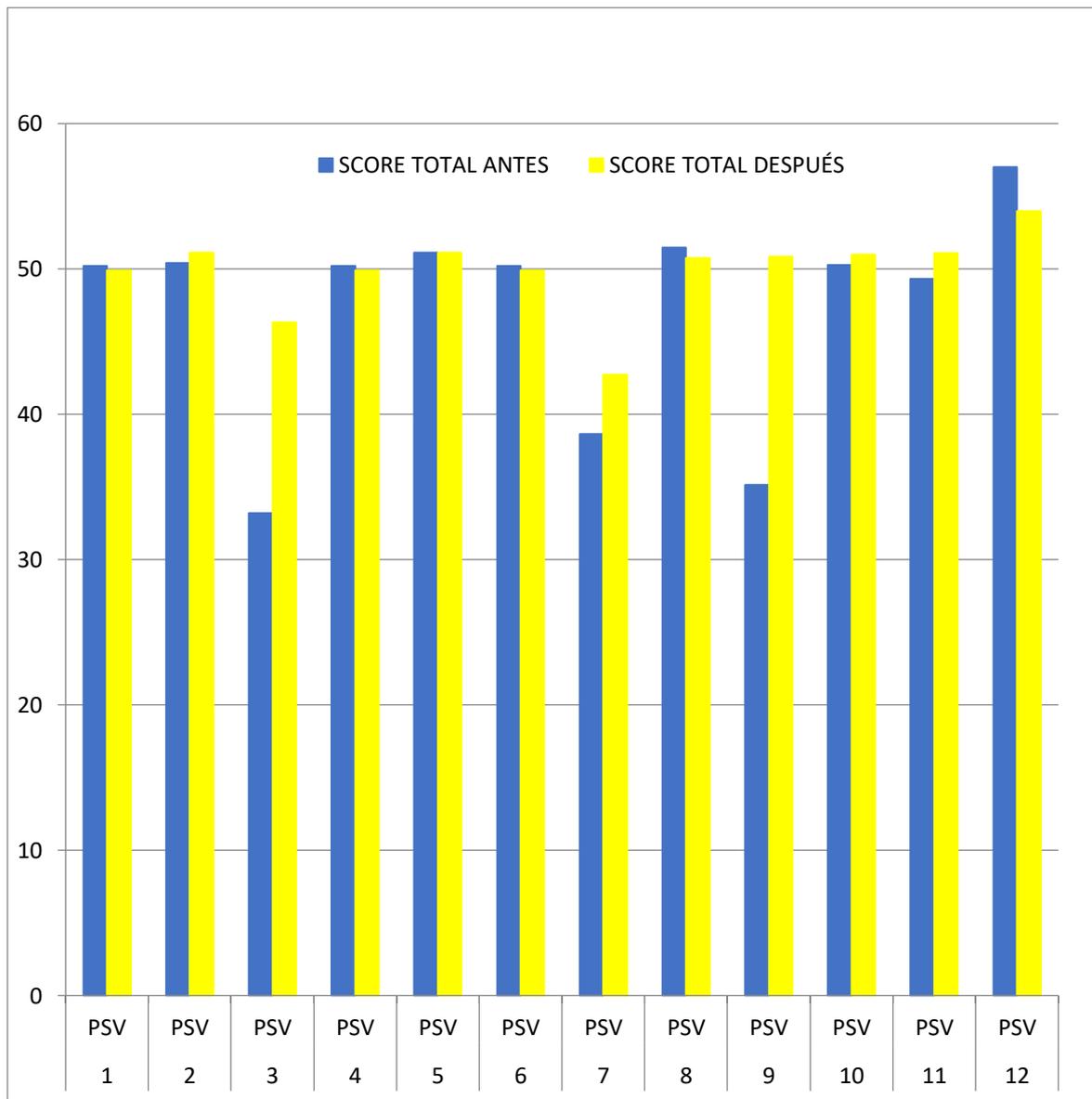


GRÁFICO 2 : Comparación del resultado del test SF-12 en la dimensión física, antes – después de la intervención mediante SFT en pacientes hipertensos.

Puesto de Salud Nicolás Garatea. Distrito Nuevo Chimbote. Periodo Mayo - Julio del 2017

Fuente: Anexo N°5 Autopercepción de la Calidad de Vida antes y después

TABLA 8.

Resultados del Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes hipertensos, utilizando el test SF-12 sobre la autopercepción de la actividad mental. Puesto de Salud Nicolás Garatea. Distrito de Nuevo Chimbote Periodo Mayo – Julio del 2017

COD	SCORE TOTAL ANTES	SCORE TOTAL DESPUÉS
1	44.12	52.97
2	54.03	57.44
3	30.71	47.40
4	44.12	52.97
5	54.57	54.57
6	44.12	52.97
7	37.44	51.49
8	43.84	56.66
9	40.76	53.52
10	55.01	52.86
11	42.43	49.72
12	39.96	47.81
\bar{X}	44.26	52.53
S	7.27	3.08

Prueba t ($p < 0.05$) = 0.0003

Fuente: Anexo N°5 Autopercepción de la Calidad de Vida antes y después

\bar{x} : Promedio

S: Desviación estándar

PCTE: Paciente

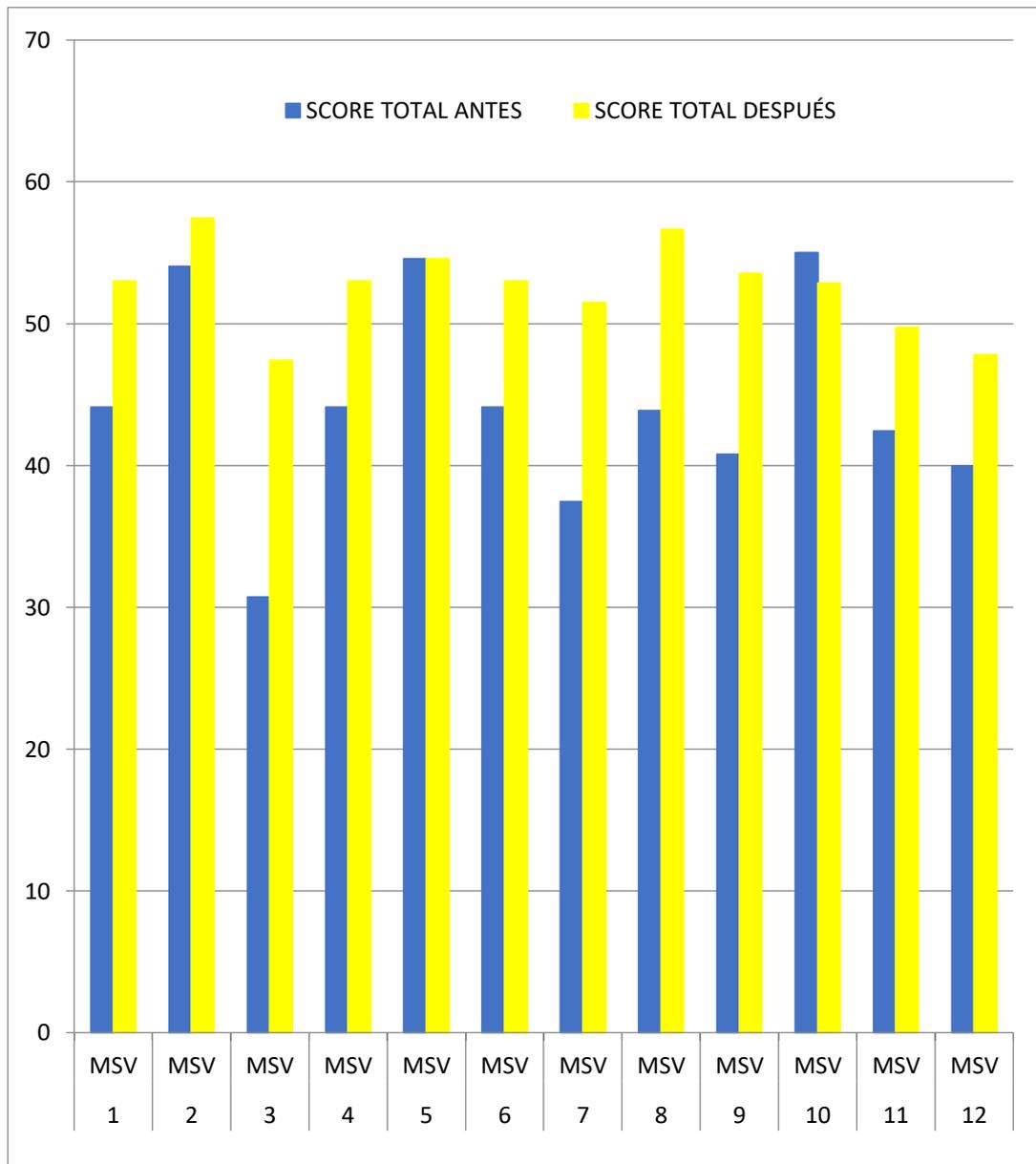


GRÁFICO 3. Comparación del resultado del test SF-12 en la dimensión mental, antes – después de la intervención mediante SFT a pacientes hipertensos. Puesto de Salud Nicolás Garatea., Distrito Nuevo Chimbote. Periodo Mayo – Julio del 2017

Fuente: Anexo N°5 Autopercepción de la Calidad de Vida antes y después

5.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

5.2.1 TIEMPOS DE INTERVENCIÓN: DATOS GENERALES SOBRE LOS PACIENTES HIPERTENSOS

A nivel mundial la hipertensión arterial es predictor de morbimortalidad, entre las que destacan: el accidente cerebrovascular o cardiopatía, causando principalmente insuficiencia renal, ceguera y deterioro cognitivo.

Muchas personas con hipertensión no saben que la padecen, impidiendo un tratamiento que podrían controlar su tensión arterial y reducir significativamente el riesgo de muerte o discapacidad

El diagnosticar, tratar y controlar la hipertensión es una prioridad de salud en todo el mundo, lo que permitirá disminución de la mortalidad y, por ende, incrementar las esperanzas de vida de la población.

Es por ello que la presente, hace referencia a un Programa de SFT para personas que padecen Hipertensión Arterial, cuyo objetivo es conseguir la máxima efectividad de los medicamentos, a través de la detección, prevención y resolución de los problemas relacionados con la medicación (PRM), alcanzando de esta manera mejorar la calidad de vida de los pacientes.

La tabla N°01 describe 66.6 años como promedio de edad de las personas intervenidas, con predominio en el género femenino con 66.7%. Resultados que se relacionan a lo establecido por Brucker M y Teko L.¹⁰¹, que a partir de los 50 años es mayor el riesgo de incidencia de HTA en las mujeres que en los hombres, debido a la disminución de los niveles estrógenos, durante la menopausia, hormona femenina que tienen función protectora de los órganos del aparato cardiovascular y la disminución de las mismas sería un factor de riesgo para hipertensión.

Los estrógenos tienen efectos cardioprotectores, a través de su efecto benéfico sobre el perfil lipídico, el aumento del HDL, la disminución del LDL, y su efecto benéfico sobre la tolerancia a la glucosa y sensibilidad a la insulina, por lo que es posible que la disminución de los estrógenos durante la menopausia, aumente el riesgo cardiovascular en la mujer. El tratamiento de sustitución de estrógenos asegura el marco cardiovascular en mujeres posmenopáusicas. En esta línea, el estrógeno evita el endurecimiento de las venas, lo cual es importante (pero no la única) para que la persona padezca hipertensión arterial

La tabla N°02 describe el tiempo de contacto entre farmacéutico y pacientes hipertensos en el establecimiento farmacéutico del Puesto de Salud Nicolás Garatea, con un promedio de 35 minutos para la captación de los pacientes, tiempo que permitió la explicación sobre los beneficios, método de trabajo y número de visitas del Seguimiento Farmacoterapéutico en relación a los pacientes con Hipertensión Arterial.

Una vez aceptado, se obtuvieron los datos basales del paciente y su consentimiento para poder visitarlo en su domicilio con el objetivo de llenar las fichas del presente estudio. La entrevista en el domicilio del paciente genera mayor comodidad y confianza con el investigador.

Las visitas domiciliarias permitieron las tomas de presión arterial de los pacientes, registrándose los valores (mmHg) en la ficha de SFT, además de charlas educativas en la administración adecuada del medicamento, se obtuvo información sobre su estado actual de salud y los resultados de mejoría que presentaría, se identificaron signos de reacciones adversas, y otros problemas, mejorando la adherencia al tratamiento. Así mismo se desarrollaron estrategias para la identificación temprana de PRMs.

Con un promedio de 7.6 total de contactos en relación a los doce pacientes captados y visitados, se invirtieron 23.3 minutos en promedio de tiempo por contacto en las visitas domiciliarias. Observando que el tiempo promedio de minutos por paciente es de 135,8.

Los datos obtenidos guardan relación con los resultados de Muñoz C.¹⁰² que obtuvo un promedio de 3 visitas por paciente nuestra investigación presenta un promedio de 3.7 visita domiciliaria por paciente.

Pero difieren con los resultados de Cabiedes L. y Arcos¹⁰⁴ en su estudio de evaluación económica de la AT en Oficinas de Farmacias Comunitarias, el cual reporta como tiempo promedio por paciente para Atención Farmacéutica 245 minutos (entrevista inicial 52 minutos, visitas domiciliarias 175 minutos e Intervención Farmacéutica 17 minutos). El total de minutos por contacto en relación a la captación (farmacia), visita (domicilio) y seguimiento (teléfono) es de 177 minutos (tiempo promedio).

En términos de impacto el Seguimiento Farmacoterapéutico necesita promedio de tiempo entre 180 y 201 minutos por paciente divididas en tres visitas.

La intervención a través del SFT en relación al tiempo está en directa relación con la complejidad de cada paciente y la habilidad del profesional farmacéutico para transmitirle sus objetivos, así como su destreza para utilizar los documentos necesarios para el levantamiento de información y aplicación de los doce test para la determinación de las variables.

Así que un tiempo de intervención largo de más de 40 a 50 minutos podría significar que el paciente tiene una condición pluripatológica con uso de concomitante de varios medicamentos que amerita una revisión prolija de recetas, así como de la revisión de los medicamentos que tiene en casa y usa sin prescripción de manera eventual. Sin embargo, el tiempo puede ser un indicador negativo de la eficacia de la intervención y una limitante para implantar este tipo de servicio sobre todo en los sistemas sanitarios públicos. Es muy difícil que algún modelo de intervención implique que el profesional invierta por cada contacto más de 30 minutos.

Por otro lado, si bien en la presente investigación se realizó el trabajo bajo un modelo domicilio, lo ideal es que se busquen las estrategias para lograr que los pacientes asistan a la consulta con el profesional farmacéutico a fin de optimizar los tiempos y desarrollar una programación de atenciones en un periodo de consultas que sean fáciles de acceder para los pacientes. Es decir, Establecimientos Farmacéuticos con horarios de atención para SFT conocidos por los pacientes en los cuales puedan consultar sus necesidades en relación con los medicamentos.

La tabla N°03 describe como enfermedades diagnosticada a la Hipertensión arterial con un 54.55%, además de otras enfermedades no diagnosticadas producto de la automedicación, dentro de ellas se encuentran con mayor frecuencia la gastritis (13.65%), seguido el dolor muscular y articular (9.09%), etc.

Los pacientes describen su morbilidad sentida en base a su propio concepto del problema y la afirmación de similitud con otros diagnósticos propios o de terceros que refieren los mismos aparentes signos y síntomas.

La OMS estima que para el año 2025 existirá un incremento en el índice de enfermedades crónicas, dentro de ellas la hipertensión arterial. Coexistiendo el riesgo de complicaciones macro y micro vasculares.

La tabla N°04 y gráfico N°01 presentan la frecuencia de uso de medicamentos prescritos para cada uno de las patologías identificadas durante el Seguimiento Farmacoterapéutico

El mayor porcentaje de medicamentos prescritos corresponden al grupo de los antagonistas de receptores de angiotensina (ARA) con un 67.75%, siendo el más utilizado el Losartán (Frecuencia 8), produciendo una inhibición del efecto vasopresor y liberador de aldosterona.

Seguido en uso con un 9.67 % fue Amlodipino pudiendo usarse como monoterapia para el control de la presión arterial sanguínea en la mayoría de los pacientes y un 6.45% pertenecen al grupo de los inhibidores de la enzima de angiotensina (IECA).

Por los cambios fisiológicos propios su la edad (adultos mayores) tienen mayor riesgo de padecer reacciones adversas (RAMs) e interacciones farmacológicas, por ser pacientes polimedicados (farmacodinámica y farmacocinética) y el aumento de las comorbilidades. En comparación con los adultos, el riesgo es menor.

Considerando que, a mayor cantidad de patologías, más medicamentos consumirán los pacientes y mayor es el riesgo a que existan PRMs

Los investigadores concluyen que toda intervención farmacéutica podría ayudar para disminuir la cantidad de medicamentos que el paciente está consumiendo, plasmado en estudios de intervenciones farmacéuticas (siete) permitieron la reducción el número de recetas por paciente mostraron un margen de 17,6% a 52,2%.

Cuatro estudios más indicaron un cambio en dosis diarias tomadas, con disminución de 21,5% a 29,8% después de las IF.

Dos estudios describen, que en el número de prescripciones y en el de dosis por día, no se evidencia cambio favorable para los pacientes.

Así mismo la Tabla N°04 muestra que la morbilidad no diagnosticada permitió el uso de medicamentos sin prescripción médica o automedicación, tal es el caso del omeprazol, naproxeno o paracetamol utilizados por algunos pacientes advirtiéndose en claro peligro de interacción entre los medicamentos para la hipertensión y medicamentos tipo AINE cuyos efectos pueden aumentar la potencia hipotensora de aquellos originando perceptibles malestares en los pacientes.

La tabla N° 05 describe los porcentajes de PRMs que presentaron los pacientes durante el SF: El incumplimiento con 82.6%, error de prescripción 8.7%, error de dispensación 4.3 %, conservación inadecuada 4.3%.

El incumplimiento representa un mayor porcentaje debido a que los pacientes se sentían bien de salud y dejaban de tomar el medicamento. El porcentaje alcanzado 82.6 % está relacionado a las indicaciones médicas o no adherencia, constituyendo un factor de riesgo crítico para el éxito de los tratamientos, diversos estudios Gonzales y Basterra¹⁶ reportan límites de incumplimiento de hasta el 80%, mientras Sergia sostiene un 22.7%, indicando que la no adherencia, es la responsable del agravamiento de los pacientes hipertensos debido a que los valores de PA no controladas presenta como complicación otras enfermedades cardiovasculares.

Según Sergia, los factores que influyen sobre la no adherencia podrían ser: el paciente no comprende las indicaciones del médico. En la presente investigación los factores que influyen sobre el incumplimiento podrían ser: la actitud del paciente al tomar su medicamento solo cuando los necesita., el paciente no entiende lo que está escrito en la receta, el problema económico por parte el paciente en adquirir el medicamento para su tratamiento.

Las causas de incumplimiento terapéutico son múltiples, siendo necesario el conocimiento para establecer estrategias para mejorar el cumplimiento de los pacientes. Estudios demuestran que, en pacientes adulto mayores, entre el 32-69% siguen mal el tratamiento farmacológico cuando llevan prescritos más de tres fármacos, siendo este intervalo menor en adultos jóvenes (28-33%). Para favorecer el cumplimiento o adherencia es importante que el paciente tome el menor número de medicamentos posibles, número de formas farmacéuticas y con el mayor intervalo terapéutico posible. Utilizando como estrategia, fármacos de liberación sostenida o formas farmacéuticas con varios principios activos asociados.

El error de dispensación y la conservación inadecuada fueron los PRMs menos frecuentes, debido a que los pacientes captados en el programa de SFT fueron pacientes que llegaban con su receta a la farmacia.

Si la información escrita es poco clara o está ausente el paciente puede tomar decisiones erradas que afectarán el éxito del tratamiento.

En nuestra investigación los errores encontrados asociados con mala prescripción fueron: El paciente no entiende la receta médica, datos incompletos en la receta médica, se prescriben medicamentos comerciales sin la denominación común internacional (DCI).

La tabla N°6, presenta como resultados la relación general sobre el género, edad, cantidad de diagnósticos, número de medicamentos, PRMs diagnosticados y PRMs solucionados en el Programa de SFT.

Con los 12 pacientes se obtuvieron un promedio de diagnósticos de 1.58, sin embargo, se debe describir que un paciente tiene 5 enfermedades, tres de ellos solo presentan dos enfermedades, y ocho pacientes solo tienen un diagnóstico. El promedio de medicamentos del grupo en estudio fue de 2.17, encontrándose en promedio 1.92 PRMs Dx. y 1.83 PRMs solucionados por paciente después de la intervención del SFT.

Es necesario que los adultos mayores sean atendidos por médicos especialistas (cardiólogo, nefrólogo, gastroenterólogo, etc.) de manera obligatoria, por las múltiples patologías propias de su edad, pero una pobre comunicación y explicación entre el profesional y el paciente, conducen a administración inapropiada de fármacos, esquemas complicados de tratamientos, riesgo de interacciones farmacológicas, duplicidad de tratamiento, reacciones adversas y como consecuencias las complicaciones.

El envejecimiento implica mayor prevalencia de patologías incidiendo en un alto número de hospitalizaciones, utilizando diversos fármacos que podrían desencadenar efectos secundarios indeseables. Teko L. y Brucker¹⁰¹ describen, a mayor cantidad de patologías, mayor consumo de fármacos, incrementándose el riesgo de evidenciar PRMs.

Los resultados del promedio de diagnósticos del presente estudio (1.58) concuerdan con los resultados de Vara A.¹¹³ en su investigación —Calidad y satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima – Perú, en el cual encontró que el 61% de los pacientes tenían una única enfermedad diagnosticada por el médico. En el presente estudio, solo el 66% (8 pacientes) tuvo un solo diagnóstico, en comparación al 33% que presenta dos o más patologías diagnosticadas.

La polifarmacia, según la OMS, es el uso concomitante de tres o más medicamentos. Los adultos mayores toman tres veces más medicamentos que los jóvenes. Los estudios han demostrado que los pacientes mayores usan un promedio de 2 a 6 fármacos prescritos. Estos hallazgos descritos por la OMS son similares a los encontrados en el presente estudio en el cual se obtuvo un promedio de 4.5 medicamentos.

Orellana¹¹⁴ describe resultados similares en estudios de Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes adulto mayor hospitalizados en el servicio de geriátrica, indicando un consumo promedio de 4.5 medicamentos, PRMs con un promedio de 3.5. Duran, I. y Col.¹¹⁵ difiere en su estudio de PRMs, obteniendo un promedio de dos PRMs por paciente. Observándose que el número PRMs solucionados fueron de 2,8 en promedio por paciente.

Velasco G.¹¹⁷ en un estudio ambulatorio a pacientes hipertensos obtuvo un promedio de dos PRMs solucionados por paciente.

En la Tabla N° 7 y N° 8, el análisis de los resultados del test SF-12 (autopercepción de la calidad de vida del paciente), indican la CVS en dos componentes: Física y mental. Para lo cual se usó los indicadores estándares promedio de la Universidad de Michigan¹¹² y del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos y de esta forma adquirir los cálculos de escores finales. Un ciudadano americano según la calibración del instrumento de medición debería tener un puntaje promedio de 50 tanto físico como mental, con una desviación estándar de 10.

La tabla N°07 de la autopercepción de la actividad física, describe que el 58.33 % (siete pacientes), tienen un porcentaje promedio de la calidad de vida, mientras que un 41.67 % se encuentran debajo de estos parámetros establecidos (baja percepción de CV), lo que indica que la hipertensión arterial y otras patologías en estos pacientes, están generando múltiples limitaciones físicas, no obstante, según los ítems utilizados no refleja la condición exacta del paciente.

El promedio final nos permite observar un rango de 2.63 (47.25 a 49.88) y una desviación estándar de 7.36 a 2.83, comparando el antes y después del SFT en relación a la salud física de los pacientes.

A través de la Prueba t Student para dos muestras emparejadas (los mismos pacientes antes y después del SFT) se pudo determinar el grado en que la variable dependiente influye en el cambio. El análisis estadístico de la dimensión física es $p = 0.1438$, no presentándose significancia en relación a $p < 0.05$, lo que evidencia que las actividades cotidianas de los pacientes hipertensos se encuentran alteradas dificultando su vida diaria, teniendo en cuenta que algunos pacientes son polimedicados.

Vinaccia et.al.¹⁰⁵ sustenta que, en pacientes con presión arterial controlada, la CVRS es mejor que en aquellos en los que no se controla. El aumento de estos problemas podría estar relacionado con la eficacia del tratamiento y la tolerancia de los hipertensivos utilizados.

La tabla N°08 de la autopercepción de la actividad mental, describe que el 75 % (nueve pacientes), tienen un porcentaje promedio de la calidad de vida, mientras que un 25 % se encuentran debajo de estos parámetros establecidos (baja percepción de CV).

El promedio final nos permite observar un rango de 8.27 (44.26 a 52.53) y una desviación estándar de 7.27 a 3.08, comparando el antes y después del SFT en relación a la salud mental de los pacientes.

A través de la Prueba t Student para dos muestras emparejadas, se realizó el análisis estadístico de la dimensión mental es $p = 0.0003$, presentando un alto grado de significancia en esta dimensión considerando $p < 0.05$, determinando la influencia de la variable dependiente sobre la independiente, relacionado con los hábitos de vida saludable.

Vinaccia et.al.¹⁰⁵ indica que adaptarse a esta enfermedad depende de diversos factores como: la edad, el género, grado educativo, entorno social, creencias religiosas, tabús, etc

Evaluando al paciente N° 6 podemos sustentar que la autopercepción de la actividad física, no mejoro significativamente, por que presenta un score de 50.20 a 49.90, debiendo haberse mantenido con un promedio de 50. Sin embargo, este mismo paciente, presento una mejoría significativa en la dimensión mental (44.12 – 52.97) debido a las continuas orientaciones y consejería de hipertensión arterial y las

diversas complicaciones que esta patología podría originar, lo que permitió que el paciente cumpliera con la toma de su medicamento y se encuentre más optimista con su tratamiento.

Souza et al.¹¹⁹ en el 2007 realiza una investigación en Latinoamérica – Brasil, donde sustenta que la intervención a través SFT mejora los valores de presión arterial y la adherencia al tratamiento, pero solo la dimensión social del test SF-36 es significativa y favorablemente y las otras dimensiones se mantienen inalteradas e inclusive algunas pueden empeorar .

Pickard¹²⁰ en el 2004, sostuvo que las investigaciones tenían mayor rigor científico, reportando estudios con resultados positivos del SFT sobre la CVRS para enfermedades.

Tafur et al.²⁰, señala que los “resultados poco alentadores pueden deberse a que aún no existe un compromiso activo ni habilidades por parte de los farmacéuticos acerca de estrategias y procedimientos para asumir su rol en este aspecto, no obstante, que es uno de los objetivos importantes declarados para la Atención Farmacéutica”.

VI. CONCLUSIONES:

6.1. CONCLUSIONES.

1. Se determino y soluciono un 95.65% de los problemas relacionados con medicamentos (PRM), un 4.35% de PRM no resueltos se encuentran expuestos a sufrir por lo menos un resultados negativos asociados a la medicación (RNM).
2. La intervención farmacéutica tuvo un impacto positivo en la dimensión mental, de los pacientes hipertensos, con una significancia de $(p < 0.05) = 0.0003$, logrando mejorar la calidad de vida del paciente.
3. La intervención farmacéutica no muestra cambios de mejora en la dimensión física, de los pacientes hipertensos, según lo demuestra la prueba estadística con una significancia negativa de $(p > 0.05) = 0.1438$.

6.2. ASPECTOS COMPLEMENTARIOS

6.2.1. RECOMENDACIONES

1. Establecer un espacio físico dentro del establecimiento de salud, para que el Profesional Químico Farmacéutico pueda prestar atención personalizada, garantizando la confidencialidad del paciente.
2. Implementar el Seguimiento Farmacoterapéutico dentro de las programaciones asistenciales del Puesto de Salud Nicolás Garatea, para reducir estadísticamente las enfermedades crónicas.
3. Insertar un sistema de control para los pacientes del presente estudio, evaluando la adherencia terapéutica.
4. Realizar actividades preventivo – promocionales sobre el cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico, además de los estilos de vida saludable.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Ocampo, P. "Impacto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico, dirigido a pacientes hipertensos, sobre los problemas relacionados con medicamentos, la adherencia al tratamiento y la percepción del paciente sobre la actividad profesional del farmacéutico". ULADECH católica. 2012. Tomado desde:
<http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2012/01/08/000180/00018020140211103040.pdf>
2. Faus M. Pharmaceutical Care as a response to social need. *Ars Pharmaceutical*, 41:1; 137-143, 2000.
3. Hepler C. Strand L. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Pharm Care Esp*. 1999; 1: 35-47.
4. Hepler C, Strand L. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1990; 47 (3):533-43.
5. Frank R. Grizzle J. Drug-Related Morbidity and Mortality: Updating the Cost-of-Illness Model. *J Am Pharm Assoc*. 2001; 41(2) © 2001 American Pharmacists Association.
6. McDonnell PJ. and Jacobs MR. Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions. *The Annals of Pharmacotherapy*: Vol. 36, No. 9, pp. 1331-1336. DOI 10.1345/aph.1A333.
7. Manasse HR Jr. Medication use in an imperfect world: drug mis adventuring as an issue of public policy, Part 1. *American Journal of Hospital Pharmacy*, Vol 46, Issue 5, 929-944.
8. Johson A. Bootman L. Drug-Related Morbidity and Mortality: A Cost-of-Illness Model. *Journal of Managed Care Pharmacy*. Vol 2, No.1 jan-Feb 1996.
9. Rodríguez A. Atención farmacéutica en farmacia comunitaria: ¿es ya realidad o todavía un proyecto de futuro? Discurso de ingreso como académico de número. Academia de Farmacia de Galicia. España. Santiago de Compostela, 2006.
10. Bonal 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.
11. Faus D, M.J. Programa Dader. *Pharmaceutical Care España*. 2000; 2:73-74.

12. 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.
13. Pasco GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Program Plan* 1983; 6: 185-210.
14. 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.
15. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
16. Basterra GM. El cumplimiento terapéutico. *Pharmcareesp* 1999; 1: 97-106.
17. Simón PA. Hung SY. An Update on Evidence of Clinical Pharmacy Services' Impact on Health-Related Quality of Life. Published Online, 15 August 2006. Harvey Whitney Books Company. *The Annals of Pharmacotherapy*: Vol. 40, No. 9, pp. 1623-1634
18. Martínez F, Fernández-Llimós F, Gastelurrutia MA, Parras M, Faus MJ. Programa Dáder de Seguimiento del Tratamiento Farmacológico. Resultados de la fase piloto. *Ars Pharmaceutica* 2001; 42(1-2): 53-65.
19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. Armando P, Uema S, Sola N. Valoración de la satisfacción de los pacientes con el seguimiento farmacoterapéutico. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(4): 205- 212.

23. 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.
24. Sabater D, Fernandez-Llimos F, Parras M, Faus MJ. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(2): 90-97.
25. 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.
26. 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. Volumen 1, Article 3. February 1997.
27. Armando P, Semería N, Tenllado M, Sola N. Seguimiento farmacoterapéutico de pacientes en farmacias comunitarias. *Aten Primaria.* 2005; 36:129-34. - vol.36 núm 03.
28. Rodríguez Chamorro MA, Rodríguez Chamorro A, García Jiménez E. Conocimiento y satisfacción por el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes incluidos en el programa Dáder en dos farmacias rurales. *SeguimFarmacoter* 2004; 2(2): 286-290.
29. 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.
30. Garnet WR, Davis LJ, Mckenney JM, Steiner KC. Effect of telephone follow-up on medication compliance. *Am J Hosp Pharm* 1981; 38: 676-679.
31. Simkins CV, Wenzloff NL. Evaluation of a computerized reminder system in the enhancement of patient medication refill compliance. *IntellClin Pharm* 1986; 20:799-802.
32. Faulkner MA, Wadibia EC, Lucas BD, Hilleman DE. Impact of pharmacy counseling on compliance and effectiveness of combination lipid-lowering therapy in patients undergoing coronary artery revascularization: a randomized, controlled trial. *Pharmacotherapy* 2000; 20:410-416.

33. Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular (EMDADER-CVINCUMPLIMIENTO) Tesis doctoral. Universidad de Granada. Facultad de Farmacia. Programa de Doctorado de Farmacia Asistencial. Granada España, Diciembre de 2008.
34. Fulmer TT, Feldman PH, Kim TS, Carty B, Beers M, Molina M, Putnam M. Anintervention study to enhance medication compliance in community-dwelling elderly individuals. *J GerontolNurs* 1999 Aug; 25(8): 6-14.
35. Gil V. Pineda M. Martínez JL. Belda J. Santos MA y Merino J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento terapéutico en la hipertensión. *MedClin (Barc)* 1994; 102: 532-536.
36. Gamarra Roque, Henry Luis - Roque Henríquez, Rudy Valeri. Implantación de un programa de atención farmacéutica a pacientes hipertensos en la Farmacia Comunitaria "Omar" en el distrito de Carmen de la Legua Reynoso. Tesis para optar el título profesional de Químico Farmacéutico. UNMSM. Lima Perú 2002. Tomado desde: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2002/gamarra_rh/pdf/gamarra_rh_TH.8.pdf el 10/04/2013.
37. Machuca M. Comunicación farmacéutico-paciente-médico. En: Curso de postgrado de introducción práctica a la Atención Farmacéutica. Barcelona: Universidad de Granada; 2001.
38. Ocampo Rujel P. A. Impacto de un programa de atención farmacéutica sobre el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes hipertensos. *increscendo* 1(2) 2010. Tomado desde: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S222230612010000200006&script=sci_abstract. El 02/03/20013.
39. 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.
40. 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.

41. Presidencia de la república. Aprueban reglamento de establecimientos farmacéuticos, Decreto Supremo N°014-2011-SA. El peruano. Lima 27 de Julio de 2011.
42. 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.
43. 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.
44. Álvarez-Risco A, Zegarra-Arellano E, Solis-Tarazona Z, Mejía-Acosta N, Matos-Valerio E. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud del Perú. Boletín (Cent. Aten. Farm.). Año 5 - Número 3 - Mayo Junio 2012. ISSN 2221-4259.
45. Régulo Agusti C. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. Acta Médica Peruana. Lima. Mayo - Julio. 2006; 23(2): 71-75. Disponible: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000200005. El 10/07/13.
46. 46. 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 24/11/2017.
47. 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.
48. Strand L. Morley P. Cipolle R. Ramsey R. Lamsam G y et al. Drug-related problems: their structure and function. *Drug IntellClin Pharm* 1990; 24:7-1093.
49. Blasco P. Mariño E. Aznar M. 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. *Farm Hosp* 2001; 25:253-273.

50. Fajardo PC. Baena MI. Andrade JA. Olmos JM. Faus y cols. Adaptación del Método Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico al Nivel Asistencial de Atención Primaria. *Pharmacy Practice*, july-september, año 2005 /vol. 3, número 003 Centro de Investigaciones y Publicaciones Farmacéuticas Granada, España pp. 158-166.
51. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. PRM y RNM Conceptos. Portal Farma.com Organización Farmacéutica Colegial. Farmacéutico N.º 315 - http://www.portalfarma.com/inicio/atencionfarmaceutica/forodeattfarma/Documents/28_29_Atencion_farma.pdf. Tomado el 30/04/2018.
52. Hall-Ramírez 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 30/11/2017.
53. Culbertson L. Larson R. Cady P. Kale M. Force R y et al. “A conceptual framework for defining pharmaceutical diagnosis,” *Am. J.Pharm. Educ.*, 61, 12-18(1997). Tomado desde: <http://archive.ajpe.org/legacy/pdfs/aj610112.pdf>. El 30/05/2018.
54. Hurley S. A Method of Documenting Pharmaceutical Care Utilizing Pharmaceutical Diagnosis. *American Journal of Pharmaceutical Education* Vol. 62, Summer 1998.
55. Ferriols R. Valoración de la Atención Farmacéutica en los problemas relacionados con los medicamentos. Presentado en XLIV Congreso Nacional SEFH. Septiembre 1999. Pamplona.
56. Calvo MV. Alós M. Giráldez J. Grupo de Trabajo Atención Farmacéutica. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Bases de la Atención Farmacéutica en Farmacia Hospitalaria. *Farm Hosp* 2006; 30:120-3.
57. 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.
58. Sabater Hernández D. Silva Castro MM. Faus Dáder MJ. Método Dáder. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. Tercera edición, 2007.

59. Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Norma Técnica de Buenas Prácticas de Dispensación. Tomado desde: www.digemid.minsa.gob.pe. El 30/11/2017.
60. 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>.
61. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005; 353:487-97. Downloaded from www.nejm.org on November 18, 2009.
62. 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
63. 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.
64. Machuca GM. Atención Farmacéutica, seguimiento fármaco terapéutico, Pharmaceutical care: ¿es lo mismo? *Farmacoterapia Social*. España 2006. Disponible desde: www.farmacoterapiasocial.es/local/capIRAl01.pdf.
65. Comité de Consenso: Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM). *ArsPharmaceutica*, 43:3-4; 179-187, 2002.
66. Andrés Rodríguez. Atención farmacéutica en farmacia comunitaria: ¿es ya realidad o todavía un proyecto de futuro? Discurso de ingreso como académico de número. Academia de Farmacia de Galicia. España. Santiago de Compostela, 2006.
67. Climenti MM y Jiménez Torres NV. Manual para la Atención Farmacéutica. Tercera edición. Edita: AFAHPE. Hospital Universitario Dr Peset. Valencia, 2006.
68. Ocampo Rujel P. A. Impacto de un programa de atención farmacéutica sobre el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes hipertensos. In *Crescendo* http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S2222-30612010000200006&script=sci_abstract. El 21/11/2017.
69. Faus D, M.J. Programa Dader. *Pharmaceutical Care España*. 2000; 2:73-74.

70. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. Seguimiento farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). *Pharmacy Practice* 2006; 4(1): 44-53.
71. Fernández C. Pérez M. La adhesión a los tratamientos terapéuticos. En: Amigó I, editor. *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide; 1998.p. 229-70.
72. Bances C. Ocampo P. Efecto de un Programa Piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre la Autopercepción de la Calidad de Vida en Pacientes Hipertensos. Tesis para optar el grado de Bachiller. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote 2015.
73. Schargrodsky H. Hernández R. Champagne B. Silva H. Vinueza R. et al CARMELA Study Investigators. CARMELA: assessment of cardiovascular risk in seven Latin American cities. *Am J Med* 2008; 121:58-65
74. Pedro Amariles M, José M. Araujo S, José García, Seguimiento farmacoterapéutico de algunos problemas de salud prevalentes en el adulto mayor, *Guía de atención farmacéutica*, Universidad de Granada, 2008, pág. 46 – 56.
75. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens*. 2007. 25:1109.
76. Ramiro A. Sánchez, Miryam Ayala, Mario Bendersky & Agustín José Ramírez. *Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial*. *Revista Chilena de Cardiología*. 2010; 29(1):117- 146.
77. Dr. Susana Márquez, Dr. Dora Vidonne, *Fisiopatología De La Hipertensión Arterial*, Año 2012.
78. Organización mundial de la salud (OMS), Uno de cada tres adultos en el mundo tienen presión alta. *Boletín Epidemiológico SE N° 19*. Ginebra: OMS/OPS; 2012. Tomado desde: www.limaeste.gob.pe/documentos/Boletines/Boletin%20SE%2019-2012.pdf. El 04/05/13.
79. OPS/OMS. Proyecto atención farmacéutica en hipertensión arterial (AF/HTA). Foro farmacéutico de las Américas (FFA/EDV/HSE): Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Setiembre 2006. Tomado desde: <http://www1.paho.org/common/Display.asp?Lang=S&RecID=5629>. El 04/05/18

80. Cockcroft JR, Wilkinson IB, Evans M, McEwan P, Peters JR, Davies S, Scanlon MF, Currie CJ. Pulse pressure predicts cardiovascular risk in patients with type 2 diabetes mellitus. *Am J Hypertens*. 2005 Nov;18(11):1463-7; discusión 1468-9.
81. Elizabeth Pinilla, Pilar Barrera, Fernando Agudelo, Guía de Atención de la Hipertensión Arterial – GUIA 13, Tomado desde: www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias13.pdf
82. Iza-Stoll, A. Tratamiento de la hipertensión arterial primaria. *Acta Med Perú* - 23. 2006.
83. Mikeal RL, Brown TP, Lazarous HL, Vinson MC. Quality of pharmaceutical care in hospitals. *Am J Hosp Pharm* 1975; 32:567-574.
84. Wang JG, Staessen JA. Benefits of antihypertensive drug treatment in elderly patients isolated systolic hypertension. *Neth J Med* 2001; 58:248-54
85. Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, De la Cruz JJ, Guallar-Castillón P, Graciani A, Ruilope LM, et al. Hipertensión sistólica aislada y diastólica aislada y presión de pulso en la población española de edad media. *Med Clin (Barc)* 2000; 1:21-3.
86. Benetos A, Rudmichi A, Safar M, Guizel L. Pulse pressure and cardiovascular mortality in normotensive and hypertensive subjects. *Hypertension* 1998; 32:560-6.
87. Dr. Samuel Jaramillo E, Hipertensión arterial, *Cardiología (fundamentos de la medicina)*, Edición 6, corporación para investigaciones biológicas, 2002, pág. 246 – 266
88. Carlos Quiroz, Historia del Hospital La Caleta, tomando desde: <http://es.scribd.com/doc/96833996/Historia-Del-Hospital-La-Caleta>, el 21/03/13.
89. Coehn HW, Hailpern SM, Fang J, Alderman MH. Sodium intake and mortality in the NHANES II follow-up study. *Am J Med* 2008, Tomado desde: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2518033/>, El 15/03/18.
90. Javier Rivas Chávez, César Gutiérrez Villafuerte, Javier Rivas Legua. Tratamiento y Costos Farmacológicos de la Hipertensión Arterial no Complicada en un Hospital Regional. *Revista Peruana de Cardiología*. Set – Dic 2008; 34 (3): 181 – 190
91. Emilio Márquez Contreras, Estrategias para mejorar el Cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial, Centro de Salud la Orden, Huelva, España, 2003

92. Lawes CMM, Vander Horn S, Rodgers A, for the International Society of Hypertension. Global burden of blood pressure-related disease 2001. *Lancet* 2008; 371:1513–1518.
93. OMS. OPS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 2006.
94. Sánchez, F; Arché, M; Cordón, P; Galván, M; Cañizares, J, Motilva, V. Evaluación del cumplimiento terapéutico en pacientes mayores institucionalizados. *Efectividad de la actuación farmacéutica. FAP.* 2007; 5(4).
95. 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.
96. Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS). Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios. Descripción del Instrumento Cuestionario de Salud SF-12. Versión española del Cuestionario de Salud SF-12 adaptada por J. Alonso et al. Desde: www.iryss.imim.es/iryss/PDFs/Descripcion_SF-12_BiblioPRO.pdf
97. Brodie DC, Parish PA, Poston JW. Societal needs for drugs and drug related services. *Am J PharmEduc.* 1980; 44:276-278.
98. FAUS, M.J. Pharmaceutical Care as a response to social need. *Ars Pharmaceutica*, 41: 1; 137-143, 2000.
99. Ferrer VA. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. *Rev. Psicol. Salud* 1995; 7(1):34-61.
100. Sánchez R. y cols. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. Santiago 2010; 29 (1). (tomado 03 marzo 2016). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071885602010000100012&script=sci_arttext
101. Teko L. Brucker M. *Pharmacology for women's Health*. First edition. Jones and Bartlett Publishers. Ontario, Canadá. 2011. Pp: 384–385.
102. Muñoz, C. —Promoción de la adherencia al tratamiento antihipertensivo e implementación de un programa de atención farmacéutica a pacientes hipertensos del hospital regional Juan José Ortega, Coatepeque, Quetzaltenango" Universidad San Carlos – Guatemala, Noviembre del 2012, citado en Junio del 2018.

103. Ayala, A. Seguimiento farmacoterapéutico aplicando el método Dáder a pacientes hipertensos de la Unidad de Salud de San Antonio Silva, San Miguel. Septiembre – Noviembre del 2009. Universidad de El Salvador, Centro América.
104. Cabiedes L. Arcos P. Evaluación Económica de la Atención Farmacéutica (AF) en Oficinas de Farmacia Comunitarias (Proyecto TOMCOR) (Tomado 05 octubre 2017). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/238782055_EvaluacioneconomicsadelaAtencionFarmaceuticaAfenoficinasdeFarmaciaComunitariasProyectoTomcor.
105. Vinaccia, Stefano, Margarita Quiceno, Jacky, Gómez Jacky Ángela, & Montoya, Marcela. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve. *Diversitas*, (2007).3(2), 203-211. Recuperado em 26 de abril de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pi.
106. Iñesta GA. Atención Farmacéutica, Estudios Sobre Uso De Medicamentos Y Otros. *RevEsp Salud Pública* 2001; 75: 285-290 - Julio-Julio 2001.
107. Araya M. Hipertensión arterial y diabetes mellitus. 25: 3; 4 Costa Rica 2004 (Tomado 05 abril 2018). Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-29482004000200007.
108. Velasco V, Sergia G. Seguimiento farmacoterapéutico ambulatorio en pacientes hipertensos de la Caja de Salud de Caminos y R. A. -Oruro. *BIOFARBO* [online]. 2019, vol.16, n.1, pp. 72-76. ISSN 1813-5363.
109. 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
110. 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 2018): <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2624/1/tm4673.pdf>
111. 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.

112. University of Michigan Health System. Comprehensive Cancer Center. Scoring Instructions for the Expanded Prostate cancer Index Composite (EPIC) University of Michigan 2002. desde: www.roadrunner.cancer.med.umich.edu/epic/EPICScoring-2.2002.pdf
113. Vara, A. Calidad y satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima - Perú". 2008. Página Web de internet, citado en Julio del 2018. Disponible en: http://www.aristidesvara.net/pgnWeb/investigaciones/psicologia/calidad_vida/Psicogerontologia_15.htm
114. Orellana S. Seguimiento Fármaco terapéutico a pacientes ancianos hospitalizados en una unidad geriátrica. Chile 2007. (tesis) Disponible en: http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2007/orellana_s2/sources/orellana_s2.pdf
115. Duran, I. et al. Problemas relacionados con medicamentos resueltos en una Farmacia Comunitaria. *Pharmaceutical Care España* 11. Trabajo de investigación (2013).
116. Campos, N. et al. Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Infanta Margarita. *Farmacia Hospitalaria*. Madrid. 2004. Vol. 28. Pp: 251-257.
117. Velasco G. Seguimiento fármaco terapéutico ambulatorio en pacientes hipertensos de la Caja de Salud de Caminos y R. A.-Oruro. Bolivia. 16; 1:13. Disponible en (Tomado el 25 Setiembre 2017): <http://www.scielo.org.bo/pdf/rbfb/v16n1/v16n1a13>
118. 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. 83-86.
119. Aparecida de Souza W. Yugar-Toledo JC. Bergsten-Mendes G. Sabha M. Moreno Jr. M. Effect of pharmaceutical care on blood pressure control and health-related quality of life in patients with resistant hypertension. *American Society of Health-System Pharmacists. 2007 American Journal of Health-System Pharmacy*, Vol. 64, Issue 18, 1955-1961.
120. Pickard AS. Johnson JA. Farris KB. The impact of pharmacist interventions on healthrelated quality of life. Harvey Whitney Books Company. *The Annals of Pharmacotherapy*: 1999. Vol. 33, No. 11, pp. 1167-1172. DOI 10.1345/aph.18460.

VIII. ANEXOS

Anexo N°1: Solicitud de Permiso dirigida al Establecimiento de Salud.


UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

Chimbote, 24 de Junio de 2017

Señor
Q.F. WALTER RAMIREZ ROMERO
JEFE DEL SERVICIO DE FARMACIA DE LA MICRORED YUGOSLAVIA
NUEVO CHIMBOTE
Ptc.

Asunto: Facilidades para realizar una investigación sobre
Seguimiento Farmacoterapéutico.

De mi especial consideración.

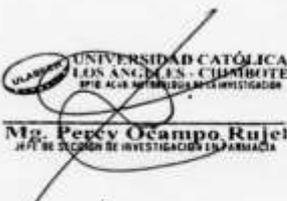
Me dirijo a Usted de manera cordial para solicitarle por su intermedio las facilidades para que la Alumna *Patricia Lisset Sánchez Hidalgo*, Cod N° 0108141035, pueda desarrollar actividades de Seguimiento Farmacoterapéutico como parte de un proyecto de investigación que tiene por objetivo evaluar la 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, del **Puesto de Salud Nicolás Garatea de la Microred Yugoslavia**.

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:


Mg. Percy Ocampo Rujel
Jefe de Sección de Investigación en Farmacia

Teléfono de Contacto: 943788829


OFICINA ASISTENTE WALTER RAMIREZ ROMERO
FARMACIA

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

Anexo N°2: 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.
4. Me comprometo a que toda la información entregada por mí sea fidedigna.
5. Toda información que entregue a los investigadores será absolutamente confidencial y no podrá ser divulgada a terceros sin mi autorización.
6. Autorizo que el Farmacéutico encargado del SFT llame en mi nombre al médico tratante para intercambiar puntos de vista sobre mi tratamiento.
7. Autorizo para que los resultados de las encuestas y fichas de información que responda como parte del proceso puedan analizarse y presentarse como resultados dentro de un informe final, manteniendo mi anonimato.
8. La firma de este consentimiento no tiene fin comercial o contractual de ningún tipo.

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

* DIRECCION: _____

* TELEFONO: _____

*FIRMA: _____

* DNI: _____

* NOMBRE DEL QUIMICO FARMACÉUTICO Jr: _____

* TELÉFONO: _____

*FIRMA: _____

*DNI: _____

*FECHA: ____ / ____ / ____

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

Anexo N° 03. Fichas farmacoterapéuticas

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

FICHA 01. INFORMACION PERSONAL DEL PACIENTE. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF/Hospital/Centro/Puesto de Salud de.....

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

1.1.- DATOS PERSONALES

NOMBRE: _____ SEXO: _____

DIRECCIÓN: _____ ZONA: _____

TELÉFONO DOMICILIO: _____ OTRO _____ (MAIL): _____

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

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

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

¿OTRO CUAL?: _____

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

1.2.- PARÁMETROS DE SEGUIMIENTO:

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

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

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

N°	NOMBRE DEL MEDICO / INSTITUCIÓN	ESTABLECIMIENTO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO

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

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

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

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

Anexo N° 3.2. FFT. REGISTRO DE MEDICAMENTOS QUE TOMA EL PACIENTE PARA SUS PROBLEMAS DE SALUD DIAGNOSTICADO

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

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

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

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

Preguntar sobre malestares, sensaciones, percepciones negativas que tiene el paciente luego de tomar alguno de los medicamentos recetados. Auxiliarse con la Ficha N°3 para el repaso anatómico fisiológico. Si el paciente declara algún problema preguntar que hace para solucionarlo. Las Reacciones adversas de medicamentos prescritos deben reportarse al EF mediante una hoja amarilla.

1.7. REGISTRO DE PROBLEMAS DURANTE EL USO DE MEDICAMENTOS.

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

Si la respuesta anterior fue Si, entonces:

¿Cuál fue el problema o necesidad?

¿Pudo comunicarse? Si No

¿Si es NO, Por qué?

¿Cómo resolvió el problema? ¿A quién recurrió?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.10.- ANTECEDENTES FAMILIARES DE MORBILIDAD:

ENFERMEDAD	MADRE	PADRE	HERMANOS	OTROS
HIPERTENSIÓN				
DIABETES				
COLESTEROL				
OTRA:				

Observaciones:

.....

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

1.11.- HABITOS DE VIDA:

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

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

COD INTERV:

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

FICHA 02. HOJA DE INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA.

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

.....

PACIENTE COD. N°:

FECHA:

NOMBRE:

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

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

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

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

REGISTRO DE LOS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE MANTIENE EN SU BOTIQUÍN

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

Nombre 1:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 2:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 3:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 4:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 5:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 6:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 7:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?

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

COD INTERV:

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

FICHA 03. GUÍA ANATÓMICA DE REPASO PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS DE SALUD.

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

.....

PACIENTE COD. N°:

FECHA:

NOMBRE:

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

-PELO:

-CABEZA:

-OIDOS, OJOS, NARIZ, GARGANTA:

-BOCA (llagas, sequedad...):

-CUELLO:

-MANOS (dedos, uñas...):

-BRAZOS Y MÚSCULOS:

-CORAZÓN:

-PULMÓN:

-DIGESTIVO:

-RIÑÓN (orina...):

-HÍGADO:

-GENITALES:

-PIERNAS:

-PIÉS (dedos, uñas):

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

-PIEL (sequedad, erupción...):

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

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

- TABACO:

- ALCOHOL:

- CAFÉ:

- OTRAS DROGAS:

- HABITOS ANORMALES (ejercicio, dieta...):

- VITAMINAS Y MINERALES:

- VACUNAS:

- ALERGIAS MEDICAMENTOS Y/O SOSPECHAS DE RAM:

- Situaciones fisiológicas (y fecha):

- OBSERVACIONES:

COD INTERV:

Anexo N° 3.8. FFT. Hoja guía de intervención farmacoterapéutica – Primera parte.
FICHA 04. HOJA GUIA DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA. Programa de Seguimiento
 Farmacoterapéutico. EEFF /Hospital/Centro/Puesto de Salud de,

PACIENTE COD N°:

NOMBRE:

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

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

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

En nombre de medicamentos debe consignarse: todos.

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

4.2.- DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL PRM:

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

COD INTERV:

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

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

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

Fecha final de la Intervención:

COMENTARIO:

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

4.4. QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRM.

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

TABLA N°4.4. CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS

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

COMENTARIO:

Anexo N° 3.11. FFT. Hoja guía de intervención farmacoterapéutica – Cuarta parte.

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

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

4.6. RESULTADO:

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

¿QUÉ OCURRIÓ CON LOS PRMs QUE NO SE RESOLVIERON?

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

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

COD INTERV:

FICHA 05. HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA.

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

.....

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

5.1. NÚMERO DE CONTACTOS UTILIZADOS DURANTE LA INTERVENCIÓN:

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

Referencia:

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

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

COD INTERV:

Anexo N° 3.13. FFT. Test para medir la autopercepción de la calidad de vida. Test SF - 12

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

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

COD INTERV:

INSTRUCCIONES :

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

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA:

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

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

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

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

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

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

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

- 1) Si 2) No

4. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?

5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?

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

- 1) Si 2) No

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

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

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

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

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

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

9. Se sintió calmado y tranquilo?

10. Tuvo mucha energía?

11. Se sintió desanimado y triste?

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

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

Anexo N°4 Hoja de Estado de Situación

COD PCT E	COD CIE 10	DIAGNÓSTICO	COD ATC	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 COMUNI	ACEPTACIÓN	SOLUCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA NO SOLUCIÓN	
1	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)	AMTAS-10		Losartan	sol	50	2	30	9	Paciente suele olvidarse de tomar losartan frecuentemente	4	Se educó al paciente a través de visitas domiciliarias la importancia de la adherencia al tratamiento	8	2	1	1		
					Amlodipino	sol	10	1/2	30	9	el paciente se olvida de tomar su medicamento a la hora indicada por medico	4							
					Acido Acetil Salicilico	sol	100	1	30	9		4							
2	K29.7	Gastritis (simple)	AMTAS-10		Omeprazol	sol	20	1	15										
					Losartan	sol	50	2	30	9	el paciente se olvida de tomar su medicamento a la hora indicada por medico	4	Se orientó de la importancia de la adherencia al tratamiento.	8	2	1	1		
3	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)	AMTAS-10		Amlodipino	sol	10	1	30	9		4		8	2	1	1		
					Losartan	sol	50	2	60	9	Paciente suele olvidarse de tomar losartan frecuentemente	4	Se oriento de la importancia de la adherencia al tratamiento.	8	2	1	0	Pcte seguía sin tomar su losartan	
	I11	Dolor articular		Paracetamol	sol	500	3	7											
4	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)			Enalapril	sol	10	2	30	9	el paciente se olvida de tomar su medicamento a la hora indicada por medico	4	Se educó al paciente a través de visitas domiciliarias de la importancia de la adherencia al tratamiento	8	2	1	1		
5	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)			Losartan	sol	50	1	30	9		4	Se oriento de la importancia de la adherencia al tratamiento.	8	2	1	1		
					Acido Acetil Salicilico	sol	100	1	30	9	se olvida tomar sus medicamentos frecuentemente.	4							
6	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)			Losartan	sol	50	1	60	9	el paciente se olvida de tomar su medicamento a la hora indicada por medico	4	Se educó al paciente a través de visitas domiciliarias de la importancia de la adherencia al tratamiento	8	2	1	1		

COD PCTE	COD CIE 10	DIAGNÓSTICO	COD ATC	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 COMUNICACIÓN	ACEPTACIÓN	SOLUCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA NO SOLUCIÓN	
7	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)			Enalapril	sol	10	2	30	8	Error en la prescripción médica no indica el tiempo de tratamiento	4	Comunicación vía telefónica para caber el tiempo de tratamiento	8	1	1	1		
					Enalapril	sol	10	2	30	9	Paciente suele olvidarse en algunas ocasiones	1	Se le brinda información sobre uso adecuado de medicamentos	9	1	1	1		
8	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)		ANG I PEC	Trimetoprima Sulfametoxazol	sol	800/160	2	7										
					Valsartran	sol	80	2	180	8	No esta prescrita duración de tratamiento	4	Se le comunica al médico vía telefónica	8	1	1	1		
					Valsartran	sol	80	2	180	3	Conservación inadecuada del medicamento	3	Brindar información sobre almacenamiento adecuado de medicamentos	8	1	1	1		
9	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)		ANG I PEC	Carvedilol	sol	12.5	1	90	7	Error en la dispensación	2	Explicar al paciente sobre la dispensación correcta	7					
					Losartan	sol	50	2	180	9	Paciente se olvida de tomar sus medicamentos	4	Se le explica al paciente uso correcto de sus medicamentos	8	1	1	1		
10	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)		CARVEDITAS	Losartan	sol	50	2	180	9		4		8	1	1	1		
					Hidroclorotiazida	sol	25	1	90	9	Paciente no toma adecuadamente medicamento	4	Orientar la importancia del uso adecuado de medicamentos	8	1	1	1		
11	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)			Acido Acetil Salicílico	sol	100	1	90	9		4		8					
					Paracetamol	ev	500	1	90										
12	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)			Ranitidina	sol	300	1	30										
					Losartan	sol	50	1	90	9	Paciente no toma adecuadamente medicamento	4		8	1	1	1		
12	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)			Amlodipino	sol	10	1	90	9		4	Explicar al paciente sobre uso racional de medicamento	8	1	1	1		
					Hidroclorotiazida	sol	25	1/2	60	9	Paciente no toma adecuadamente medicamento	4		8	1	1	1		
					Carvedilol	sol	12.5	mitad	60	9		4		8	1	1	1		

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

***Acept.: 1) Aceptado, 0)No aceptado ***Sol.: 1) Solucionado, 0) No solucionado.

** PRM y RNM, verificar el código ***Canal de comunicación.: 1) Verbal FP, 2) Escrita FP, 3) Verbal FPM, 4)Escrita FM, 5)Verbal FM

Anexo N°5 Autopercepción de la Calidad de Vida antes y después

PAC	FECHA	ITEM1	ITEM2	ITEM3	ITEM4	ITEM5	ITEM6	ITEM7	ITEM8	ITEM9	ITEM10	ITEM11	ITEM12	SCORE TOTAL
1	ANTES SFT	3	3	2	2	2	2	2	1	2	4	4	2	29
	DESPUÉS SFT	3	3	2	2	2	2	2	1	1	3	5	3	29
2	ANTES SFT	4	3	3	2	2	2	2	1	1	2	6	3	31
	DESPUÉS SFT	4	3	3	2	2	2	2	1	1	1	6	4	31
3	ANTES SFT	5	2	2	1	1	1	1	2	2	5	4	3	29
	DESPUÉS SFT	4	2	2	2	2	2	2	1	2	4	3	4	30
4	ANTES SFT	3	3	2	2	2	2	2	1	2	4	4	2	29
	DESPUÉS SFT	3	3	2	2	2	2	2	1	1	3	5	3	29
5	ANTES SFT	4	3	3	2	2	2	2	1	1	2	5	4	31
	DESPUÉS SFT	4	3	3	2	2	2	2	1	1	2	5	4	31
6	ANTES SFT	3	3	2	2	2	2	2	1	2	4	4	2	29
	DESPUÉS SFT	3	3	2	2	2	2	2	1	1	3	5	3	29
7	ANTES SFT	4	3	2	1	1	1	1	3	2	2	4	4	28
	DESPUÉS SFT	3	3	2	2	2	2	2	4	3	4	5	4	36
8	ANTES SFT	4	3	2	2	2	2	2	1	3	4	2	5	32
	DESPUÉS SFT	3	3	2	2	2	2	2	1	2	3	5	5	32
9	ANTES SFT	4	3	2	1	1	1	2	3	2	4	4	4	31
	DESPUÉS SFT	3	3	2	2	2	2	2	1	2	3	5	4	31
10	ANTES SFT	3	3	2	2	2	2	2	1	2	4	5	5	33
	DESPUÉS SFT	3	3	2	2	2	2	2	1	3	4	5	5	34
11	ANTES SFT	3	3	2	2	2	2	1	2	3	4	5	3	32
	DESPUÉS SFT	3	3	2	2	2	2	2	1	3	4	5	4	33
12	ANTES SFT	3	3	3	2	2	2	1	1	3	4	4	4	32
	DESPUÉS SFT	3	3	3	2	2	2	2	1	2	4	4	4	32

Anexo N°6: Tensiómetro Aneroide con Estetoscopio

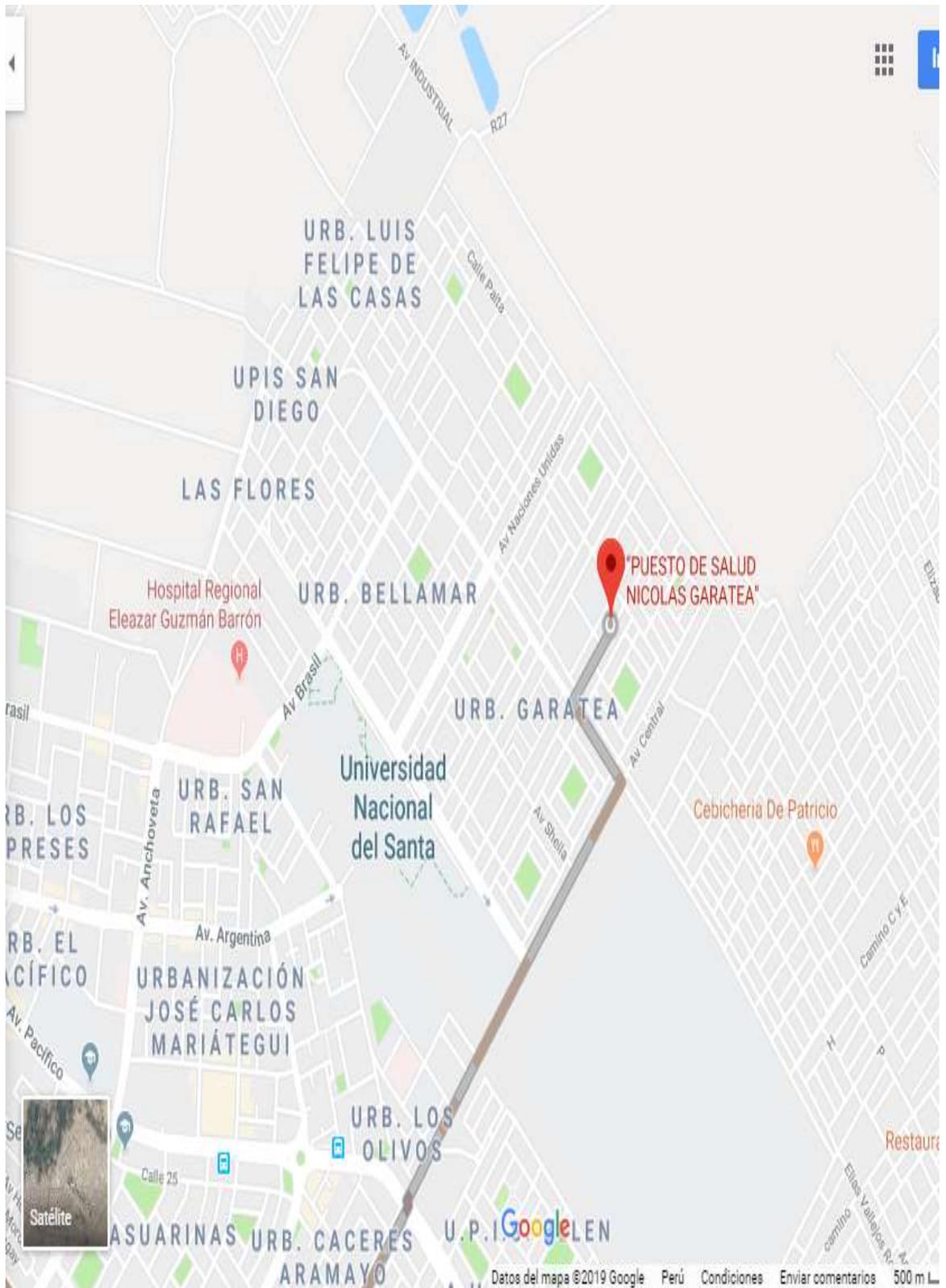


- a. Sentar al paciente junto a una mesa u otra superficie plana de manera tal que su brazo izquierdo pueda descansar a la misma altura que su corazón. Envuelva su brazo con la manga a una distancia media entre el hombro y el codo, ajústela de tal modo que las superficies se toquen. La manga debe quedar 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.
- b. 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.
- c. Ubique los elementos auditivos del estetoscopio en sus oídos.
- d. Asegúrese de 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.¹¹⁸
- e. 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.
- f. Gire la válvula de cierre lentamente en sentido contrario a las agujas del reloj con la mano izquierda de modo que la manga se desinfle lentamente, a medida que la presión descende, el sonido puede escucharse y sufrir 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 del pulso, se registra como presión diastólica.

Anexo N° 7. Valores estandarizados para la conversión de los ítems de respuesta del instrumento SF-12 para valorar la percepción de la Calidad de Vida.

Item Number	Item Response Value	Physical Standardized Value	Mental Standardized Value
(General Health)	1	0	0
	2	-1.31872	-0.06064
	3	-3.02396	0.03482
	4	-5.56461	-0.16891
	5	-8.37399	-1.71175
(Moderate Activities)	1	-7.23216	3.93115
	2	-3.45555	1.86840
	3	0	0
(Climbing Several Flights of Stairs)	1	-6.24397	2.68282
	2	-2.73557	1.43103
	3	0	0
(Accomplish less than you would like)	1	-4.61617	1.44060
	2	0	0
(Limited in the kind of activities)	1	-5.51747	1.66968
	2	0	0
(Accomplish less than you would like)	1	3.04365	-6.82672
	2	0	0
(Didn't do activities as carefully as usual)	1	2.32091	-5.69921
	2	0	0
(Pain interferes with normal work)	1	0	0
	2	-3.80130	0.90384
	3	-6.50522	1.49384
	4	-8.38063	1.76691
	5	-11.25544	1.48619
(Felt calm and peaceful)	1	0	0
	2	0.66514	-1.94949
	3	1.36689	-4.09842
	4	2.37241	-6.31121
	5	2.90426	-7.92717
	6	3.46638	-10.19085
(Have a lot of energy)	1	0	0
	2	-0.42251	-0.92057
	3	-1.14387	-1.65178
	4	-1.61850	-3.29805
	5	-2.02168	-4.88962
	6	-2.44706	-6.02409
(Felt downhearted and blue)	1	4.61446	-16.15395
	2	3.41593	-10.77911
	3	2.34247	-8.09914
	4	1.28044	-4.59055
	5	0.41188	-1.95934
	6	0	0
(Health interferes w/social activities)	1	-0.33682	-6.29724
	2	-0.94342	-8.26066
	3	-0.18043	-5.63286
	4	0.11038	-3.13896
	5	0	0

Anexo N° 08 Ubicación geográfica del Puesto de Salud



Anexo N° 09. Fotos.

FIGURA 4. Frontis del Puesto de Salud Nicolas Garatea.



FIGURA 5. Ejemplo del paciente en la firma de la hoja de consentimiento informado.



FIGURA 6. Ejemplo del paciente en control de su presión arterial.



FIGURA 7 Modelo de Receta de un paciente hipertenso

