



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS
ÁNGELES DE CHIMBOTE**

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

**IMPACTO DE UN PROGRAMA PILOTO DE SEGUIMIENTO
FARMACOTERAPÉUTICO SOBRE LA AUTOPERCEPCIÓN DE
LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIABÉTICOS DEL
PUESTO SALUD “SANTA ANA COSTA” DISTRITO CHIMBOTE,
MAYO – JULIO 2017**

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

AUTOR:

Bach. Leslie Melissa Zavaleta Rodríguez

ORCID: 0000-0003-0443-1804

COAUTOR:

Dr. Farm. Percy Alberto Ocampo Rujel

ORCID: 0000-0002-9498-5431

CHIMBOTE - PERU

2019

EQUIPO DE TRABAJO

AUTOR: BACH. LESLIE MELISSA ZAVALETA RODRÍGUEZ

ORCID: 0000-0003-0443-1804

COAUTOR: DR. FARM. PERCY ALBERTO OCAMPO RUJEL

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, TEODORO WALTER

ORCID:0000- 0002-2809-709X

VÁSQUEZ CORALES, EDISON

ORCID:0000- 0001-9059-6394

JURADO EVALUADOR

Dr. Q.F. Jorge Luis Díaz Ortega

PRESIDENTE

Mgr. Q.F. Teodoro Walter Ramírez Romero

MIEMBRO

Mgr. Q.F. Edison Vásquez Corales

MIEMBRO

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de tesis en primer lugar a Dios por haberme dado la vida y por permitirme llegar hasta este momento tan importante que es mi formación como profesional.

A mis abuelitos Vicente y Bernabita, por ser el pilar más importante de mi vida y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional.

A mis abuelitos Usberta y Segundo que sé que desde el cielo me está guiando y bendiciendo en cada paso que doy, a pesar que no estén físicamente sé que están a mi lado en cada momento y sé que celebraran cada triunfo que obtenga.

A mis padres Francisco y Marleny, a ellos que les debo la vida y el haberme permitido formarme como profesional y así mismo haberme inculcados valores y amor.

A mis hermanos Marco y Liz, por ser mi ejemplo a seguir y por brindarme su apoyo incondicional y consejos para que hoy por hoy logre culminar esta linda carrera.

A mis adoradas sobrinas Sthefania, Anjali y Camila porque son el motor y motivo para seguir adelante y así lograr cada meta propuesta.

AGRADECIMIENTO

Mi eterno agradecimiento a Dios por haberme dado fuerzas, voluntad y sabiduría para estar hoy por hoy en esta etapa y permitirme llegar hasta este momento que es mi formación como profesional.

Agradezco a mis padres y hermanos por su apoyo incondicional y por los consejos a diarios y motivaciones para seguir esforzándome para lograr cumplir mis objetivos propuestos.

Agradezco mi asesor de tesis, Dr. Percy Ocampo Rujel por su tiempo, esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, experiencia, paciencia y motivación ha logrado que pueda terminar el presente proyecto.

También agradezco a cada uno de mis profesores que pasaron durante mi formación como profesional el cual, me brindaron sus conocimientos, consejos y amistad.

Gracias a todas estas personas importantes en mi vida, que siempre estuvieron a mi lado brindándome su cariño y apoyo incondicional, así como mis compañeros de clase con quienes conviví varios años de estudio.

RESUMEN

El presente proyecto de investigación tiene como objetivo determinar el impacto de un programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre la autopercepción de la calidad de vida, en las dimensiones físicas y mentales de pacientes diabéticos que fueron intervenidos desde el “Puesto de Salud Santa Ana Costa” del Distrito de Chimbote en los meses de mayo a julio del 2017. El estudio desarrollado fue cuantitativo y de nivel pre-experimental, con un diseño de tipo prospectivo.

La muestra de pacientes diabéticos fue efectuado a través de un programa de seguimiento Farmacoterapéutico basado en el método DADER de seis fases: captación, levantamiento de información, evaluación de la información, intervención, seguimiento y medición de resultados, lo cual participaron en el estudio 12 pacientes en el que cada fase se recogió información en herramientas e instrumentos específicos: fichas farmacoterapéuticas como el test de autopercepción calidad de vida.

Como resultado, se solucionaron 27 PRMs (87 %) y los no resuelto 4 (13%) dejaron expuestos al paciente a la aparición de RNMs, observándose un gran porcentaje los RNMs de efectividad (ineficacia no cuantitativa (35%), no recibe lo que necesita (16%) Aplicando el test de Autopercepción de la calidad de vida se pudo observar en cuanto la relación a la salud física fue significativa ($p= 0.0486$) puntaje antes de $42.53 \pm 10,98$ puntos y 48.49 ± 9.16 puntos después. Y el impacto sobre la dimensión mental fue más significativo a diferencia de la física ($p= 0.0014$) puntaje antes de $42.27 \pm 12,54$ puntos y 50.10 ± 8.10 puntos después.

Se concluye diciendo que con el programa de Seguimiento Farmacoterapéutico se logró diagnosticar y resolver PRMs así mismo de los RNMs mediante estrategias desarrolladas y efectuadas a lo largo del estudio. Por lo tanto, el SFT fue eficiente para poder mejorar la autopercepción de la calidad de vida del estado físico de los pacientes a diferencia del estado mental, siendo no significativo.

Palabras clave: Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), Diabetes Mellitus (DM), Adherencia, Test Autopercepción de la calidad de vida.

ABSTRACT

The objective of this research project is to determine the impact of a pilot program of pharmacotherapy follow-up on the self-perception of quality of life, in the physical and mental dimensions of diabetic patients who were operated from the " Santa Ana Costa Health Post " 'of the District of Chimbote in the months of May to July of the 2017. The study developed was quantitative and of pre-experimental level, with a design of prospective type.

The sample of diabetic patients was carried out through a Pharmacotherapy follow-up program based on the DADER method of six phases: recruitment, information gathering, information evaluation, intervention, monitoring and measurement of results, which participated in the study 12 patients in which each phase was collected information on specific tools and instruments: pharmacotherapeutic sheets such as the self-perception quality of life test.

As a result, 27 PRMs (87%) were solved and the unresolved 4 (13%) left the patient exposed to the appearance of RNMs, with a large percentage of the RNMs of effectiveness (non-quantitative ineffectiveness (35%), not receiving the What you need (16%) Applying the Self-perception test of quality of life could be observed as soon as the relation to physical health was significant ($p = 0.0486$) score before 42.53 ± 10.98 points and 48.49 ± 9.16 points later. And the impact on the mental dimension was more significant unlike the physical ($p = 0.0014$) score before 42.27 ± 12.54 points and 50.10 ± 8.10 points later.

We conclude by saying that with the Pharmacotherapeutic Follow-up program it was possible to diagnose and resolve PRMs of the NOMs through strategies developed and carried out throughout the study. Therefore, the SFT was efficient to be able to improve the self-perception of the quality of life of the physical state of the patients as opposed to the mental state, being not significant.

Key words: Pharmacotherapeutic follow-up (SFT), Diabetes Mellitus (DM), Adherence, Self-perception test of the quality of life.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	N° de pág.
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	v
Abstract	vi
Contenido	vii
I. INTRODUCCION	15
1.1. Planteamiento del problema:	16
1.2. Objetivos de la Investigación	16
1.2.1. Objetivo General	16
1.2.2. Objetivo Específico	17
II. REVISION DE LA LITERATURA	
2.1. ANTECEDENTES	
2.1.1. Atención farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutica	17
2.1.2. Evolución del seguimiento farmacoterapéutico.	19
2.1.3. Antecedentes Epidemiológicos de la Diabetes Mellitus.	19
2.1.4. Seguimiento Farmacoterapéutico y Calidad de vida relacionada en la Salud.	20
2.2. Marco teórico	
2.1.1. Problemas Relacionados con el uso de medicamentos.	22
2.1.2. Identificar Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos de la Medicación (RNM).	23
2.1.3. La atención farmacéutica y el seguimiento farmacoterapéutico: Responsabilidad del Farmacéutico en el Mantenimiento de la Salud Publica.	26
2.1.4. Autopercepción de la calidad de vida	33
2.1.5. Diabetes Mellitus	36
5.1.5. Puesto de Salud Santa Ana Costa	38
III. HIPOTESIS	
3.1. Impacto del SFT sobre la dimensión física	38
3.1.1. Hipótesis nula	38

3.1.2. Hipótesis alternativa	38
3.2. Impacto del SFT sobre la dimensión mental	39
3.1.1. Hipótesis nula	39
3.1.2. Hipótesis alternativa	39
IV. METODOLOGÍA	
4.1. Diseño de investigación.	39
4.1.1. Tipo y nivel de la investigación.	39
4.1.2. Diseño de investigación.	39
4.2. Población y muestra.	40
4.3. Definición y Operacionalización de las variables.	42
4.3.1. Intervención Farmacéutica	42
4.3.2. Problemas Relacionados Con Medicamentos	42
4.3.3. Resultados negativos asociados con la medicación (RNM).	42
4.3.4. Medición de la Autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).	43
4.4. Técnicas e instrumentos.	
4.4.1. Técnica	43
4.4.2. Instrumentos	
4.4.2.1. Ficha para el seguimiento farmacoterapéutico (FFT)	44
4.4.2.2 Instrumento para medir la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud.	44
4.4.2.3 Instrumento para medir la glucosa sanguínea	46
4.4.3. Procedimiento de recolección de datos.	
4.4.3.1. Procedimiento para la oferta del servicio y captación de los pacientes	46
4.4.3.2. Levantamiento de información	47
4.4.3.3. Fase de Estudio y Evaluación de la Información para la Identificación de Problemas Relacionados con Medicamentos y preparación de la estrategia de intervención.	48
4.4.3.4. Fase de Intervención: Actividades de Seguimiento Farmacoterapéutico.	49
4.4.3.5. Evaluación del Impacto de la Intervención	50

4.5. Plan de análisis de datos	50
4.6 Criterios Éticos	52
V. RESULTADOS	
5.1. Resultados	
5.1.1. Datos generales sobre los pacientes y los tiempos de intervención.	54
5.1.2 Morbilidad diagnosticadas, auto percibida y el uso de medicamentos.	54
5.1.3 Resultados sobre PRM encontrados y los RNM encontrados.	56
5.1.4 Impacto de la intervención de la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física según el test SF-12.	58
5.1.5 Impacto de la intervención de la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión mental según el test SF-12.	59
5.2. Análisis de los resultados	
5.2.1. Características de los pacientes y tiempos invertidos en SFT.	60
5.2.2. Diagnósticos y medicamentos usados por los pacientes durante el proceso de SFT.	62
5.2.3. Resultados negativos asociados a la medicación (RNMs) por PRMs.	63
5.2.4. Acerca de la autopercepción de la calidad de vida (test SF-12) y los resultados.	64
VI. CONCLUSIONES	
6.1. Conclusiones	68
6.2. Aspectos complementarios	
6.2.1 Recomendaciones	68
6.2.2 Limitaciones	69
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
VIII. ANEXOS	

8.1. ANEXO. Solicitud de permiso dirigido al establecimiento farmacéutico del Puesto Salud.	86
8.2. ANEXO. Hoja de consentimiento informado	87
8.3. ANEXO. Fichas farmacoterapéuticas	88
8.4 ANEXO. Tabla de Estado de Situación	103
8.5 ANEXO. Tabla de datos de la autopercepción de la calidad de vida	106
8.6. ANEXO. Ubicación Geográfica del Puesto Salud Santa Ana Costa.	107
8.7. ANEXO. Glucómetro marca NIPRO Prestige Fácil.	108
8.8. ANEXO. Fotos	109

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N°01.	Agrupación de resultados negativos asociados con la medicación. (RNM) Tercer Consenso de granada 2007.	26
Cuadro N°02.	Relación de problemas relacionados con medicamentos, modificado por Ocampo del método DADER del seguimiento Farmacoterapéutico.	27
Cuadro N°03.	Actividades de atención farmacéutica en el ejercicio profesional del farmacéutico comunitario.	29
Cuadro N°04.	Clasificación de intervenciones farmacéuticas destinadas a prevenir o resolver resultados clínicos negativos de la farmacoterapia.	32
Cuadro N°05.	Valores referenciales de presión arterial.	37
Cuadro N°06	Medición de la Autopercepción de la calidad de vida de los pacientes diabéticos.	47

INDICE DE FIGURAS

Figura N°01.	Pasos claves del método Dáder modificado de seguimiento Farmacoterapéutico.	34
Figura N°02.	Esquema del modelo de intervención farmacéutica	40
Figura N°03.	Flujograma de las actividades de seguimiento Farmacoterapéutico.	49
Figura N°04	Frontis del Puesto Salud de Salud Santa Costa	109
Figura N°05.	Imagen de paciente firmando la hoja de consentimiento informado	109
Figura N°06.	Imagen en el control de la toma de glucosa	110
Figura N°07.	Revisión de medicamentos	110
Figura N°08.	Ordenamiento y conservación de sus medicamentos	111

INDICE DE TABLAS

Tabla N°01.	Distribución de frecuencia y porcentaje de los pacientes intervenidos por sexo y edad promedio. Programa de SFT dirigido a enfermos diabéticos atendidos en el Puesto Salud Santa Ana Costa. Mayo a Julio 2017.	56
Tabla N°02.	Distribución de los tiempos intervenidos durante el SFT entre el farmacéutico y los pacientes por la forma de contacto. Programa de SFT en los enfermos diabéticos atendidos en el Puesto Salud Santa Ana Costa. Mayo a Julio 2017.	57
Tabla N°03.	Problemas de Salud diagnosticados y auto percibidos en los enfermos diabéticos. Programa de SFT a enfermos diabéticos atendidos en el Puesto Salud Santa Ana Costa. Mayo a Julio 2017.	58
Tabla N°04	Medicamentos utilizados por los pacientes prescritos y no prescritos identificados durante la intervención farmacéutica, en enfermos diabéticos atendidos en el Puesto Salud Santa Ana Costa. Mayo a Julio 2017.	59
Tabla N°05.	Distribución de la frecuencia y porcentajes de los PRMs diagnosticados. Durante el SFT en los enfermos diabéticos atendidos en el Puesto Salud Santa Ana Costa. Mayo a Julio 2017.	61
Tabla N°06	Comparativo de la edad, cantidad de diagnósticos, cantidad de medicamentos, PRMs identificados y PRMs solucionados por pacientes intervenido. Programa de SFT a enfermos diabéticos atendidos en el Puesto Salud Santa Ana Costa. Mayo a Julio 2017.	61
Tabla N°7	Resultados de la intervención a enfermos diabéticos sobre la autopercepción de la actividad física, utilizando el test SF-12. Programa de SFT orientado a enfermos diabéticos atendidos en el Puesto Salud Santa Ana Costa. Mayo a Julio 2017.	62
Tabla N°8	Resultados de la intervención a enfermos diabéticos sobre la autopercepción de la actividad mental, utilizando el test SF-12. Programa de SFT orientado a enfermos diabéticos atendidos en el Puesto Salud Santa Ana Costa. Mayo a Julio 2017.	63

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico N°01.	Porcentaje de medicamentos utilizados problemas de salud identificados, durante el SFT en enfermos diabéticos atendidos en el Puesto Salud Santa Ana Costa. Mayo a Julio 2017.	60
Grafico N°02.	Comparación del resultado del test SF-12 en la dimensión física, antes - después de la intervención. Programa de SFT orientado a enfermos diabéticos atendidos en el Puesto Salud Santa Ana Costa. Mayo a Julio 2017.	62
Grafico N°03.	Comparación del resultado del test SF-12 en la dimensión mental, antes - después de la intervención. Programa de SFT orientado a enfermos diabéticos atendidos en el Puesto Salud Santa Ana Costa. Mayo a Julio 2017.	63

I. INTRODUCCIÓN:

El Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) se define como un espacio sanitario aprovechado para resolver el problema de errores como la auto medicación de los pacientes. En ese sentido, el SFT es una herramienta que permite mejorar los hábitos saludables y educar al paciente para la prevención de la medicación que conlleva al empeoramiento o la cronicidad de la enfermedad. Por ello, para los farmacéuticos, el SFT es una labor importante dentro sus funciones profesionales.

Los Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM), se consideran como un factor vital que determina el éxito o fracaso de las terapias programadas con medicamentos, su origen genera lo que se conoce como Resultados Negativos de la Medicación (RNM), le mismo se refiere a los errores que comete un paciente al usar medicamentos, que puede darse de diferentes maneras, desde la decisión de acudir a consulta a un determinado personal de salud, que bien no podría tener las competencias para recetar medicamentos, también se refiere a los errores en la prescripción del profesional y errores de dispensación, incluso aquellos errores donde el paciente en su vivienda decide cuales, cuantas, el horario y periodo a razón de días debe tomar sus medicamentos. Todo ello, pueden ser tan negativo para su salud, que podría terminar imponiendo al cambio o distorsionando el tratamiento prescrito, generando una cronicidad de la enfermedad, causar una resistencia farmacológica, pudiendo conducirlo incluso a la muerte.

Ese es el objetivo central del proyecto de tesis; demostrar que los profesionales farmacéuticos de la ULADECH están capacitados para resolver PRMs en pacientes Diabéticos. Lo cual a lo largo del desarrollo del proyecto el farmacéutico podrá demostrar sus habilidades y competencias que le permitan desempeñarse satisfactoriamente como miembro de la triada en el manejo de medicamentos en conjunto con el médico y sobre todo el paciente.

Por ello, es importante realizar investigaciones que permitan evidenciar la aportación de la atención farmacéutica y el SFT en precaver y controlar los PRM, principalmente en

trastornos crónicos donde requiere un uso constante de medicamentos como en la diabetes mellitus (DM).

En este escenario, la diabetes mellitus (DM) mantiene un elevado porcentaje de morbimortalidad en la nación que perjudica al 55% de los habitantes adultos ¹⁰. Para tener éxito en el tratamiento de las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, se relaciona de forma directa con el uso correcto de los medicamentos, según las indicaciones. Este uso de medicamentos, tiene influencias de diversas variables que deben ser identificadas para poder evitar desencadenar fracasos en los tratamientos, lo cual conduce a la complicación de la enfermedad padecida, o el origen de otras enfermedades o problemas relacionados al uso incorrecto de los medicamentos.

De ahí se evidencia la importancia de generar estudios para determinar el impacto de la atención farmacéutica y el SFT, analizando aquellas variables que se vinculan de forma directa al triunfo de la terapéutica en el manejo de medicamentos. Precisamente en el actual estudio en la que se encamino estimar el impacto del SFT en la autopercepción de la calidad de vida de pacientes diabéticos como efecto directo de la actividad profesional del farmacéutico.

Es esencial, realizar estudios que evidencien la aportación de la Atención Farmacéutica y la autopercepción de la calidad de vida de pacientes diabéticos, principalmente en pacientes que reciben continuo uso de medicamentos para tratar la enfermedad, tal como la diabetes mellitus.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Específicamente la presente investigación estuvo orientada a determinar si: ¿Tendrá el Seguimiento Farmacoterapéutico impacto sobre la autopercepción de la calidad de vida de pacientes diabéticos del Puesto Salud “Santa Ana Costa”, Distrito Chimbote, mayo – julio 2017?

1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Objetivo General

Determinar el impacto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico sobre la autopercepción de la calidad de vida de pacientes diabéticos tipo 2.

1.2.2 Objetivos Específicos

1.2.2.1 Evaluar el estado de situación del uso de medicamentos y diagnosticar los problemas relacionados con medicamentos (PRMs) mediante un programa de seguimiento farmacoterapéutico (SFT) para su prevención o solución en pacientes diabéticos tipo 2.

1.2.2.2 Medir el impacto de la intervención mediante SFT sobre la autopercepción de calidad de vida en la dimensión física de los enfermos con Diabetes Mellitus 2 (DM 2).

1.2.2.3 Medir el impacto de la intervención mediante SFT sobre la autopercepción de calidad de vida en la dimensión mental de enfermos con Diabetes Mellitus 2 (DM 2).

II. REVISION DE LA LITERATURA:

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico

El Término “Pharmaceutical Care”, traducido inicialmente en España como Atención Farmacéutica, fue utilizado por primera vez por Brodi en 1966 ¹. Sin embargo, no fue hasta la década del 70 que empezó la problematización del nuevo rol sanitario de la profesión farmacéutica, que implicaba un mayor compromiso de los profesionales para asegurar que los pacientes consuman medicamentos de manera apropiada.

Posteriormente Mikeal y col. en 1975 ^{2,3} aportaron las primeras definiciones del término Pharmaceutical Care (PhC): “La atención (the care...) que un paciente determinado requiere y recibe, y que garantiza el uso racional y seguro de los medicamentos”. En esta primera definición, creada en unos años en los que todavía la función del farmacéutico se centraba básicamente en distribuir los medicamentos a la población, el paciente se incorpora como objeto de la actuación del farmacéutico, así como un elemento que necesita y recibe una “atención” que garantice un uso racional de los medicamentos, como analogía de la atención médica (medical care).

Sobre la base de la definición de Mikeal, Brodi en 1980 ⁴ en una conferencia sobre Teoría de la Práctica Farmacéutica propuso que: “El farmacéutico debe ser responsable del resultado de la terapia con medicamentos”. Este autor fue quien desarrolló el concepto en su sentido actual, para incluir la determinación de las necesidades de medicamentos de un paciente y la provisión, no sólo del medicamento requerido, sino también de los servicios necesarios tanto antes, durante o después del tratamiento, para asegurar una terapia adecuada segura y eficaz ^{3,5}.

En el año 1999 una vez definida las bases conceptuales el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (GIAF-UGR) propone el Método Dáder de seguimiento Farmacoterapéutico con el objetivo de ayudar a los farmacéuticos españoles y del resto del mundo a implantar empíricamente esta práctica profesional ⁶.

En el tercer Consenso de Granada (2006) ⁷ sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM), se aceptaron las definiciones propuestas por FORO para ambos conceptos. Se asume la entidad de los PRM como elementos de proceso y como causas de RNM. La definición original de PRM pasa a ser ahora RNM. Se propone un listado de PRM (CUADRO N°02) y una clasificación de RNM (CUADRO N°01). Finalmente se adapta la definición de Seguimiento Farmacoterapéutico del Consenso sobre Atención farmacéutica del Ministerio de Sanidad y Consumo de España, publicado en 2001.

Paralelamente en diversas intervenciones sanitarias basadas en seguimiento farmacoterapéutico se ha evidenciado la ganancia en capacidades y empoderamiento de los profesionales farmacéuticos en muchas realidades occidentales. Las intervenciones orientadas a mejorar la calidad de vida, el uso de los medicamentos y control de diversas entidades patológicas muestran diversos resultados en ámbitos clínicos, humanísticos y económicos ⁷.

2.1.2. Evolución del Seguimiento Farmacoterapéutico en el Perú

Según la política de medicamentos del Perú del 2004 es el primer documento normativo que describe el desarrollo de la atención farmacéutica y el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Farmacia entre los profesionales farmacéuticos, tanto del sector público como privado ^{8,9}.

Los criterios de política se desprende la ley 29459, ley de medicamentos, de 2009 y sus reglamentos que entraron en vigencia en 2011. “De esta norma a su vez se desprende toda la regulación en materia de medicamentos que existe actualmente en el Perú. En ella se zanja el problema semántico y se definen los alcances de la Atención farmacéutica y el Seguimiento Farmacoterapéutico como actividades esenciales de las Buenas prácticas de farmacia” ^{8, 10, 11}.

La Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud del Perú (DIGEMID), en enero del 2008 “el desarrollo de la atención farmacéutica podía ser explicado revisando las distintas actividades académicas normativas y profesionales desarrolladas en los últimos 10 años. En el documento de referencia se explica que la

implementación de la atención farmacéutica en el Perú se ha basado únicamente en evaluar el potencial efecto de los programas y en la identificación de las características a favor y en contra que tienen los tipos de establecimientos de salud existentes y las estrategias que se requerirían en cada uno para la implementación de este servicio”¹².

En el 2012 la DIGEMID, presentó su modelo de SFT para establecimientos farmacéuticos públicos. Se declaran las fases del proceso y se sugieren hacer mediciones de los resultados a través de indicadores de uso de medicamentos, resolución de problemas relacionados con medicamentos y el impacto del proceso sobre la adherencia al tratamiento. Sin embargo, no existe una guía de cómo desarrollar el proceso¹³.

2.1.3. Antecedente Epidemiológicos de la Diabetes Mellitus (DM)

La diabetes mellitus (DM) es una de las enfermedades con mayor impacto socio sanitario, no sólo por su alta prevalencia, sino también por las complicaciones crónicas que produce y por su elevada tasa de mortalidad. La forma más exacta de estimar la prevalencia de la DM es la práctica de un test de tolerancia oral a la glucosa. En España, la prevalencia de la DM se estima en un 6,2% para los grupos de edad 30-65 años, y del 10% para 30-89 años. La proporción de DM conocida frente a la ignorada oscila entre 1:3 y 2:3 del total. Los factores de riesgo de las DM más importantes son la edad, la obesidad y la historia familiar de DM. La incidencia de la DM tipo 2 se estima en 8/1.000 habitantes año, y la de DM tipo 1 en 11-12 casos por 100.000 habitantes y año. La prevalencia de las distintas complicaciones crónicas varía en función del tipo de DM, tiempo de evolución y grado de control metabólico, estimándose globalmente en la siguiente: neuropatía, un 25%; retinopatía, un 32%, y nefropatía, un 23%. La DM es una de las principales causas de mortalidad en España, ocupando el tercer lugar en mujeres y el séptimo en varones¹⁴.

La diabetes está asociada a un incremento de muerte prematura; así, cada año, cerca de 4 millones de muertes son atribuidas a la Diabetes Mellitus (DM) lo que constituye el 6.8% de la mortalidad global por todas las causas, el 80% de las muertes por Diabetes Mellitus (DM) se produce en países en vías de desarrollo. En consecuencia, los diabéticos tienen un mayor riesgo de desarrollo complicaciones macro vasculares como enfermedad

isquémica coronaria, enfermedad cerebro vascular y complicaciones microvasculares como retinopatía, nefropatía y neuropatía.

En nuestro país, un estudio realizado por el instituto nacional de salud, la prevalencia de (DM) en mayores de 20 años para el año 2005 fue 2.8%, asimismo los estudios de factores de riesgos realizados por la dirección general de epidemiología encontraron una prevalencia de DM de 2.8% a 3.9% en ciudades de la costa o sierra (Lima, Callao, Villa el Salvador, Trujillo, Huancayo).

Actualmente se estima en 300 millones de diabéticos en el mundo, este número se puede incrementar a 439 millones en el 2030. Lo mismo debe estar ocurriendo en todo el Perú, siendo, además, prevalente en los sectores más necesitados de la población que carecen de una educación básica y de conocimiento de los factores de riesgo. Desde el inicio de la Vigilancia Epidemiológica de Diabetes al primer semestre de 2013 se habían registrado 501 casos de diabetes, en 16 hospitales (seis de ellos en Ancash) y en una clínica privada de Ancash ¹⁵.

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

Existe evidencia que evidencia que el seguimiento farmacoterapéutico es capaz de impulsar la mejora de la atención sanitaria a los pacientes, con los consiguientes beneficios para la salud de los mismos, y el establecimiento de estrategias que persiguen el progreso de las habilidades y capacidades profesionales de los farmacéuticos y de los médicos, quienes evalúan en conjunto la calidad de la farmacoterapia ¹⁶.

Sin embargo, dicha evidencia no termina de demostrar cambios en resultados de salud, se encuentra distorsionada con otras intervenciones farmacéuticas que no corresponden a una práctica asistencial orientada a los pacientes y no se ha indicado contundentemente al entorno sanitario la efectividad y la eficiencia del SFT ¹⁷.

Por lo tanto, a través de numerosos estudios referentes al SFT mencionados, se pretende evidenciar su eficacia y/o resultados significativos. Respecto a esto último, un estudio de Seguimiento farmacoterapéutico ambulatorio en pacientes hipertensos, realizado por Velasco G. Concluye que el SFT en hipertensión arterial es una práctica posible, capaz

de producir resultados positivos, mejorando la calidad de vida del paciente, la comprensión de su enfermedad para una adhesión al tratamiento farmacológico ¹⁸.

Así mismo el seguimiento farmacoterapéutico es una estrategia para mejorar y lograr el mayor beneficio de la farmacoterapia y persigue como resultado mejorar la CVRS del paciente ^{4, 55, 56}. Esto es concordante con un estudio realizado por Tafur y García en la cual muestran resultados positivos acerca de llevar a cabo estudios farmacéuticos sobre la evaluación de la CVRS, especialmente en enfermedades crónicas que afecten significativamente la CVRS; además esta evaluación puede ser incluida en el SFT para evaluar resultados en la mejora de calidad de vida (CV) ¹⁹

Simón et al “como resultado de un meta análisis de las intervenciones farmacéuticas relacionadas con CVRS hallaron cambios significativos sobre todo en aquellas relacionadas con asma, hipertensión y cardiopatías crónicas” ²⁰.

Según Ayala et. al en “un estudio para evaluar el impacto de la intervención del farmacéutico en la CVRS de pacientes con diabetes mellitus (DM), que acuden a los consultorios externos de un servicio de cardiología, concluyen que el trabajo de los profesionales Químicos Farmacéuticos influyen positivamente sobre la Calidad de Vida relacionada con la Salud” ²¹.

Los estudios son reafirmados por muchas publicaciones de investigación; como el de Bances C. que “ha demostrado que el programa de SFT fue eficiente, en el cual todos los pacientes intervenidos fueron diagnosticados con problemas relacionados con medicamentos y que así mismo las estrategias desarrolladas para la solución de PRMs fueron aceptadas y se lograron solucionar la mayoría de los problemas relacionados a medicamentos diagnosticados. Del mismo modo el SFT tuvo un impacto significativo sobre la percepción de la calidad de vida de los pacientes” ²².

2.2. MARCO TEORICO DE LA INVESTIGACION

2.2.1. Problemas Relacionados con el uso de medicamentos.

Aquella apreciación del medicamento con una óptica de un bien económico es raro que en todo momento tenga la misma dirección como impresión del bienestar de la sociedad lo que produce que los beneficios financieros se sitúen a lo saludable. Lo que hace habitualmente se dañe y esté en peligro la vitalidad de la población, sobre todo en las más indefensos, imaginándose una estable presión entre, velar los escasos acciones terapéuticas reales y de la mano la extensión de conocido como mercado de los medicamentos o farmacéutico ^{23,24}.

Ello impulsa la idea de que, las medicinas o fármacos podrían ser presentado como un buen público, buscando un balance entre los intereses económicos de las industrias que la producen y por el otro lado los pacientes que la consumen o necesitan, de esta manera buscar una regulación legítima. Más allá de los intereses económicos de las industrias y los distribuidores, los medicamentos deben ser considerados una herramienta de salud pública que debe ser un derecho.²³

El alcance social de los fármacos o medicamentos se basa en sus beneficios impalpables, difíciles de estimar, como las emociones humanas: el descenso de los padecimientos y su aporte a la oportunidad de mayor vitalidad y al gozo de los pacientes. La contribución de los fármacos en la medicina como ciencia, sumado modelos de asistencia para cuidar la salud, calmar la variedad de dolores físicos y mentales tanto de pacientes, sus cuidadores familiares a respondido a la búsqueda de alcance social ^{23,24}.

Así mismo, con el empleo de fármacos a veces no logra su objetivo, según su acción terapéutica para la salud, por diversos motivos, que podrían generar una resistencia al medicamento o complicaciones por su uso. Aquellos desperfectos de la atención con medicamentos influyen en la salud de las personas enfermas y así como en recursos sanitarios y/o sociales, lo cual los modifica en un verdadero dilema para la salud a nivel

pública ^{25,26,27}. Según Strand y Hepler ^{26,28,29}, mencionan que la PRM, como la resistencia o desprecio por parte de la persona enferma hacia el medicamento, sus acciones farmacológicas y pone en duda su eficacia real. Para poder identificar un PRM se deben tener en cuenta estas dos consideraciones: 1) el paciente debe mostrar alguna patología o síntomas evidentes, y 2) aquella patología tiene que estar relacionado que sea capaz de ser identificado o al menos generar una sospecha con el uso del medicamento.

2.1.1. Identificar Problemas Relacionados con Medicamentos y Resultados Negativos de la Medicación.

La dimensión de uso de medicamentos, es un campo tan complejo que requiere el análisis desde la dispensación, prescripción, administración, SFT y otros factores como la medicación, que es un caso típico de error de medicación que termina complicando la salud del paciente ²⁹.

Debido que el error en la medicación (EM) juega un papel importante, Blasco, Mariño y sus colaboradores³⁰, mencionan que es se denomina así a toda acción de parte del paciente que causa un daño en su salud debido al uso de medicamentos, que puede causar los RNM, o bien, generar un uso incorrecto de los medicamentos al no estar bajo el manejo de un profesional farmacéutico, lo cual conduce directamente a los PRM.

Los PRM son los causantes de aquellos RNM, conocido también con el nombre de morbilidad Farmacoterapéutico (MFT). Los PRM son errores de procedimiento de alguna de las partes que ocasionan un riesgo elevado de padecer algún RNM, pues existe una relación causal entre sus resultados y la farmacoterapia o EM. Pudiéndose producirse posterior al EM ⁸⁴.

Cuando se dio el Tercer Consenso de Granada, en el año 2007 ^{80, 85 86, 87} establece como indicio de RNMs. a la: “coyuntura en la que el enfermo se encuentra en peligro de padecer un conflicto de salud relacionado con la utilidad de medicamentos, habitualmente por presencia de uno o más PRM”, lo que se tiene en cuenta como principio del peligro u origen de este RNM (Cuadro N° 03).

Los PRM en calidad de causante de RNMs, generan una variedad de resultados negativos que se describen en el (Cuadro N° 02). Tomando estas recomendaciones Ocampo⁹²

propone modificar la lista original de 14 PRMs del Tercer Consenso de Granada a 16 entidades tal como se muestra en el Cuadro N°05.

CUADRO N°01. Agrupación de RNM. III Consenso de Granada. 2007 (Agrupación que le compete a los PRMs hasta el II Consenso de Granada)

N°	Clasificación del RNM	Descripción del RNM
1	Necesidad	Se refiere a la necesidad de tratamiento que requiere un paciente para ser tratado con medicamento
2		También puede ser el efecto que necesita el paciente, pero que en realidad no necesita, solo es una percepción.
3	Efectividad	Inefectividad no cuantitativa. Cuando el paciente sufre una enfermedad o causa de una inefectividad de la medicación, que no se puede medir.
4		Inefectividad cuantitativa. Un problema de salud que sufre un paciente, este mal es cuantificable
5	Seguridad	Inseguridad no cuantitativa. Cuando se sufre un problema de salud relacionado a una inseguridad que no se puede medir,

Tomado de: Tercer Consenso de Granada 2007 ^{26, 32, 33}.

Los PRM se clasifican en: potenciales o no evidenciados, es identificable una vez que el paciente constata algún RNM, que podrían obstaculizar en los resultados anhelados por el paciente y esté relacionado con la farmacoterapia que causó algún RNM ³¹.

La nueva descripción de PRM y RNM es una propuesta que busca posicionar al profesional Farmacéutico. Con nuevos roles como dar el soporte, la verificación, el SFT y de esta manera evitar los PRMs y así también los RNM, generando diagnósticos relacionados a lo mencionado hasta aquí.

CUADRO N°02. Relación de PRM

(PRM)

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

Modificado de: Tercer Consenso de Granada 2007 ^{26, 32, 33}.

En esta lista original, Ocampo P. incluyó tres PRMs más que corresponden a: 14) Influencia del entorno; 15) Uso de medicamentos de origen ilegal y 16) Problemas económicos. Esta modificación se hizo siguiendo la propia recomendación de la Universidad de Granada de incluir a la lista original nuevas categorías de acuerdo al estado del problema en una realidad concreta y que obviamente no tengan una equivalencia en las ya existentes y con el fin de describir de manera más precisa el origen de un problema.³⁶

En el hábito, ha acontecido en que los farmacéuticos han evadido emplear el término diagnóstico para hacer referencia en resumen al ejercicio especialista de evitar RNMs por medio de la verificación y de la terapéutica de origen, los PRMs. Si, bien el médico es quien determina que enfermedad tiene el paciente, el farmacéutico debe conocer a detalle los PRMs, de quienes deberían saber realizar el diagnóstico y así evitar los RNMs.

Tal como se mencionó, no todos PRM se dan a raíz de un EM, sin embargo, los EM si se convierten en PRM. Ante ello, Ferriols ³⁷ menciona que, es muy regular los PRM se produzcan en el proceso de elección de los medicamentos que se prescriben o indica, también se da en la dispensación, administración y en la monitorización. De un adecuado o equivocado acción en cualquier paso mencionado, depende la evolución del paciente

con algún tratamiento farmacológico, en ese sentido se debe hacer un SFT para evitar PRM y RNM³⁸.

En ese sentido, el profesional farmacéutico debe estar preparado para identificar aquellos errores, con el propósito de plantear alguna solución y así evitar enfermedades comórbidas o complicaciones por el uso de medicamentos.

2.1.1. La Atención Farmacéutica y el SFT: Responsabilidad del Farmacéutico en el Mantenimiento de la Salud Pública.

Conceptos filosóficos de la atención farmacéutica muestran el gran valor de la farmacia dentro la comunidad o la sociedad, cumpliendo un rol importante en la salud pública con su componente principal que es el medicamento ⁵.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional Farmacéutica (FIP), indican que la función del farmacéutico compromete suministrar medicamentos y otros productos para la mejora de la salud, como un servicio para la población ³⁹.

Retomando a España, País en donde ha avanzado mucho al AF, sus autoridades han atribuido actividades de evaluación de la calidad de la prescripción de medicamentos y la farmacovigilancia al farmacéutico ^{26, 40, 41}.

Mientras que, para los entornos comunitarios, Rodríguez⁴² menciona que los esfuerzos de la AF podrían mejorar las terapias farmacológicas de esta manera podrían los pacientes recibir un mejor servicio en su salud.

Como las estas actividades no están ligadas estrechamente con el paciente, se pueden considerar como actividades direccionadas al control de calidad de los medicamentos, y de todo el proceso logístico, tanto en los sistemas intrahospitalarios como en los suministros externos, todo centrado en el manejo de la calidad ^{5, 31}.

Las Buenas Prácticas (BP) en la Dispensación, la Indicación Farmacéutica, el SFT, las BP de Farmacovigilancia y las funciones centradas en la Farmacia Clínica, deben buscar reducir o eliminar los PRMs.

Lo notable a lo mejor de la atención farmacéutica es el empleo de la definición misma. Quizás rara vez visto en la biografía de la farmacia se había utilizado la definición “atención” para mostrar el cargo del farmacéuta hacia la humanidad. Es habitual opinar de los servicios que brindan los farmacéuticos existen algunas diferencias entre los términos que vale la pena analizarlas. El diccionario define a la “atención” como como una acción de una persona hacia otra buscando su bienestar, y también su seguridad, por lo que se ve involucrado funciones como una responsabilidad y labores a cumplir⁴³.

Cuadro N° 03: Actividades de AF en el ejercicio profesional del farmacéutico comunitario ⁴².

<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>

Al difundir la palabra “atención” el farmacéutico se nivela con los demás especialistas de la salud que están al cuidado del enfermo y lo ubicamos, en el medio de nuestra tarea profesional. Existen tres piezas básicas que distingue el acto de la atención farmacéutica: Responsabilidad, comprometido en laborar con el enfermo para obtener los propósitos terapéuticos deseados y el restablecimiento de la CV de la persona enferma ^{43, 44, 45}.

Antes se realizaba el acto de la venta del medicamento, como una función única del farmacéutico, pero quedaba un vacío en la desatención del paciente en cuanto al modo de

uso, alguna reacción adversa o cuando seguía enfermo y su tratamiento se terminaba, incluso el paciente no sabía a quién acudir cuando tenía dudas sobre el fármaco, acerca de su uso y otras; en este contexto es donde la atención farmacéutica, cumple un rol de vital importancia, pues, el profesional en farmacia brinda orientación para que la terapia que recomienda el médico, tenga un resultado esperado^{43, 44, 45}.

Por ello, el más grande conflicto del significado de Atención Farmacéutica es conducir a la habilidad. Se designó para esta finalidad una serie de actividades definida que otorgue ganancias favorables que alegue el rendimiento laboral del profesional farmacéutico para precaver, solucionar o amenguamiento de los PRM.

De esta manera se instaura la función del farmacéutico en el proceso SFT^{26, 46, 47}. La expresión de SFT y el III Consenso sobre Atención Farmacéutica de Granada²⁶, mencionan que el SFT es una labor del farmacéutico cuya responsabilidad es brindar apoyo en el las necesidades, inquietudes y proceso de tratamiento de un paciente a través de los medicamentos.

Por medio del SFT se pretende encontrar o detectar aquellos PRMs, esto a su vez evitará el origen de un RNM. Es un proceso multidisciplinario que es acompañado del médico y otros profesionales de salud quienes en conjunto buscarán una mejor CVRS para la persona enferma^{48, 49}.

Machuca señala⁵⁰ sobre las definiciones de: AF, intervención farmacéutica (IF) y SFT se emplean indeterminadamente en las diversas averiguaciones para señalar una similar tarea situada a avalar la calidad en la administración de los fármacos por las personas enfermas que están en terapia.

Martí y Jiménez⁵¹, mencionan que de modo frecuente los procesos de AF y/o SFT deben basarse en procedimientos y técnicas basadas en el método científico y que permita ser reproducible en posteriores oportunidades cumpliendo con:

- a) Identificar personas enfermas para su acción
- b) Anotar aquellas condiciones que causaron los PRM, apuntar también su expediente.

- c) Originar alarmas, de un modo que el sistema detecte las equivocaciones.
- d) Estimar el rendimiento clínico de los programas de asistencia clave en el proceso.
- e) Mostrar avances que favorezcan una mejor oferta en la gestión del farmacéutico.

Según Sabater y sus colaboradores⁵² mencionan que la definición del SFT está en evolución, mientras tanto esta como un proceso donde atienden o forma de proceder sobre un tratamiento con uso de medicamentos de una persona enferma, con la finalidad de evitar algún PRM, o en su defecto RNMs, los mismo se describen mejor en el Cuadro N° 04.

A lo largo del tiempo, se han propuesto diversos modelos o sistemas que buscaban brindar una AF a la persona enferma, tal como la Therapeutic Outcomes Monitoring (TOM) que buscaba trabajar con pacientes que tenían mayor riesgo de trastornos, creado por Charles Hepler, así también, está la Global Pharmaceutical Care creado por Linda Strand y sus Colaboradores, y el método de SFT de Dáder, este último trabajado y mejorado por la Universidad de Granada, España^{40,41}. Sin olvidar al sistema IASER que fue creado por Climenti y Jimenez⁵¹.

Por medio de esta línea de estudio, de buscará transformar el modelo DADER para el uso en el SFT, para medir el impacto de esta intervención en el SFT^{53,54}, esta iniciativa, es tomada por Ocampo³⁴ con la intención de prevenir y/o en el mejor de los casos resolver los PRMs y RNMs.

Este modelo DADER es creado durante el año 1999, en el 2005 recibe mejoras, buscando hacer de ella, un instrumento de evaluación normado. Así es como llega al interés del campo de la farmacia y los profesionales farmacéuticos⁵⁴.

Cuadro N°04. Clasificación de IF destinadas a prevenir o resolver RNM.

	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).	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.
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. ⁵²

La acción ejecutada por medio del SFT resultó un éxito para la prevención, detección y resolución de PRM en la atención primaria de salud ^{54,55,56,57}. En ese sentido, resulta de interés realizar estimaciones del impacto social en el AF ^{58,59}.

Las modificaciones y particularidades han sido mejoradas en el desarrollado por Ocampo ³⁵ quien considera aspectos de semántica y emplea terminologías para cada carencia del beneficiario o paciente enfermo, buscando que tanto para el paciente y el farmaceuta

puedan acomodarse a sus criterios, buscando la adherencia al medicamento y su efectividad con más de 70%, lo cual hace del uso de medicamentos en un problema serio que debe ser seguido.

Es así, que tanto en el modelo DADER ^{49,53} como en el adaptado por Ocampo ³⁵ es posible reconocer como el punto inicial del SFT, los siguientes puntos: a) A partir de la información del paciente, identificar los indicios sobre PRMs, b) El entrenamiento al paciente para evitar o solucionar los PRMs y posibles RNMs, por último, c) Estimar el estado de salud del paciente a partir del SFT, con mayor descripción en la Figura N°05.

Por medio de la línea de investigación e Farmacia, se realizará un contacto con la comunidad, por medio del puesto de salud, ofreciendo el servicio integral para fines de desarrollar este estudio ⁶⁰⁻⁶¹.

FIGURA N°01. Pasos Clave del Método DADER Modificado de SFT.



Tomado de: Ocampo P. ⁹²

Este nuevo modelo, permitirá desde un centro de dispensación farmacéutico la oportunidad de encausarse en actividades educativas para los pacientes, dará liderazgo en la orientación del uso del medicamento desde los establecimientos farmacéuticos.

Es importante crear una herramienta que vaya más allá de una valoración en el campo de la salud, debe valorar también la labor del farmacéuta y generar una ganancia económica para el establecimiento que expende los medicamentos. Superar esta barrera es uno de los principales logros que busca el SFT, pues buscar regular aquellas actividades dirigidas al apoyo al paciente en el proceso de la terapia con medicamentos en el Perú.

2.1.1. Autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud

Un trabajo que complementa y que va más allá de la función primordial que cuidar la salud de las personas, evitar la mortalidad, es buscar la salud integral de las personas, desde los enfoques de prevención, promoción, evaluación e intervención, dentro de ella, juega un papel importante la evaluación de la calidad de vida, debido a que reporta la percepción del paciente frente al tratamiento que el profesional puede estar brindándole ^{62,63,64}.

Diversos ensayos clínicos aleatorizados o controlados (ECA), han permitido estimar que a medida que la cronicidad de una enfermedad incrementa, es más baja la CVRS, estos estudios sugieren la importancia de evaluar la CVRS en cada acción de tratamiento, pues influye en su percepción de mejoría o cronicidad de la enfermedad ^{65,66}.

Sin lugar a dudas en el modelo de SFT, siendo un sistema que permite un seguimiento a la terapia recibida con medicamentos es preciso realizar la evaluación de la CVRS por parte de farmacéuta⁷⁷. Con una buena CVRS Con esto, se busca no solamente que el paciente logre vivir varios años, más bien que el paciente que recibió la terapia farmacológica pueda percibir que ha vivido ^{67,68}.

El farmacéutico, tiene escasa experiencia en la medición de la CVRS, debido a que esta función no era regulada, se creía que no era necesario, sin embargo, en diversas partes del mundo los farmacéuticos mostraban interés en la evaluación de la CVRS en los pacientes ¹⁹.

La CVRS, viene a ser la percepción que el paciente tiene hacia su estado de salud en general que está compuesta por la salud física, mental, social y cultural. Esta percepción puede ser alterado en la percepción por factores que alteran su tranquilidad o vida cotidiana como una enfermedad, síntomas que no le permiten percibir una buena vida ^{69,70}. Una herramienta útil para medir la CVRS es la “medical outcomes study short form” que con anterioridad ha sido utilizado por los farmacéuticos, para conocer la percepción de la salud de sus pacientes^{19,70}.

A la fecha aún existen estudios que indican que medir la CVRS es un sesgo frente a la acción de los medicamentos, debido a aspectos subjetivos que se deben superar en los estudios posteriores, pero aquello no limita la importancia de evaluar aquel componente ^{69,72}.

Estudios preliminares muestran que existe relación entre la adherencia al tratamiento y la CVRS en pacientes con diabetes mellitus 2 ⁶⁹. Asimismo, en pacientes con enfermedad coronaria se encontró que la baja CVRS se relaciona con el empeoramiento de la salud física y mental ⁸. Un estudio de meta análisis de intervención farmacéutica y la CVRS se encontró mejorías en diversas enfermedades como asma, cardiopatías e hipertensión ²⁰.

Diversos estudios muestran la utilidad del instrumento psicométrico SF-36 de la versión breve compuesta por 12 ítems, que mide la CVRS, con puntuaciones estandarizadas en sus dos dimensiones que son física y salud mental de acuerdo a estándares poblacionales para hacer comparaciones intra e inter poblacionales sobre el efecto de variables externas que afectan la salud de los individuos ^{73,74,75}.

La dimensión física del instrumento mide la autopercepción del estado de salud físico y refleja la valoración del paciente acerca de cómo realiza sus actividades que demandan ese tipo de esfuerzo tales como: realizar las labores propias de su trabajo, realizar labores del hogar, subir escaleras, etc. Reflejan la movilidad del paciente y su capacidad para interactuar con su entorno ^{74,76}.

La dimensión mental por su parte mide la autopercepción del estado de salud mental o psicológica, refleja la estimación del paciente acerca de su estado de ánimo, incentivo para efectuar sus actividades cotidianas, su adaptación con su entorno afectivo y amical ⁷⁴.

2.1.2. Diabetes Mellitus.

La DM es una enfermedad no transmisible que se origina la deficiencia de la segregación de la insulina por el páncreas. La insulina, cumple la función de regulación de los azúcares que contiene la sangre. En la DM no controlada, se da por una ausencia de la producción de insulina tipo I, o por errores en su uso por parte del organismo. Un aumento descontrolado de azúcares en la sangre conocido como la hiperglucemia es la DM 2, esta enfermedad complica los órganos del cuerpo, sistemas como también los vasos sanguíneos.

La DM 2, genera una acción insulino resistencia debido a una declinación que se complica cada vez más de forma progresiva de la célula beta, por lo tanto, no se activan los mecanismos de ingreso de azúcares a los tejidos, quedando el azúcar en la sangre en concentraciones tóxicas generando múltiples problemas degenerativos. La DM 2, se inicia generalmente en las edades tardías o adultas. Es una enfermedad crónica y principalmente por riesgos como el peso corporal excesivo y a la escasa actividad física ^{78,79}.

Los síntomas principales de la DM 2 es la polidipsia, poliuria, hambre constante o polifagia, disminución de peso, niveles altos o iguales de glicemia a 126 mg/dl, o una medida de glicemia en cualquier horaria, que supera a 200 mg/dl. Una de las razones por las que muchas personas que lo sufren no saben que tienen DM 2, es por su característica de asintomática ^{78,79}.

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

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

Las consecuencias de DM al no ser controlada, puede generar alteraciones a nivel de las microvasculares, que causaría la pérdida de visión, problemas renales de nivel crónico, diversas neuropatías, génesis del arterioesclerosis y otras complicaciones. Asimismo, la DM está asociada a una negativa percepción de la vida, reducción del tiempo de vida, complicaciones mórbidas y aumento en los costos de tratamiento cada vez mayores. Para poder tratar la DM 2, el primer paso es cambiar el estilo de vida, cambio de la alimentación a más saludable, control del peso corporal de forma periódica, tratamiento bucodental permanente y se debe tratar cada enfermedad que aparece, buscando un rango normal considerado así los niveles de 110mg/dl, buscando ante todo la seguridad de que lo padece ^{78,79}.

2.1.3. Puesto de Salud Santa Ana Costa.

Este estudio se desarrolló en el Puesto de Salud Santa Ana Costa, la misma, está ubicada en la ciudad de Chimbote, Ancash, dentro del Asentamiento Humano “Fraternidad”, en general, se cataloga a la población que vive en esta zona como familias en condición de pobreza o nivel socioeconómico bajo

Esta institución del estado peruano, brinda servicios de medicina, enfermería, obstetricia, laboratorio, farmacia, tópico y servicio dental. Por ende, se puede encontrar a un profesional farmacéutico laborando, quien ofrece la dispensación de medicamentos en su totalidad del grupo de los genéricos, previa receta médica que autorice el uso. Además de los medicamentos, también distribuye otros artículos que se utilizan para administrar los medicamentos o realizar terapias a fines. El promedio de personas que atiende la farmacia está entre 70 – 80, aproximadamente, 3020 a 3050 recetas médicas mensualmente, brindando una atención de 12 horas de servicio pro día, las enfermedades más comunes a tratar son problemas respiratorios como el IRA, enfermedad diarreica, infecciones urinarias, hipertensión, problemas relacionados con la piel, DM y otros.

Además, actualmente, viene implementando, las buenas prácticas de la administración farmacéutica y de almacenamiento, buscando la certificación en estas funciones, como también en el proceso del SFT.

III. HIPOTESIS

3.1. Impacto del SFT sobre la dimensión física

3.1.2. Ho

El programa piloto de SFT no tiene efecto para mejorar la auto percepción de la calidad de vida en la dimensión física de pacientes diabéticos.

3.1.2. H1

El programa piloto de SFT tiene efecto significativo para mejorar la auto percepción de la calidad de vida en la dimensión física de pacientes diabéticos.

3.2. Impacto del SFT sobre la dimensión mental

3.2.1. Ho

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

3.2.2. H1

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

IV. METODOLOGÍA.

4.1. Diseño de la investigación

4.1.1. Tipo y nivel de la investigación.

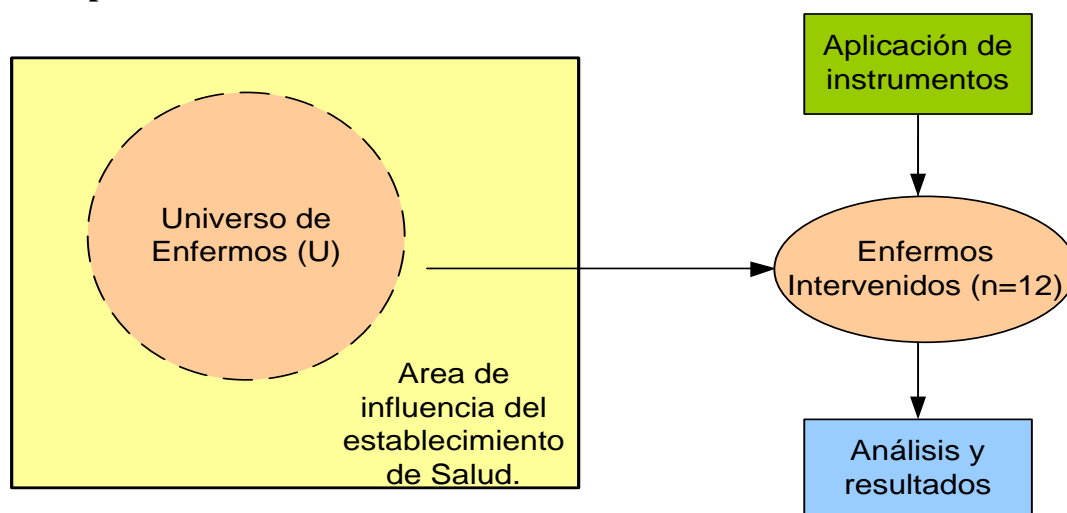
La actual es una investigación de Tipo Aplicada en la que se pondrán en práctica modelos de intervención farmacéutica para la solución de problemas relacionados con el uso de medicamentos y la medición de su eficacia.

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.

4.1.2. Diseño de la Investigación:

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

FIGURA N°02. Esquema del modelo de intervención farmacéutica con diseño d descriptivo.



Fuente: Elaborado por OCAMPO

4.2. Población y muestra.

El universo de sujetos de estudio estará conformado por aquellos pacientes atendidos de manera regular en la Farmacia del Puesto de Salud Santa Ana. Los pacientes que formarán parte de la muestra de investigación serán aquellos que, al momento de la propuesta del servicio en la farmacia, estén a punto de empezar una prescripción facultativa para consumir por un tiempo determinado por lo menos un medicamento destinado a tratar la Diabetes.

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° 02). 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.

El universo de sujetos de estudio estuvo conformado por pacientes atendidos de manera regular en el Puesto de Salud Santa Ana Costa. Los pacientes de la muestra de investigación se autoseleccionaron entre aquellos que visitaron el Puesto de Salud durante el mes setiembre del 2017, cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron libremente ingresar al programa de SFT mediante la firma de un documento de consentimiento informado. El número final de pacientes de la muestra fue prefijado arbitrariamente en 12 pacientes.

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

- Pacientes diabéticos entre 40 y 70 años que visiten el establecimiento farmacéutico durante el periodo de captación en busca de medicación para el tratamiento de la enfermedad.
- Los pacientes siguen una prescripción para el tratamiento de Diabetes con una antigüedad no mayor a 3 meses, evidenciada con receta médica.

- Los pacientes siguen prescripción con medicamentos para el hipercolesterolemia puro (E78.0 según CIE10).
- Firmen libremente un documento de consentimiento informado.
- 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 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.

4.1. Definición y Operacionalización de las variables.

4.3.1. Matriz Operacionalización.

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 una intervención profesional en una secuencia de actividades en cinco fases conducidas por el Farmacéutico y dirigidas al paciente y/o prescriptor ⁸³ .	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	Situaciones que en el proceso de uso de medicamentos causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación. En la presente investigación utilizaremos como base el listado original de PRM sugerido por el tercer consenso de Granada ^{1,59} . (Cuadro N° 01).	El diagnóstico de PRMs fue cuantitativo como resultado del análisis de la información recogida en las fichas farmacoterapéuticas.	Cantidad de PRMs diagnosticados de acuerdo a la tabla modificada por Ocampo, de 16 potenciales problemas y que se describen en el cuadro N°01.
	Resultados Negativos Asociados con la Medicación (RNM).	Se define como sospechas de RNM a la situación en la que el paciente está en riesgo de sufrir un problema 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) ⁶⁸ .	La identificación de los RNMs se realizó en la FFT luego del análisis y la tipificación del PRM que es la causa original.	Los RNMs se clasifican según: Necesidad, efectividad y seguridad. La descripción se desarrolla en el cuadro N°02.

	<p>Medición de la autopercepción de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS).</p>	<p>Es un indicador indirecto del componente humanístico de las intervenciones farmacéuticas. Definimos como percepción de la CVRS a aquella que un individuo tiene de los componentes físicos, psicológicos y sociales de su salud que pueden ser influenciados por sus experiencias, creencias, expectativas y percepciones personales. Evaluamos la variable en sus dimensiones de salud física y mental.</p>	<p>Utilizamos para el análisis el instrumento SF-12.</p>	<p>DIMENSION FISICA: Evaluaremos la percepción que tiene el paciente de su estado de salud físico, si puede caminar, subir o bajar escaleras y si hace sus deberes cotidianos con normalidad.</p> <hr/> <p>DIMENSION MENTAL: Evaluaremos como se siente la persona emocionalmente si hay factores que alteran su tranquilidad o vida cotidiana como una enfermedad.</p>
--	---	---	--	---

4.2. Técnicas e instrumentos.

4.4.1 Técnica

El Seguimiento Farmacoterapéutico se manejó a través de la técnica de la entrevista personal y la conversación telefónica. La entrevista personal se realizó en el establecimiento farmacéutico o en el domicilio del paciente. La técnica de abordaje y de interacción con el paciente en las entrevistas fue el recomendado por la guía de seguimiento Farmacoterapéutico del método Dáder ^{8,86}

4.2.2. Instrumentos

4.2.2.1. Ficha Farmacoterapéutico (FFT) (Anexo 03).

Las FFT son hojas para el registro de los datos del seguimiento farmacoterapéutico. Es el instrumento base para el levantamiento de información. Es un documento que consiste en 5 partes de información sobre el paciente: Datos generales, información sobre las enfermedades, los medicamentos prescritos, hábitos de vida, automedicación y problemas con el uso de medicamentos. En la segunda parte se han incluido hojas de reporte de las acciones realizadas por el profesional farmacéutico para resolverlas.

Se utilizó este instrumento en las 5 fases del SFT. El registro de la información en las FFT se realizó de acuerdo a las indicaciones de la Guía para el Seguimiento Farmacoterapéutico del método DADER. ⁸⁷

4.2.2.2. Instrumento para medir la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud.

El test de Salud SF-12 es la adaptación realizada para España por Alonso y cols. del SF-12 Health Survey (Ver Cuadro N° 06). 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 ^{82, 83 89}. El procedimiento para la determinación de la sumatoria de los scores 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 scores. (Anexo N° 06).

PASO 3. Se sumaron los valores hallados en el paso dos desde la pregunta 1 hasta la 12 y se aumentó en 56,57706 para crear el SF-12 en el componente físico y 60,75781 para el componente mental que son valores estándares que definen el score final tal como lo describen la Universidad de Michigan y el US Department of Labor ^{90,91}.

Para facilitar la interpretación; se han estandarizado 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). La puntuación se realizó con un ordenador y utilizando los algoritmos de puntuación del Anexo 06 al inicio y al final de la intervención ⁹⁰.

CUADRO N° 06. Medición de la Autopercepción de la calidad de vida de los pacientes diabéticos.

CUESTIONARIO DE LA AUTOPERCEPCION DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD. Programa de Atención Farmacéutica para pacientes **diabéticos**.

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

COD INTERV:

INSTRUCCIONES :

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

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA:

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

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

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

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

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

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

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

1) Si 2) No

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

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

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

1) Si 2) No

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

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

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

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

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

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

9. Se sintió calmado y tranquilo?

10. Tuvo mucha energía?

11. Se sintió desanimado y triste?

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

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

4.2.2.3. Instrumento para medir la Glucosa sanguínea

Se utilizó un Glucómetro marca NIPRO Prestige Fácil⁹² (Ver anexo N° 05). El equipo fue calibrado y validado. El instrumento arroja datos de glucosa en miligramos por decilitro de sangre. Los valores de glucosa normales se muestran en el cuadro N°08. El procedimiento de uso del instrumento se describe en el anexo. Los valores de glucosa sanguínea se anotaron en Ficha 1, hoja 3 de las FFT.

4.4.3. Procedimiento de recolección de datos.

Los datos se recolectaron durante el programa de seguimiento Farmacoterapéutico, cuyo proceso se esquematiza en la Figura N° 03. En esencia se sigue el procedimiento sugerido en el método Dáder ⁴⁹ con la modificación de la terminología y el anexo de otros datos que son útiles para nuestra realidad.

Las etapas del procedimiento de recolección de datos:

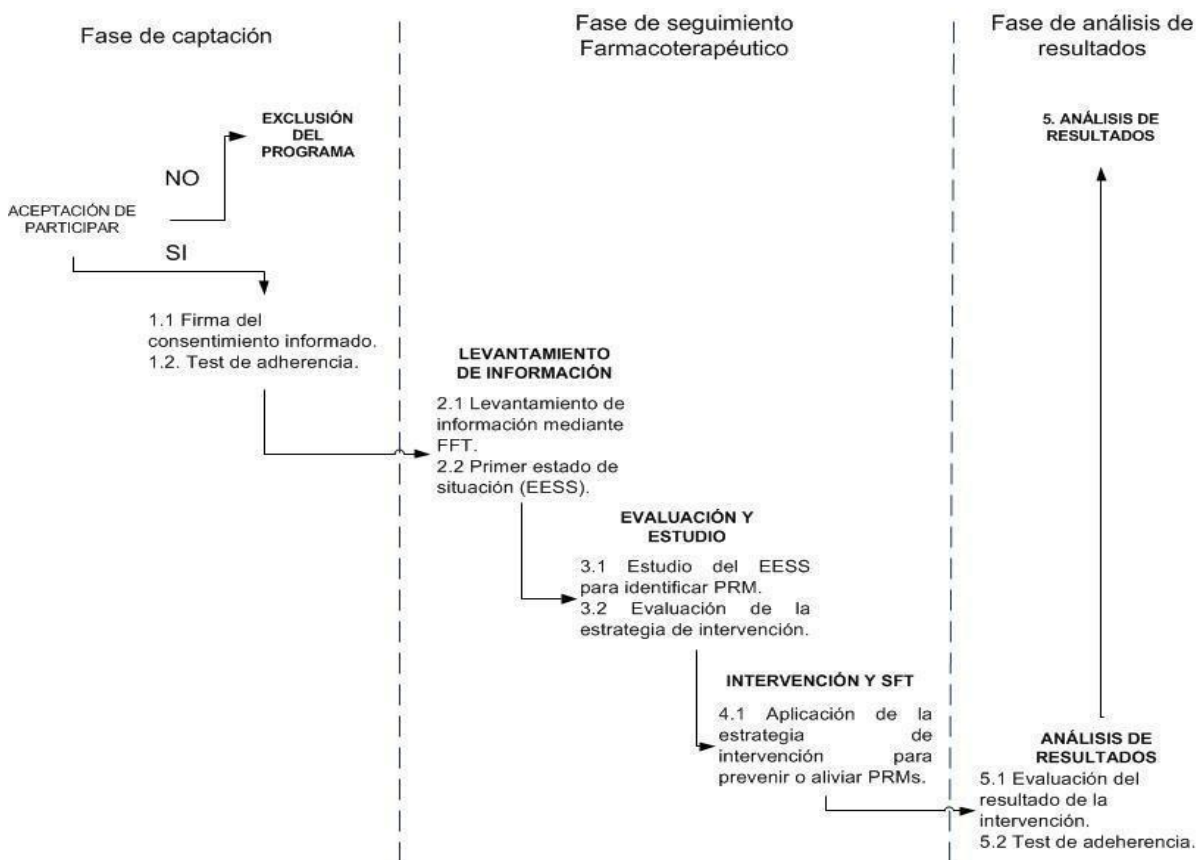
1. Oferta del servicio y captación de pacientes.
2. Levantamiento de información. Primer estado de situación.
3. Estudio y evaluación.
4. Intervención y seguimiento.
5. Análisis de resultados.

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

Se ofertó el servicio a todos los pacientes hipertensos que acudieron al Puesto de Salud Santa Ana Costa en el mes de mayo a julio del 2017, hasta obtener doce pacientes. Los pacientes firmaron su consentimiento de participar de la experiencia en un documento firmado (Anexo N° 8.2). El documento de consentimiento explicita la responsabilidad del farmacéutico en vigilancia del uso de medicamentos, la cautela de los datos del paciente, la gratuidad del servicio, ni la venta o donación de ningún tipo de medicamento.

Así mismo el consentimiento autoriza al farmacéutico a intermediar con el médico para la solución de los problemas complejos o urgentes relacionados con el uso de medicamentos. Por otro lado, obliga al paciente a entregar toda la información referida a enfermedades y uso de medicamentos que pueda ser útil para el diagnóstico de PRMs.

FIGURA N° 03. Flujograma de las actividades de seguimiento Farmacoterapéutico.



Elaboración por Ocampo²¹.

4.4.3.2. Levantamiento de información.

La información se registró en la ficha Farmacoterapéutico (FFT) (Anexo N° 8.3). 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 registró 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 5 días.

4.4.3.3. Fase de Estudio y Evaluación de la Información para la Identificación de Problemas Relacionados con Medicamentos y preparación de la estrategia de intervención.

Una vez realizado el reporte del primer estado de situación. Y durante el llenado de las fichas fármaco terapéuticas el profesional identificará problemas relacionados con el uso de medicamentos de acuerdo a la definición de las entidades expresadas en las definiciones operacionales. El farmacéutico estudia e interrelaciona todos los factores: enfermedad, medicamentos y factores de riesgo, para encontrar evidencia de problemas en el uso de los medicamentos que puedan estar produciendo o generar potenciales RNMs.

Se identificarán oportunidades para la prevención, disminución o resolución de problemas asociados con el uso de medicamentos que puedan ser potencialmente dañinos para el paciente en sus actuales condiciones de salud. Durante esta etapa el farmacéutico utilizará material bibliográfico y de internet sobre farmacología y Farmacoterapia que permita tener la certeza sobre los diagnósticos de PRMs y RNMs.

Para cada problema encontrado el Farmacéutico elaborará una estrategia de abordaje que se reportará en la hoja 5 de las FFT. Durante el llenado de las hojas fármaco terapéuticas el farmacéutico puede detectar uno o más problemas asociados con la toma de los medicamentos prescritos para la enfermedad objetivo o entre aquellos que el paciente toma para las otras enfermedades. En cualquier caso, por cada problema relacionado con medicamentos que se detecte se llenará una hoja 4 de reporte de PRM. Es decir, cada paciente al final del proceso podría presentar más de un PRM que quedará evidenciado en una ficha 4.

En la hoja de reporte de PRM se registra:

- a) El código del paciente.
- b) La fecha de detección del PRM.
- c) La descripción del o los medicamentos involucrados en el potencial PRM.
- d) La descripción del problema encontrado.
- e) La descripción de lo que hará el farmacéutico para resolver el problema.

- f) La descripción del potencial RNM que puede desencadenar el PRM.
- g) El canal de comunicación para comunicar la estrategia de solución del problema, sea a través de una acción directa hacia el paciente o a través del médico prescriptor.
- h) El resultado de la acción y el detalle de lo ocurrido.

La planificación de la intervención por cada PRM encontrado puede involucrar una serie de acciones de parte del profesional farmacéutico. Las intervenciones pueden estar dirigidas directamente a modificar la terapia o a cambiar hábitos y costumbres del paciente con respecto a la toma de sus medicamentos o costumbres y actividades negativas que perjudican la adherencia al tratamiento. La acción puede desarrollar el farmacéutico serán descritas según la propuesta de Sabater y cols.⁹³.

Los PRMs se convierten en el objetivo de las acciones del farmacéutico. Serán la unidad de análisis en los cuadros de resultados.

4.4.3.4. Fase de Intervención: Actividades de Seguimiento Farmacoterapéutico.

La intervención se hará durante las visitas del paciente a la farmacia, mediante visitas concertadas en el domicilio del paciente o través del contacto por teléfono o redes sociales. Las visitas domiciliarias serán concertadas previamente con el paciente en fecha y hora.

La comunicación de las estrategias de solución el Farmacéutico se hará principalmente mediante indicaciones escritas dirigidas directamente al paciente.

Cuando las intervenciones sean para sugerir la modificación de dosis, añadir, retirar o sustituir un medicamento prescrito se usarán canales de comunicación dirigidos al médico prescriptor. La sugerencia escrita de la estrategia se hará a través de formatos pre elaborados (Anexo N°.....).

Las comunicaciones verbales serán importantes cuando se busque básicamente la adherencia al tratamiento y la solución de problemas sencillos. La vía telefónica se usará para recordarle al paciente el uso de sus medicamentos.

4.4.3.5. Evaluación del Impacto de la Intervención.

La entrevista para la evaluación final de los resultados fue conducida por un investigador diferente al que realizó el trabajo de 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 adherencia y los parámetros clínicos de la enfermedad ⁹³.

4.3. Plan de análisis de datos.

La información en las fichas farmacoterapéuticas, el test de calidad de vida relacionada con 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 con la salud SF-12.
- d. Tabla de valores de niveles de los parámetros clínicos y después del SFT.

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

A partir de los datos acumulados en MS Access, se elaboraron tablas de resultados de doble y simple entrada con frecuencias relativas, absolutas y porcentajes. Se crearon tablas y gráficos sobre las características de los pacientes intervenidos, problemas de salud, frecuencias de los medicamentos utilizados, tipo y frecuencia de PRMs. Así mismo tablas para evidenciar la asociación entre el uso de medicamento y PRMs, los objetivos

de intervención para solucionar los problemas y los Resultados Negativos a la Medicación (RNM) sospechados ⁸.

Para evidenciar las actividades y resultados de la intervención se construyeron tablas sobre la frecuencia de los canales de comunicación utilizados, el tipo y frecuencia de PRM diagnosticados y el porcentaje de los solucionados. También los resultados sobre la diferencia entre el grado de autopercepción de la CVRS, tanto antes como después de la intervención ⁸.

Se determinó la correlación entre el número de diagnósticos y los medicamentos usados y entre los medicamentos usados y los PRMs diagnosticados por cada paciente. Se elaboraron gráficos de regresión lineal para hallar la linealidad de la correlación y para la determinación de la correlación entre las variables se utilizó el estadístico de Spearman⁸. 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 estandarizado (Anexo N° 06) por la universidad de Michigan ⁹⁵.

El instrumento considera que un paciente tiene un nivel aceptable de autopercepción cuando el score total obtenido es de 50 o más tanto para la dimensión física como la mental ⁹⁶.

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 obtenidos antes y después de la intervención y se midió el nivel de significancia de las diferencias de las medias con la prueba estadística T de Student. Asumimos un nivel de significancia con resultados menores de 0.05.

4.4. Matriz de consistencia.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN	VARIABLES E INDICADORES	ANÁLISIS DE RESULTADOS
<p>Específicamente la presente investigación estuvo orientada a determinar si: ¿Tendrá el Seguimiento Farmacoterapéutico impacto sobre la autopercepción de la calidad de vida de pacientes diabéticos del Puesto de salud Santa Ana Costa, Distrito de Chimbote, mayo – julio 2017.</p> <p>Los pacientes fueron atendidos en el Puesto de Salud “Santa Ana Costa”, Distrito de Chimbote, entre mayo a julio del 2017.</p>	<p>Objetivo General: Determinar el impacto del programa de seguimiento Farmacoterapéutico sobre la autopercepción de la calidad de vida de pacientes diabéticos del Puesto de salud Santa Ana Costa, Distrito de Chimbote, mayo – julio 2017.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar el estado de situación del uso de medicamentos y determinar los problemas relacionados con medicamentos (PRMs) mediante un seguimiento farmacoterapéutico (SFT) para su prevención o solución en pacientes diabéticos tipo 2. 2. Medir el impacto de la intervención mediante SFT sobre la autopercepción de calidad de vida en la dimensión física de los enfermos con Diabetes Mellitus 2 (DM 2). 3. Medir el impacto de la intervención mediante SFT sobre la autopercepción de calidad de vida en la dimensión mental de enfermos con Diabetes Mellitus 2 (DM 2). 	<p>Impacto del SFT sobre la dimensión física</p> <p>Ho: El programa piloto de SFT no tiene efecto para mejorar la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física de pacientes diabéticos.</p> <p>H1: El programa piloto de SFT tiene efecto significativo para mejorar la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física de pacientes diabéticos.</p> <p>Impacto del SFT sobre la dimensión mental</p> <p>Ho: El programa piloto de SFT no tiene impacto para mejorar la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión mental de pacientes diabéticos.</p> <p>H1: El programa piloto de SFT tiene impacto significativo para mejorar la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión mental de pacientes diabéticos.</p>	<p>El diseño de la presente investigación será de tipo descriptivo explicativo prospectivo de corte longitudinal de una sola casilla y no probabilístico</p>	<p>Variable independiente: El programa de SFT</p> <p>Variable dependiente: Autopercepción de calidad de vida.</p>	<p>Se analizarán los resultados desde los instrumentos. Se crearán bases de datos en Access y Excel. Se construirán tablas de doble y simple entrada. Se aplicarán herramientas de estadística descriptiva y estadística inferencial. Se utilizó la prueba de Wilcoxon con una significancia al 95%</p>

4.7. Criterios Éticos.

La World Medical Association refiere, “El estudio se llevó a cabo siguiendo las normas éticas de la Declaración de Helsinki. 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” ^{8,96}.

Ocampo menciona que “se preservará en todo momento el anonimato de los pacientes. Los datos personales registrados en la ficha fármaco terapéutica no figuran en la tabla de análisis de datos sólo un número de identificación, sexo y edad. Para la intervención es necesario conocer su nombre y 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” ⁸.

A todos los pacientes se les informará del estudio solicitándoles “el consentimiento escrito para su inclusión en el mismo, la hoja de consentimiento informado (Ver Anexo N°02) 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 ⁸.

V. RESULTADOS

5.1. Resultados:

5.1.1 Resultados:

5.1.1. CARÁCTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES Y DE LA INTERVENCION

Tabla N° 01. Distribución de frecuencia y porcentaje de los participantes según sexo y edad promedio, en el programa de SFT en pacientes con DM 2 del Puesto de Salud Santa Ana, Distrito de Chimbote, mayo - julio 2017.

SEXO	PROM EDAD (AÑOS)	N	%
F	54.2	12	100
M	0	0	0
X	54.2	12	100.0
S	7.0		

Tabla N° 02. Distribución del tiempo de intervención en el SFT entre el farmacéutico y el paciente con DM 2 y el tipo de contacto para el desarrollo del programa de SFT en el Puesto de Salud Santa Ana, Distrito Chimbote, mayo - julio 2017

N°	FAMACIA		DOMICILIO		TELEFONO		OTRAS VIAS		TOTALES	
	Contac tos	Tiempo (min)	contact os	Tiempo (min)	contact os	Tiem po (min)	Contact os	Tiem po (min)	CONTA CTOS	Tiempo (min)
1	1	10	4	80	0	0	0	0	5	90
2	1	10	2	30	4	40	0	0	7	80
3	1	10	4	120	0	0	0	0	5	130
4	1	10	4	120	0	0	0	0	5	130
5	1	10	4	80	2	20	0	0	7	110
6	1	10	4	80	4	40	0	0	9	130
7	1	15	4	100	3	27	0	0	8	142
8	1	15	4	80	5	75	0	0	10	170
9	1	15	4	140	2	10	0	0	7	165
10	1	15	4	120	3	30	0	0	8	165
11	1	10	4	80	2	12	0	0	7	102
12	1	15	4	120	3	24	0	0	7	159
TOTAL	12.00	145.00	46.00	1150.00	28.00	278.0	0.00	0.00	85.00	1408.00
X	1.00	12.08	3.83	95.83	2.33	23.16	0.00	0.00	7.08	117.33
X por contacto		12.08		25.02		9.94		0.00		16.57

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

Tabla N°03.- Problemas de la salud diagnosticados y autopercebidos durante el seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con DM 2 del Puesto de Salud Santa Ana, Distrito Chimbote, mayo - julio 2017.

Morbilidad	CIE10	Diagnóstico	fi	%
Diagnosticada	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina	12	40.0
	E78.0	Hipercolesterolemia pura	5	16.7
	E00	Hipotiroidismo	2	6.7
	N39	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	1	3.3
	M79.7	Fibromialgia	1	3.3
	L08	Otras infecciones locales de piel y tejido subcutáneo	1	3.3
	K29.7	Gastritis	1	3.3
	K05	Gingivitis	1	3.3
		Sub total	24	80.0
No Diagnosticada		Dolor de huesos	3	10.0
		Congestión nasal	1	3.3
		Ardor de estomago	1	3.3
		Alergias	1	3.3
	Sub total	6	20.0	
	Total	30	100.0	

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

*CIE10. Código Internacional de Enfermedades versión 10

Tabla N° 04. Medicamentos utilizados por los pacientes prescritos y no prescritos utilizados por los enfermos diabéticos tipo 2 del Puesto de Salud Santa Ana, Distrito Chimbote. mayo - julio 2017.

PRESCRIPCIÓN	MORBILIDAD	DENOMINACIÓN COMÚN INTERNACIONAL	Fi	Fi	%
Medicamento prescrito	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina	Metformina	10		
		Glimepirida	3	15	40.5
		Metformina + Glimepirida	2		
	Hipotiroidismo	Levotiroxina	2	2	5.4
	Hipercolesterolemia pura	Gemfibrozilo	1		
		Atorvastatina	5	7	18.9
	Infección de la vías urinarias, sitio no específico	Amikacina	1	1	2.7
	Fibromialgia	Pregabalina	1	1	2.7
	Gastritis	Dexlansoprazol	1	1	2.7
	Gingivitis	Sultamicilina	1	1	2.7
	Otras infecciones locales de piel	Ciprofloxacino	1	1	2.7
SUB TOTAL				29	78.3
Medicamento no prescrito	Dolor de huesos	Paracetamol	2		
		Naproxeno	1	4	10.8
		Ibuprofeno	1		
	Congestión nasal	Fluroato de fluticasona	1	1	2.7
	Insomnio	Alprazolam	1	1	2.7
	Ardor de estomago	Omeprazol	1	1	2.7
	Alergias	Loratadina+Pseudoefedrina	1	1	2.7
SUB TOTAL				8	21.6
TOTAL				37	100

Fuente: Anexo N°8.4

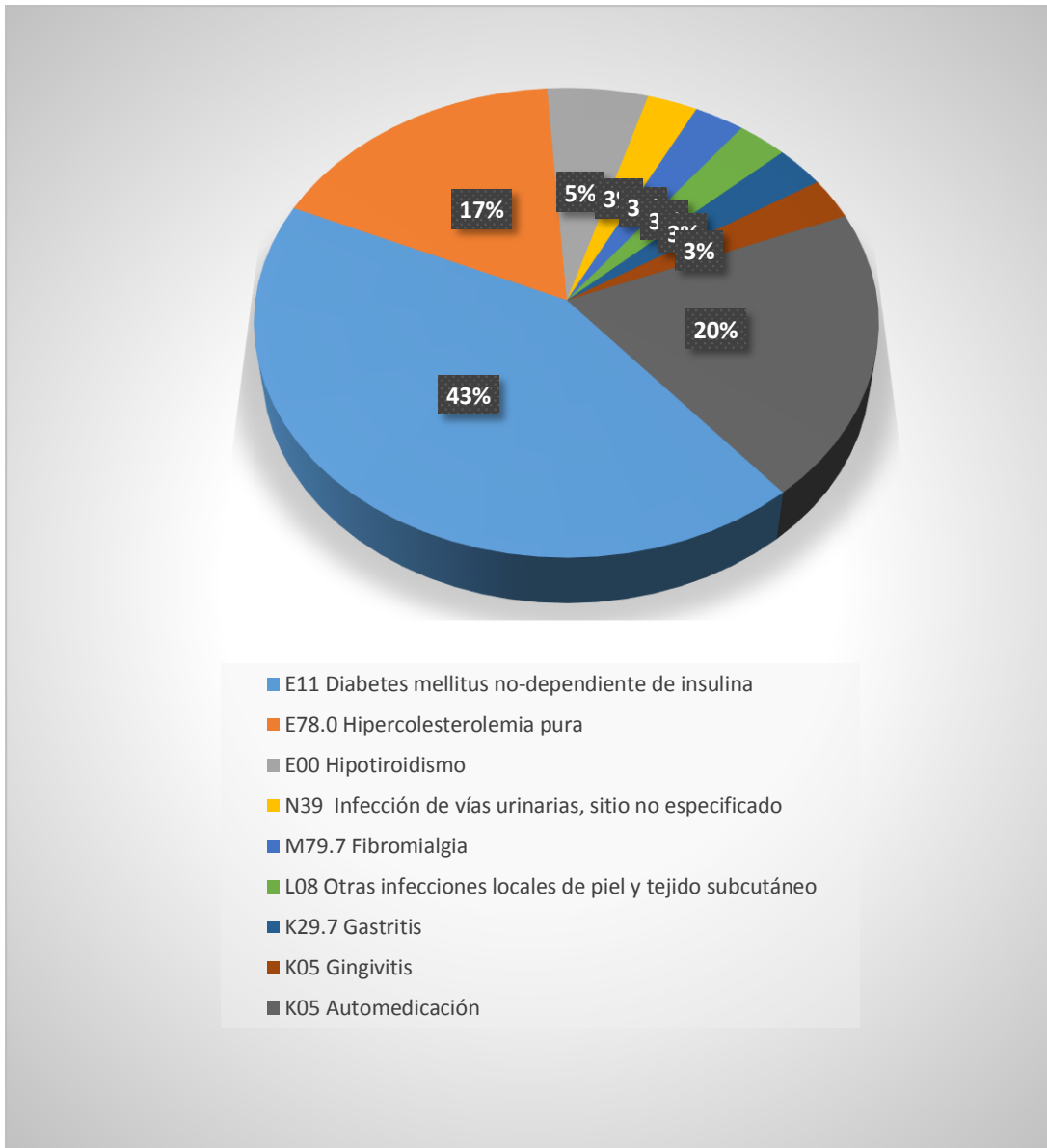


Gráfico N° 01. Porcentaje de los medicamentos utilizados por sus problemas en la salud identificados. En el periodo del SFT en pacientes con DM 2 atendidos en el Puesto de Salud Santa Ana, Distrito Chimbote, mayo - julio 2017.

5.1.3. RESULTADOS SOBRE PRM ENCONTRADOS Y LOS RNM EVIDENCIADOS.

Tabla N°05. Distribución de frecuencia y porcentual de PRMs diagnosticados en enfermos diabéticos del Puesto de Salud Santa Ana, Distrito Chimbote, mayo - julio 2017.

N°	COD PRM	DESCRIPCIÓN	fi	%
1	9	Incumplimiento	11	35.5
2	11	Otros PS	8	25.8
3	3	Conservación Inadecuada	5	16.1
4	1	Adm. Errónea del Med.	4	12.9
5	10	Interacciones	2	6.5
6	12	Reacciones Adversas	1	3.2
Total			31	100.0

Los tipos de PRM pertenece al Tercer Consenso de Granada (37).

Fuente: Anexo N°08, Tablas de Estado de Situación

Tabla N° 06. Comparación de edad, número de diagnósticos, número de medicamentos, PRMs identificados y PRMs solucionados durante el Seguimiento Farmacoterapeutico en cada enfermo diabético e del Puesto de Salud Santa Ana Costa, mayo - julio 2017.

PAC	SEXO	EDAD	DIAG	MED	PRMS	SOL
1	F	50	1	1	2	2
2	F	57	5	5	2	1
3	F	48	3	5	4	3
4	F	69	2	3	2	2
5	F	59	1	1	3	2
6	F	49	2	2	2	2
7	F	44	2	2	2	2
8	F	49	5	5	3	2
9	F	61	4	5	3	3
10	F	56	2	2	3	3
11	F	57	2	3	3	3
12	F	51	1	1	2	2
TOTAL			30	35	31	27
PROM		54.17	2.50	4.92	2.08	2.25

Pac. Código de Paciente
 DIAG: Número de diagnósticos
 MED: Cantidad de medicamentos
 PRM: Problemas Relacionados con Medicamentos
 SOL: PRMs solucionados

5.1.4. IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN SFT EN LA AUTO PERCEPCIÓN DE LA CVRS EN SU DIMENSIÓN FÍSICA POR MEDIO DEL TEST SF-12

Tabla N° 07. Resultados del SFT en pacientes con DM de la autopercepción de la dimensión física, utilizando el test SF-12. Puesto de Salud Santa Ana, Distrito Chimbote. mayo - julio 2017.

COD	SCORE TOTAL ANTES	SCORE TOTAL DESPUÉS
1	47.42	52.62
2	56.02	56.02
3	23.85	27.11
4	38.49	38.25
5	52.16	51.58
6	51.44	53.59
7	53.06	54.07
8	45.54	57.21
9	26.53	39.88
10	44.81	47.77
11	56.63	55.10
12	54.20	53.96
Media	45.85	48.93
S	10.98	9.16

Prueba t ($p < 0.04$)

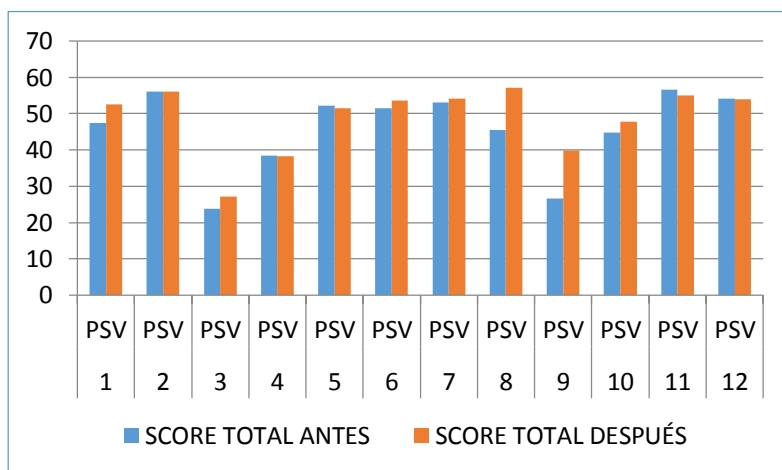


Gráfico N° 02. Comparación del test SF-12, dimensión física, pre y post intervención del SFT en pacientes con DM 2. Programa de SFT a pacientes diabéticos. Puesto de Salud Santa Ana. Mayo a Julio 2017.

5.1.5. IMPACTO DEL SFT EN LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA CVRS EN LA DIMENSIÓN MENTAL POR MEDIO DEL TEST SF-12.

Tabla N° 08 Resultados del SFT a pacientes con DM 2 en su autopercepción de la dimensión mental, utilizando el test SF-12. Puesto de Salud Santa Ana Costa, mayo - julio 2017.

COD	SCORE TOTAL ANTES	SCORE TOTAL DESPUÉS
1	38.74	47.10
2	52.72	52.72
3	22.77	35.60
4	48.84	55.19
5	32.21	54.25
6	47.61	52.09
7	50.90	55.69
8	27.26	41.99
9	27.52	39.29
10	61.00	62.13
11	41.70	46.29
12	55.96	58.83
Media	42.27	50.10
	12.54	8.10

s

Prueba t ($p < 0.00$)

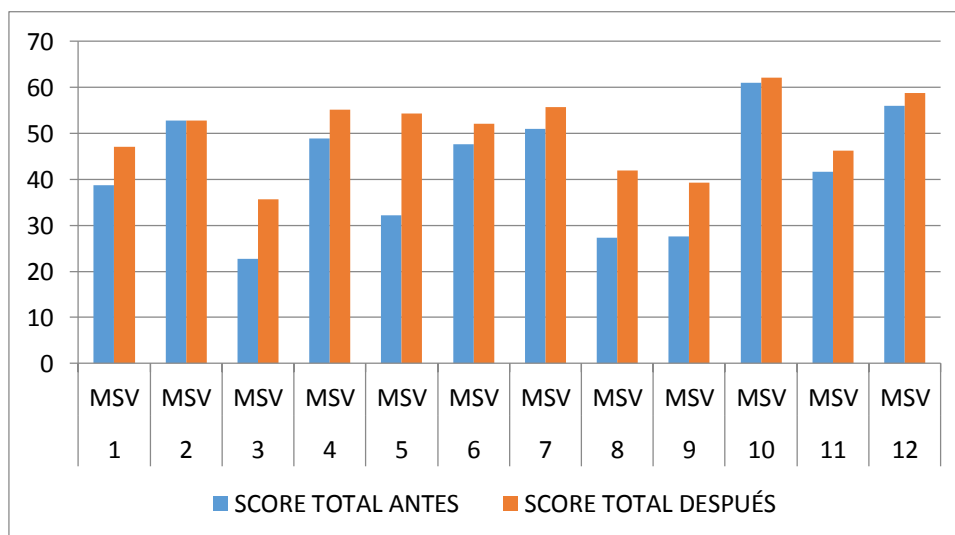


Gráfico N° 03 Comparación de la CVRS dimensión salud mental pro el test SF-12, pre y post intervención del SFT en pacientes con DM 2. En el programa de SFT a pacientes diabéticos. Puesto de Salud Santa Ana Costa, mayo - julio 2017.

5.2. Análisis de los resultados

En el presente estudio donde se buscó determinar el impacto del SFT en pacientes con DM, sobre la autopercepción de la CVRS, se analizó los resultados a partir de los datos primarios, buscando la relación de las variables en general con la variable objetivo, del que se presenta el análisis de nuestros hallazgos:

5.2.1. Características de los pacientes y tiempos invertidos en SFT.

De la totalidad de los pacientes que participaron el estudio, tenían una edad promedio de 54.2 años. Estudios previos también trabajaron con poblaciones con edades que circundaban los 50 años, tal como lo detalla Teko L. y Brucker M. Por lo que se puede asumir que el grupo poblacional por edad, tiene una validez externa por estudiar poblaciones en donde requieren mayor atención en este sentido.

Se evaluó la tabla N^o 02, los tiempos promedio, por lo que se realizó un total de 85 contactos invertidos en cada una de las visitas hasta culminar la última visita. El trabajo que demandó mayor tiempo, que se ejecutó fue durante las 2 primeras visitas de intervención, en las cuales se le explicó y se le dejó las recomendaciones necesarias sobre su tratamiento estilo de vida y hábitos saludables que ayudan a prevenir complicaciones en la enfermedad.

El número promedio de contactos fue de 7,08 por cada paciente realizados en la intervención con un tiempo promedio invertido de 16.57 minutos por contacto con cada paciente y un promedio de tiempo total por todas las visitas realizadas a cada paciente fue de 117.33 minutos los cuales al ser multiplicados por el total de pacientes intervenidos (12) emanan un total de 1408 minutos de la labor farmacéutica aplicado al SFT.

El tiempo estimado, para desarrollar la intervención en el establecimiento de la farmacia fue de 12,08 minutos por paciente, el lugar fue útil para realizar la captación, esto se debió en que en la Farmacia del establecimiento no era la apropiada para poder obtener la confianza y entablar una comunicación fluida con el paciente, así también, fue necesario visitar en su vivienda a algunos pacientes, con el fin de constatar los primeros niveles de

glucemia en cada paciente y así mismo lograr el objetivo para el inicio de nuestra investigación.

Por lo tanto, el tiempo promedio empleado con los pacientes en el domicilio fue de 25.02 minutos por cada visita, ya que fue una mejor opción porque nos permitió lograr una conexión directa con la persona enferma, así también se logró generar una comunicación estrecha entre el profesional farmacéutico y el paciente, sino que también nos permitía tener una comunicación, de forma clara y con fluidez. A su vez conseguimos mediciones correctas de los niveles de la glicemia. De esta manera se logró identificar algunos indicadores de reacciones adversas e interacciones de los medicamentos.

El tiempo en promedio empleado con los pacientes por vía telefónica fue de 9.94 minutos por cada visita, ya que fue una de las opciones más fáciles de comunicarnos con el paciente en el caso el paciente no nos pueda atender en su domicilio. Este medio fue de alguna manera útil para no perder la comunicación con el paciente.

En el proceso del SFT, se realizó un total de 85 intervenciones, con un promedio de 7.08 veces con cada paciente, que incluye desde la captación del paciente, visitas domiciliarias y contactos telefónicos, y de los cuales en promedio 3,83 contactos se realizaron en las casas de los pacientes, invirtiendo un promedio de tiempo 95.83 minutos en cada visita.

5.2.2. Diagnósticos y medicamentos usados por los pacientes durante el proceso de SFT

En nuestro estudio identificamos 30 enfermedades, de las cuales 80% fueron diagnosticadas por el médico especialista y el 20% sin diagnóstico (Tabla N° 3).

En la misma tabla se evidencia que la enfermedad más frecuente fue la diabetes mellitus (40.0%), seguido del hipercolesterolemia puro (16.7%), hipotiroidismo (6.7%), infección a la vía urinaria, fibromialgia, infección de piel, gastritis y gingivitis con un (3.3%) y las no diagnosticadas que fueron dolor de huesos (10%), congestión nasal, ardor de estómago y alergias en un (3.3%).

La diabetes mellitus fue la enfermedad más frecuente con (40.0%) por lo cual es la morbilidad objetivo y criterio de incluir. Evidentemente, es una prevalencia alta, los

cuales son predichos por la OMS, quienes aproximan que para el 2025 estas enfermedades conocidas como no transmisibles incrementarán en proporción ¹¹². En países como España, a partir de los 50 años de edad, en pacientes con DM es frecuente y normal, diagnósticos como hipercolesterolemia y el síndrome metabólico, estas son acreedores de las cifras más altas en España.

Teniendo en cuenta el inicio de origen de los fármacos se consideraron medicamentos recetados, verificados con receta y sin las indicaciones médicas vinculado con automedicación. Nuestro estudio reportó que el 78.3% de los medicamentos señalados estaban prescritos y validados por una receta escrita y 21.6 % medicamentos por automedicación (Tabla N° 4). En el estudio se estimó que aquellos medicamentos que fueron prescritos eran el objetivo del proceso del SFT. En otras palabras, la labor del farmacéutico fue a garantizar que se lleve a cabo las pautas médicas. Pese, la inspección del requisito de la evolución medica fue una condición previa del SFT, en otras palabras, se buscó garantizar que aquellos medicamentos hayan evolucionado según sus propiedades farmacológicas e indicaciones para la terapia de las personas enfermas.

Indudablemente aquellos medicamentos más habituales fueron para la DM en un (40,5 %) y morbilidad diagnosticadas (78.3 %). Una de la parte de los medicamentos estuvo enlazado a problemas agudos no diagnosticados (automedicación). El total de medicamentos administrados por el paciente el 21.6 % estuvieron sin prescripción (Tabla N° 04 y Gráfico N° 01). Los inicios de su utilidad forman los signos y síntomas de las morbilidades diagnosticadas en conjunto de ser diabéticos como el caso de dolor de huesos, ardor de estómago que adquirieron los medicamentos en un establecimiento farmacéuticos o tomados de su propio botiquín en donde guardaban.

Sobre este hallazgo, Grebe, y Barros mencionan que las personas adultas y adultos mayores con varias medicaciones tienen mayores riesgos de sufrir con reacciones adversas de los medicamentos que consumen, además de sus consecuencias, como el principal que es el envejecimiento, sumado a las enfermedades. Estas reacciones adversas, suelen ocurrir con mayor frecuencia en adultos mayores, relacionándose con la morbilidad con otras enfermedades y el envejecimiento por acciones de polifarmacia. ^{97, 98}

5.2.3. Resultados negativos asociados a la medicación (RNMs) por PRMs.

Uno del propósito del estudio del proyecto fue identificar PRMs y plantear resultados del punto de vista de un especialista de la salud: “Químico farmacéutico”. Fundamentado en la relación corregida de PRMs de 12 ítems mediante la investigación se registraron 31 problemas distintos. El incumplimiento es el PRM más habituales (35.5 %), continuo del PRM de otros problemas de salud (25.8 %) (Tabla N°5).

Los farmacéuticos precisan desenvolver habilidades de exploración farmacéutica, exploración farmacológica y exploración clínica para un adecuado diagnóstico de las PRMs, así mismo los vinculados con fallas en lo prescrito o las cualidades farmacológicas de los medicamentos cuyos métodos de resolución son coordinadas con el especialista de la salud que diagnóstico y prescribió”.

En la misma la tabla N° 05 el primer problema relacionado con medicamentos (PRMs) frecuente es el incumplimiento (35.5 %) en el que 11 de 12 pacientes intervenidos olvidan tomar sus medicamentos. Pudiendo con llevar a que la salud del paciente se agrave al no recibir el tratamiento adecuado, ya sea por falta de conciencia del mismo paciente o por desconocimiento del mismo. Por aquella razón, fue necesario brindar información y una adecuada orientación sobre la adherencia que era necesario para el tratamiento y evitar las posibles complicaciones en su salud, así mismo se buscó que el paciente tome con responsabilidad su tratamiento y resolver los (PRMs) de incumplimiento.

Por ello el otro los PRMs frecuentes es Otros problemas de salud como psicológicos y malos hábitos alimenticios, en el caso de los problemas psicológicos que presentan los pacientes son tristeza y depresión a causa de su enfermedad, y no llevan una dieta saludable para un paciente diabético, ya que muchos de ellos desconocen que alimentos no deben consumir en su dieta diaria.

Esto se relaciona con lo que mencionó Sergia, para ella, los factores influyentes en la no adherencia son: la persona enferme no entendió las indicaciones que dio el médico tratante. En este proyecto de investigación sobre el incumplimiento hay factores que influyen y que son: El escaso o nulo conocimiento del paciente sobre la función de la adherencia

al tratamiento y la irresponsabilidad de consumir los medicamentos únicamente cuando percibe que los necesita.⁹⁹

Considerando la cifra de medicamentos, PRMs que se lograron determinar y sumado los resultados que predijeron los PRMs. Es necesario hablar de los mentados logros, pues, la media de pronósticos en función a los pacientes enfermos fue 2.50. La media de los medicamentos en este grupo de pacientes enfermos fue 4,92, con promedio de 2.08 PRMs y 2,25 PRMs solucionados por el paciente posterior a la intervención del proceso del SFT.

5.2.4 Acerca de la autopercepción de la calidad de vida (test SF12) y los resultados

En la presente investigación, se tuvo el objetivo determinar la autopercepción de la CVRS de los pacientes con DM2 a través del instrumento SF.12. Analizando en sus dos dimensiones, las cuales son: física y de salud mental.

Según la calibración del instrumento en la Universidad de Michigan y Estados Unidos¹⁰⁴, este instrumento psicométrico, asume que las dimensiones del SF-12, tanto la física y de salud mental deben de reportar un puntaje de 50 con una DS de 10.

Para una mejor explicación, tomando a modo de ejemplo, al paciente 10 de la tabla N° 7, quien reporta un puntaje de 47.77, se observa que está por debajo de lo esperado en Estados Unidos, pero se encuentra dentro de la DS esperada, por lo que se acepta.

En general en la tabla N° 7, en la dimensión física, se reporta una la puntuación promedio de aproximación por cuatro puntos, siendo 45,85 a 48,93 el promedio, mientras que la DS antes y posterior a la intervención es 10.98 y 9.16 respectivamente. La prueba de T student para muestras emparejadas a partir de las medias de las dos dimensiones, reportan una significancia estadística menor ($p < 0,0095$), lo cual permite rechazar la hipótesis nula.

Por ejemplo, para los pacientes N° 3 - 4 - 9 - 10 (Tabla N° 07) cuyo resultado es positivo únicamente en la dimensión física, posterior a la intervención, son valores que se encuentran por debajo del promedio normal de salud de un americano, sin embargo, estos resultados no se encuentran en el promedio de la desviación estándar.

Según los resultados en esta misma tabla y posteriormente en el gráfico N°02 se evidencian grandes cambios en el paciente N° 01-03-08- 09- 10 y N°11, siendo el más significativo para el paciente N° 08, en el cual se pudo observar que antes de la intervención tuvo una percepción en cuanto a la dimensión física de 45,54 y después de la intervención de 57,21 entrando al puntaje promedio aceptable de 50. Los demás pacientes, a excepción de los pacientes N°9; también mostraron cambios ligeramente positivos en cuanto a su percepción en esta dimensión, sin embargo, no alcanzaron el puntaje promedio aceptable, por otro lado, el paciente N° 3 no se apreció cambios positivos”.

Por lo tanto, Velasco G.¹⁰⁰, en su estudio demuestra que el SFT en pacientes con DM, puede generar resultados que favorecen a los pacientes, causando una mejor CVRS en el paciente, así como la comprensión de la enfermedad que padece y la importancia de adherencia al tratamiento por parte del paciente. Del mismo modo Bances C.²² concluye en su investigación que el seguimiento farmacoterapéutico generó un impacto significativo en la CVRS de los pacientes”.

Mientras que el paciente N° 02 se mantuvo dentro de los resultados arrojados en su primera intervención; es decir la percepción en cuanto a la dimensión física de este paciente antes de la intervención fue de 56,02; valor que se mantuvo después de la intervención, reportándose ningún cambio significativo. Esto posiblemente se trate de una paciente adherente y que por tal motivo se mantuvo sin cambios positivos ni significativos.

Cabe resaltar que todos los resultados en esta tabla fueron positivos; ya que se logró un resultado altamente significativo prueba t ($p < 0,04863907$), con una desviación estándar que inicialmente fue 10.98 y después de la intervención aumento 9.16; con un punto de diferencia. Estos resultados indican que la intervención mediante el SFT tuvo efectos positivos sobre la dimensión física en algunos pacientes.

Del mismo modo Mehos M.¹⁰¹ et al, quien reportó resultados muy semejantes a los encontrados en este estudio, a través de su investigación sobre la evaluación del impacto de la intervención farmacéutica domiciliaria. En ella muestra que afirmaciones de haber encontrado diferencias con el grupo control, pero aquella relación no fue significativa.

De igual manera Jiménez J. ¹⁰³ concluye en su investigación que uno de cada tres pacientes, tiene una CVRS satisfactoria respecto la Capacidad física.

Estos resultados son parecidos a lo encontrado por Fustamante y Ocampo; quienes concluyen que el SFT fue eficiente para la mejora de la autopercepción de la CVRS del estado físico de las personas con DM ($p=0,048$), a diferencia del estado mental ($p=0,0014$) siendo no significativo ¹⁰³.

En la Tabla N° 08 y desde otra perspectiva en el gráfico N° 03, se observan los resultados para la dimensión mental, con una puntuación de promedios mayor después de la intervención del SFT como sigue: 42,27 a 50.10 antes y después respectivamente, con una desviación estándar antes y después de 12.54 y 8.10. Por su lado, al analizar con la prueba t para muestras emparejadas de las medias de la dimensión salud mental logra significancia estadística lo cual hace rechazar la hipótesis nula ($p<0,0014$).

Según los resultados, se pueden evidenciar grandes cambios, siendo los más significativos para la mayoría de los pacientes N° (01; 05 y 08). Siendo el paciente N° 05 más significativo. Esto debido directamente a la adherencia y/o prescripción del tratamiento mediante la solución de PRMs; específicamente del PRM N° 12 asociado a las reacciones adversas, logrados a través del SFT. Además, al trabajo realizado, que influye de manera positiva; como se mencionó anteriormente. Por la misma condición, la enfermedad preocupa al que lo padece, esto se hace más complicado al tener que ser consciente de ello, en cada toma de medicamento. O bien, la persona puede sentirse preocupada por alguna cuestión relacionada con el tratamiento, como los posibles efectos secundarios, lo que da lugar al abandono del plan terapéutico.

Mientras que para los pacientes N° (04; 06; 07; 10 y 12) también se observan cambios positivos poco significativos; ya que todos ellos, a excepción del paciente N° 09 y 11 que tuvo cambio positivo, pero no significativo, no llegó dentro del puntaje promedio aceptable de 50 en cuanto a la dimensión mental. También se puede apreciar que el paciente N° 11 mantuvo dentro de los resultados del puntaje promedio; es decir la percepción en cuanto a la dimensión mental de este paciente antes de la intervención fue de 41,70 y después de la intervención fue de 46,29. Valor positivo y que se mantuvo después de la intervención, tuvo un cambio positivo no significativo.

Fustamante y Ocampo afirman; ^{92,103}“en su investigación acerca de la CVRS del enfermo; tanto física como mental, son semejantes a los datos obtenidos en este informe; concluyendo que el SFT fue eficiente en mejorar la autopercepción de CVRS del estado físico de los pacientes ($p=0,048$), de igual forma el estado mental ($p= 0,001$) siendo más significativo.

En este estudio, se logró evaluar a 12 participantes que tenían DM2, para todos ello, tanto antes como después la CVRS a pesar de todos los factores que influyeron se logró obtener cambios significativos tanto en la dimension física ($p=0,048$) y mental, siendo más significativa la dimension mental ($p= 0,001$); logrando resaltar la eficaz labor del Químico Farmacéutico y eficacia del programa de Seguimiento Farmacoterapeutico.

VI. CONCLUSIONES

6.1 Conclusiones

1. Todos los pacientes intervenidos inicialmente fueron diagnosticados con problemas relacionados con medicamentos y la actividad del Químico Farmacéutico fue eficaz al buscar estrategias para solucionar la mayoría de ellas.
2. El SFT logró un impacto *significativo* mejorando la autopercepción de la CVRS en su dimensión física de los pacientes con DM 2.
3. El SFT logró un impacto *significativo* mejorando la autopercepción de la CVRS en su dimensión mental de los pacientes con DM 2.

6.2 Aspectos complementarios:

6.2.1 Recomendaciones

- 6.2.1.1. Deberíamos seguir mejorando la manera de cómo comunicarnos con los pacientes intervenidos en el programa de seguimiento Farmacoterapéutico.
- 6.2.1.2. Seguir trabajando más con Programas de Seguimiento Farmacoterapéutico, porque son muy importantes para prevenir graves consecuencias en la salud de los pacientes intervenidos actuando con profesionalismo.
- 6.2.1.3. Poder establecer un área para el Profesional Químico Farmacéutico para que pueda ejercer o prestar servicios de Atención Farmacéutica.
- 6.2.1.4. Diseñar estrategias de intervención con el fin de reducir los ya conocidos PRMs, para así mismo lograr un eficiente resultado positivo.

6.2.2. Limitaciones

6.2.2.1 La inexperiencia en este tipo de programas de SFT, por lo cual se presentó algunas dificultades como por ejemplo la organización del tiempo, la habilidad para detectar PRMs.

6.2.2.2 La falta de conocimiento de parte de los pacientes o en general, que tiene ellos frente al trabajo del Químico Farmacéutico y esto es debido a que el Químico Farmacéutico no lo ven presente en el equipo de salud es por ello que conlleva a la desconfianza a muchos de los pacientes y negarse a hacer intervenidos.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Brodie DC. Drug use control: keystone to pharmaceutical service. Drug Intelligence and Clinical Pharmacy. 1966; 20(2): 116-117.
2. Mikeal R, Brown T, Lazaro H, Vinson M. USA: Quality of pharmaceutical care in hospitals. Am J Hosp Pharm. 1975; 32:567-576.
3. Prats R. Registro y evaluación de todas las actuaciones profesionales demandadas en la farmacia comunitaria. España: Universidad de Granada Facultad de Farmacia Programa de Doctorado de Farmacia Asistencial. Granada; 2010.
4. Brodie D, Parish P, Poston J. USA: Societal needs for drugs and drug related services. Am J Pharm Educ. 1980; 44:276-278.
5. Andrés N. Atención farmacéutica en farmacia comunitaria: ¿es ya realidad o todavía un proyecto de futuro? Santiago de Compostela: Academia de Farmacia de Galicia; 2006.
6. Gastelurrutia M, Soto E. Pharmaceutical Care: ¿Atención Farmacéutica o seguimiento de los tratamientos farmacológicos? España: Pharmaceutical Care. 1999; 1(5): 323-328.
7. Faus D, M.J. Programa Dáder. Pharmaceutical Care Esp 2000; 2:73-76.
8. 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>
9. 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
10. 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.
11. 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.

12. 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 28/07/2018.
13. Álvarez A. Zegarra E. Solís Z. Mejía N. Matos E. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud del Perú. Boletín (Cent. Aten. Farm.). Año 5 - Número 3 – Mayo-junio 2012. ISSN 2221-4259. Tomado desde: [http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Boletines/Atencion farmacéutica/B09_2012_03.pdf](http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Boletines/Atencion%20farmaceutica/B09_2012_03.pdf) El 19/08/2018.
14. Abrigo TM. Eficacia de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico para resolver problemas relacionados con medicamentos en pacientes diabéticos centro de salud Yugoslavia, distrito de nuevo Chimbote. [Tesis Doctoral]. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2016.
15. Sachun UL. Efecto de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico sobre la autopercepción de la calidad de vida en pacientes diabéticos atendidos en la botica Farmavida del distrito Chimbote. [Tesis Doctoral]. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2016.
16. Martínez J. Baena I. La Atención Farmacéutica como método para mejorar la salud de los pacientes y la coordinación entre los profesionales médicos y farmacéuticos. *Pharm Care Esp.* 2001; 3:135-9.
17. Desselle S. Schwartz M. Rappaport M. 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.
18. Velasco G. Seguimiento farmacoterapéutico ambulatorio en pacientes hipertensos de la Caja de Salud de Caminos y R. A. –Oruro. *Biofarbo.* vol. 16, diciembre 2008. Tomado de: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rbfb/v16n1/v16n1a13>.
19. Tafur E. García E. Aproximación del rol de farmacéutico en la calidad de vida relacionada con la salud. *Pharmacy Practice* 2006; 4(1): 18-23.

20. Simón A. Hung Y. An Update on Evidence of Clinical Pharmacy Services' Impact on Health-Related Quality of Life. August 2006. The Annals of Pharmacotherapy.40 (9):1623-1634.
21. Ayala L. Condezo K. Juárez J. Impacto del Seguimiento farmacoterapéutico en la Calidad de Vida Relacionada a la Salud de Pacientes con Hipertensión Arterial, Ciencia e Investigación 2010; 13(2): 77-80, Facultad de Farmacia y Bioquímica, UNMSM2010.ISSN1609-9044.Tomado desde: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ciencia/v13_n2/pdf/a05v13n21.pdf El 29/06/18
22. 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.
23. Presidencia de la República. Reglamento de la Ley Ley 28173, Ley de Trabajo del Químico Farmacéutico del Perú. DS 008-2006-SA. Diario Oficial El Peruano. Octubre de 2006.
24. Sindicato Médico del Uruguay. El valor del medicamento: realidades y esperanzas de futuro. Mayo 2006. El Diario Médico N°66. mayo de 2006. Tomado desde: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/eldiariomedico/n65/pag16.pdf>. El 28/08/2018.
25. FAUS, M.J. Pharmaceutical Care as a response to social need. Ars Pharmaceutica, 41: 1; 137-143, 2000.
26. 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.
27. Fernandez-Llimós F, Faus M, 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.
28. Hepler C, Strand L. Oportunidades y responsabilidades en la Atención Farmacéutico. España: Pharmaceutical Care; 1999; 47:533-543.

29. Consejo asesor para la prevención de los errores de medicación de Catalunya, 2008. Recomendaciones para la prevención de errores de medicación. Generalitat de Catalunya. Departamento de salut. 2ª edición. Marzo 2008.
30. Blasco P, Mariño EL, Aznar MT, Pol E, Alós M, Castells M et al. Desarrollo de un método observacional prospectivo de estudio de errores de Medicación para su aplicación en hospitales. *Farm Hosp* 2001; 25:253-273.
31. Álvarez de Toledo F, Arcos González P, Eyaralar RT y col. Atención farmacéutica en personas que han sufrido episodios coronarios agudos (Estudio TOMCOR). *Revista Española de Salud Pública*, julio-agosto, año/vol. 75, número 006. Ministerio de Sanidad y Consumo de España Madrid, España pp. 375-388.
32. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. PRM y RNM Conceptos. Portal Farma.com Organización Farmacéutica Colegial. *FARMACÉUTICO* N.º 315 - octubre 2006. Tomado desde: http://www.portalfarma.com/inicio/atencionfarmaceutica/forodeattfarma/Documents/28_29_Atencion_farma.pdf. Tomado el 14/08/2018.
33. Faus MJ, Fernández-Llimós F. Problemas Relacionados con Medicamentos: como factores de riesgo. *Seguimiento Farmacoterapeutico* 2003; 1(3): 147-148.
34. Ocampo Rujel PA. Impacto de un programa de atención farmacéutica sobre el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes hipertensos. Universidad católica los Ángeles de Chimbote, Perú. in *crescendo* 1(2) 2010.
35. Hurley SC. A Method of Documenting Pharmaceutical Care Utilizing Pharmaceutical Diagnosis. *American Journal of Pharmaceutical Education* Vol. 62, Summer 1998.
36. Ocampo Rujel P. A. Impacto de un programa de atención farmacéutica sobre el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes con gastritis. In *Crescendo* 1(2) 2010. Tomado desde: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S222230612010000200006&script=sci_abstract. El 02/03/2013.
37. Ferriols R. Valoración de la Atención Farmacéutica en los problemas relacionados con los medicamentos. Presentado en XLIV Congreso Nacional SEFH. Septiembre 1999. Pamplona.
38. Calvo MV, Alós M, Giraldez J. Grupo de Trabajo Atención Farmacéutica. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Bases de la Atención Farmacéutica en Farmacia Hospitalaria. *Farm Hosp* 2006; 30:120-3.

39. Organización Panamericana de Salud. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. Japón: Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de La Organización Mundial de la Salud; 1993.
40. Consenso sobre Atención Farmacéutica. España: Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. *Ars Pharmaceutica*. 2001; 42:3-4; 221-241.
41. Comité de Consenso: Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM). *Ars Pharmaceutica*, 43:3-4; 179-187, 2002.
42. 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.
43. Díaz E. Efecto de un Programa Piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico, sobre la percepción de la actividad profesional del farmacéutico en pacientes con Infección Respiratoria Aguda. Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2015.
44. 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.
45. Van Mil J.W.F. *Pharmaceutical Care, the Future of Pharmacy. Theory, research and practice*. Dissertation. Druk: Drukkerij De Volharding, Groningen. J.W.F. van Mil, Zuidlaren, 1999. Gezet uit Monotype Spectrum (J. v. Krimpen/S.L. Hartz). ISBN: 90-9013367-6.
46. World Health Organization. Europe: Pharmacy-Based Hypertension Management Model: Protocol and Guidelines. A joint CINDI/EuroPharm Forum project 2006. EUR/04/5049481. ISBN WHOLIS: E85730.
47. Iñesta GA. Atención Farmacéutica, Estudios Sobre Uso De Medicamentos Y Otros. *Rev. Esp Salud Pública* 2001; 75: 285-290 N.º 4 - Julio-agosto 2001.
48. Espejo J. Fernández-Llimós F, Machuca M. Faus MJ. Problemas relacionados con medicamentos: Definición y propuesta de inclusión en la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) de la WONCA. *Pharmaceutical Care España* 2002; 4: 122-127.

49. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. Seguimiento farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). *Pharmacy Practice* 2006; 4(1): 44-53.
50. Machuca GM. Atención Farmacéutica, seguimiento fármaco terapéutico, Pharmaceutical care: ¿es lo mismo? *Farmacoterapia Social*. España 2006. Disponible desde: www.farmacoterapiasocial.es/local/capIRAlo1.pdf.
51. Climenti MM y Jiménez Torres NV. Manual para la Atención Farmacéutica. Tercera edición. Edita: AFAHPE. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia, 2006.
52. Sabater D, Fernandez-Llimos F, Parras M, Faus MJ. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(2): 90-97.
53. 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.
54. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. Seguimiento farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). *Pharmacy Practice* 2006; 4(1): 44-53.
55. Barris D. Faus M J. An initiation in Dáder methodology in the pharmacotherapeutic monitoring in a community pharmac. *Ars Pharmaceutica*, 44:3; 225-237, 2003.
56. Vásquez V. Chacón J. Espejo J. Faus MJ. Resultados del seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria. España: Universidad de Granada. 2(3): 189-196.
57. Fajardo PC, Baena MI, Alcaide Andrade J, Martínez Olmos J, Faus MJ, Martínez-Martínez F. Adaptación del Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico al nivel asistencial de atención primaria. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(3): 158-166.
58. Presidencia de la república. Aprueban reglamento de establecimientos farmacéuticos, Decreto Supremo N°014-2011-SA. El peruano. Lima 27 de Julio de 2011
59. 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.
60. Bosworth HB, Olsen MK, Gentry P, Orr M, Dudley T, Mcant F. Nurse administered telephone intervention for blood pressure control: a patient-tallored multifactorial intervention. *Patient Educ Couns* 2005; 57: 5-16.
 61. Sebastián Ramón Martínez Pérez / Francisco Javier Sánchez Alonso / M. Isabel Baena. Efectos de la intervención farmacéutica en pacientes con presión arterial elevada sin tratamiento farmacológico. *Pharmacy Practice*, july-september, año 2004 /vol. 2, número 003. Centro de Investigaciones y Publicaciones Farmacéuticas. Granada, España. pp. 181-188.
 62. Kheir M. Foppe J. Shaw P. Sheridan 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). 2004; 26 (3): 125-128.
 63. Velanovich V. Using quality-of-life instruments to assess surgical outcomes. *Surgery*.1999; 126:1-4.
 64. Wilson B, Cleary D. Linking clinical variables with health related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. *JAMA*. 1995; 273:59-65.
 65. Cella F. Wiklund I. Shumaker A. Aaronson K. Integrating health-related quality of life in clinical trials. *Qual Life Res*. 1993; 2: 433-40.101.
 66. Guyatt H. Feeny H. Patrick L. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med*. 1993; 118: 622-9
 67. Casas J. Repullo R. Pereira J. Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos y adaptación transcultural. *Med Clin*. 2001;116:789-96.
 68. Alonso J. La medición del estado de salud. En: Martínez F. Antó M. Castellanos G. Gill M. Marset P. Navarro V. *Salud pública*. Madrid. McGraw-Hill Interamericana de España, SAU; 1998. p. 341-61.
 69. Jarillo D. Moreno F. Rodríguez J. Lázaro P. Calidad de Vida e Hipertensión Arterial. *Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud (TAISS)*. Madrid. Publicación en línea Tomado desde: [http://www.taiss.com/publi/absful/calidad %20 de%20vida%20argo.pdf](http://www.taiss.com/publi/absful/calidad%20de%20vida%20argo.pdf). Tomado el 16/08/18.
 70. Monés J. ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia? *Cir Esp* 2004; 76(2):71-7.

71. Coté I. Moisan J. Chabot I. Grégoire P. Health related quality of life in hypertension: impact of a pharmacy intervention programme. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 2005; 30(4): 355–362. doi:10.1111/j.1365-2710.2005.00663.x.
72. NICE Clinical Guideline 34. Hypertension: management of hypertension in adults in primary care (partial update of NICE clinical guideline 18). London, UK: National Institute for Health and Clinical Excellence 2006. 15/08/2006" www.nice.org.uk/CG018. 15/08/18
73. Centeno M. Álvarez S. López D. González R. Garrido C. Vivir con EPOC. Calidad de vida del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Estudio VICE): Diseño y métodos de estudio. *Investig. Clin. Farm.* 2005; 2(3): 153-160.
74. Cazorla A. Dehesa N. Santiago R. Cebreros C. Calidad de vida de mujeres hipertensas seguidas en consulta de enfermería dependiendo de si cuidan o no a sus nietos. *Nure Investigación*, N° 22, mayo-junio 06. Tomado desde: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/279/260>
75. Vilagut G. Ferrer M. Rajmil L. Rebollo P. Permanyer-Miralda G. et al El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.* 2005; 19(2): 135-50.
76. Fernández J. Hernández R. Cueto A. La calidad de vida: un tema de investigación necesario. Concepto y método (1). *Medicina Integral*. 1996; 27 (2): 53-56.
77. Armando P, Uema S, Sola N. Valoración de la satisfacción de los pacientes con el seguimiento farmacoterapéutico. *Seguimiento farmacoterapéutico* 2005; 3(4): 205- 212
- Abrigo TM. Eficacia de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico para resolver problemas relacionados con medicamentos en pacientes diabéticos centro de salud Yugoslavia, distrito de nuevo Chimbote. [Tesis Doctoral]. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2016.
78. Sachun UL. Efecto de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico sobre la autopercepción de la calidad de vida en pacientes diabéticos atendidos en la botica Farmavida del distrito Chimbote. [Tesis Doctoral]. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2016.
79. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Día mundial de la Salud 2013. Documento N°

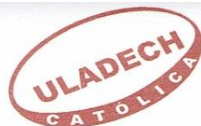
- WHO/DCO/WHD/2013.2. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.
Tomado desde:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?ua=1 El 24/07/2018
80. Segura L. Agusti R. Ruiz E. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. *Acta Médica Peruana*. Lima. Enero - abril. 2011; 23(2): 71-75. Disponible:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172859172006000200005. El 10/07/14.
81. Equipo de Epidemiología. *Boletín Epidemiológico 2013 DRSLC, Cercado de Lima*, mayo 2013; 6(5).
82. Sociedad Argentina de Cardiología. Consenso de Hipertensión Arterial. *Rev. Argent Cardiol.*2013; 81(2); 83-110. Tomado desde: http://www.sac.org.ar/Sociedades/cc_latam_hta.pdf. El 28/03/19.
83. Bertoldo P. Ascar G. Campana Y. et al Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas. *Rev Cubana de Farmacia*. 2013; 47(4):468-474.
84. National longitudinal surveys. Nlsy79 Appendix 19: Sf-12 Health Scale Scoring. US Department of Labor. Bureau of labor statistics. 2002. Tomado desde: www.bls.gov/nls/79quex/r19/y79r19append19.pdf El 11/02/19.
85. Cotte V. Faltenbacher H. Willich W. Bogner R. Trial of validation of two devices for self-measurement of blood pressure according to the European Society of Hypertension International Protocol: the Citizen CH-432B and the Citizen CH-656C. *Blood Press Monit* 2008; 13:55-62
86. Clospes E, Castro I, Sala M, Farre R, Gamez M, Ramos J. Intervenciones Farmaceuticas (parte II): Validacion de la Metodología utilizada para medir el impacto. *Barcelona: Hospital de la Sanrta Creu* 2000; 24(4): 215-220.
87. García M. Puig M. Mateu S. Bonet M. Fuentes de información de medicamentos. En: Carnicero J (Coordinador). *La gestión del medicamento en los Servicios de Salud. Informes SEIS (8)*. Pamplona: Sociedad Española de Informática de la Salud, 2008. Tomado desde: <http://www.seis.es>
88. Tuesca MR. Guallar CP. Banegas BJ. Graciani para. factores asociados al control de la hipertensión arterial en personas mayores de 60 años en España. *Revista Española de Salud Pública*, mayo-junio, año/vol. 80, número 003 Ministerio de Sanidad y Consumo de España Madrid, España. pp. 233-242

89. World Medical Association. Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subject. Edinburgh: 52nd WMA General Assembly (on line) URL disponibilidad in: http://www.wma.net/e/policy/17-c_e.html. El 15/07/18.
90. De Negri N. Distefano A. Galarza L. Ojeda. Estudio Epidemiológico de Hipertensión Arterial en el C.A.P.S. N° VII De Laguna Brava en Corrientes Capital. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 140 – diciembre 2004.
91. Flores L. Seguimiento Farmacoterapéutico con el Método Dáder en un grupo de pacientes con hipertensión arterial 2005; 3(3):154-157. Trabajo de investigación (citado en agosto del 2017).
92. Ocampo P. Impacto de un programa de atención farmacéutica sobre el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes hipertensos. in *crescendo* 1 (2) 2010. Tomado desde: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S222230612010000200006&script=sci_abstract. El 02/04/2019.
93. Sabater D, Fernández F, Parras M, Faus M. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico. España: Universidad de Granada. 2005; 3(2): 90-97.
94. Epley N. Schroeder J. Mistakenly seeking solitude. *Journal of Experimental Psychology: General*. 2014; 143(5): 1980-1999. Tomado desde: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2014-28833-001> El 02/04/2016142.
95. Faus M. Fernández F. Martínez F. Programa Dáder de Seguimiento del Tratamiento Farmacológico. Casos Clínicos, Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica Universidad de Granada, 1° edición, España. 2001.
96. Ortiz H. Vaamonde R. Zorrilla B. Arrieta F. Casado M. Medrano J. Prevalencia, grado de control y tratamiento de la hipertensión arterial en la población de 30 a 74 años de la Comunidad de Madrid: Estudio PREDIMERC. *Rev. Esp. Salud Pública* [online]. 2011, 85(4): 329-338. ISSN 1135-5727. Tomado desde: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272011000400002&lng=es, el 02/04/2019.
97. 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.

98. Barros P. 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 2017): <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2624/1/tm4673.pdf>
99. Sergia G. Pharmaceutical Therapeutics ambulatory monitoring in hypertensive Patients of the Caja de Salud de Caminos and R.A. – Oruro. BIOFARBO v.16 n. La Paz dic.2008. Disponible Desde: <http://www.scielo.org.bo/scielo.php> Tomado el 08/08/18.
100. Velasco G. Seguimiento farmacoterapéutico ambulatorio en pacientes hipertensos de la Caja de Salud de Caminos y R. A. –Oruro. Biofarbo. vol. 16, diciembre 2008. Tomado de: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rbfb/v16n1/v16n1a13>.
101. Mehos M. Saseen J. MacLaughlin J. Effect of Pharmacist Intervention and Initiation of Home Blood Pressure Monitoring in Patients with Uncontrolled Hypertension. *Pharmacotherapy*. 2000; 20(11):1384-1389. © 2000 Pharmacotherapy Publications.
102. Jiménez J. Estudio epidemiológico de calidad de vida en hipertensos españoles. Tesis Doctoral. Universidad Miguel Hernández Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Clínica. Valencia España 2005.
103. Fustamante D. 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.
104. Jarillo D. Moreno B. Rodríguez PJC. Lázaro y de Mercado P. Calidad de Vida e Diabetes Mellitus. Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud (TAISS). Madrid.

VIII. ANEXOS

8.1 ANEXO. Solicitud de permiso dirigido al establecimiento farmacéutico del Puesto Salud.



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

Chimbote, 28 de junio de 2017

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

Asunto: Facilidades para realizar una investigación sobre Seguimiento Farmacoterapéutico.

De mi especial consideración.

Me dirijo a Usted de manera cordial para solicitarle por su intermedio las facilidades para que la Alumna **Leslie Melissa Zavaleta Rodríguez, Cod N° 0108140006**, pueda desarrollar actividades de Seguimiento Farmacoterapéutico como parte de un proyecto de investigación que tiene por objetivo evaluar la utilidad de este servicio en la prevención, detección e intervención de problemas relacionados con medicamentos que pueden sufrir los pacientes que se atienden en el Servicio Farmacéutico que Usted dirige.

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

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

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

Atentamente:

Teléfono de Contacto: 943788829



UNIVERSIDAD CATÓLICA
LOS ÁNGELES - CHIMBOTE
DPTO. ACAD. INVESTIGACIÓN EN FARMACIA
Mg. Percy Ocampo Ruje
JEFE DE SECCIÓN DE INVESTIGACIÓN EN FARMACIA

Av. Jose Pardo Nro. 4199 A.H. San Juan
Chimbote - Perú
Teléfono: (043) 351253

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

* NOMBRE DEL PACIENTE:

* DIRECCION: A.A.H.H

* TELEFONO: 976134250

* FIRMA:

* DNI:

* NOMBRE DEL QUIMICO FARMACÉUTICO: MEISSA ZAVALTA RODRIGUEZ

* TELÉFONO: 948986526

* FIRMA: Zavalta

* DNI: 76229699

* FECHA: 14 / 10 / 17

* FECHA: 16 / 10 / 17

8.3. ANEXO. Fichas farmacoterapéuticas.

ANEXO N° 8.3.1. Registro de la información del paciente, su enfermedad, sus medicamentos y del médico prescriptor

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

COD° PACIENTE: 04 FECHA: 16 / 10 / 17

1.1.- DATOS PERSONALES

NOMBRE: SEXO: F
 DIRECCIÓN: AV. AA 10 de SEPTIEMBRE TEL. 13 ZONA: _____
 TELÉFONO DOMICILIO: - OTRO 976 134 250 (MAIL): -
 FECHA DE NACIMIENTO: 10 / 09 / 48 EDAD: 69 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	<u>14/10/17</u>	<u>16/10/17</u>	<u>19/10/17</u>	<u>25/10/17</u>
PRESIÓN ARTERIAL (en mm de Hg)/...../...../...../.....
GLICEMIA	<u>212 mg/dl.</u>	<u>190 mg/dL</u>	<u>175 mg/dl</u>	<u>110 mg/dl.</u>
PESO (en Kg)	<u>61 Kg</u>	<u>61 Kg</u>	<u>61 Kg</u>	<u>61 Kg</u>
TALLA (en cm)	<u>1.59 cm</u>	<u>1.59 cm</u>	<u>1.59 cm</u>	<u>1.59 cm</u>
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
<u>01</u>	<u>DIABETES</u>	<u>LA CAJETA</u>	<u>ENDOCRINOLOGIA</u>	

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
<u>E11</u>	<u>DIABETES</u>	<u>Dr. Marcos Vértiz</u>	<u>13/10/17</u>
<u>E11</u>	<u>COLESTEROL</u>	<u>Dr. Marcos Vértiz</u>	<u>13/10/17</u>

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

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

PRESCRIPCIÓN			DISPENSACIÓN				USO DEL PACIENTE					OBSERVACIÓN	
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(n)	Horario de la medicación	C: Total Días que debe tomarse el med. (días).	Total de medicamento DISPENSADO:	FECHA DE DISP.	OBSERVACIÓN
E11	A10	GIBENCUALTIDA	GIBENCUALTIDA	GIBENCUALTIDA	GIBENCUALTIDA	Tableta 5 mg	5 mg	1 día	7:30 am	45	45	13/10/17	
E11	A10	HETFORHINA	HETFORHINA	HETFORHINA	HETFORHINA	Tableta 850mg	850mg	1 día	12:30 pm	45	45	13/10/17	
E70	C10	ATORUASTATINA	ATORUASTATINA	ATORUASTATINA	ATORUASTATINA	Tableta 40mg	40mg	1 día	6 p.m	45	45	13/10/17	

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

ANEXO N° 8.3.3. Registro de la información del paciente, su enfermedad, sus medicamentos y del médico prescriptor.

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

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

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

1.7. REGISTRO DE PROBLEMAS DURANTE EL USO DE MEDICAMENTOS.

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

Si la respuesta anterior fue Si, entonces:

Cual fue el problema o necesidad?

Pudo comunicarse? Si No X

Si es NO, Por qué?

Cómo resolvió el problema? A quien recurrió?

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

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

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

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

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

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

NOMBRE DE LA ENFERMEDAD*, ACCIDENTE O DAÑO.	Tuvo Dx?	QUIEN / DONDE LE DIAGNOSTICO?	TELÉF	Molesta ahora? Qué hace para solucionar la molestia.	Toma medicamentos para esto?***
Gangrena de Fournier	Si	Dr. Taitos			No

**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° 8.3.4. Registro de la información del paciente, su enfermedad, sus medicamentos y del médico prescriptor.

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	Usa Aceite Olivo	Disminuir la ingesta
Ingesta de Azúcar	No utiliza	Disminuir la ingesta
Ingesta de Sal	Bajo en sal	Disminuir la ingesta
Consumo de alcohol	VECES POR SEMANA NO <input checked="" type="checkbox"/>	
Fuma cigarrillos o alguien en casa lo hace?	SI: ___ NO: <input checked="" type="checkbox"/> CANTIDAD AL DIA: _____	
Hace ejercicios:	CAMINA: <input checked="" type="checkbox"/> CORRE: _____ GIMNASIO: _____ PESAS: _____ BICICLETA: _____ OTRO: _____	VECES POR SEMANA: <u>7</u>
Consumo de café o té	SI: ___ NO: <input checked="" type="checkbox"/> TAZAS DIARIAS: _____	
Dieta:	SI <input checked="" type="checkbox"/> 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: 04.....

ANEXO N° 8.3.5. Registro de la información del paciente, su enfermedad, sus medicamentos y del médico prescriptor.

FICHA 02. HOJA DE INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF /Hospital/Centro/Puesto de Salud de SANTA ANA

PACIENTE COD. N°: 04

FECHA: 16/10/17

NOMBRE:

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

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

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

ANEXO N° 8.3.6. Registro de la información del paciente, su enfermedad, sus medicamentos y del médico prescriptor.

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

Nombre 1: <i>Ibuprofeno 400 mg</i>	
1. ¿lo toma? <i>No lo toma</i>	4. ¿cómo le fue? <i>No se sabe porque no lo toma</i>
3. ¿para qué? <i>Dolor de piernas</i>	10. ¿Sintió algo extraño? <i>No sintió ningún efecto adverso.</i>
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:*84*.....

ANEXO N° 8.3.7. Registro de la información del paciente, su enfermedad, sus medicamentos y del médico prescriptor.

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

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

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

COD INTERV: 04

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

PACIENTE COD. Nº:

FECHA: 16/10/17

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 (T³,PA, colesterol...):

Colesterol 225 mg/dL

- 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: ...04...

ANEXO N° 8.3.8. Fichas farmacoterapéuticas. Hoja guía de Intervención Farmacéutica

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

PACIENTE COD N°: 04

NOMBRE:

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

N°	NOMBRE DEL MEDICAMENTO* O MORBILIDAD**	FFPP	DOSIS REC.	FREC. DE DOSIS/DIA	FECHA DE PRESCR.
01	GUBENCLAFIDA	Tableta	5 mg	1	13/10/17
02	METFORMINA	Tableta	850 mg	1	13/10/17
03	ATORVASTATINA	Tableta	40 mg	1	13/10/17

*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:	Se olvida de tomar por horas / no al horario establecido.
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: ...04.....

ANEXO N° 8.3.9. Fichas farmacoterapéuticas. Hoja guía de Intervención Farmacéutica

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.	9
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:19/10/17.....

COMENTARIO:

La paciente presenta incumplimiento debido a que se olvida frecuentemente de tomar sus medicamentos a los horarios indicados por su prescriptor.

ANEXO N° 8.3.10. Fichas farmacoterapéuticas. Hoja guía de Intervención Farmacéutica

4.4. QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRM.

Para resolver el incumplimiento, se empezará orientando a cerca de lo importante que es el tomar sus medicamentos a los horas indicadas, decirle las consecuencias que le puede generar para que tome conciencia.

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

TABLA N°4.4. CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS

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

COMENTARIO:

Para el PRM identificado debemos intervenir en la educación al paciente para lograr la disminución del incumplimiento involuntario dándole instrucciones.

ANEXO N° 8.3.11. Fichas farmacoterapéuticas. Hoja guía de Intervención Farmacéutica

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	PRM resuelto	PRM no resuelto
Aceptación		
Intervención aceptada	<input checked="" type="checkbox"/>	
Intervención no aceptada		

¿QUÉ OCURRIÓ CON LOS PRMs QUE NO SE RESOLVIERON?

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

- A) PEOR B) IGUAL MEJOR D) CURADO

COD INTERV: 04.....

ANEXO N° 8.3.12. Fichas farmacoterapéuticas. Hoja guía de Intervención Farmacéutica

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

COD° PACIENTE: 04 FECHA: 25 / 10 / 17

5.1. NÚMERO DE CONTACTOS UTILIZADOS DURANTE LA INTERVENCIÓN:

N°	Lugar donde se encontraba el paciente	Medio de comunicación	t invertido (min)
1	1-2	1	25
1	2	1	45
1	2	1	55
1	2	1	30

Referencia:

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

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

6. Fecha de la visita de cierre de la Intervención (visita domiciliaria): ...25/10/17...

COD INTERV: 04

ANEXO N° 8.3.13. Fichas farmacoterapéuticas. Test para medir la Autopercepción de la calidad de vida de los pacientes diabéticos.

CUADRO N° 04

CUESTIONARIO DE LA AUTOPERCEPCION DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD. Programa de Atención Farmacéutica para paciente **diabético** - **Puesto SALUD SANTA ANA**

NOMBRE DEL PACIENTE: MICHELLE CRUZADO COD° 04
 FIRMA: [Firma] FECHA: 25 / 10 / 17

COD INTERV: 04.....

INSTRUCCIONES:

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

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA:

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

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

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

- 1) Sí, me limita mucho 2) Sí, me limita un poco 3) No, no me limita nada
2. ¿Le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora o barrer?
3. ¿Le limita para subir varios pisos por la escalera?

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

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

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

- 1) Si 2) No
6. ¿Hizo menos de lo que hubiera podido hacer?
7. ¿No hizo o las hizo con menos cuidado en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su problema emocional?

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

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

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

- 1) Siempre 2) Casi siempre 3) Muchas veces 4) Algunas veces 5) Sólo alguna vez 6) Nunca
9. Se sintió calmado y tranquilo?
10. Tuvo mucha energía?
11. Se sintió desanimado y triste?

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

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

ANEXO N° 8.3.14. Estado de Situación (Procesamiento de la información)

HOJA DE ESTADO DE SITUACIÓN

Nombre del paciente: Micaela Cruzado Teodor
 Código: 04
 Observaciones:

Edad: 69 Sexo: Femenino
 Fecha: 19/10/17

N°	CIE 10*	Problema de salud	ATC	comerc	dci	ff	Dosis (mg)	frec dosis	días de tto	PRM**	Descrip prm	Interv*	Descripción interv	Canal común***	Accept***	Sol	Descrip sol	RNM**
1	E11	DIABETES	A10 BB01		GLIBENCLAMIDA	TABLETA	5mg	1 vez	45	9	Incumplimiento	8	Intervenir en la educación en el paciente	1	1	1	Educación en el tratamiento	3
2	E11	DIABETES	A10 BB02		METFORMINA	TABLETA	850mg	1 vez	45	9	Incumplimiento	8	Intervenir en la educación del paciente	1	1	1	Educación en el tratamiento	3
3	E78.0	Hipercolesterolemia pura.	C10 AA05		ATORVASTATINA	TABLETA	40mg	1 vez	45	9	Incumplimiento	8	Intervenir en su educación	1	1	1	Educación en el tratamiento	3
4	E11	Diabetes	A10 BB01		GLIBENCLAMIDA	Tableta	5mg	1 vez	45	3	Conservación inadecuada	10	Educación en medidas no farmacológicas	1	1	1	Sugerir medidas de conservación	3
5	E11	Diabetes	A10 BB02		METFORMINA	Tableta	850mg	1 vez	45	3	Conservación inadecuada	10	Abocar en medidas no farmacológicas	1	1	1	Sugerir en medidas de conservación	3
6	E78.0	Hipercolesterolemia pura	C10 AA05		ATORVASTATINA	Tableta	40mg	1 vez	45	3	Conservación inadecuada	10	Sugerir en medidas no farmacológicas	1	1	1	Sugerir en medidas de conservación	3

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

** PRM y RNM, verificar el código

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

***Accept.: 1) Aceptado, 0) No aceptado

***Sol.: 1) Solucionado, 0) No solucionado.

8.4. ANEXO. Tabla de estado de situación

COD Investigador	COD Paciente	COD CIE 10	DIAGNÓSTICO	nombre comercial	dci	fp	dosis (mg)	frec dosis (día)	días	COD PRM	Descripción del PRM	RNM	Acción realiz. por el qf	COD. INTERVENCIÓN	COD CANAL DE COMUNICACIÓN	aceptación	solución	Descripción de la NO solución	ATC	
2	9	1	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina	Amaryl'M	Metformina y Glimepirida	sol	2/500	1	30	9	la paciente suele olvidarse de tomar sus medicamentos	3	educación en las instrucciones y precauciones sobre el medicamento.	8	2	1	1		A10BA02 - A10BB12
2	9	1	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina	Amaryl'M	Metformina y Glimepirida	sol	2/500	1	30	11	la paciente tiene pensamientos negativos que la afectan de manera emocional	1	Se le oriento que acuda al psicólogo para que le ayude de manera emocional.	10	2	1	1		A10BA02 - A10BB12
2	9	2	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina		Metformina	sol	850	2	90	9	la paciente suele olvidarse de tomar sus medicamentos como la Metformina, Atorvastatina y Levotiroxina	3	educación en las instrucciones y precauciones sobre el medicamento.	8	2	1	1		A10BA02
2	9	2	E78.0	Hipercolesterolemia pura		Atorvastatina	sol	10	1	90										C10AA05
2	9	2	E00	Hipotiroidismo	Eutirox	Levotiroxina sodica	sol	50 mcg	1	8										H03AA01
2	9	2	L08	Otras infecciones locales de piel y tejido subcutáneo	Ciproflo	Ciprofloxacino	sol	500	1	90							1	1		J01MA02
2	9	2	M79.7	Fibromialgia	Pregobin	Pregabalina	sol	75	1	90										N03AX16
2	9	2	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina		Metformina	sol	850	2	90	10	Paciente toma eutirox junto con metformina pudiendo esto causar hiperglucemia.	4	Se le sugiero que le haga saber a su medico.	1	2	1	0		A10BA02
2	9	2	E00	Hipotiroidismo	Eutirox	Levotiroxina sodica	sol	50 mcg	1	90										H03AA01
2	9	3	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina		Metformina	sol	850	1	60	9	paciente suele olvidarse de tomar sus medicamentos como la Metformina, Atorvastatina y Gemfibrozil	3	Educación a la paciente en la importancia de la adhesión del tratamiento	9	2	1	1		A10BA02
2	9	3	E78.0	Hipercolesterolemia pura		Atorvastatina	sol	20	1	60										C10AA05
2	9	3	E78.0	Hipercolesterolemia pura		Gemfibrozilo	sol	600	2	120										C10AB04
2	9	3								11	la paciente presenta problemas emocionales	1	Se le sugiero a la paciente que acuda al psicólogo para que reciba ayuda profesional.	10	2	1	0	Por factores económicos y de tiempo .		
2	9	3	E78.0	Hipercolesterolemia pura		Gemfibrozilo	sol	600	2	120	1	la paciente hace una administración errónea en cuanto al horario.	5	Educación a la paciente en la correcta utilización y administración del medicamento así disminuir el incumplimiento involuntario	8	2	1	1		C10AB04
2	9	3	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina		Metformina	sol	850	1	60	12	la paciente presenta efectos adversos.	5	Educación a la paciente en la correcta administración del medicamento para no potenciar los efectos adversos.	8	2	1	1		A10BA02
2	9	3	E78.0	Hipercolesterolemia pura		Gemfibrozilo	sol	600	2	120										C10AB04
2	9	3		Dolor de huesos		Naproxeno	sol	550	2	ev										M02AA12
2	9	3		Dolor de huesos		Paracetamol	sol	500	1	ev										N02BE01

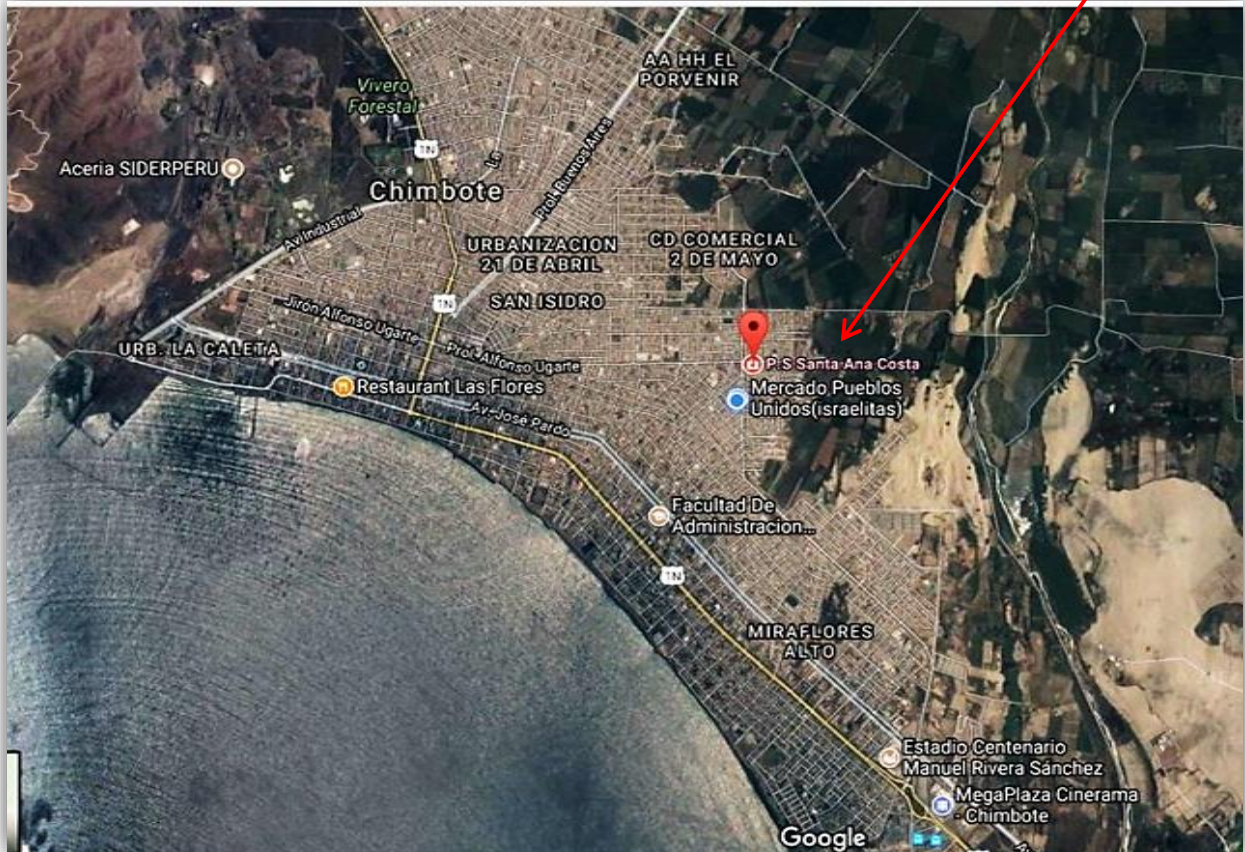
2	9	4	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina		Metformina	sol	850	1	30	9	la paciente suele olvidarse de tomar sus medicamentos como la Metformina, Glibenclamida y Atorvastatina	3	Educar a la paciente en la correcta utilización y administración del medicamento así disminuir el incumplimiento involuntario.	8	2	1	1	A10BA02
2	9	4	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina		Glibenclamida	sol	5	1	30									A10BB01
2	9	4	E78.0	Hipercolesterolemia pura		Atorvastatina	sol	40	1	30									C10AA05
2	9	4	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina		Metformina	sol	850	1	30	3	la paciente hace una conservación inadecuada de sus medicamentos como la Metformina, Glibenclamida y Atorvastatina.	3	Se sugiere a la paciente que tome medidas para la buena conservación de sus medicamentos.	10	2	1	1	A10BA02
2	9	4	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina		Glibenclamida	sol	5	1	30									A10BB01
2	9	4	E78.0	Hipercolesterolemia pura		Atorvastatina	sol	40	1	30									C10AA05
2	9	5	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina	Glicomed	Metformina	sol	850	2	60	9	La paciente suele olvidarse de tomar sus medicamentos	3	Educar a la paciente en la importancia de la adhesión a su tratamiento	9	2	1	1	A10BA02
2	9	5	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina	Glicomed	Metformina	sol	850	2	60	3	La paciente guarda sus medicamentos en bolsa plástica	3	Se sugiere a la paciente que tome medidas para la buena conservación de sus medicamentos.	10	2	1	1	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina
2	9	5	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina	Glicomed	Metformina	sol	850	2	60	11	La paciente presenta problemas emocionales	1	Se le sugiere a la paciente que acuda al psicólogo para que reciba ayuda profesional.	10	2	1	0	Por factores económicos y de tiempo .
2	9	6	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina		Metformina	sol	850	1	60	9	La paciente suele olvidarse de tomar sus medicamentos como la Metformina y Atorvastatina.	3	Educar a la paciente en la correcta utilización y administración del medicamento así disminuir el incumplimiento involuntario.	8	2	1	1	A10BA02
2	9	6	E78.0	Hipercolesterolemia pura		Atorvastatina	sol	20	1	30									C10AA05
2	9	6	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina		Metformina	sol	850	1	60	1	La paciente hace una administración errónea en cuanto al horario.	3	Educar a la paciente en la importancia de la adhesión del tratamiento.	9	2	1	1	A10BA02
2	9	6	E78.0	Hipercolesterolemia pura		Atorvastatina	sol	20	1	30									C10AA05
2	9	7	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina	Amaryl	Metformina y Glimepirida	sol	4/1000	1	15	9	La paciente suele olvidarse de tomar sus medicamentos	3	Educar a la paciente en la importancia de la adhesión del tratamiento	9	2	1	1	A10BA02 - A10BB12
2	9	7									11	La paciente tiene malos hábitos alimenticios, consume alimentos que pueden causar hiperglicemia	3	Educar a la paciente los alimentos que debe evitar en su dieta diaria.	10	2	1	1	
2	9	7	K05	Gingivitis	Unathem	Sulfamicilina	sol	375	1	5									J01CR04
2	9	8	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina	Glucophage XR	Metformina	sol	1000	1	60	9	La paciente olvida de tomar sus medicamentos y en más ocasiones es cuando viaja	3	Se le orienta en la importancia de tomar sus medicamentos y nunca olvidar llevarlos cuando sale de viaje	8	2	1	1	A10BA02
2	9	8	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina	Glucophage XR	Metformina	sol	1000	1	60	10	La paciente toma el eutirox junto con la metformina el cual le está causando hiperglicemia	4	Se le orienta que le sugiera a su médico	8	2	1	1	A10BA02
2	9	8	E00	Hipotiroidismo	Eutirox	Levotiroxina sodica	sol	75 mcg	1	60									H03AA01
2	9	8									11	La paciente se siente triste y deprimida por problemas familiares	1	Se le orienta que acuda al psicólogo para que le ayude emocionalmente	10	2	1	0	
2	9	8	K29.7	Gastritis	Dexilant	Dezansoprazol	sol	60	1	21									A02BC01

2	9	8		Alergias	Rinomex	Loratadina+Pseudoefedrina	sol	5+120	2	5									R06AX13 + R01BA02
2	9	8		Congestión nasal	Avaways	Fluroato de fluticasona	liq	27.5 mcg	2	5									R01AD12
2	9	9	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina		Metformina	sol	850	3	45	9	la paciente olvida de tomar sus medicamentos como la Metformina y Glibenclamida.	3	Educar a la paciente a disminuir el incumplimiento involuntario	9	2	1	1	A10BA02
2	9	9	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina		Glibenclamida	sol	2.5	3	45									A10BB01
2	9	9									3	la paciente guarda sus medicamentos en bolsa plástica	3	Educar a la paciente en las medidas correcta de conservacion de sus medicamentos	10	2	1	1	
2	9	9									11	La paciente se siente triste y deprimida por problemas familiares	1	Se le oriento que acuda al psicologo para que le ayude emocionalmente	10	2	1	1	
2	9	9		Dolor de huesos		Paracetamol	sol	500	1	ev									N02BE01
2	9	9		Ardor de estomago		Omeprazol	sol	20	1	30									A02BC01
2	9	9	N39	Infección de vías urinarias, sitio no especificado		Amikacina	iny	500	2	5									J01GB06
2	9	10	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina		Metformina	sol	850	3	45	1	La paciente toma el medicamentos despues de desayuno,almuerzo y cena, pero fue prescrito solo despues de almuerzo	6	Se le oriento a la paciente solo tomar el medicamento a la hora prescrita	8	2	1	1	A10BA02
2	9	10									3	La paciente guarda sus medicamentos en bolsa plástica	3	Se sugerio a la pacientes que tome medidas para la buena conservacion de sus medicamentos.	10	2	1	1	
2	9	10									11	La paciente tiene malos habitos alimenticios, consume alimentos que pueden causar hiperglicemia	3	Educar a la paciente los alimentos que debe evitar en su dieta diaria.	10	2	1	1	
2	9	10	E78.0	Hipercolesterolemia pura		Atorvastatina	sol	20	1	45									C10AA05
2	9	11	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina		Metformina	sol	850	2	60	1	La paciente toma el medicamentos despues de desayuno,almuerzo, pero fue prescrito despues de D/A/C.	6	Se le oriento a la paciente solo tomar el medicamento a la hora prescrita	8	2	1	1	A10BA02
2	9	11	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina		Metformina	sol	850	2	60	9	La paciente olvida tomar sus medicamentos como la Metformina y Glibenclamida.	3	Educar a la paciente en la importancia de la adhesion del tratamiento	9	2	1	1	A10BA02
2	9	11	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina		Glibenclamida	sol	5	2	60									A10BB01
2	9	11									3	La paciente guarda sus medicamentos en bolsa plástica	3	Educar a la paciente en las medidas correcta de conservacion de sus medicamentos	10	2	1	1	
2	9	11		Dolor de huesos		Ibuprofeno	sol	400	1	ev									M01AE01
2	9	12	E11	Diabetes mellitus no-dependiente de insulina		Metformina	sol	850	3	60	9	La paciente olvida tomar sus medicamentos frecuentemente, debido a que son 3 veces al dia.	3	Educar a la paciente a disminuir el incumplimiento involuntario	9	2	1	1	A10BA02
2	9	12									11	La paciente tiene malos habitos alimenticios, consume alimentos que pueden causar hiperglicemia	3	Educar a la paciente los alimentos que debe evitar en su dieta diaria.	10	2	1	1	

8.5 ANEXO. Tabla de datos de la autopercepción de calidad de vida.

INVEST	PAC	FECHA	DIMENSION	ITEM1	ITEM2	ITEM3	ITEM4	ITEM5	ITEM6	ITEM7	ITEM8	ITEM9	ITEM10	ITEM11	ITEM12	SCORE TOTAL
108140006	1	antes sft		4	3	3	2	2	2	2	3	4	4	3	3	35
		después sft		4	3	3	2	2	2	2	1	3	3	4	4	4
108140006	2	antes sft		2	3	3	2	2	2	2	1	2	2	5	4	30
		después sft		2	3	3	2	2	2	2	1	2	2	5	4	30
108140006	3	antes sft		5	1	1	1	1	1	1	4	5	5	3	2	30
		después sft		4	1	1	1	1	1	1	3	3	4	4	3	27
108140006	4	antes sft		4	2	1	2	2	2	2	2	4	4	5	3	33
		después sft		4	2	1	2	2	2	2	2	3	3	5	4	32
108140006	5	antes sft		4	3	2	2	2	1	1	2	4	3	4	3	31
		después sft		3	3	2	2	2	2	2	1	2	2	5	4	30
108140006	6	antes sft		4	3	3	2	2	2	2	1	2	4	4	4	33
		después sft		3	3	3	2	2	2	2	1	2	3	5	4	32
108140011	7	antes sft		4	3	3	2	2	2	2	1	2	1	4	4	30
		después sft		3	3	3	2	2	2	2	1	1	1	5	4	29
108140011	8	antes sft		4	3	3	1	1	1	1	2	3	2	3	3	27
		después sft		3	3	3	2	2	2	1	1	2	2	4	3	28
108140011	9	antes sft		4	1	1	1	1	1	1	4	4	4	3	2	27
		después sft		3	2	2	1	2	2	1	3	3	3	4	3	29
108140011	10	antes sft		4	2	2	2	2	2	2	1	1	2	5	5	30
		después sft		3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	5	5	28
108140011	11	antes sft		3	3	3	2	2	1	1	2	2	2	4	5	30
		después sft		3	3	3	2	2	1	1	2	1	2	5	5	30
108140011	12	antes sft		3	3	3	2	2	2	2	1	2	2	5	5	32
		después sft		3	3	3	2	2	2	2	1	1	1	5	5	30

8.6. ANEXO. Ubicación Geográfica del Puesto Salud Santa Ana Costa.



8.7. ANEXO. Glucómetro marca NIPRO Prestige Fácil.



INDICACIONES DE USO DEL GLUCÓMETRO:

1. El medidor se enciende automáticamente el extremo de contactos de la tira de prueba en el puerto de prueba, o cuando se presiona el botón —SI.
2. Siempre verifique los suministros antes de utilizar. Revise su medidor por daños (pantalla dañada o rajada, botones dañados o faltantes). Si nota algún daño, no use el medidor. Llame para solicitar asistencia. Revise los envases de tiras de prueba por daños (deseche cualquier envase que parezca estar rajado o roto).
3. Verifique las fechas del envase de tiras de prueba que está utilizando. No use las tiras después de que hayan transcurrido 120 días a partir de la fecha de apertura escrita en el envase o cuando haya transcurrido la fecha impresa junto a lo que ocurra primero
4. Lávese las manos (y el antebrazo para la prueba en sitio alterno). Enjuague bien y seque completamente
5. Saque la tira de prueba del envase. Tape el envase inmediatamente.
6. Con el medidor apagado, inserte el extremo de contactos de la tira de prueba (con los contactos hacia arriba) dentro del puerto.
7. Espere hasta que el símbolo de la gota aparezca en la pantalla.
8. Puncione la yema del dedo o el antebrazo. Deje que se forme una gota de sangre.
9. Estando la tira de prueba en el medidor, toque la gota de sangre con el borde de la punta para la muestra de la tira de prueba.
10. Después de la cuenta regresiva, aparecerá en la pantalla el resultado junto con la fecha y la hora.
11. Retire la tira de prueba y anote el resultado en el registro

8.8. ANEXO. Fotos

Figura N° 04. Frontis del Puesto Salud de Salud Santa Costa



Figura N° 05. Imagen de paciente firmando la hoja de consentimiento informado



Figura N° 06. Imagen en el control de la toma de glucosa



Figura N° 07. Revisión de medicamentos.



Figura N° 08. Ordenamiento de los medicamentos que se administra la paciente en su hogar.

