



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y
BIOQUÍMICA**

**MEJORAMIENTO DE LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS
MEDIANTE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO
FARMACOTERAPEUTICO EN LA BOTICA BARUC
FARMA, DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, MAYO –
JULIO DEL 2017**

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

AUTOR: Bach. Saenz Orbegozo Diego Alexander
ORCID: 0000-0003-3348-5246

ASESOR: Dr. Farm. Percy Alberto Ocampo Rujel
ORCID: 0000-0002-9498-5431

CHIMBOTE – PERU

2019

EQUIPO DE TRABAJO

AUTOR:

Bach. Diego Alexander Saenz Orbegozo

ORCID: 0000-0003-3348-5246

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Estudiante de Pregrado,
Chimbote, Perú

ASESOR: Mg.

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

DIAZ ORTEGA, JORGE LUIS

ORCID: 0000-0002-6154-8913

RAMIREZ ROMERO, TEODORO WALTER

ORCID: 0000-0002-2809-709X

VASQUEZ CORALES, EDISON

ORCID: 0000-0001-9059-6394

JURADO EVALUADOR

Dr. Q.F. Jorge Luis Díaz Ortega

ORCID: 0000-0002-6154-8913

PRESIDENTE

Mgr. Q.F. Teodoro Walter Ramírez Romero

ORCID: 0000-0002-2809-709X

MIEMBRO

Mgr. Q.F. Edison Vásquez Corales

ORCID: 0000-0001-9059-6394

MIEMBRO

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a, mis padres Mónica y Alfonso por haberme apoyado, aconsejado y guiado en este largo camino, por enseñarme valores que me ayudaron a salir adelante siempre y culminar este trabajo, por brindarme la confianza de seguir adelante en los obstáculos que se me presentaban y sobre todo por ser un ejemplo de seguir en la vida.

A mis hermanos Bryan y Fabricio por ser muy importantes en mi vida y por qué siempre me dieron aliento de superar y seguir luchando por mis metas y objetivos sobre todo mi hermano mayor Bryan a quien lo admiro y respeto mucho que en todo momento estaba pendiente de mí y me ayudo brindándome sus conocimientos profesionales y sobre todo agradecerles porque en todo momento me brindaron su amor y llenaron mi vida de alegría.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradecer a Dios por estar siempre conmigo, por darme la vida, por estar siempre levantándome en mis debilidades y fortaleciéndome cada día más y más, por bríndame una vida llena de aprendizaje, humildad, experiencias y sobre todo sabiduría.

También doy gracias mis padres Mónica y Alfonso por haberme guiado y dado todo para ser lo que soy ahora, por enseñarme valores que me ayudaron a salir a delante siempre, por brindarme la confianza de seguir adelante en los obstáculos que se me presentaban y sobre todo por apoyarme económicamente para poder ser un gran profesional de la salud.

A mis hermanos Bryan y Fabricio por ser muy importantes en mi vida y porque siempre estaban pendiente de mi preguntándome lo que me hacía falta, en lo que podían ayudarme, sobre todo a mi hermano mayor Bryan que siempre me brindaba sus conocimientos profesionales y me apoyo mucho en culminar esta tesis.

A la Dra. Liz Zevallos Escobar que no siendo mi tutora me apoyo mucho en culminar este trabajo y poder cumplir con mi meta de ser profesional.

Agradezco a mis profesores en especial a mi tutor Percy Ocampo Rujel que siempre brindo la confianza, apoyo y dedicación de su tiempo para que se pueda lograr todo sueño de un estudiante profesional graduarse y terminar su tesis.

A mis amigos por confiar y creer en mí y haber hecho de mi etapa universitaria un trayecto de vivencias hermosas que jamás se olvidaran.

RESUMEN

El objetivo de este proyecto que se trabajó en la botica Baruc Farma en el Distrito de Nuevo Chimbote – San Luis en la Provincia del Santa del Departamento de Ancash fue determinar el efecto de un seguimiento farmacoterapéutico domiciliario sobre la buena adherencia que tienen los pacientes hacia su tratamiento, así mismo ver los valores de presión arterial en las visitas a su domicilio. Se intervino mediante un diseño pre experimental prospectivo a 12 pacientes de ambos sexos con edades promedio de 61 años que recibieron visitas domiciliarias con pre y post prueba en un periodo de 35 días utilizando el método DADER de seguimiento farmacoterapéutico para paciente hipertenso. La adherencia que presentaron los 12 pacientes después del seguimiento farmacoterapéutico fue un resultado significativo positivo ($p= 0.021$), ya que hubo satisfacción en ellos. Se concluye que la intervención farmacéutica domiciliaria implementada bajo las condiciones del diseño tuvo un impacto positivo sobre la variable dependiente.

Palabras claves: Adherencia, seguimiento farmacoterapéutico, hipertensión, presión arterial.

ABSTRACT

The objective of this project, which was carried out at the Baruc Farma pharmacy in the District of Nuevo Chimbote - San Luis in the Santa Province of the Department of Ancash, was to determine the effect of a home pharmacotherapeutic follow-up on the good adherence of patients towards their treatment, likewise see the blood pressure values in the visits to your home. A prospective, pre experimental design was performed on 12 patients of both sexes with an average age of 61 years who received home visits with pre- and post-test in a period of 35 days using the DADER method of pharmacotherapeutic follow-up for hypertensive patients. The adherence that the 12 patients presented after the pharmacotherapeutic follow-up was a significant positive result ($p = 0.021$), since there was satisfaction in them. It is concluded that the pharmaceutical intervention at home implemented under the design conditions had a positive impact on the dependent variable.

Key words: Adherence, pharmacotherapeutic follow-up, hypertension, blood pressure.

INDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
I. INTRODUCCION	1
1.1. Objetivos de la Investigación	5
1.1.1. Objetivo General	5
1.1.2. Objetivos Específicos.....	5
II. REVISION DE LA LITERATURA	6
2.1. Antecedentes	6
2.1.1. REALIDAD SANITARIA Y FARMACÉUTICA EN EL PERÚ	6
2.1.2. EVOLUCIÓN DEL MARCO REGULATORIO Y ESTADO DEL USO DE MEDICAMENTOS.....	8
2.1.3. ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO.....	11
2.1.4. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	14
2.1.5. SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO Y ADEHERENCIA LA TRATAMIENTO.....	17
2.2. Bases teóricas de la investigación	19
2.2.1. ADHERENCIA TERAPÉUTICA:	19
2.2.2. PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS (PRM) Y RESULTADOS NEGATIVOS DE LA MEDICACIÓN (RNM).	21
2.2.3. LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y EL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO: RESPONSABILIDAD DEL FARMACÉUTICO EN EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD PÚBLICA	26
2.2.4. HIPERTENSION ARTERIAL	38
2.2.5. MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVOS	40
2.2.6. BOTICA BARUC FARMA- NUEVO CHIMBOTE- SAN LUIS.....	43
III. HIPÓTESIS	44
a. Hipótesis nula.....	44
b. Hipótesis cero.....	44
IV. METODOLOGIA	44
4.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACION	44
4.2. POBLACION Y MUESTRA	46

4.3. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	48
4.3.1. PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS (PRM):	49
4.3.2. RESULTADOS NEGATIVOS ASOCIADOS CON LA MEDICACIÓN (RNM).	49
4.3.3. CUMPLIMIENTO O ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.	50
4.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	50
4.4.1. TÉCNICA.	50
4.4.2. INSTRUMENTOS	51
4.4.2.1. FICHAS FARMACOTERAPÉUTICAS (FFT).....	51
4.4.2.2. INSTRUMENTO PARA MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....	51
4.4.3. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	52
4.4.3.1. PROCEDIMIENTO PARA OFERTA DEL SERVICIO Y CAPTACIÓN DE LOS PACIENTES.....	53
4.4.3.2 LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN.	55
4.4.3.3 FASE DE ESTUDIO Y EVALUACIÓN DE LA INFORMACIÓN.	55
4.4.3.4. FASE DE INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO.....	57
4.4.3.5. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN.....	58
4.5. PLAN DE ANÁLISIS	59
4.6. Matriz de consistencia	61
4.7. Principios éticos	62
V. RESULTADOS	63
5.1. Resultados	63
5.1.1. Características de los pacientes y tiempos invertidos durante la intervención.	63
5.1.2. Morbilidad diagnosticada, auto percibido y el uso de medicamentos durante el proceso del seguimiento farmacoterapéutico.	65
5.1.3. Resultados acerca de los problemas relacionados con medicamentos (PRM) y los resultados negativos de la medicación (RNMs).	67
5.1.4. Impacto de la intervención sobre adherencia	69
5.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS	71
VI. CONCLUSIONES	83
VII. RECOMENDACIONES	84
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	85
IX. ANEXOS	97

9.1. Solicitud de permiso al establecimiento farmacéutico.	97
9.2. Hoja de consentimiento firmado	98
9.3. Fichas Farmacoterapéuticas	99
9.4. Tabla de estado de Situación.....	113
9.5. Tablas De Adherencia.....	124
9.6. Ubicación Farmacia Baruc Farma.....	125

CONTENIDO DE CUADROS

CUADRO 1. CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS NEGATIVOS ASOCIADOS CON LA MEDICACIÓN (RNM). TERCER CONSENSO DE GRANADA. 2007 (CLASIFICACIÓN QUE LE CORRESPONDÍA A LOS PRMs HASTA EL SEGUNDO CONSENSO DE GRANADA)	23
CUADRO 2. LISTADO DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS (PRM)	24
CUADRO 3. ACTIVIDADES DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL EJERCICIO PROFESIONAL DEL FARMACÉUTICO COMUNITARIO.	29
CUADRO 4. CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS DESTINADAS A PREVENIR O RESOLVER RESULTADOS CLÍNICOS NEGATIVOS DE LA FARMACOTERAPIA.	34
CUADRO 5. CLASIFICACION DE LA PRESION ARTERIAL DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE HIPERTENSION (SEH) - SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGIA (SEC) Y JOINT NATIONAL COMMITTE - 7 (JNC-7) ⁽⁶¹⁾	39
CUADRO 6. CLASIFICACIONES DE LA PRESIÓN ARTERIAL DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE HIPERTENSIÓN (SEH) -SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGÍA (SEC)	39
CUADRO 7. ESCALA DE ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN (MAS) DE MORISKY- GREEN – LEVINE.(53, 56).....	52
CUADRO 8. TIPOS DE CANALES PARA COMUNICAR LAS RECOMENDACIONES DEL FARMACÉUTICO PARA LA SOLUCIÓN DE PRMs.....	57

CONTENIDO DE FIGURAS

ILUSTRACIÓN 1. PASOS CLAVE DEL MÉTODO DADER MODIFICADO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO.	37
ILUSTRACIÓN 2. ESQUEMA DEL MODELO DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA CON DISEÑO DESCRIPTIVO.	45
ILUSTRACIÓN 3. FLUJO GRAMA DE LAS ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO.	54

I. INTRODUCCION

Los problemas identificados hoy en día con los medicamentos (PRM) son aquellos factores esenciales que se suman al logro o la decepción de los tratamientos con medicamentos que producen efectos secundarios negativos del medicamento (RNM), La evolución de esta ciencia no ha sido fácil, lamentablemente diversos desastres históricos tuvieron que ocurrir para que el mundo se concientizara de la necesidad de salvaguardar la seguridad del paciente ante el uso inadecuado de los medicamentos.

Los medicamentos sobre todo cuando se dio en inicios de los años sesenta, la talidomida era un problema, pero se actuó cumpliendo con la seguridad y eficacia siguiendo adecuadamente los requisitos siendo muy estrictos para aprobar su uso. Por lo que hoy a través de diferentes estudios se sabe que la utilización en exceso de estos productos por parte de los consumidores, trae consigo efectos secundarios negativos. El uso incorrecto de estos medicamentos no lleva hasta la muerte, problemas de salud y grandes pérdidas de dinero. ^(1,2)

El mal uso de los medicamentos hoy en día es un problema de gran magnitud. Varios referentes justifican una evidencia absoluta sobre la morbi-mortalidad y la sensación que ha generado el inapropiado uso de estos medicamentos en los diferentes sistemas sanitarios.

Hoy en día el desarrollo farmacoterapéutico (SFT) es una gran oportunidad de bienestar para ayudar a resolver el problema del paciente. Permite identificar errores en la medicina y en la utilización por parte de los pacientes. También, es un instrumento útil para rectificar y enseñar al paciente sobre las tendencias sólidas de la vida para una recuperación más rápida y prevenir la irritación o la cronicidad. ⁽³⁻⁷⁾

Es por ello que el objetivo principal de este proyecto es hacer exponer que los expertos farmacéuticos de ULADECH están preparados para atender los problemas identificados con la utilización de medicamentos en pacientes hipertensos. A lo largo del avance de este proyecto, el especialista en medicamentos se convierte en una sesión de individuos que realizan una tarea que se completa como individuo a partir de la administración de recetas que se crea con el especialista y en particular con el paciente.

Por lo tanto el especialista en medicamentos da como resultado una utilización del programa SFT que está preparado para registrar datos sobre pacientes que utilizan recetas, evaluar, clasificar y convertir datos en información a través de los medios de registro. La mejora de este proyecto producirá la prueba de que es posible comunicarse con expertos alternativos de las ciencias de salud, en particular con los prescriptores, con los cuales los especialistas en drogas se relacionan con sus pacientes.

También las enfermedades cardiovasculares forman una de las causas principales de discapacidad y muerte prematura en todo el mundo. En Perú la tasa de mortalidad por enfermedad isquémica de corazón, que es la que provoca una angina de pecho o un

infarto, es de 28,77%. Es por ello que el adecuado uso de los medicamentos está relacionado directamente con el buen procedimiento en el tratamiento, y está influenciado intensamente por diferentes variables que de no ser descritas y reconocidas a tiempo podrían producirse tratamientos fallidos, empeora la enfermedad o la aparición de nuevos problemas en la salud que son consecuencias del uso inapropiado de los medicamentos.

Así mismo es imprescindible diseñar nuevos métodos de búsqueda para identificar la causa del interés farmacéutico y del alcance farmacoterapéutico en variables indirectas que se relacionan al triunfo del tratamiento con la utilización de medicamentos. Propiamente en la actual investigación se situó a determinar el efecto del seguimiento farmacoterapéutico por encima de la variable de adherencia como colisión directamente de la ocupación profesional de la salud del farmacéutico.

Entonces, nuevamente, confiamos en que los resultados se agreguen para respaldar la línea de investigación del Farmacia EP de ULADECH que resolvió contribuir de manera decidida a la preparación exhaustiva de futuros expertos, en los cuales la acreditación de capacidades en SFT será un incentivo adicional para el inicio de su vocación experta. ⁽¹⁾

En la literatura, se recoge la definición del término “adherencia” dada por Di Matteo y Di Nicola como “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado,” la que a nuestro juicio representa un considerable avance en la comprensión de la naturaleza psicológica del problema discutido. ⁽⁹⁾

Los nuevos medicamentos deben exigir ejecutar obligaciones muy exactas de seguridad y eficacia para afirmar su uso. Debido que a pesar de todos los estudios y períodos previos de control, el manejo masivo por parte de la localidad lleva en muchos momentos a la aparición de efectos colaterales negativos. Así mismo el uso inadecuado ocasiona grandes deterioros a la salud, residuo enorme de sumas de dinero y por último hasta puede llegar a la muerte. ⁽¹⁻³⁾

Así mismo esta investigación tiene la intención de realizar un proyecto que permita verificar el impacto sanitario de llevar a la práctica un modelo propio de intervención farmacéutica que tome en cuenta nuestra particular realidad con el objetivo de diagnosticar a los pacientes hipertensos a la mejora de la adherencia al tratamiento de la botica Baruc farma - San Luis en el mes de mayo y julio del 2017. ⁽¹³⁾

Específicamente la presente investigación está orientada a describir:

¿Cuál es el efecto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia terapéutica de pacientes hipertensos en su tratamiento intervenidos desde la Botica Baruc Farma de Nuevo Chimbote durante los meses de mayo y julio del 2017?

1.1.Objetivos de la Investigación

1.1.1. Objetivo General

- Determinar el efecto de un programa de seguimiento Farmacoterapéutico sobre la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos en su tratamiento intervenidos desde la Botica Baruc Farma Nuevo Chimbote.

1.1.2. Objetivos Específicos

- Desarrollar un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) bajo el modelo ULADECH dirigido a pacientes hipertensos desde la Botica Baruc Farma Nuevo Chimbote.
- Intervenir a los pacientes hipertensos que presentan problemas relacionados con medicamentos mediante el programa de seguimiento farmacoterapéutico para prevenirlos o curarlos.
- Medir el impacto del programa de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre los niveles específicos de adherencia al tratamiento antes y después de la intervención.

II. REVISION DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes

2.1.1. REALIDAD SANITARIA Y FARMACÉUTICA EN EL PERÚ

En el Perú la salud se ha venido desarrollando en los últimos 50 años. Se le atribuye estos progresos importantes a la adecuada evolución de los sectores poblados, al aumento en el nivel de capacitación, a las diversas mejoras en los diferentes servicios básicos, a la transformación en las formas de vida, a la creciente población demográfica y al progreso en la atención a los servicios de salud. ⁽⁴⁷⁾

Numerosas participaciones han mostrado resultados satisfactorios en relación a aplicaciones farmacéuticas avanzadas basadas en el Seguimiento Farmacoterapéutico y ejecutados en distintos entornos. Se expresan numerosos resultados en ámbitos clínicos, sociales y monetarios en los controles orientados a renovar la calidad del uso de estos medicamentos y dominio de diferentes organismos patológicos, mejora en competencia de los profesionales farmacéuticos.

En el Perú, en hospitales de ESSalud en Trujillo y en Lima en el Hospital Nacional Edgardo Regalito se encontraron tasas de adherencia entre 54 y 63 % ya que estos hospitales realizan programas de seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes hipertensos lo que permite controlar la enfermedad cardiovascular evaluando el tratamiento antihipertensivo y mejorar la calidad de vida del paciente.

En todo lo que es de intervenciones abarcando tipos que se realizaron, según Sabater T. Se examinaron 2361 hojas de intervención de seguimiento farmacoterapéutico y comprobaron que siendo de mayor prevalencia aquellas en las que hay reemplazo del fármaco (23,6 %), seguida de aquellas consignadas a la toma adictiva de algún medicamento al paciente (23,5 %). Del mismo modo se matizaron las intervenciones encaminadas a disminuir el incumplimiento voluntario (14,8 %), la sacada de un medicamento (14,6 %) y asimismo la modificación de la dosis (13,4 %). Lo demás tipos de intervención precisos fueron: Disminución del incumplimiento involuntario (3,4 %), orientación y educación en medidas no farmacológicas (3,4 %), pequeñas modificaciones en la pauta de administración (1,2 %) y en la dosificación (2,2 %).

Sin embargo, esta singular preeminencia de ser el principal proveedor de salud es la Farmacia, lo cual debería transformarse en una ocasión meritoria para que aquellos profesionales responsables de las Farmacias comunitarias fortalezcan en el Sistema Sanitario el liderazgo, la necesidad de los pacientes para conseguir medicamentos y consejos prácticos para sus enfermedades se vuelve una tendencia de los usuarios para evitar la pérdida de tiempo y deficiencias en las prestaciones de servicios administrativos de visitar formalmente a un profesional médico. Es por eso que es muy factible que los pacientes muestren PRMs y permanezcan muy expuestos a RNMs en estos estados de condición ajeno a la racionalidad del consumo. ⁽⁴⁸⁾

2.1.2. EVOLUCIÓN DEL MARCO REGULATORIO Y ESTADO DEL USO DE MEDICAMENTOS.

Los medicamentos encima de su ámbito regulatorio, es dentro del escenario de la asistencia sanitaria un componente estratégico en la cual ha cambiado desfavorablemente la situación. A partir la década de 1990, los medicamentos pasaron a ser medidos en una actividad significativamente controlada y regulada, con los costos y compuestos defensas a la iniciación de estos (se reconocieron menos de 200 medicinas al año a iniciaciones de esa década) a otra sin medidas y han sido libre de ser costeados después del primer periodo de gobierno del presidente Fujimori. ^(49, 50)

A comienzos de siglo XXI (2004), después de algunas modificaciones que se realizaron en los temas legales y reglamentarios impulso a que estas normas siguieran a la afirmación de la Política de medicinas del Perú, para el ejercicio de la Farmacia modificándose en un nuevo ambiente. ^(8, 9)

Debido a las fechas que se dieron a conocer el ambiente laboral del farmacéutico implicado en el mercado peruano ha ido creciendo hasta unos U\$\$ 1100 millones en el año 2008, quiere decir que el 400 % corresponde en 6 años y se evidencia que seguirá aumentando conforme pasen los años a un equilibrio no menor al 15 %, se estima que hasta el 2018 se obtendrá un importe de U\$\$ 3000 millones.

Asimismo se afirma que todo este crecimiento económico se debe a los medicamentos tipos genéricos de marca y genéricos en DCI, todo esto se debe al lanzamiento marcado por las políticas sanitaria en prescripción, dispensación y por del sector industria que genera la industria (producción) en el Perú. ⁽⁴⁹⁾

Debido a este estado en que nos encontramos la situación del mercado se ha agrandado extensamente ya que las famosas cadenas de farmacia concentran un porcentaje de 64 % de los aquellos mercancías farmacéuticos que son vendidos bajo unas operaciones farmacéuticas las cuales son cinco, estas operaciones están vinculadas con laboratorios o también con importadora. Constan más de 1400 establecimientos farmacéuticos de este espécimen, cuya política principal es presentar a la venta los más importantes que son los medicamentos más rentables o aquellos de fabricación de laboratorios del mismo grupo. ⁽⁴⁹⁾

Así mismo esto ha originado que los consumos de medicamentos alteren aquellos patrones, debido a un trabajo que se realizó en las regiones de Perú para determinar la situación, Barillas y Col ⁽⁴⁹⁾ realizaron un estudio en el cual el 44 % de solamente pacientes entrevistados se llevó a cabo un tratamiento prescrito en su totalidad, es por eso que se evidencia la escasas de adherencia a ciertas recetas médicas y a aquellas adquisiciones que se dan a frecuencia y en minuciosos montos se evidencian mayores costos teniendo en cuenta los productos que necesitan y que finalmente contribuye el consumidor.

Debido a ciertas certidumbres que muestra el crecimiento la calidad en las prescripciones en los servicios de salud de primer nivel de atención en el Perú, así como también aquellas interacciones con los médicos, aquellos que recetan en su consulta médica un promedio de 3 medicamentos por cada paciente, es por eso que también 3 de cada 10 pacientes que asisten a una consulta reciben una inyección en su tratamiento, estos dos indicadores son perjudiciales de la calidad de las prescripciones médicas teniendo en cuenta los parámetros internacionales considerados por la Organización Mundial de la Salud. ⁽⁵⁰⁾

Hoy en día existe una gran importancia sobre los antimicrobianos los cuales demandan acciones muy importantes y responsabilidades sobre el control de estos antimicrobianos para su uso del paciente, los encuentros entre médico – pacientes en consulta ambulatoria el 60 % de los médicos prescribe en el tratamiento del paciente antimicrobianos lo cual indicaría un mal uso o un sobre uso de estos medicamentos contribuyendo así a la resistencia antibacteriana y sobre todo modificando su potencial de efecto sobre el organismo del enfermo, por otro lado el gran porcentaje de pacientes que se le dio tratamiento con antimicrobianos no se le realizó análisis clínicos y no adoptaron orientaciones apropiadas de la dosis y tiempo del tratamiento. ⁽⁵⁰⁾

2.1.3. ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

Escobar Huiñac, Jherliza Eugenia Rubely- Abril 2016

Los autores de la siguiente investigación realizada en abril del 2016 tiene como objetivo demostrar el efecto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico (SFT) en pacientes hipertensos sobre la adherencia en su tratamiento farmacológico, los cuales han sido intervenidos en los ambientes de la Botica Econo Farma número 0, situado en el distrito de Nuevo Chimbote en la Provincia del Santa, desarrollado durante los meses de abril a julio del 2014. Así mismo esta investigación aplicó el método DADER modificado con un programa de SFT de organizado en seis etapas: Captación de pacientes, Recojo de información, evaluación de la información, intervención farmacéutica, seguimiento y por último medir resultados. En estas etapas se recogió información en instrumentos específicos a cada uno de ellas con: Fichas Farmacoterapéuticas y el test de Morisky-Green-levine; aquella herramienta se utilizó en la segunda y última entrevista para el monitoreo de la muestra de pacientes. Se diagnosticaron solucionando los 29 problemas relacionados con medicamentos (PRM), dando como resulta 100 % del estudio, sin embargo la adherencia comparada de los pacientes al inicio y al final de la intervención evidenció un bombazo muy significativo según el score total ($p=0.000$) del Test de McNemar. Por último se concluye que la intervención a estos pacientes hipertensos al inicio tuvieron un 0 % de adherencia al tratamiento pero en el transcurso de la intervención con estrategias y orientaciones al paciente se le pudo llegar al 100 % de la adherencia al tratamiento, según el test de Morisky-Green-Livene siendo un valor muy significativo. ⁽⁵¹⁾

Rosado Rios, Jorge Michelson- enero- abril 2018

El trabajo de investigación tiene como objetivo determinar qué tipo aplicada, prospectivo no probabilístico, de nivel cuantitativo y de corte longitudinal, con diseño pre experimental tuvo como objetivo evaluar la eficacia del Seguimiento Farmacoterapéutico sobre los PRM y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos intervenidos en la Farmacia del Centro de Salud “San Martín” Distrito La Esperanza -Trujillo, Enero –Abril 2018. La muestra estuvo constituida por 12 pacientes de ambos sexos. Para la recolección de datos se realizaron visitas periódicas cada semana, se aplicó criterios de inclusión como pacientes hipertensos entre 45 y 65 años de edad que visitaron el establecimiento, instrumentos como ficha de Seguimiento Farmacoterapéutico, adherencia al tratamiento y medición de presión arterial.

El análisis y procesamiento de la información de las fichas farmacoterapéuticas, el test de Morisky se transfirió en MS Excel elaborándose tablas simples y porcentuales llegándose a las siguientes conclusiones: El promedio de edad es de 55 años entre hombre y mujeres, con mayor frecuencia en mujeres. La intervención más usada fue de disminuir el incumplimiento involuntario. Se logró solucionar 13 PRMS del total que representa el 86.6 %. Al aplicar el test de McNemar se encontró que $p=0.032$, siendo significativo el cambio de 75 % incumplidor antes del SFT a un 91.7% cumplidores después del SFT. Se logró disminuir la Presión Arterial Sistólica / Diastólica en relación a sus valores iniciales al inicio del SFT, para mayor validez se aplicó el test de T Student encontrándose $T= 0.05$, reafirmando el cambio que tuvo los pacientes. ⁽⁵¹⁾

Según la definición de Mikel, Brodi en los años 1980. ⁽⁵³⁾ explicaron la Teoría de la Practica Farmacéutica, en donde se propuso que: “El único responsable del resultado de la terapia con medicamentos es el Farmacéutico”. En este año este autor fue el que desarrollo el magnífico concepto del responsable del medicamento, lo cual desarrollo un impulso para incluir la determinación de lo que hace falta del medicamento de un paciente y asimismo la provisión, del medicamento que se requiere no solo de este, sino de los valores precisos tanto antes, durante o después del tratamiento, para evidenciar una eficaz y sobre todo seguridad de la vida del paciente en su terapia adecuada. ^(11, 52)

Debido a la conferencia de Hilton Head, en los años 1985 se manifestó por decisión implementar en EEUU un modelo en el cual abarque atención integral, la cual completa un objetivo que los farmacéuticos como profesionales de la salud puedan ejercer su trabajo con responsabilidad como químicos farmacéuticos permitiendo al término por la legislación actual y que los pacientes se beneficien cada uno de ellos con la sabiduría y capacidad profesional de los farmacéuticos. ⁽⁵⁴⁾

Según Hepler en el año 1985 determina analizando las primeras conceptualizaciones y da como finalizado concluyendo que el labor del químico farmacéutico en informar y aconsejar al paciente es muy insuficiente, por lo que sostuvo que se debería responsabilizar como farmacéutico el “cuidado” de aquellos pacientes que presentan alguna necesidad con el medicamento, como resultado una nueva dimensión al termino Pharmaccutical Care.

Así mismo en el año 1988 Hepler decidió describir la Atención Farmacéutica como “una relación adecuada entre un paciente y un farmacéutico, en la que este último realiza las funciones de control del uso de medicamentos (con un conocimiento y experiencia adecuados) basándose en el conocimiento y el compromiso respecto al interés del paciente”. (2, 11, 52)

Se reporta que la traducción que se dio a inicio de “Pharmaceutical Care” como “Atención Farmacéutica” se evidencio de una manera más valida al unir la denominación de la actividad (atención o actuación) con la del profesional químico farmacéutico aquel que está encargado de difundirla en la sociedad. (11)

2.1.4. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

En el planeta, las enfermedades cardiovasculares están a cargo de aproximadamente 17 millones de pases por año, casi el 33 % del total. Entre ellos, las complejidades de la hipertensión de los vasos sanguíneos causan 9,4 millones de pases cada año. La hipertensión es la causa de algo así como el 45 % de los pases de una enfermedad coronaria y el 51 % de los pases de un accidente cerebrovascular. (17)

Objetivos: Determinar la prevalencia, conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial en el Perú. Diseño, lugar, participantes: Aplicación de encuesta y medida de presión arterial a población adulta de ambos sexos, mayores de 18 años en 26 ciudades, 10 en la costa, 4 en la selva y 12 en la sierra, localizadas a diferentes alturas a nivel del mar.

En la sierra, fueron agrupadas por su altitud en menos y más de 3000 msnm. En total, quedaron 14 256 encuestas válidas. Intervenciones: La obtención de la muestra se realizó entre febrero y noviembre de 2004. La presión arterial fue obtenida con los mismos tensiómetros, de acuerdo a las recomendaciones establecidas. Para el diagnóstico de la presión arterial, se utilizó el criterio del VII Comité Nacional Conjunto. Resultados: Una de las más grandes prevalencia de hipertensión en la población general fue 23,7 % (varones 13,4 % y mujeres 10,3 %). Así mismo en la parte costa, la prevalencia fue 27,3 %; en la sierra 18,8 % y 22,1 % como también en las alturas menores y mayores de 3000 msnm, respectivamente; en la parte de la selva, 22,7 %. Es entonces que a partir de la cuarta década de la valiosa vida, la mayor posibilidad de desencadenar enfermedades como hipertensión se evidencio a gran magnitud en la parte costa que en las otras regiones. Los hipertensos diastólicos fueron predominantes en la sierra, sobre los 3 000 msnm; 55 % de la mayor parte de la sociedad no tenían conocimiento de su enfermedad (hipertensión); tampoco de aquellos medicamentos que toman en su tratamiento, solo aquel porcentaje 45,1 % estaba consiente; la gran mayoría (82,2 %) recibía una terapia en un determinado tiempo con los inhibidores de la enzima convertidor de la angiotensina (ECA) I. Se especula teorías en relación al hematocrito, vasodilatación e hipervascularización. Conclusiones: La hipertensión es casi similar en las tres regiones del Perú.

Es entonces que a inicios de la cuarta década de la vida, la probabilidad de desencadenar hipertensión es de gran magnitud en la costa.

Los hipertensos diastólicos fueron predominantes en la sierra, sobre los 3 000 msnm; la mayor parte de la mitad de la sociedad no tenían conocimiento de su enfermedad (hipertensión) y, de quienes recibían una terapia farmacológica, debido a estos valores solo el 45,1 % estaba compensado y orientado de la situación; gran parte de pacientes recibía tratamiento con los inhibidores específicos de la enzima convertidor de la angiotensina (ECA) I. ⁽²¹⁾

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

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

2.1.5. SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO Y ADEHERENCIA LA TRATAMIENTO

IMPACTO DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO SOBRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL. FARMACIA BONO FARMA - DISTRITO DE CHIMBOTE, NOVIEMBRE 2015 A MAYO 2016.

La investigación se basa en el método DÁDER modificado teniendo como objetivo determinar el Impacto De Un Programa De Seguimiento Farmacoterapéutico Sobre La Adherencia Al Tratamiento En Pacientes Con Hipertensión Arterial. Farmacia Bono farma - Distrito De Chimbote, Noviembre 2015 A Mayo 2016. Se evidenciaron 12 pacientes los cuales fueron monitoreados por un esquema de seguimiento farmacoterapéutico el cual cuenta con seis fases: la primera captación, por consiguiente levantamiento de información, evaluación de la información, intervención y por ultimo seguimiento y medición de resultados. En las fases ya descritas se recogió en cada uno de ellas información con herramientas e instrumentos específicos como las Fichas Farmacoterapéuticas (FFT) de los problemas relacionados con los medicamentos solo se solucionaron el 73 % los cuales fueron orientados y supervisados, así mismo con los problemas no resueltos se dejó en exposición al paciente presentar resultados negativos que fueron el 26,3 % evidenciándose un gran porcentaje de RNMs de necesidad.

Así mismo se dio a conocer la eficacia que se obtuvo de la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos dando como resultado un gran impacto significativo de ($p=0.002$) concluyendo que los pacientes antes de la intervención no se evidencia adherencia al tratamiento por falta de incumplimiento y otros factores, pero después de la intervención se dio un gran impacto sobre la adherencia al tratamiento en todos los pacientes. ⁽¹⁹⁾

El incumplimiento terapéutico constituye un importante problema asistencial que puede afectar a la salud de los pacientes. Es una de las posibles causas del fracaso de los tratamientos, afecta seriamente a la calidad de vida y genera importantes costes para el sistema de salud. Por estos motivos, el conocimiento de las tasas de incumplimiento resulta de gran interés sanitario. Así, para la planificación de intervenciones efectivas es necesaria la mejora de los instrumentos de medida del comportamiento en la adherencia terapéutica, así como el estudio de los factores relacionados con un apropiado cumplimiento, individual y comunitario. De acuerdo con la revisión realizada, y de forma general, se estima que un 40 % de los pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas. En el caso de las enfermedades agudas, la tasa de incumplimiento llega al 20 %, mientras que en las enfermedades crónicas alcanza el 45 %.

Los principales factores que influyen en la adherencia terapéutica están relacionados con el propio paciente (creencias y motivaciones, edad o estatus socioeconómico), el tipo de enfermedad, el tratamiento propuesto para afrontarla y el propio sistema de asistencia sanitaria.

El presente artículo ofrece una visión actualizada de la adherencia terapéutica, con una revisión de los diferentes métodos de medida utilizados, y se identifican los factores relacionados con ella y las principales intervenciones de mejora, incluidas las llevadas a cabo por el profesional de farmacia. ⁽²⁰⁾

2.2.Bases teóricas de la investigación

2.2.1. ADHERENCIA TERAPÉUTICA:

Hoy en día Encontramos diversos términos para aludir a esta idea. En la escritura anglosajona, los más utilizados son (consistencia) y (adherencia), aunque muchos otros se han propuesto como: participación, esfuerzo coordinado, unión restaurativa, desarrollo, obediencia, reconocimiento, adherencia y comprensión.

También en el caso de que aludamos, como cuestión de primera importancia, a la expresión "consistencia", encontramos que el significado de un reconocimiento más prominente es el propuesto por Haynes, por ejemplo, "en qué medida la conducta de un paciente, "En relación con la toma de drogas, el control de un régimen de alimentación o la alteración de las propensiones a la vida, se corresponde con las instrucciones dadas por el especialista o la fuerza laboral del bienestar".

Por otro lado en el caso de que busquemos la importancia del término en nuestro dialecto, como lo indica el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, vemos que se caracteriza por: "Actividad e impacto de la satisfacción", "ejecución o producción de resultados".

Para eso en la práctica restaurativa, esta idea normalmente se restringe únicamente a la utilización de recetas por parte del paciente, sin duda, pero debe considerarse como una idea expansiva, que incorpora perspectivas de bienestar estériles, por ejemplo, seguir un régimen alimenticio, no fumar, realizar actividades físicas con frecuencia, evite la presión, no tome o posiblemente no maneje licor, use cinturones de seguridad, haga visitas terapéuticas intermitentes o se adapte a las visitas de alcance, planificadas como un aspecto importante del tratamiento en sí.

Por lo tanto este término se ha abordado y, lo más importante, se trata de un grado limitado, en cuanto a la naturaleza multifacética de la maravilla que trata de incluir. En particular, se propone que la expresión "consistencia" se use normalmente para aludir a la aceptación del paciente mediante la adhesión a las directrices y propuestas del experto en bienestar y esto tendría un trabajo no involucrado y agradable, confiando en que el paciente pueda tomar sus propias decisiones siguiendo de manera confiable las sugerencias que se proponen. ⁽⁵¹⁾

2.2.2. PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS (PRM) Y RESULTADOS NEGATIVOS DE LA MEDICACIÓN (RNM).

Considerar el manejo de medicamentos implica un proceso de amplia complejidad, es por ellos que intervienen numerosos agentes diversos en las diferentes fases del Seguimiento Farmacoterapéutico ya mencionados como la prescripción, validación de las recetas, dispensación adecuada, administración y el seguimiento farmacoterapéutico, hay algunas oportunidades en las que el tratamiento farmacológico no llega a alcanzar lo esperado en la salud del paciente, esto implica diversas razones, factores o circunstancias que el paciente amerita, entre ellas podemos indicar algunos errores en la medicación (EM).

Para Blasco, Mariño y Cols. ⁽²¹⁾ “Definen error de Medicación (EM) a cualquier actuación, prevenible que puede causar daño al paciente ya sea morbilidad farmacoterapéutica (MFT) que puede desencadenar un resultado negativo asociado al uso de medicamento (RNM), o bien, dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos cuando estos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del propio paciente y que pueden estar asociados con Problemas Relacionados con Medicamentos.”

Los PRMs son aquellos problemas con medicamentos que se dan inicio por algunos errores en la medicación y por consiguiente dan a evidenciar un resultado negativo asociado al consumo del medicamento (RNM). Estos RNM son tan peligrosos que pueden llamarse morbilidad farmacoterapéuticas (MFT). Los PRM son aquellos que

ponen en riesgo al paciente de un RNM quiere decir que trae como consecuencias un error de medicación (EM).

Se afirma que aquellos PRMs como causas de RNMs, pueden ser de mucha responsabilidad gracias a su múltiple peligro, por lo que es posible modificarse en la labor asistencial y utilización clínica teniendo en cuenta situaciones socioeconómicas de cada paciente. Bajo estas consideraciones Ocampo ⁽³⁸⁾ propone modificar la lista original de 14 PRMs del Tercer Consenso de Granada a 16 entidades tal como se muestra en el Cuadro N°01.

CUADRO 1. Clasificación de Resultados Negativos Asociados con la Medicación (RNM). Tercer Consenso de Granada. 2007 (Clasificación que le correspondía a los PRMs hasta el Segundo Consenso de Granada)

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

Tomado de: Tercer Consenso de Granada 2007 ^(18, 22, 23).

Debido a que el paciente puede potencialmente llegar a evidenciar algún efecto indeseable (RNM), los PRM se pueden dividir en: potenciales o no manifestados, estos pueden llegar a complicar y modificar los resultados deseados y reales, es por ellos que a veces el paciente experimenta un efecto indeseable relacionado netamente con el tratamiento farmacológico generando así un resultado negativo de la medición (RNM).

Se manifiesta de la actual definición de PRM Y RNM lo cual da inicios a un nuevo lugar del profesional farmacéutico, esto lleva como resultado a la identificación y sistematización de nuevos eventos que afirman que los farmacéuticos al evidenciar un PRM pueden llegar a prevenir las consecuencias de un RNM diagnosticando efectivamente.

CUADRO 2. Listado de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM)

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

Modificado: Tercer Consenso de Granada 2007 ^(18, 22, 23).

Culbertson et al. En 1997 ⁽²⁴⁾ “definieron como Diagnóstico Farmacéutico (DF) al proceso cognitivo centrado en la identificación de problemas específicos originados en el uso de medicamentos por parte de los pacientes. El DF debe estar basado en evidencia suficientes que permita sostener que la causa del problema de salud que enfrenta el paciente es efectivamente el uso de los medicamentos.

También lo que ha ocurrido es que los farmacéuticos hemos evitado utilizar la palabra diagnóstico para referirnos finalmente a la actividad profesional de prevenir RNMs a través de la identificación y el tratamiento de sus causas, los PRMs. Si para los Profesionales Médicos es clara la labor diagnóstica en función de las enfermedades que son capaces de identificar para los Farmacéuticos deben quedar claros cuáles son los PRMs que son capaces de diagnosticar para evitar la aparición de RNMs.”

No todos los PRM en su origen en los errores en la medicación, sin embargo, los errores si son considerados PRM. Ferriols “afirma que con una elevada frecuencia, los PRM se originan en la forma en que los medicamentos son seleccionados, prescritos o indicados, dispensados, administrados y, principalmente, monitorizados. Por tanto, además de la obligada calidad en los medicamentos que se manejan es imprescindible una correcta selección, prescripción, indicación, preparación, dispensación y administración, y por supuesto la exigencia de seguimiento de resultados y evolución del paciente con tratamiento farmacológico, para evitar o prevenir acontecimientos adversos relacionados con la farmacoterapia.”

Finalmente concluimos que el Farmacéutico para identificar errores en la medicación o identificar PRM, este personal de la salud debe estar muy capacitado, para así evidenciar de su capacidad de ofrecer al paciente un tratamiento eficaz y seguro a través de una intervención farmacéutica, con la finalidad de ser responsables y evitar enfermedades producidas por el mal uso del medicamento así como resultados negativos de la medicación. ⁽²⁵⁾

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

Los conceptos de “Pharmaceutical Care” son presentados en una revalorización de la Farmacia lo cual se encuentra en una reunión no deseable tras la desaparición de la “farmacia elaboradora” y así mismo la pérdida de valor de la “farmacia distribuidora”, aquellas centradas en el medicamento como producto. ⁽¹¹⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) contribuyeron al cambio de visión, por lo que generó una definición de las prácticas farmacéuticas dando a conocer que deberían de ser: suministrar medicamentos y otros productos para el cuidado de la salud ayudando a la sociedad a mejorar su calidad de vida. ⁽²⁶⁾

En el país de España se ha trabajado con mucha dedicación la incorporación del Pharmaceutical Care, así mismo el Ministerio de Salud y Consumo propone una definición de Atención Farmacéutica (AF) dirigidos especialmente a los servicios farmacéuticos con el trato de paciente – farmacéutico, que abarca desde el control de calidad de la prescripción hasta las actividades de farmacovigilancia. (27, 18, 28).

En el ambiente comunitario, según Andrés Rodríguez ⁽¹¹⁾ “las actividades de AF podrían esquematizarse según el cuadro N°03, donde destacan aquellas orientadas hacia el paciente, mayores en número a aquellas tradicionales orientadas exclusivamente hacia el aseguramiento de la calidad del medicamento”.

Algunas actividades no guardan relación precisamente con el uso del medicamentos que también pueden contribuir con este objetivo, por otra parte si estas no están precisamente vinculadas con el paciente tienen la responsabilidad de otorgar calidad al medicamento, es decir que el medicamento ya sea intrahospitalario o como distribución externa tienen a asegurarse su calidad intrínseca a través de análisis de control de calidad. (11, 21).

Así mismo orientándose a dispensación en las buenas prácticas, como también la Indicación Farmacéutica, el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), las BP de Farmacovigilancia y por último las actividades relacionadas con la Farmacia Clínica, todas ellas deben contribuir con la solución o amenguamiento y la prevención de los PRM.

La atención farmacéutica es un término muy impactante, que en la historia de la farmacia se ha usado el término “atención” para poder así evidenciar la función que cumple el Farmacéutico en la sociedad. As mismo se hablaba también de servicios farmacéuticos que de “atención” y por lo general existía algunas diferencias entre estos términos mencionados. El diccionario define “atención” como “la responsabilidad individual de alguien para entregar bienestar y seguridad”, mientras que un servicio implica funciones o actividades ⁽¹⁴⁾

CUADRO 3. ACTIVIDADES DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL EJERCICIO PROFESIONAL DEL FARMACÉUTICO COMUNITARIO.

<p>Actividades orientadas al MEDICAMENTO</p>	<p>ADQUISICION CUSTODIA ALMACENAMIENTO CONSERVACION De materias primas, especialidades farmacéuticas y productos sanitarios</p>
<p>Actividades orientadas al paciente: ATENCIÓN FARMACÉUTICA</p>	<p>DISPESACION DE MEDICAMENTOS MEDICAMENTOS FORMULACION MAGISTRAL</p>
	<p>INDICACION FARMACÉUTICA FORMACIÓN EN USO RACIONAL EDUCACIÓN SANITARIA FARMACOVIGILANCIA</p>
	<p>SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</p>

Tomado de Andrés Rodríguez. ⁽¹¹⁾

Al inducir el término “atención” reúne a un conjunto de profesionales de la salud que no solo el farmacéutico brinda al usuario, sino también lo hacen otros profesionales de la salud es por ellos que en nuestro quehacer profesional como farmacéuticos existen tres elementos muy importantes y básicos que caracterizan el trabajo de la atención farmacéutica: Responsabilidad, mejoramiento de la calidad de vida del paciente y por ultimo comprometerse con el paciente para alcanzar las metas terapéuticas y un tratamiento farmacológico. ^(14, 29, 30)

El ejercicio de dispensación el cual caracterizaba al farmacéutico de su labor de los demás profesionales de la salud, además de solamente enfocarse esta actividad, no se preocupaban por los efectos del medicamentos que producían en el paciente, desentendiéndose si es que ocurría algún caso de reacción adversa o de dudas sobre el uso del medicamento, todo esto ocurría hace algún tiempo.

Hoy con la responsabilidad del Farmacéutico en desempeñar bien la atención farmacéutica entre paciente – farmacéutico y además de la terapia del médico, se busca a alcanzar el cumplimiento y la responsabilidad del tratamiento farmacológico para poder así llegar a la satisfacción que busca el paciente contra su enfermedad, por lo tanto el farmacéutico busca únicamente prevenir o solucionar los problemas que se presentan con el medicamento. ^(14, 29, 30).

Una solución a esta necesidad es la implementación de modelos basados en seguimiento fármaco terapéutico (SFT) ^(21, 30, 31). “La definición de Seguimiento fármaco terapéutico (SFT), tal como se propone en el tercer consenso sobre Atención Farmacéutica de Granada en España en 2007” ⁽²¹⁾, es “La práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente que usa medicamentos”.

La detección de problemas relacionados con medicamentos (PRM) para la resolución y prevención de resultados negativos de medicamentos (RNM) esta únicamente orientada a las actividades del SFT, así mismo los profesionales de la salud y los Farmacéuticos en particular se comprometen a alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente, implicando compromiso y dedicación. ⁽³²⁻³⁴⁾

Según Machuca. ⁽³⁴⁾ “actualmente los términos: atención farmacéutica (AF), intervención farmacéutica (IF) y seguimiento fármaco terapéutico (SFT) se usan indistintamente en las diferentes investigaciones sobre el tema para indicar una misma actividad orientada a asegurar calidad en el consumo de medicamentos por parte de los pacientes.”

Según Martí y Jiménez ⁽³⁵⁾, “de manera general los programas de AF o SFT deben soportarse en métodos o sistemas que permitan, de un modo general, dar respuesta a los siguientes aspectos:”

- a) Caracterización a inicios de pacientes que se favorecerían con su formación.
- b) Reconocer las categorías y las causas que ocasionan los problemas relacionados con los medicamentos y su documentación.
- c) Crear alertas para identificar los arbitrios del sistema.
- d) Valorar la utilidad clínica de los procesos asistenciales clave en curso.
- e) Proporcionar la oferta de mejoras en la calidad de la gestión farmacoterapéuticas.

Sabater y col. ⁽³⁶⁾ durante el proceso de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) sugiere una clasificación de las intervenciones farmacéuticas que se someterían a este SFT. Estos autores definen esta clasificación como intervención farmacéutica aquella propuesta de actuación sobre el tratamiento y/o las conductas del paciente, con el objetivo de resolver o prevenir un PRM o un RNM.

“A través de los años se han desarrollado varios métodos, entre ellos los más conocidos son: Therapeutic Outcomes Monitoring (TOM) aplicable a grupos de pacientes que sufren enfermedades de alto riesgo de Charles Hepler, El Método del Global Pharmaceutical Care de Linda Strand y Cols. Además del método de Seguimiento Farmacoterapéutico Dáder de la Dra. María José Faus Dáder desarrollada desde la Universidad de Granada en España. ⁽³⁵⁾. Existen así mismo otros métodos propuestos como el método IASER desarrollado por Climenti y Giménez.” ⁽³⁵⁾

En esta línea de investigación se ejecutara con un modelo de intervención modificado del método Español DADER de seguimiento farmacoterapéutico, ^(37, 38) Desarrollado por Ocampo ⁽³⁹⁾, así mismo dando como objetivo de medir el impacto del SFT sobre la prevención y solución de PRMs y RNMs, como también el buen uso del medicamentos.

En 1999 se dio a inicio a la creación del Método DADER como una propuesta por el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada siendo revisada en tres ocasiones, en el año 2005 se realizó la última revisión dando como objetivo final a desarrollar una herramienta sencilla y fácil de aplicar teniendo procedimiento operativos normalizados sin ninguna pérdida, de este modo se intenta que el método DADER llegue a alcanzar un modelo universal para la prestación del seguimiento farmacoterapéutico en cualquier ámbito asistencial, independientemente del tipo de paciente y por cualquier farmacéutico. ⁽³⁸⁾

CUADRO 4. Clasificación de intervenciones farmacéuticas destinadas a prevenir o resolver resultados clínicos negativos de la farmacoterapia.

	Intervención	Acción
Intervenir sobre cantidad de medicamento	Modificar la dosis.	Ajuste de la cantidad de fármaco que se administra de una vez.
	Modificar la dosificación.	Cambio en la frecuencia y/o duración del tratamiento.
	Modificar la pauta de administración (redistribución de la cantidad).	Cambio del esquema por el cual quedan repartidas las tomas del medicamento a lo largo de un día.
Intervenir sobre la estrategia farmacológica	Añadir un medicamento(s).	Incorporación de un nuevo medicamento que no utilizaba el paciente.
	Retirar un medicamento(s).	Abandono de la administración de un determinado(s) medicamento(s) de los que utiliza el paciente.
	Sustituir un medicamento(s).	Remplazo 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. ⁽³⁶⁾

Los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) se han demostrado gracias al método de ser exitoso en la prevención, detección y resolución. ^(38, 40, 41, 24). Así mismo tal como lo formula el Grupo de Investigación de la Universidad de Granada ⁽³⁴⁾ y Deselle y Col. ⁽⁴³⁾ “es necesario evaluar su utilidad en escenarios sociales diferentes que permitan establecer estándares de actuación en situaciones particulares para medir en ellos el impacto real de la atención farmacéutica.”

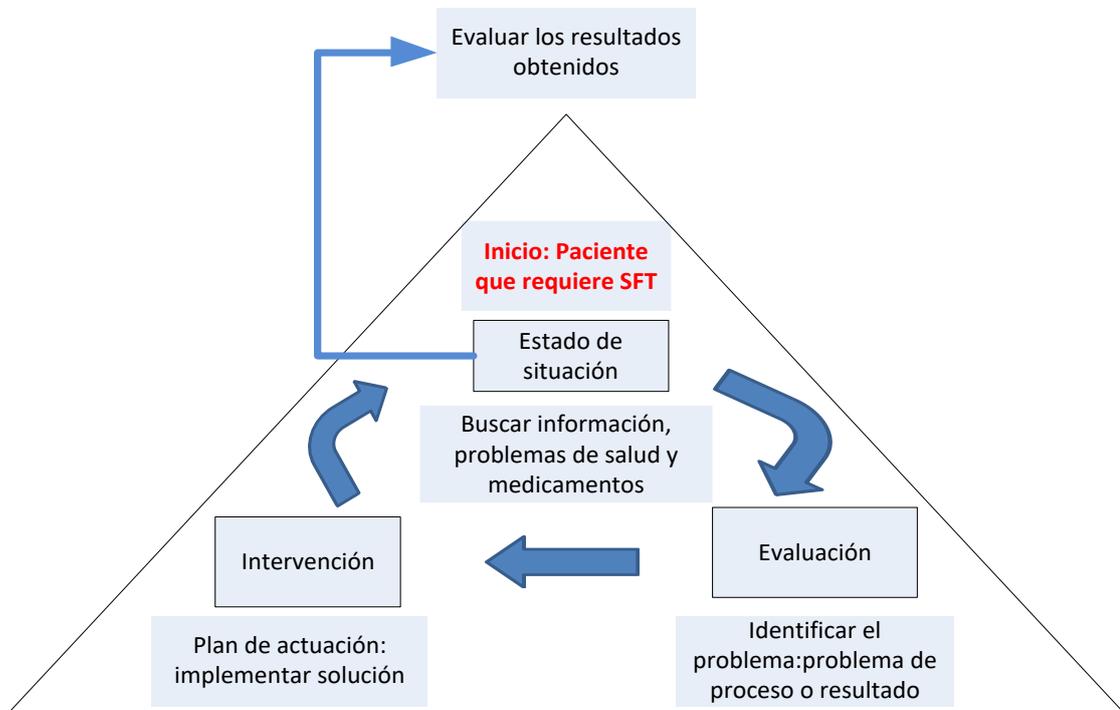
Estas características se han encajado en el método modificado por Ocampo ⁽³⁹⁾ en el que el paciente requiere información necesaria sobre aspectos semánticos y terminológicos con cada uno de ellos, por lo que hace que para el paciente y el profesional Farmacéutico sea muy entendible y sea fácil de aplicar con los instrumentos de levantamiento de información. Debido a los problemas de adherencia al tratamiento que se presentan en la intervención se ha introducido un test que permite rápidamente detectar estos problemas que alcancen las cifras mayores al 70 % y que se convierten en uno de los principales problemas a resolver en el uso del medicamento.

Así mismo en el método DADER ^(34, 37) como en la versión modificada por Ocampo ⁽³⁹⁾ “se pueden identificar como fases centrales del proceso de seguimiento farmacoterapéutico a: a) la elaboración del primer estado de situación del paciente, la evaluación e identificación de sospechas de PRMs, b) la intervención para resolver los PRMs y potenciales RNMs y c) la evaluación del nuevo estado de situación del paciente.”

En esta presente investigación, se realizara un modelo elaborada desde la oficina de farmacia, en donde en primer lugar se tomara como contacto al establecimiento Farmacéutico para poder ofertar del servicio que se brindara y así poder conceder con el levantamiento de información y los contactos sucesivos en la fase de intervención el cual se desarrollara con unas vías de comunicación, tales como teléfonos, citas o paciente – farmacéutico en el establecimiento Farmacéutico. ^(44, 45).

Debido a que el profesional Farmacéutico no tiene acceso a los hábitos y costumbres domiciliarios del paciente ni tampoco a la confortabilidad que da a conocer la comunicación más relajado entre el enfermo hacia el farmacéutico y viceversa, lo que hace que la farmacia comunitaria se evidencie como más liderazgo en el centro hacia donde debe recurrir el paciente para la consulta sobre medicamentos. ⁽¹²⁾

Ilustración 1. Movimientos Clave del Método DADER Modificado de Seguimiento Farmacoterapéutico.



Elaboración Propia

Así mismo la bolsa de medicamentos, los tiempos de interacción, las oportunidades de desarrollar actividades de educación y por último la oportunidad de intimar con el paciente tienen desventajas que sobrepone en el trabajo del establecimiento Farmacéutico, por lo contrario el desarrollo del trabajo desde la farmacia permitirá estrategias que desarrollaran para poder fortalecer el rol de liderazgo del farmacéutico como profesionales de la salud así como también ver el uso del medicamento.

Lo más importante es que el impacto positivo y las asistencias sanitarias en las actividades del profesional farmacéutico se desarrolle un modelo para mejorar estos aspectos, por otro lado este establecimiento Farmacéutico produce ingresos económicos, las actividades regulares que van dirigidas a los pacientes y aquellos países que han implementado de manera reglamentaria así como en el Perú tienen principales obstáculos en el desarrollo de la implementación de modelos de SFT. Así mismo esta investigación tiene como objetivo desarrollar un modelo que determine apoyar y contribuir a la salud pública dando como resultado un valor de cadena logística de medicamentos. ⁽¹⁵⁾

2.2.4. HIPERTENSION ARTERIAL

La hipertensión es aquella infección interminable. Es así que según lo indicado por el séptimo informe del Comité Nacional Conjunto sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Arterial Alta de los Estados Unidos (JNC VII) ⁽⁶²⁾, se considera que un adulto creció más que Los 18 años de edad son hipertensos cuando se produce una altura de la PAS persistente (tensión circulatoria sistólica) más prominente que o equivalente a 140 mm Hg y / o una expansión en el DBP (pulso diastólico) más prominente que o equivalente a 90 mm Hg.

Aunque la herencia es un factor relevante para el desarrollo de HTA, se considera que es un problema de salud multicasual, debido a que factores ambientales, neurogenéticos, humorales y vasculares cumplen un papel importante en el desarrollo de la enfermedad. ⁽⁴⁶⁾

CUADRO 5. Clasificación de la presión arterial de la sociedad Europea de Hipertension (SEH) - Sociedad Europea de Cardiología (SEC) y Joint National Committe - 7 (JNC-7) ⁽⁶¹⁾

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

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

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

La hipertensión frecuentemente está asociada con comorbilidades tales como diabetes mellitus, coronariopatía, insuficiencia cardiaca (IC) crónica, accidente vascular encefálico (AVE), accidente isquémico transitorio (AIT), enfermedad vascular periférica, insuficiencia renal crónica. Incluso una moderada elevación de la presión arterial conlleva una disminución de la expectativa de vida. Cuando la presión arterial está marcadamente elevada (presión arterial media 50 % o más por encima del promedio) la posibilidad de vida se reduce en 30 a 40 %, a menos que la hipertensión sea tratada adecuadamente. ⁽⁶¹⁾

2.2.5. MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVOS

Las medidas no farmacológicas dirigidas a cambiar el estilo de vida deben ser instauradas en todos los hipertensos, bien sea como tratamiento de inicio (riesgo bajo-medio), bien complementando el tratamiento farmacológico antihipertensivo.

Se han demostrado como útiles para reducir la PA. Se han demostrado útiles para reducir la PA las siguientes medidas no farmacológicas:

- 1) Reducción del consumo de sal;
- 2) Reducción del consumo excesivo de alcohol (ancianos, los diabéticos, pacientes de raza negra)
- 3) Cese del hábito tabáquico;
- 4) Reducción del sobrepeso;

5) Cambios de los hábitos dietéticos

6) Aumento de la actividad física.

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

En Perú, Agustí sustenta que, con mucho, la totalidad de los pacientes hipertensos (82.2 %) obtienen inhibidores del cambio de angiotensina sobre químicos, seguidos por los opositores de la dihidropiridina de calcio (12 %) y luego otros medicamentos hipotensores.⁽⁴⁷⁾

Los fármacos más utilizados el IECA enalapril (56.61 %), los calcio antagonistas dihidropiridínicos (amilodipino 16.87 % y nifedipino 5.05 %), los beta bloqueadores (atenolol 9.79 %) y los diuréticos tiazídicos (9.60%). El 50 % recibe monoterapia, el 43% utiliza dos fármacos y el 7% tres fármacos. Enalapril es el fármaco más utilizado en monoterapia (65.7 %), cuando se combinan dos fármacos la asociación más frecuente es enalapril con tiazidas (38.9 %) y la combinación más frecuentemente al utilizar tres fármacos es la asociación entre enalapril, calcio antagonistas dihidropiridínicos y tiazidas (51.7 %).

Los fármacos prescritos y esquemas de tratamiento indicados están acorde con las recomendaciones de 7-JNC, excepto el uso de diuréticos tiazídicos como droga de primera elección.

En la presente investigación tomamos el de mayor aceptación que es la propuesta de Haynes, en 1976, Caracteriza la resistencia de remediación según la medida en que el comportamiento del paciente, en relación con tomar fármacos, seguir una rutina de alimentación o alterar el modo de vida, no armoniza con la solución terapéutica.

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

Se ha demostrado que la ausencia de adherencia al tratamiento que ocurre entre los pacientes constantes, por ejemplo, los pacientes hipertensos, infiere una mayor probabilidad de exacerbar la enfermedad, aumenta los costos de bienestar y disminuye la satisfacción personal de los pacientes, entre otros.⁽⁴⁷⁾

2.2.6. BOTICA BARUC FARMA- NUEVO CHIMBOTE- SAN LUIS

Esta investigación se desarrolló en la Botica Baruc Farma. Esta Botica está ubicada en el distrito de Nuevo Chimbote, departamento de Ancash, en la zona de San Luis – en el cruce de “LAS NENITAS”. La localidad de la zona predomina en una zona como del nivel socioeconómico bajo.

La Botica Baruc Farma cuenta con los servicios de dispensación, recepción, almacenamiento, Para el servicio profesional la Farmacia cuenta con la presencia de 1 Químico farmacéutico y 1 técnico en farmacia. La Botica ofrece la dispensación de medicamentos genéricos, de marca, medicamentos con receta médica y otros artículos relacionados como material médico quirúrgico. La Botica atiende diariamente un promedio de 40 a 50 pacientes. Se atiende un promedio de 40 recetas por día aproximadamente 1200 recetas al mes, la atención es de 12 horas de 8:00 am -8:00 pm de lunes a domingos. Las patologías más frecuentes para las cuales se dispensan los medicamentos son: Infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), Infección del Tracto Urinario (ITU), Hipertensión arterial (HTA), Dermatofitosis, Diabetes Mellitus.

La Botica Baruc Farma cuenta con un proceso de implementación de buenas prácticas de oficina farmacéutica y buenas prácticas de almacenamiento. Es decir, está en vías de certificar Buenas Practicas de Dispensación, Buenas Practicas de Fármaco vigilancia, Buenas Practicas de Seguimiento Fármaco terapéutico.

III. HIPÓTESIS

a. Hipótesis nula

El programa de Seguimiento Farmacoterapéutico no es eficaz para mejorar la adherencia al tratamiento que se presenta en pacientes con hipertensión arterial que se atienden en la Botica Baruc Farma Nuevo Chimbote.

b. Hipótesis cero

En relación a la base de los estudios previos podría afirmarse que el efecto de un programa de seguimiento Farmacoterapéutico para pacientes que sufren de hipertensión desde una Botica comunitaria tiene impacto positivo sobre la resolución de los Problemas Relacionados con Medicamentos, el mejoramiento de los niveles de adherencia y los niveles de presiones arteriales de los pacientes intervenidos.

IV. METODOLOGIA

4.1.DISEÑO DE LA INVESTIGACION

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

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

4.2. POBLACION Y MUESTRA

El universo de sujetos de estudio estará conformado por aquellos pacientes atendidos de manera regular en la Botica Baruc Farma de Nuevo Chimbote. Los pacientes que formarán parte de la muestra de investigación serán aquellos que al momento de la propuesta del servicio en la Botica, estén a punto de empezar una prescripción facultativa para consumir por un tiempo determinado por lo menos un medicamento destinado a tratar la hipertensión.

De acuerdo a lo establecido los pacientes captados en la botica tendrán la potestad de ingresar al programa de manera voluntaria, así como también dar sus opiniones e incomodidades en el transcurso de la investigación. Debido a la libertad que tendrán los pacientes se reflejara su consentimiento en la firma del documento de consentimiento informado (Anexo N° 9.2). La investigación tiene un *diseño no probabilístico* por que los pacientes de la muestra final se *autoseleccionan* de acuerdo a su voluntad de participar de la experiencia. El número final de pacientes de la muestra se determinó de manera arbitraria en 12 pacientes.

El universo de sujetos de estudio estuvo conformado por pacientes atendidos de manera regular en la Botica Baruc Farma. Los pacientes de la muestra de investigación se autoseleccionaron entre aquellos que visitaron la Botica durante el mes mayo y julio 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 hipertensos primarios adultos entre 45 y 65 años que visiten el establecimiento farmacéutico durante el periodo de captación en busca de medicación para el tratamiento de la enfermedad (hipertensión).
- Los pacientes siguen una prescripción para el tratamiento de hipertensión con una antigüedad no mayor a 3 meses, evidenciada con receta médica.
- Firmen libremente un documento de consentimiento informado.
- Pacientes con porte de informar en idioma español de modo autosuficiente.

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

- Capacidad empequeñecida para comprender o comunicarse.
- Pacientes con alguna enfermedad que pueda interferir con el seguimiento farmacoterapéutico.
- Impedimento de otorgar consentimiento informado.
- Pacientes gestantes.
- Pacientes que participen en otros estudios de investigación en marcha o programas que intercepten con el seguimiento Farmacoterapéutico.

Aquellos pacientes que en el transcurso del seguimiento farmacoterapéutico se encuentren en condiciones de indeseo total por seguir el programa, o con aquellos pacientes que es difícil de comunicarse, o por circunstancias fallecen serán netamente excluidos del estudio y remplazados.

4.3.DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Denominación	Definición teórica	Instrumento	Indicadores
Variable Independiente	Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico	Es una práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades de los pacientes relacionados con los medicamentos mediante la detección, prevención y resolución de Problemas Relacionados con la Medicación (PRM) ⁵⁰ . El SFT es una variable independiente administrada a los pacientes para diagnosticar, tratar y/o prevenir PRM que degeneren en resultados negativos de la medicación. El SFT se aplica mediante una intervención profesional en una secuencia de actividades en cinco fases conducidas por el Farmacéutico y dirigidas al paciente y/o prescriptor ^{74,105} .	El instrumento del SFT es la Ficha Farmacoterapéutica (FFT) (Anexo N° 9.3) donde se registra la evolución del proceso. Se consignan datos del paciente, morbilidades, uso de medicamentos, costumbres y otros.	Medicamentos utilizados. PRMS, diagnosticados, Tipo de intervenciones, Canales de comunicación usados.
Variable Dependientes				
	Problemas Relacionados con Medicamentos	Situaciones que en el proceso de uso de medicamentos causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación. En la presente investigación utilizaremos como base el listado original de PRM sugerido por el tercer consenso de Granada ^{1,50} . (Cuadro N° 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) ⁵⁰ .	La identificación de los RNMs se realizó en la FFT luego del análisis y la tipificación del PRM que es la causa original.	Los RNMs se clasifican según: Necesidad, efectividad y seguridad. La descripción se desarrolla en el cuadro N°02.

4.3.1. PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS (PRM):

Es aquella situación en donde ocurre una aparición de un resultado negativo asociado a la medición y al uso de medicamentos que pueden causar estos PRM. En esta investigación se desarrolló la utilización del listado modificado de PRM propuesto por el tercer consenso de Granada. ⁽³⁹⁾

El diagnóstico de PRMs es cuantitativo como resultado del análisis de la información recogida en las fichas farmacoterapéuticas. Cada paciente puede sufrir más de un PRM cuya naturaleza es registrada en la FFT como un evento diferente e individual en las tablas de frecuencias. ⁽²⁹⁾

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

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

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

4.3.3. CUMPLIMIENTO O ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

El cumplimiento o adherencia al tratamiento se asumirá según la definición de Haynes⁽⁶⁰⁾: Grado en que la conducta de un paciente en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario. En la presente investigación ésta definición solo se referirá a la dimensión relacionada con la toma de medicamentos. El grado de la variable se determinará pre y post implementación del programa de SFT. Primero se medirá de manera indirecta utilizando el algoritmo de Morinsky, Green y Levine denominado Medication Adherent Scale (MAS) antes del SFT⁽⁵⁶⁾. “El efecto del test expulsa un resultado positivo (1) cuando el paciente es no adherente y neutro (0) cuando el paciente es adherente”.

Después del SFT se utilizará el test de recuento de tablas⁽⁶⁰⁾ para calcular el impacto de la variable independiente sobre esta característica. El test precisa a pacientes como adherentes aquellos que cumplen con tomar más del 90% de la medicación.

4.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

4.4.1. TÉCNICA.

El Seguimiento Farmacoterapéutico se condujo a través de la técnica de la entrevista personal, la conversación telefónica y la interacción a través de redes sociales en internet. 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 DADER.^(21,28)

4.4.2. INSTRUMENTOS

4.4.2.1. FICHAS FARMACOTERAPÉUTICAS (FFT)

Las Fichas Farmacoterapéuticas (FFT) son hojas para el registro de los datos del seguimiento farmacoterapéutico (SFT). 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 consumidos, problemas con el uso de medicamentos y 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.⁽¹⁶⁾

4.4.2.2. INSTRUMENTO PARA MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

El instrumento que mide la adherencia al tratamiento es: “El grado de la variable fue determinado de manera indirecta utilizando el algoritmo de Morisky, Green y Levine⁽⁸⁹⁾ denominado Medication Adherent Scale (MAS) el cual consiste en una escala de 8 ítems con SI y NO como opciones de respuesta. Sumando las respuestas de todos los ítems conduce a un score total que puede ir desde 0 a 8. Cero representa un alto cumplimiento o muy alta adherencia, mientras que 8 sugiere un alto incumplimiento o muy baja adherencia. El instrumento o test se aplicó en la primera y última visita”.^(53, 56)

**CUADRO 7. ESCALA DE ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN DE
MORISKY- GREEN – LEVINE. (53, 56)**

PREGUNTA	VALOR DE LA RESPUESTA	
	SI	NO
¿Con que frecuencia se olvida usted de tomar su medicación? Olvido >/= a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.		
¿Cuántas veces a la semana se olvida de tomar sus medicamentos la hora indicada? eventos >/= a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.		
¿Con que frecuencia deja de tomar su medicación Cuando se encuentra bien? eventos >/= a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.		
¿Cuántas veces ha dejado de tomar sus medicamentos por que ha sentido que le caen mal? eventos >/= a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.		

Modificado de National Cancer Institute. Morisky 4-Item Self-Report Measure of Medication-Taking Behavior (MMAS-4). (56)

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°02). En esencia se sigue el procedimiento sugerido en el método DÁDER (21) 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:

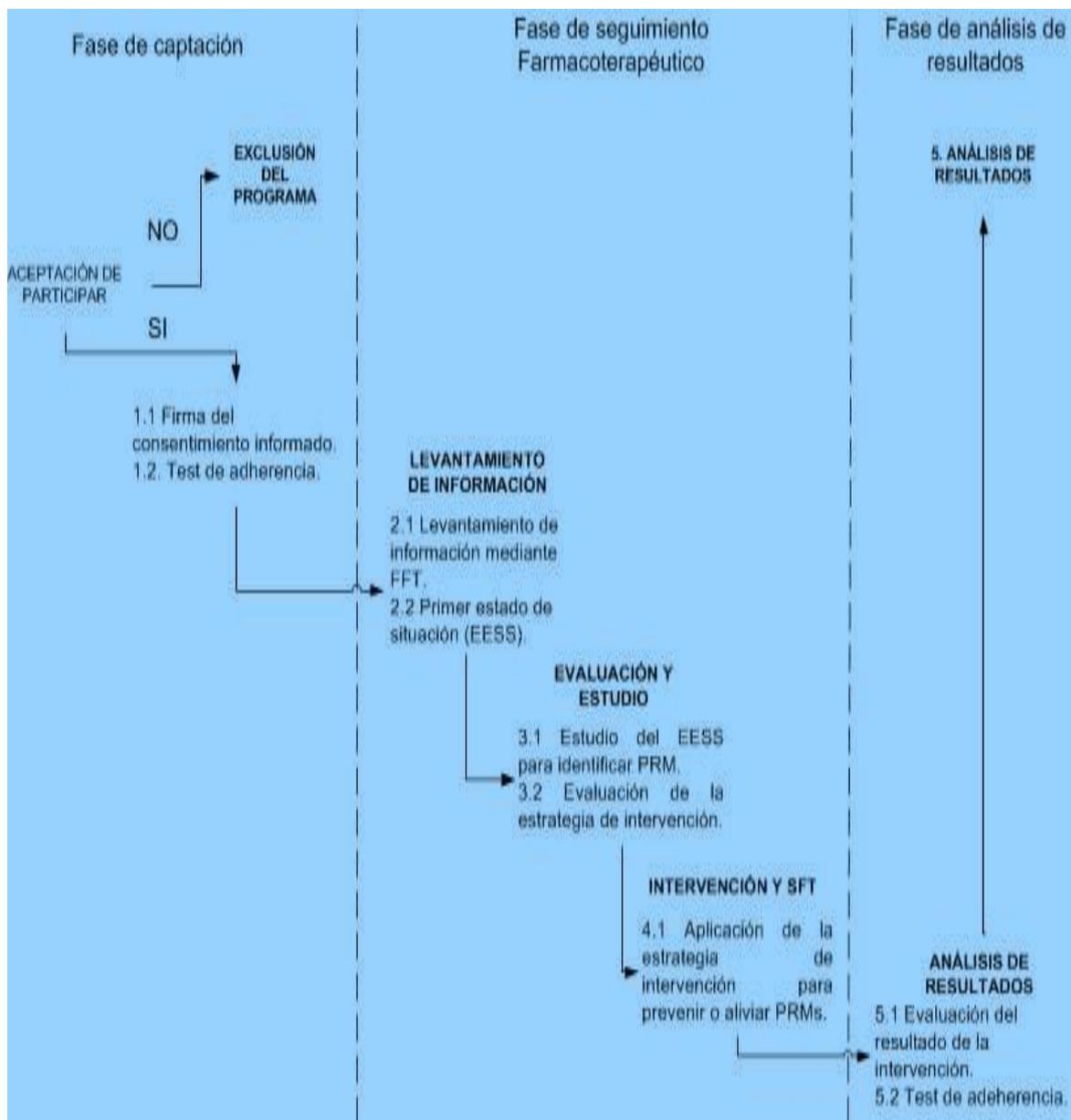
1. Oferta del servicio y captación de pacientes.
2. Levantamiento de información. Primer estado de situación.
3. Estudio y evaluación.
4. Intervención y seguimiento.
5. Análisis de resultados.

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 a la Botica Baruc Farma en el mes de mayo y julio 2017 hasta obtener doce pacientes. Estos pacientes firmaron una hoja de consentimiento donde aceptan la intervención del seguimiento farmacoterapéutico. Este documento que firmaron los pacientes tiene como contenido que el farmacéutico es responsable de vigilar los medicamentos que está usando en el tiempo de la intervención, así como también la gratitud del servicio y ninguna venta de algún medicamento.

Debido que el paciente autorizo al farmacéutico de intervenir con el seguimiento farmacoterapéutico, este tiene la autorización de intermediar con el médico para solucionar algún problema con el medicamento. Por otro lado, responsabiliza al paciente de entregar toda información referida a enfermedades y uso de medicamentos que pueda ser útil para el diagnóstico de PRM.

Ilustración 3. Flujo grama de los movimientos de seguimiento farmacoterapéutico.



Elaboración por OCAMPO ⁽²⁷⁾

4.4.3.2 LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN.

En esta etapa se registraron en la ficha farmacoterapéutico la información general de los pacientes captados así como: síntomas de algún medicamento o algún problema que se asocie con el tratamiento, percepción de signos, hábitos de vida, datos sobre alguna enfermedad, antecedentes familiares, medicamentos utilizados y profesionales de la salud que lo diagnosticaron.

Además se detalló el uso de medicamentos sin prescripción y el uso de productos naturales, también se le pidió al paciente revelar todos los productos farmacéuticos que usaba de manera regular, se usen o no para la enfermedad objetivo. Se intentó que el tiempo no sea más de 72 horas en la captación y levantamiento de información.

4.4.3.3 FASE DE ESTUDIO Y EVALUACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

La información captada se analizó de manera correcta en un ambiente favorable con todas las condiciones, es decir se contaba con equipos para desarrollar el análisis exhaustivo de cada caso, material de escritorio y material bibliográfico.

La información registrada en el Seguimiento Farmacoterapéutico es estudiada para poder así interrelacionar las variables buscando PRMs: morbilidad sentida, automedicación, enfermedades diagnosticadas, medicamentos prescritos, sospechas de reacciones adversas, adherencia al tratamiento.

Para que los PRMs sean diagnosticados como causa de la morbilidad farmacoterapéutica o RNMs se utilizó material bibliográfico como apoyo para estar seguros y certificar hallazgos de los PRMs y RNMs. ⁽⁵⁹⁾

El farmacéutico tiene la responsabilidad de dar solución a los problemas diagnosticados por cada paciente el cual se reportara en la 5 de las Fichas Farmacoterapéuticas. Se buscó estrategias de solución ante los PRM los cuales fueron directamente al paciente orientando o al prescriptor así como también se buscó la mejor manera de comunicación para dirigirse al paciente o al médico, cada paciente llevo a solucionarse con más de un PRM. ⁽⁵⁹⁾

Para finalizar surge como resultado el diagnostico de los PRMs, los cuales cuentan con lograr que el paciente y/o el medico solucione y busque estrategias de comunicación para estos PRM.

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

CUADRO 8. Ejemplos de vías de comunicación para las respectivas recomendaciones del farmacéutico para la solución de PRMs

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

4.4.3.4. FASE DE INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO.

En esta fase el objetivo principal es dar a conocer al paciente sobre sus responsabilidades y los plazos que tiene para poder solucionar los PRMs, juntamente con el médico. La intervención farmacoterapéutica fue directamente visitas domiciliarias paciente – farmacéutico.

Para las estrategias de solución se use la comunicación al paciente en las entrevistas personales y orientaciones farmacéutico - paciente.

Para la información al paciente de las estrategias, el farmacéutico tiene la responsabilidad de realizar una comunicación lenguaje verbal y en algunos casos dejar recomendaciones escritas.

Después de la sugerencia de solución de los PRM se monitorizo al paciente con las respectivas visitas a domicilio con un tiempo de cinco días máximo, lo cual se dio por cerrado el proceso. ⁽⁵⁷⁾

4.4.3.5. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN.

Al paciente se le pregunto si realizo de manera correcta las sugerencias y recomendaciones que se le brindo para la solución de sus PRM y como alternativa si el medico puso en práctica estrategias para mejor la terapia durante el proceso de sanación o control de su enfermedad.

Así mismo se le pregunto al paciente si sentía satisfecho de la solución ante sus problemas con el medicamento que fueron diagnosticados durante la intervención.

Debido a los diferentes tipos de variables en esta investigacion se midieron los niveles finales de adherencia y los parámetros clínicos de la enfermedad. ^(57, 59)

4.5.PLAN DE ANÁLISIS

“La información en las fichas farmacoterapéuticas, el test de Morisky 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. adherencia según el test de Morisky antes y después del SFT.
- d. Percepción según el test de Purdue.

Con estas tablas se pudo analizar y se generó una base de datos en MS Access el cual dio como resultado frecuencias según las variables del paciente, medicamentos, morbilidad, PRMs, resultados de la intervención, acciones realizadas por el Farmacéutico, etc.

Obtenidos estos datos en MS Access se desarrollaron tablas con resultados de doble y simple entrada con frecuencias absolutas, porcentuales y relativas, por consiguiente se desarrollaron tablas y gráficos que brindan información de las características de los pacientes intervenidos, frecuencia de los medicamentos usados, tipos de PRMs, problemas de salud. Como objetivo de la intervención es de solucionar los más PRMs que presenten los pacientes en el transcurso de la intervención, así como también los resultados negativos a la medicación (RNM).

También se crearon tablas que muestran los canales de comunicación, los PRMs diagnosticados y solucionados y lo más importante de esta investigación la diferencia que se encontró de adherencia al tratamiento en el antes y después de la intervención.

Se analizó y determinó el número de diagnósticos, medicamentos usados y los PRMs diagnosticados por el paciente, también se elaboró gráficos en los cuales se utilizó el estadístico de Spearman.

Los resultados de adherencia se cuantificaron de acuerdo al puntaje del instrumento en este caso el test de Morisky, las respuestas respondidas con el paciente con un “no” se consideran muy favorables a la adherencia, dando como calificativo 0 y las respuestas con un “si” se consideran desfavorables para la adherencia, dando como calificativo 1.

Para la significancia de la adherencia antes y después de la intervención del seguimiento farmacoterapéutico se aplicó el test de McNemar, para todas estas pruebas el nivel de significancia debe de ser menor a 0.05. ⁽⁶³⁾

4.6. Matriz de consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	Metodología	Plan de Análisis
<p>1.1.2. ENUNCIADO GENERAL DEL PROBLEMA.</p> <p>¿Cuál es el impacto de un programa de adherencia terapéutica dirigido a pacientes con hipertensión arterial implementado desde la Botica Baruc Farma distrito de nuevo Chimbote provincia del santa departamento de ancash?</p>	<p>1.2.1. OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar el efecto de un programa de seguimiento Farmacoterapéutico sobre la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos en su tratamiento intervenidos desde la Botica Baruc Farma Nuevo Chimbote.</p> <p>1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.</p> <p>-Desarrollar un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) bajo el modelo ULADECH dirigido a pacientes hipertensos desde la Botica Baruc Farma Nuevo Chimbote.</p> <p>Intervenir a los pacientes hipertensos que presentan problemas relacionados con medicamentos mediante el programa de seguimiento farmacoterapéutico para prevenirlos o curarlos.</p> <p>Medir el impacto del programa de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre los niveles específicos de adherencia al tratamiento antes y después de la intervención.</p>	<p>a. Hipótesis nula</p> <p>El programa de Seguimiento Farmacoterapéutico no es eficaz para mejorar la adherencia al tratamiento que se presenta en pacientes con hipertensión arterial que se atienden en la Botica Baruc Farma Nuevo Chimbote.</p> <p>b. Hipótesis cero</p> <p>En relación a la base de los estudios previos podría afirmarse que el efecto de un programa de seguimiento Farmacoterapéutico para pacientes que sufren de Hipertensión desde una Botica comunitaria tiene impacto positivo sobre la resolución de los Problemas Relacionados con Medicamentos, el mejoramiento de los niveles de adherencia y los niveles de presiones arteriales de los pacientes intervenidos.</p>	<p>5.1 TIPO Y EL NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN: La presente investigación fue de Tipo Aplicada, Cuantitativa de Nivel Descriptivo. Para evaluar el impacto del Seguimiento Farmacoterapéutico se usará un procedimiento de nivel explicativo, pre experimental sobre la adherencia terapéutica como variable control.</p> <p>5.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN: El diseño de la presente investigación será de tipo descriptivo prospectivo de corte longitudinal de una sola casilla y no probabilístico. Para medir el impacto de la intervención se usará un procedimiento explicativo pre experimental para determinar el estado de la variable: adherencia al tratamiento pre y post intervención (Ver figura N°3).</p> <p>5.3 POBLACIÓN Y MUESTRA. El universo de sujetos de estudio estará conformado por aquellos pacientes atendidos de manera regular en el EF. Los pacientes que formarán parte de la muestra de investigación serán aquellos que al momento de la propuesta del servicio en la farmacia, estén a punto de empezar una prescripción facultativa para consumir por un tiempo determinado por lo menos un medicamento destinado a contrarrestar una Infección de Vías Urinarias de tratamiento ambulatorio.</p> <p>5.4 PROCEDIMIENTO. Se recolectaron los datos mediante un proceso de SFT modificado del método DADER ^(37,69) que se esquematiza en la Figura N°04. En esencia se sigue el procedimiento sugerido con la modificación de la terminología y otros datos que son útiles asociados a nuestra realidad.</p> <p>Las etapas del proceso fueron:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Captación de pacientes 2. Levantamiento de información. Primer estado de situación. 3. Estudio y Evaluación. 4. Intervención. 5. Análisis de Resultados. 6. Segundo Estado de Situación. 	<p>Las tablas para el análisis de data se construyeron con la información registrada en las fichas farmacoterapéuticas. Las tablas fueron confeccionadas en MS Excel:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tabla de información general de los pacientes, tiempos de intervención y canales de comunicación utilizados. 2. Tabla de Primer estado de situación, con datos sobre problemas de salud y medicamentos utilizados, Así mismo PRM detectados, RNM potenciales, estrategia de intervención usada y vía de comunicación. 3. Tabla de segundo estado de situación con datos sobre aceptación de la intervención y la solución del PRM tratado. 4. Tabla de resultados del test de Moriski 5. Tabla de valores de presión arterial. 6. Tabla de resultados del test de Purdue.

4.7.Principios éticos

El estudio se llevó a cabo siguiendo las normas éticas de la Declaración de Helsinki ⁽⁶⁴⁾. Se realizó con el consentimiento de los responsables del Servicio Farmacéutico de referencia. Se reportaron a los responsables del tratamiento las incidencias de las visitas de manera inmediata si se identifican factores de riesgo agravados que originen la inmediata atención del paciente.

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

A todos los pacientes se les informará del estudio solicitándoles el consentimiento escrito para su inclusión en el mismo. La hoja de consentimiento informado (Anexo N° 9.2) detalla las obligaciones del farmacéutico y las del paciente.

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

V. RESULTADOS

5.1.Resultados

5.1.1. Características de los pacientes y tiempos invertidos durante la intervención.

Tabla 1. Pacientes intervenidos agrupados por sexo y promedio de edad. Piloto de SFT dirigido a pacientes Hipertensos Botica Baruc Farma, Nuevo Chimbote, Mayo y Julio 2017.

GENERO	PROM EDAD (AÑOS)	fi	%
F	61.0	8	66.7
M	70.0	4	33.3
\bar{x}	63.1	12	100.0
S	10.8		

Fuente: Anexo 9.4, Tablas de Estado de Situación

Tabla 2. Número de contactos y tiempos de intervención para el desarrollo del piloto de SFT. Piloto de SFT a pacientes Hipertensos Botica Baruc Farma, Nuevo Chimbote, Mayo y Julio 2017.

PAC.	EF		DOMICILIO		TELÉFONO		OTRA VIA		TOTAL	
	contactos	tiempo (min)								
1	1	30	4	120	0	0	0	0	0	0
2	1	20	4	120	0	0	0	0	0	0
3	1	30	4	90	0	0	0	0	0	0
4	1	30	4	120	0	0	0	0	0	0
5	1	20	4	120	0	0	0	0	0	0
6	1	30	4	120	0	0	0	0	0	0
7	1	30	4	120	0	0	0	0	0	0
8	1	25	4	100	0	0	0	0	0	0
9	1	30	4	120	0	0	0	0	0	0
10	1	30	4	120	0	0	0	0	0	0
11	1	30	4	120	0	0	0	0	0	0
12	1	30	4	120	0	0	0	0	0	0
TOTAL	12	335	48	1390	0	0	0	0	0	0
\bar{X}	1	28	4	115	0	0	0	0	0	0

Fuente: Anexo 9.4, Tablas de Estado de Situación

5.1.2. Morbilidad diagnosticada, auto percibido y el uso de medicamentos durante el proceso del seguimiento farmacoterapéutico.

Tabla 3. Problemas de Salud diagnosticados y autopercebidos por los pacientes intervenidos. Piloto de SFT a pacientes Hipertensos Botica Baruc Farma, Nuevo Chimbote, Mayo y Julio 2017.

Morbilidad	CIE10	Diagnostico	Fi	%
Diagnosticada	I10	Hipertensión Arterial Esencial	12	60.0
	E78.0	Hipercolesterolemia	5	25
	MT9.1	Dolor Muscular	1	5.0
	K29.7	Acidez estomacal	1	5.0
	I87.8	Insuficiencia venosa	1	5.0
Sub total			20	
Diagnosticada	Problemas del Corazon		1	5.0
	Flujo Sanguineo		1	5.0
	Sub total			2
	Total			22

Fuente: Anexo 9.4, Tablas de Estado de Situación

*CIE10. Código Internacional de Enfermedades versión 10.

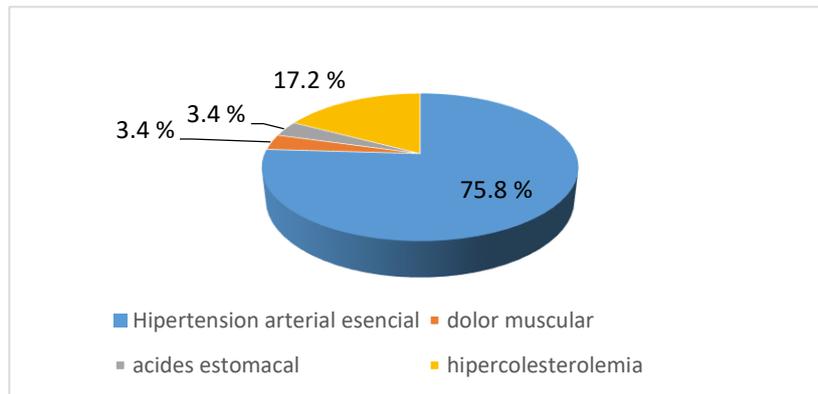
Tabla 4. Medicamentos prescritos y automedicados utilizados por los pacientes durante el proceso de intervención. Programa de SFT a pacientes hipertensos. Botica Baruc Farma, Nuevo Chimbote, Mayo y Julio 2017.

Origen del Medicamento	Morbilidad	Denominación en DCI	Fi	Fi	%
Prescritos	Hipertensión arterial esencial	Alprazolam	1	17	58.6
		Losartán	6		
		Enalapril	2		
		Amilodipino	3		
		Aspirina	2		
		hidroclorotiazida	3		
	Hipertensión arterial esencial	Valsartan	4	5	17.2
		cardioaspirina	4		
		Iltuxam	1		
	Dolor muscular	ciclobenzaprina	1	1	3.4
Acides estomacal	ranitidina	1	1	3.4	
Hipercolesterolemia	Atorvastatina	5	5	17.2	
TOTAL			29	29	100
			☒	5.5	

Fuente: Anexo N° 9.4, Tablas de Estado de Situación

*CIE10.- Código Internacional de Enfermedades versión 10

**DCI.- Denominación común internacional.



Fuente: Anexo N° 9.4, Tablas de Estado de Situación

Gráfico 1. Medicamentos por problemas de salud para los cuales fueron prescritos. Programa de SFT a pacientes Hipertensos Botica Baruc Farma, Nuevo Chimbote, Mayo y Julio 2018.

5.1.3. Resultados acerca de los problemas relacionados con medicamentos (PRMs) y los resultados negativos de la medicación (RNMs).

Tabla 5. Distribución de la frecuencia y porcentaje de los problemas relacionados con medicamentos diagnosticados. Programa de SFT a pacientes Hipertensos Botica Baruc Farma, Nuevo Chimbote, Mayo y Julio 2018.

N°	COD PRM	DESCRIPCIÓN	Fi	%
1	3	Conservación Inadecuada	17	54.8
2	9	Incumplimiento.	9	29.0
3	12	Reacciones Adversas	5	16.1
Total			31	100.0

Fuente: Anexo N° 9.4, Tablas de Estado de Situación

Tabla 6. Comparativo de la edad, cantidad de diagnósticos, cantidad de medicamentos, PRMS identificados y PRMS solucionados por paciente intervenido. Programa de SFT a pacientes, Nuevo Chimbote. S Hipertensos Botica Baruc Farma, Nuevo Chimbote, Mayo y Julio 2018.

PAC	SEXO	EDAD	DIAG	MED	PRMS	SOL
1	M	73	1	2	2	2
2	F	72	3	5	7	7
3	F	65	3	4	4	4
4	M	72	2	2	2	2
5	F	68	2	2	2	2
6	F	61	2	2	2	2
7	F	45	2	3	3	3
8	F	66	1	3	3	3
9	F	59	2	2	2	2
10	F	55	1	2	2	2
11	F	58	1	1	1	1
12	M	65	1	1	1	1
TOTAL			22	29	31	31
PROM		63.1	2.00	2.58	2.58	2.58

Pac. Código de Paciente

DIAG: Número de diagnósticos

MED: Cantidad de medicamentos

PRM: Problemas Relacionados con Medicamentos

SOL: PRMs solucionados

7uente: Anexo 9.4, Tabla de Estado de Situación

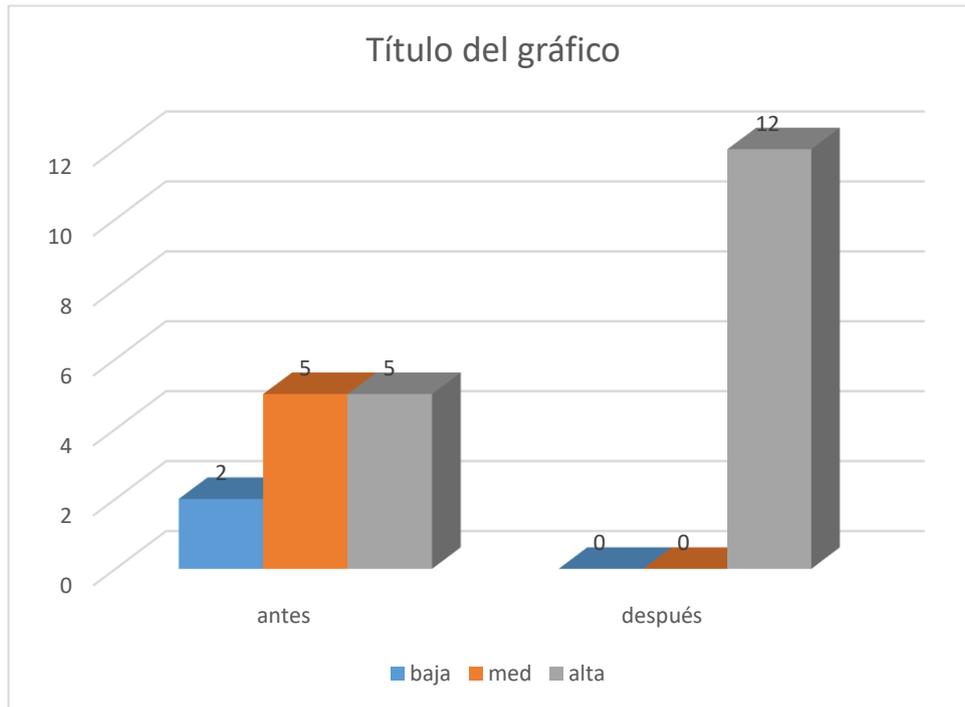
5.1.4. Impacto de la intervención sobre adherencia

Tabla 7. Efecto del seguimiento farmacoterapeutico sobre la dherencia del tratamiento.

Programa de SFT a pacientes, Nuevo Chimbote. S Hipertensos Botica Baruc Farma, Nuevo Chimbote, Mayo y Julio 2017.

PACIENTE	ADHERENCIA ANTES	ADHERENCIA DESPUES
1	1	0
2	1	0
3	0	0
4	1	0
5	0	0
6	0	0
7	0	0
8	0	0
9	1	0
10	1	0
11	1	0
12	1	0
No Adherentes	7	0
%No Adherentes	58	0.0
Test de Mcnemar	P=	0.021

Fuente: Anexo N° 9.5, Tablas de datos de Adherencia



Fuente: Anexo N° 9.5, Tablas de datos de Adherencia

	SUMA DE SI	ANTES	%	DESPÚES	%
BAJA ADHERENCIA	>2	2	16.7	0	0.0
MEDIANA ADHERENCIA	1 o 2	5	41.7	0	0.0
ALTA ADHERENCIA	0	5	41.7	12	100.0
TOTAL		12	100.0	12	100.0

p=0.021

GRAFICO 2. Consolidado de adherencia al tratamiento en los pacientes, según las respuestas del Test de Morisky antes y después de la intervención farmacoterapéutico. Programa de SFT a paciente Hipertensos. Botica Baruc Farma, Nuevo Chimbote, Mayo y Julio 2017.

TABLA N° 08 Efecto del seguimiento farmacoterapéutico sobre las actitudes que reflejan cada una de las preguntas del Test De Morisky. Programa de SFT a paciente Hipertensos. Botica Baruc Farma, Nuevo Chimbote, Mayo y Julio 2017.

Ítem	Preguntas	Respuesta Si		P
		Antes	Después	
1	Algunas veces se olvida usted de tomar sus medicamentos	7	0	0.008
2	Las personas no toman sus medicamentos por razones diferentes y a veces tienden a olvidarse. Piense en las dos últimas semanas, si hubo algún día en el cual no tomo sus medicamentos?	5	0	0.02
3	Alguna vez ha dejado de tomar sus medicamentos porque le te caían mal, sin decirle nada al médico o tu farmacéutico?	0	0	1
4	Cuando Ud., Viaja o sale de su casa por largo tiempo se olvida de llevar sus medicamentos?	3	0	0.05
5	¿Dejo de tomar sus medicamentos ayer?	0	0	1
6	Cuando usted siente que los síntomas de su enfermedad están bajo control deja de tomar su mediación	2	0	0.08
7	Tomar medicamentos todos los días es muy complicado para mucha gente. ¿Alguna vez usted se ha sentido tentado a dejar su tratamiento?	3	0	0.05
8	Cuan frecuente tiene usted dificultades para recordar tomar sus medicamentos?	0	0	1

Fuente: Anexo N° 9.5, Tablas de datos de Adherencia

5.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS

- Se tabularon los resultados obtenidos de los pacientes intervenidos en el seguimiento farmacoterapéutico, además se analizaron las relaciones entre las variables objetivo. En la siguiente descripción se muestra el análisis de acuerdo al orden de presentación de los resultados.

- **En la tabla 01** el porcentaje promedio de edad de los pacientes intervenidos es de 63.1 años, con predominio del género femenino (66.7%) con años de 61.0, por otro lado también se ha investigado que en género masculino con una edad promedio de 70.0 años, con predominio de (33.3 %). Estos resultados analizados coinciden con lo afirmado por Teko L. y Brucker M. ⁽⁶⁵⁾ que describen que la prevalencia de HTA a partir de los 50 años es mayor en las mujeres que en los hombres. Se conoce que los estrógenos cumplen una función protectora de los órganos del aparato cardiovascular, y la deficiencia de dichas hormonas características de la menopausia sería un factor de riesgo para el desarrollo de la hipertensión en mujeres mayores de 40 años.

- También un estudio desarrollo que el síndrome metabólico en las mujeres aumenta enfermedades cardiovasculares el cual es el principal problema que causa la muerte en las mujeres adultas, este estudio establece que hay diferentes factores por los cuales se presenta problemas cardiovasculares como son: edad temprana de menarquia, menopausia, síndrome premenstrual, síndrome de ovario poliquístico, uso de anticonceptivos orales, haber presentado trastorno hipertensivo del embarazo, parto pretérmino, además también de edad, antecedentes familiares, enfermedades crónicas renal y para finalizar calidad de vida como dieta, tabaquismo, alcohol, sedentarismo, obesidad, factores psicológicos, hiperhomocisteinemia y dislipidemias. ⁽⁶⁶⁾

- **En la tabla 02** se observa que la captación de los pacientes fue en el establecimiento botica Baruc farma. Se invirtió un promedio de 335 minutos para las visitas a realizar en el domicilio de los pacientes en total de 12 pacientes masculinos y mujeres con un tiempo por persona de 30 y 25 minutos por visitas, en todo el seguimiento farmacoterapéutico se realizaron 4 visitas con un promedio total de minutos de 1390, en los cuales las visitas con más dificultad fueron las dos primeras intervenciones en donde al paciente se le explica las pautas en las cuales se va desarrollar en las 4 visitas, además de darle las recomendaciones acerca de su enfermedad, de su tratamiento, hábitos de vida saludable que en el transcurso de la vida diaria contribuye a evitar complicaciones en la enfermedad. El tiempo utilizado para la captación del paciente en el establecimiento farmacéutico fue de 28 minutos en promedio por paciente, fue un poco complicado la captación de pacientes porque algunas personas no creían o tenían miedo debido a que en el Perú hay mucho falacia por lo que hacían a las personas rechazar el seguimiento farmacoterapéutico, se tuvo que aplicar una comunicación fluida para permitir que el paciente tenga confianza y pueda brindarnos su apoyo, es por eso que también se optó por la visita a su domicilio para medirle su presión arterial y pueda confiar para desarrollar este seguimiento farmacoterapéutico.

- **En la tabla 03** se identificaron 22 enfermedades diagnosticadas por el medico abarcando el 60 % de hipertensión arterial, estos pacientes en la entrevista del seguimiento farmacoterapéutico no presentaban enfermedades sin diagnostico por lo que se puede afirmar que no tomaban medicamentos sin una receta, también se describe que de las 22 enfermedades solo 2 enfermedades no cuentan con el CIE10, problemas del corazón 5% y flujo sanguíneo 5 %.
- De acuerdo a la tabla se identificó que la enfermedad más frecuente es la hipertensión arterial por lo que se afirma que se trabajó el seguimiento farmacoterapéutico con pacientes hipertensos adultos consiguiendo el objetivo de este informe, por otro lado la Organización Mundial de la Salud determina que hacia el años 2025 habra un incremento en la prevalencia de las enfermedades crónicas y cardiovasculares particularmente hipertensión arterial el 40 %.
- Como se explicó anteriormente las personas a mayor edad tiene más riesgo de presentar hipertensión arterial como también se le diagnostica hipercolesterolemia. Como afirmo López A. Y Gonzales E. ⁽⁶⁷⁾ la mayor parte de prevalencia en enfermedades cardiovasculares en adultos de 50 a 75 años es demasiado elevado por lo que es asombroso la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en adultos así como también la hipercolesterolemia, diabetes y síndrome metabólico se encuentran entre las más elevadas.

- Si bien se demuestra en la tabla no se presentan enfermedades no diagnosticadas por lo que podemos decir que los paciente reportaron a su médico su signos y síntomas que percibieron lo cual se diagnosticó su enfermedad, particularmente no se determinaron enfermedades no diagnosticadas por lo que se supone que los pacientes intervenidos no se auto medicaban en el transcurso que realice el seguimiento farmacoterapéutico, se puede informar que en todos los casos posibles el paciente puede auto medicarse.

- Por ultimo afirmamos que el 100 % de los medicamentos presentados por los pacientes fueron con prescripción médica ya que no se hayo en esos momentos de la intervención del seguimiento farmacoterapéutico enfermedades no diagnosticadas. En la investigacion se tomó en cuenta que los medicamentos identificados prescritos fueron el objetivo específico del seguimiento farmacoterapéutico. Por otro lado fue de gran ayuda que el farmacéutico asegure que se cumplan las indicaciones médicas y la revisión de la calidad de prescripción previa al seguimiento farmacoterapéutico, por lo que se dio algunas recomendaciones farmacológicas estándares y se aseguró que cumplieran con el tratamiento.

- **En la tabla N°04 y gráfico N°01** se presentan los medicamentos prescritos para cada uno de los diagnósticos identificados en el presente estudio a cada paciente. En el gráfico 01, estos resultados se resumen en grupos de frecuencia acumulada según patologías. El mayor porcentaje de medicamentos prescritos corresponden a los antihipertensivos (75.8%). Los antihipertensivos más utilizados fueron el losartán (6 pacientes), enalapril (2 pacientes) y amlodipino (3 pacientes), etc., pertenecientes al grupo de los antagonistas de receptores de angiotensina (ARA) y al grupo de los inhibidores de la enzima de angiotensina (IECA).

- Los pacientes adultos mayores que se administran de 2 a más medicamentos presentan el riesgo de sufrir mayores reacciones adversas (RAM) e interacciones farmacológicas ya que todo el organismo no responde de la misma manera frente a un medicamento, además de que existen los cambios fisiológicos en el organismo como el envejecimiento (farmacocinética y farmacodinamia) y la influencia de las enfermedades, algunas patologías, raza y algunos cambios de calidad de vida. Las reacciones adversas a los medicamentos son más frecuentes y más graves en los adultos mayores en comparación con los pacientes más jóvenes porque el organismo cuando más pasa el tiempo más se va deteriorando y se producen cambios bioquímicos, este riesgo aumentado se relaciona con la morbilidad. ⁽⁶⁸⁾

- **En la tabla 05**, los PRMs que presentaron los pacientes fueron: conservación inadecuada 54,8 %, incumplimiento 29,0 % y reacciones adversas 16.2 %, en el caso de conservación inadecuada el cual representa un mayor porcentaje debido a que los pacientes no tenían un lugar establecido dentro de sus viviendas en donde colocar sus medicamentos por lo que genero un desorden total ya que al intervenir a los pacientes algunos lo conservaban en el dormitorio, en la cocina, en el baño, debajo de sus camas, en sus roperos es por eso que el mayor PRM identificado es la conservación inadecuado lo que conlleva a los pacientes una mala adherencia al tratamiento y un mal cumplimiento de su medicación, como consecuencia riesgos de salud e irresponsabilidad, es por ello que se le brindo al paciente información de la importancia que tiene la adherencia al tratamiento y el cumplimiento de estos medicamentos para una mejor calidad de vida también se les dijo que si no cumplen con sus esquemas de tratamiento podrían probar riesgos y hasta la muerte, por lo que los pacientes tomaron consecuencia y asumieron con responsabilidad logrando solucionar los PRMs.

- La conservación inadecuado de medicamentos es el principal problema identificado de este informe por lo que el 54.8 % de los pacientes intervenidos mantenían sus medicamentos en lugares que por su temperatura, humedad, exposición a polvo y otros agentes podían comprometer a la integridad y la estabilidad de los principios activos, además de alterar algunas funciones fisiológicas del organismo.

- Según el Tercer Consenso de Granada ⁽⁶⁹⁾ el incumplimiento, las actitudes negativas y la conservación inadecuada son los problemas más comunes de los pacientes relacionados con medicamentos diagnosticados más importantes (cada uno con una frecuencia de 27.8 %). El incumplimiento y la conservación inadecuada son problemas originados por el comportamiento de los pacientes frente a su enfermedad y en su percepción acerca de los medicamentos.
- Para mejorar la conservación inadecuado del medicamento por parte de los pacientes se les oriento algunas recomendaciones del problema sobre todo explicándole de la gravedad que tienen los medicamentos al no tenerlo en un buen estado ya que podían alterar algún cambio bioquímico dentro del organismo, así mismo se le oriente acerca del incumplimiento y de la gran importancia de la administración del medicamento a sus horas y días, y que no deben auto medicarse porque podían ocasionar alguna reacción adversa o automedicación.
- Los problemas relacionados con medicamentos siempre se da cuando el paciente comienza un tratamiento farmacoterapéutico, es por eso que se intervino al paciente mediante el SFT para solucionar algún problema que pudieran tener con el medicamento.

- El incumplimiento respecto al tratamiento, fue por la falta de conciencia y de responsabilidad por parte del paciente acerca de su enfermedad o la poca adherencia del mismo paciente al tratamiento, estos problemas asociados con la conservación inadecuada no fueron ajenos a dar origen a la aparición de problemas de salud asociados a una ineficacia no cuantitativa.⁽⁶⁹⁾

- **En la tabla 06**, en este grafico se presentan los resultados generales sobre el género, edad, cantidad de diagnósticos, número de medicamentos, PRMs identificados y número de soluciones para resolver PRMs. Al analizar los resultados, se puede apreciar que el promedio de diagnósticos en los 12 pacientes fue de 2.00. El promedio de medicamentos fue de 2.58 promedio de PRMs 2.58 y PRMs 2.58 los cuales fueron todos solucionados por paciente después de la intervención del SFT.

- Los adultos mayores en este caso de este informe generalmente presentan varias enfermedades por lo que son diagnosticados por varios especialistas de la salud, que a la vez estos especialistas no le brindan una buena orientación acerca de lo diagnosticado y de los medicamentos que deben de tomar, por lo tanto esto conduce a una inapropiada tratamiento del paciente provocando esquemas farmacológicos complicados, mayores riesgo de interacciones farmacológicas, duplicidad de tratamiento y reacciones adversas.⁽⁷⁰⁾

- **En la tabla 07** se puede observar el impacto del seguimiento farmacoterapéutico en la gran significancia a la adherencia al tratamiento terapéutico en los pacientes hipertensos de la botica Baruc farma situado en la ciudad de nuevo Chimbote en San Luis observándose una adherencia de 5 % antes y después del SFT una adherencia de 12 % dando como conclusión que el seguimiento que se empleó en el paciente hipertenso se evidencio un gran impacto porque se hizo cumplir al paciente su adherencia al tratamiento y aparte se le estuvo enseñando e inculcando sobre el medicamentos y la importancia que tiene de ser responsables en cada visita que se le realizo, es por eso que concluimos diciendo que este cuadro significa mucho en la adherencia al tratamiento.

- Por otro lado el test de Mcnemar indica que el grado de significancia (p) debe de ser menor a 0.05, es por eso que si el grado de significancia es menor diremos que existe menos del 5 % de probabilidades de que otro factor esté implicado en el cambio, quiere decir que existe más del 95 % de probabilidades de que sea por el efecto del seguimiento farmacoterapéutico.

- Según para Tiesca M. ⁽⁷²⁾ los mayores determinantes de la adherencia al tratamiento son los incumplimientos terapéuticos en pacientes mayores a 60 años con hipertensión arterial se relacionan con la toma de varios medicamentos, como por ejemplo toman más de 3 medicamentos en su esquema de tratamiento.

- Así mismo el factor incumplimiento es uno de los puntos más significativos en la no mejora a la adherencia al tratamiento en los pacientes. Según el estudio realizado por Marquez ⁽⁷³⁾ en España se encontró que el 25 % de los pacientes refiere que el olvido en la toma de medicación es la primera causa más frecuente de su incumplimiento.
- Esta tabla fue medida mediante el Test de Morisky Gren Lavine ⁽⁷¹⁾ lo cual confirma la tabla que el seguimiento farmacoterapéutico tuvo un impacto significativo positivo de ($p= 0.021$) entonces este resultado significa que el 95 % de probabilidades de que el cambio se deba exclusivamente gracias a nuestro intervención farmacéutica mediante el seguimiento farmacoterapéutico.
- En el grafico 02 se determina un resultado analizado radical del Test de Morisky, se analiza el grado de incumplimiento de los pacientes de acuerdo a la cantidad de respuestas afirmativas en las 8 preguntas. Se considera que los pacientes intervenidos pueden tener baja adherencia, mediana adherencia y alta adherencia, si responden positivamente o negativamente a las preguntas respectivamente.
- también muestra que los pacientes intervenidos antes del seguimiento farmacoterapéutico tenían una baja adherencia al tratamiento con un porcentaje de 16.7 %, una mediana adherencia de 41.7 % , por lo que indicaba que los pacientes olvidaban de tomar su medicamento, no lo tomaban a la hora que se les designaba, por lo tanto decimos que la intervención realizada a dichos

pacientes tuvo valores significativos ya que de los 12 pacientes lo 12 obtuvieron una alta adherencia al tratamiento después del seguimiento farmacoterapéutico.

- **En la tabla 08** muestra ocho preguntas las cuales fueron hechas directamente al paciente respondiendo cada una de ellas, este test de Morisky sugiere no medir el cambio de los pacientes con comportamientos intermedios entre cumplidores e incumplidores, pero del análisis se muestra que existe un cambio hacia actitudes que favorecen el cumplimiento que podría ser significativo si se continua el proceso de educación a los pacientes.⁽⁷¹⁾ Así mismo este test muestra resultados de pacientes de baja adherencia, de mediana adherencia y de alta adherencia antes de la intervención del seguimiento farmacoterapéutico, después de la intervención del seguimiento farmacoterapéutico se dio como resultado una alta adherencia en todos los pacientes intervenidos.

VI. CONCLUSIONES

- ✓ Se determinó con gran satisfacción el efecto de un programa de seguimiento Farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos intervenido desde la Botica Baruc Farma Nuevo Chimbote.

- ✓ Se logró realizar un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) bajo el modelo ULADECH dirigido a pacientes hipertensos desde la Botica Baruc Farma Nuevo Chimbote.

- ✓ Los problemas relacionados con medicamentos en los pacientes hipertensos se solucionaron exitosamente, así mismo previniéndoles y curándoles de riesgos para su salud.

- ✓ El proceso de seguimiento farmacoterapéutico tuvo un efecto significativo sobre el nivel de adherencia terapéutica con una variable dependiente significativa ($p= 0.002$).

VII. RECOMENDACIONES

- ✓ Hoy en día se ve mucho incumplimiento de los pacientes a la hora de tomar su medicamento es por eso que se recomienda realizar el seguimiento farmacoterapéutico porque es importante en el sistema de salud porque ayuda en el cuidado de los pacientes en el uso de los medicamentos los cuales debe ser seguro y apropiado.

- ✓ Es de mucha ayuda aplicar este programa de seguimiento farmacoterapéutico porque me ayuda a visualizar completamente sobre el estado del paciente ya sea si tiene un nivel de conciencia estable, si tiene un buen comportamiento, si tiene reflejos y sobre todo si sus sentidos están estables.

- ✓ Por otro lado, es importante porque ayuda con lo que necesitan los pacientes en relación a los medicamentos ya sea para su detección, prevención y resolución de los problemas relacionados con los medicamentos de forma continuada, sistematizada y documentada con ayuda del paciente.

- ✓ Por último decimos que el seguimiento farmacoterapéutico es importante porque es la parte central del ejercicio profesional de los farmacéuticos, que es visible y tangible para el paciente, ya que corresponde a la interacción cotidiana entre el farmacéutico y el paciente. Es la forma en la que el profesional atiende realmente a las necesidades del paciente para alcanzar los objetivos de la farmacoterapia (que sea necesaria, efectiva y segura).

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. FAUS, M.J. Pharmaceutical Care as a response to social need. *Ars Pharmaceutica*, 41: 1; 137-143, 2000.
2. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Pharm Care Esp* 1999; 1: 35-47.
3. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1990;47:533-543.
4. Frank R, Grizzle J. Drug-Related Morbidity and Mortality: Updating the Cost-of-Illness Model. *J Am Pharm Assoc*. 2001;41(2) © 2001 American Pharmacists Association.
5. PJ McDonnell and MR Jacobs. Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions. *The Annals of Pharmacotherapy*: Vol. 36, No. 9, pp. 1331-1336. DOI 10.1345/aph.1A333.
6. Manasse HR Jr. Medication use in an imperfect world: drug misadventuring as an issue of public policy, Part 1. *American Journal of Hospital Pharmacy*, Vol 46, Issue 5, 929-946.
7. Johson A. Bootman L. Drug-Related Morbidity and Mortality: A Cost-of-Illness Model. *Journal of Managed Care Pharmacy*. Vol 2, No.1 janIFeb 1996.
8. 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.

9. Presidencia de la república. Aprueban Reglamento de Registro Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, Decreto Supremo N°010-2011-TR. El Peruano. Lima 27 de Julio de 2011.
10. Presidencia de la república. Aprueban reglamento de establecimientos farmacéuticos, Decreto Supremo N°014-2011-SA. El Peruano. Lima 27 de Julio de 2011.
11. Andrés NF. 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.
12. Bonal y cols. Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica. En: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Farmacia Hospitalaria Tomo I. Tomado desde: <http://www.sefh.es/sefhpublicaciones/fichalibrolibre.php?id=6>. El 16/08/2012.
13. Ramalho de Oliveira D, Dupotey D. La investigación cualitativa en Farmacia. Aplicación en la Atención Farmacéutica. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas. Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences vol. 44, n. 4, out./dez., 2008.
14. Gonzales G. Fundamentos de Atención Farmacéutica Cap 11. Pontificia Universidad Católica de Chile. Tomado desde: http://cursos.puc.cl/unimit_qim_002-1/almacen/1220552779_ggonzale_sec4_pos0.pdf. El 16/08/2012.

15. Martínez Morales M. y cols. La importancia de implementar un sistema de atención farmacéutica. México. Infármate. Año 4, Número 21-22. Septiembre-Diciembre 2008. Tomado desde: [www. Infarmate.org](http://www.infarmate.org). Tomado el 17/08/2012.
16. Fajardo PC. Baena MI. Andrade JA. Olmos JM. Faus y cols. ADAPTACIÓN DEL MÉTODO DÁDER DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO AL NIVEL ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. *Pharmacy Practice*, july-september, año 2005 /vol. 3, número 003 Centro de Investigaciones y Publicaciones Farmacéuticas Granada, España pp. 158-166.
17. IMS Perú. Reporte de Precios 2011. Presentación a la alta dirección de DIGEMID. Enero 2012. Documento no divulgado.
18. 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.
19. Mostacera S. Impacto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial. *Farmacia Bonofarma- Distrito de Chimbote* noviembre 2015 a mayo 2016. [Tesis]. Perú; Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2016. [Citado el 01 de enero del 2019]. Disponible en: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3863/SEGUIMIENTO_FARMACOTERAPEUTICO_MOSTACERO-URBANO_SADITH.pdf?sequence=1&isAllowed=y
20. Vilaplana Pérez. Gonzales J. Ordeña Martin. Adherencia al tratamiento. *Phrmaceutical care*.2012. volumen 14. Número 6. Disponible En: <https://www.pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/97>

21. 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.
22. Gaspar Carreño M. Seguimiento de la Intervención Farmacéutica en un hospital dedicado a la cirugía ortopédica traumatológica tras el establecimiento e implantación de un programa de atención farmacéutica. TESIS DOCTORAL. Universidad CEU Cardenal-Herrera Facultad de Farmacia. Departamento de Fisiología, Farmacología y Toxicología. Valencia España 2011.
23. 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.
24. Faus MJ, Fernández-Llimós F. Problemas Relacionados con Medicamentos: como factores de riesgo. Seguimiento Farmacoter 2003; 1(3): 147-148.
25. Hurley SC. A Method of Documenting Pharmaceutical Care Utilizing Pharmaceutical Diagnosis. American Journal of Pharmaceutical Education Vol. 62, Summer 1998.
26. 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.
27. Organización Panamericana de Salud. EL PAPEL DEL FARMACÉUTICO EN EL SISTEMA DE ATENCIÓN DE SALUD. Informe de La Reunión de la OMS

- Tokio, Japón, 31 de agosto al 3 de septiembre de 1993. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de La Organización Mundial de la Salud.
28. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de España. Consenso sobre Atención Farmacéutica. *Ars Pharmaceutica*, 42:3-4; 221-241, 2001.
 29. Comité de Consenso: Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM). *Ars Pharmaceutica*, 43:3-4; 179-187, 2002.
 30. 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.
 31. 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.*
 32. 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.
 33. 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.

34. Espejo J. Fernández-Llimós F, Machuca M. Faus MJ. Problemas relacionados con medicamentos: Definición y propuesta de inclusión en la Clasificación
35. Machuca GM. Atención Farmacéutica, seguimiento fármaco terapéutico, Pharmaceutical care: es lo mismo?. Farmacoterapia Social. España 2006. Disponible desde: www.farmacoterapiasocial.es/local/capIRAlo1.pdf.
36. Climenti MM y Jiménez Torres NV. Manual para la Atención Farmacéutica. Tercera edición. Edita: AFAHPE. Hospital Universitario Dr Peset. Valencia, 2006.
37. Sabater D, Fernandez-Llimos F, Parras M, Faus MJ. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3(2): 90-97.
38. 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.
39. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. Seguimiento farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). Pharmacy Practice 2006; 4(1): 44-53.
40. 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.

41. 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.
42. Vazquez V. Chacón J. Espejo J. Faus MJ. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN UNA FARMACIA COMUNITARIA. *Pharmacy Practice*, july-september, año/vol. 2, número 003. 2006. Centro de Investigaciones y Publicaciones armacéuticas Granada, España pp. 189-196.
43. 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.
44. 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.
45. Faulkner MA, Wadibia EC, Lucas BD, Hilleman DE. Impact of pharmacy counseling on compliance and effectiveness of combination lipid-lowering therapy in patients undergoing coronary artery revascularization: a randomized, controlled trial. *Pharmacotherapy* 2000; 20:410-416.
46. AGUSTI CR. Epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú. *Acta Med Per*. 23(2) 2012 69.

47. CARTER BL. ELLIOTT J. The Role of Pharmacists in the Detection, Management, and Control of Hypertension: A National Call To Action. *Pharmacotherapy* 20(2):119-122, 2014.
48. .Alcalde-Rabanal JE. Lazo-González O. Nigenda G. Sistema de salud de Perú. Centro de Investigación en Sistemas de Salud, InstIRAtO Nacional de Salud Pública. México. *salud pública de méxico* / vol. 53, suplemento 2 de 2011.
49. Ministerio De Salud Del Perú. Lineamientos Para La Atención Integral De Salud De Las Personas Adultas Mayores. Dirección General De Salud De Las Personas. Dirección ejecutiva de atención integral de salud. Documento técnico. 2006.
50. Calderón OU. Análisis de la Industria Farmacéutica Peruana 2010. Ensayo. CENTRUM PUCP. Tulane University. Global MBA II. Organizaciones Industriales y Tecnológicas. Enero 2010. Tomado desde: <http://es.scribd.com/doc/26461073/La-Industria-Farmaceutica-Peruana-al-2010>. El 18/07/2012.
51. Barillas E. Guevara J. Paredes P. 2002. Rational Pharmaceutical Management Plus Program: SIRAación de los Medicamentos en Tres Departamentos del Perú. Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional por el Programa Rational Pharmaceutical Management Plus., VA: Management Sciences for Health.
52. Escobar J. Efecto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos, que se atendieron en la botica ECONO FARMA N° 03, del distrito de Nuevo Chimbote de la provincia del Santa, durante el mes de abril a julio del 2014. [Tesis]. Perú;

Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2014. [Citado el 02 de enero del 2019]. Disponible:

http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/378/SEGUIMIENTO_FARMACOTERAPEUTICO_%28SFT%29_ESCOBAR_HUINAC_JHERLIZA_EUGENIA_RUBELY.pdf?sequence=1&isAllowed=y

53. Prats MR. REGISTRO Y EVALUACIÓN DE TODAS LAS ACTUACIONES PROFESIONALES DEMANDADAS EN LA FARMACIA COMUNITARIA. Universidad de Granada Facultad de Farmacia Programa de Doctorado de Farmacia Asistencial. Granada – España. 2010.
54. Brodie DC, Parish PA, Poston JW. Societal needs for drugs and drug related services. Am J Pharm Educ. 1980;44:276-278.
55. PROFESSION IN A CHANGING HEALTHCARE SCENE IN ENGLAND. INTERNATIONAL PHARMACY JOURNAL. VOL 27, NO. 1 JUNE 2011. Roohil Y.A.S. THE SUSTAINABILITY OF THE PHARMACY .
56. Machado M. Bajcar J. Guzzo GC. Einarson TR. Sensitivity of Patient Outcomes to Pharmacist Interventions. Part II: Systematic Review and Meta-Analysis in Hypertension Management. The Annals of Pharmacotherapy: Vol. 41, No. 11, pp. 1770-1781. DOI 10.1345/aph.1K311. Published Online, 9 October 2007, www.theannals.com, DOI 10.1345/aph.1K311.
57. Basterra GM. El cumplimiento terapéutico. Pharm care esp 1999; 1: 97-106.
58. Granados G. Roales-Nieto JG. Moreno E. Ybarra JL. Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2007, Vol. 7, N° 3, pp. 697-707. ISSN 1697-2600.

59. Lee JK. Grace KA. Taylor AJ. Effect of a Pharmacy Care Program on Medication Adherence and Persistence, Blood Pressure, and Low-Density Lipoprotein Cholesterol. A Randomized Controlled Trial. JAMA, Published online November 13, 2006.
60. Ramos GJ. Aplicación del método DADER en pacientes ambulatorios con infecciones de vías urinarias que asisten al area de ginecologia del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra. Periodo noviembre - agosto 2010”. Trabajo de grado para la obtención de licenciadas de enfermería. Universidad Técnica Del Norte Facultad De Ciencias De La Salud Ibarra Ecuador. Escuela De Enfermeria. Tomado desde: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/697>. El 15 de junio de 2012.
61. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens. 2007. 25:1109.
62. U.S. Department of Health and Human Services. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Bethesda, Md: National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health; 2004 NIH Publication No. 04-5230 Tomado
63. Tafur Valderrama EJ. Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes con VIH/SIDA: Evaluación de la Adherencia y la Calidad de Vida Relacionada a la Salud en el Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” – Perú. Universidad de Granada. Facultad de Farmacia. Programa de Doctorado de Farmacia Asistencial. Tesis Doctoral. Granada España – Abril de 2010. Tomado

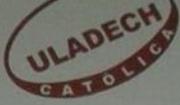
desde: <http://www.melpopharma.com/descargas/tesis/edith-tafur-valderrama.pdf>. El 23 de Julio de 2012.

64. Study Commission on Pharmacy & American Association of Colleges of Pharmacy. (1975). Pharmacists for the future: The report of the Study Commission on Pharmacy : commissioned by the American Association of Colleges of Pharmacy. Ann Arbor: Health Administration Press.
65. Lee JK. Grace KA. Taylor AJ. Effect of a Pharmacy Care Program on Medication Adherence and Persistence, Blood Pressure, and Low-Density Lipoprotein Cholesterol. A Randomized Controlled Trial. JAMA, Published online November 13, 2006.
66. Urrea J. Hipertensión Arterial en la mujer. [Revista]. Colombia; Sociedad colombiana de cardiología y cirugía cardiovascular: 2018. [Citado el 07 de enero del 2019]. 13-20:25,2018. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563317302590>
67. López A. Prevalencia de obesidad, diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia y síndrome metabólico en adultos mayores de 50 años de Sanlúcar de Barrameda. Rev Esp Cardiol. 2008; 6(11): 1151-1157. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/prevalencia-obesidad-diabetes-hipertensionhipercolesterolemia/articulo/13127846/>. Citado el 03 de Julio del 2014.
68. 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.

69. de Consenso, Comité. "Tercer Consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM)." *Ars Pharmaceutica* 48.1 (2007): 5-7.
70. Arias J. Santamaría J. Mejora de los resultados de la farmacoterapia de pacientes hipertensos en una farmacia comunitaria *Ars Pharm*2008; 49(1):13-24.
71. Morisky DE. Green LW. Levine DM. Concurrent and Predictive Validity of a Self-Reported Measure of Medication Adherence. *Medical Care*, Vol. 24, No. 1 (Jan., 1986), pp. 67-74
72. Tuesca M. Guallar P. Banegas J. Graciani R. Aspectos Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores De 60 años en España. *Gac Sanit* 2006; 20(3): 220-227.
73. Márquez E. Casado J. Márquez J. Estrategias Para mejorar el cumplimiento. *FMC* 2001; 8: 558-573.

IX. ANEXOS

9.1. Solicitud de permiso al establecimiento farmacéutico.


UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

Nuevo Chimbote, 24 de Junio de 2017

Señor
Q.F Marco Pulache Alberca
BOTICA BARUC FARMA-NUEVO 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 Alumno *Diego Alexander Saenz Orbezo, Cod N° 0108140009*, pueda desarrollar actividades de Seguimiento Farmacoterapéutico como parte de un proyecto de investigación que tiene por objetivo evaluar la utilidad de este servicio en la prevención, detección e intervención de problemas relacionados con medicamentos que pueden sufrir los pacientes que se atienden en el Servicio Farmacéutico que Usted dirige.

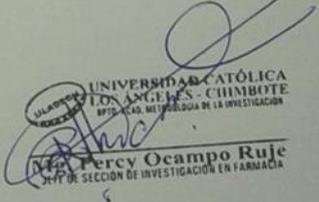
El desarrollo del trabajo demanda la captación post dispensación de 12 pacientes diagnosticados y con prescripción facultativa de medicamentos para el tratamiento de Hipertensión. El citado profesional desarrollará las actividades iniciales de captación dentro del establecimiento farmacéutico ofreciendo 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
M.D. PERCY OCAMPO RUJE
MPT DE SECCIÓN DE INVESTIGACIÓN EN FARMACIA

Av. Jose Pardo Nro. 4
Telé
Web Site: w

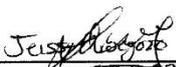
9.2. Hoja de consentimiento firmado

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 Bono Farma 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: (DE PUÑO Y LETRA DEL PACIENTE): JEISSY BEATRIZ ORBEGOZO GATARRA
* DIRECCION: JIRÓN PIURA # 157 MIRAMAR BASO - CHIMBOTE
* TELEFONO: 34-20-53

* FIRMA: 
* DNI: 780582034

* NOMBRE DEL QUIMICO FARMACÉUTICO Jr: Seung Orbegozo Diego
* TELÉFONO: 943087276

* FIRMA: 
* DNI: 72672656

* FECHA: 24 / 11 / 2017

* FECHA DE LA PRIMERA ENTREVISTA PARA EL LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN: 24 / 11 / 2017

*Campos obligatorios

9.3.Fichas Farmacoterapéuticas

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

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

1.1.- DATOS PERSONALES

NOMBRE: _____ SEXO: _____

DIRECCIÓN: _____ ZONA: _____

TELÉFONO DOMICILIO: _____ OTRO _____ (MAIL): _____

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

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

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

OTRO CUAL?: _____

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

1.2.- PARÁMETROS DE SEGUIMIENTO:

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

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

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

Nº	NOMBRE DEL MEDICO / INSTITUCIÓN	ESTABLECIMIENTO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO

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

CIE 10	NOMBRE DEL PROBLEMA DE SALUD,	QUIEN LE DIAGNOSTICO?	Fecha de la receta
I10			

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

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

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

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

1.7. REGISTRO DE PROBLEMAS DURANTE EL USO DE MEDICAMENTOS.

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

Si la respuesta anterior fue Si, entonces:

Cual fue el problema o necesidad?

Pudo comunicarse? Si No

Si es NO, Por qué?

Cómo resolvió el problema? A quien recurrió?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.10.- ANTECEDENTES FAMILIARES DE MORBILIDAD:

ENFERMEDAD	MADRE	PADRE	HERMANOS	OTROS
HIPERTENSIÓN				
DIABETES				
COLESTEROL				
OTRA:				

Observaciones:

.....

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

1.11.- HABITOS DE VIDA:

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

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

COD INTERV:

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

PACIENTE COD. Nº:
NOMBRE:

FECHA:

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

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

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

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

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

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

COD INTERV:

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

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

Esta lista de medicamentos puede verificarse en caso que el Farmacéutico tenga acceso 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:

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

.....

PACIENTE COD. Nº:
NOMBRE:

FECHA:

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

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

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

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

COD INTERV:

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

PACIENTE COD N°:

NOMBRE:

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

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

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

En nombre de medicamentos debe consignarse: todos.

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

4.2.- DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL PRM:

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

COD INTERV:

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

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

Fecha final de la Intervención:

COMENTARIO:

4.4. QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRM.

 - -----
 - -----
 - -----
 - -----

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

TABLA N°4.4. CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS

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

COMENTARIO:

-

-

-

-

-

-

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

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

4.6. RESULTADO:

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

¿QUÉ OCURRIÓ CON LOS PRMs QUE NO SE RESOLVIERON?

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

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

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

COD INTERV:

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

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

5.1. NÚMERO DE CONTACTOS UTILIZADOS DURANTE LA INTERVENCIÓN:

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

Referencia:

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

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

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

COD INTERV:

HOJA DE ESTADO DE SITUACIÓN

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**

Nombre del paciente:

Edad:

Sexo:

Código:

Fecha:

Observaciones:

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

** PRM y RNM, verificar el código

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

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

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

9.4. Tabla de estado de Situación

CO D Investiga dor	C O D Pa cie nte	C O D CI E 10	DIAG NÓSTI CO	AT C	nomb re comer cial	dci	f p	dos is (m g)	fr ec d os is (d ia)	d i a s tt o	C O D P R M	Descrip ción del PRM	R N M	Acción realiz. por el qf	COD. INTER VENC IÓN	CO D CA NA L DE CO MU NIC	ace ptac ión	sol uci ón	Desc ripci ón de la NO solu ción
1081 4001 5	1	I1 0	Hiperte nsion Arterial Esencia l	C09 db0 2	Iltuxa m	Iltuxa m	s o l	40/ 100 mg	1	3 0	9	El paciente no toma los medica mentos todos los días, se olvida de tomarlo s a la hora indicada	3	Educar a la paciente en la importan cia que es seguir su tratamien to	8	1	1	1	
1081 4001 5	1	I1 0	Hiperte nsion Arterial Esencia l	B01 AC 06	Cardio aspirin a	Cardio aspirin a	s o l	100 mg	1	3 0	3	La paciente hace una conserv acion inadecu ada de sus	3	Se sugiero a la pacientes que tome medidas para tener una buena conserva	9	1	1	1	

												medica mentos		cion de sus medicam entos.					
1081 4001 5	2	I1 0	Hiperte nsion Arterial Esencia l	C09 CA 03	Valsar tán	Valsar tán	s o l	80 mg	1	9 0	9	El paciente se olvida de tomar sus medica mentos	3	Educar a la paciente en la importan cia que es seguir su tratamien to	8	1	1	1	
1081 4001 5	2	I1 0	Hiperte nsion Arterial Esencia l	C03 AA 03	Hidroc lorotia zida	Hidroc lorotia zida	s o l	25 mg	la m it a	9 0	9	Suele olvidars e en tomar sus medica mentos	3	Educar a la paciente en la importan cia que es seguir su tratamien to	8	1	1	1	
1081 4001 5	2	E7 8. 0	Hiperco lesterol emia	C10 AA 05	Atorva statina	Atorva statina	s o l	20 mg	1	9 0	3	La paciente hace una conserv acion inadecu ada de sus medica mentos	3	Se sugero a la pacientes que tome medidas para tener una buena conserva cion de sus medicam entos	8	1	1	1	

1081 4001 5	2	I8 7. 8	Insuficiencia Venosa	N02 BA 01	Acido Acetilsalicílico	Acido Acetilsalicílico	s o l	100 mg	1	9 0	9	Suele olvidarse de tomar sus medicamentos	3	Educación al paciente en la importancia que es seguir su tratamiento	8	1	1	1	
1081 4001 5	2		Problemas Del Corazón	B01 AC 04	Clopidogrel	Clopidogrel	s o l	75 mg	1	9 0	1 2	Para prevenir cuagulos sanguíneos de un ataque cardiaco o accidente cerebrovascular	4		9	1	1	1	
1081 4001 5	2	K 29 .7	Acidos Estomacal	A02 BA 02	Ranitina	Ranitina	s o l	300 mg	1	9 0	1 2	Para prevenir el ecidese estomacal	4		9	1	1	1	
1081 4001 5	2	I1 0	Flujo Sanguíneo y Frecuencia Cardíaca	C07 BB 07	Bisoprolol	Bisoprolol	s o l	5mg	la m i t a d	9 0	1 2	La paciente presenta efectos adversos	5	Educación al paciente en la correcta administración del medicamento para	8	1	1	1	

														no potenciar los efectos adversos.					
108140015	3	I10	Hipertension Arterial Esencial	C09CA01	Losartán	Losartán	sólido	50 mg	1	90	12	La paciente presenta efectos adversos	5	Educación a la paciente en la correcta administración del medicamento para no potenciar los efectos adversos.	8	1	1	1	
108140015	3	I10	Hipertension Arterial Esencial	C03AA03	Hidrolorotida	Hidrolorotida	sólido	25 mg	1	90	12	La paciente presenta efectos adversos	5	Educación a la paciente en la correcta administración del medicamento para no potenciar los efectos adversos.	9	1	1	1	
108140015	3	I10	Hipertension Arterial Esencial	C08CA01	Amlodipino	Amlodipino	sólido	10 mg	1	90	3	La paciente hace una conservación	3	Se sugiere a la pacientes que tome	8	1	1	1	

												acion inadecu ada de sus medica mentos		medidas para tener una buena conserva cion de sus medicam entos.					
1081 4001 5	3	E7 8. 0	Hiperco lesterol emia	C10 AA 05	Atorva statina	Atorva statina	s o l	10 mg	1	9	9	La paicient e suele olvidars e de tomar su mediam ento	3	Educar a la paciente en la importan cia que es seguir su tratamien to	8	1	1	1	
1081 4001 5	4	E7 8. 0	Hiperco lesterol emia	C10 AA 05	Atorva statina	Atorva statina	s o l	10 mg	1	9	9	El paciente en algunas veces se olvida de tomar sus medica mentos	3	Educar a la paciente en la importan cia que es seguir su tratamien to	8	1	1	1	
1081 4001 5	4	I1 0	Hiperte nsion Arterial Esencia l	C08 CA 01	Amlod ipino	Amlod ipino	s o l	10 mg	1	9	3	La paciente hace una conserv acion inadecu ada de sus	3	Se sugerio a la pacientes que tome medidas para tener una buena	9	1	1	1	

												medica mentos		conserva cion de sus medicam entos.					
1081 4001 5	5	I1 0	Hiperte nsion Arterial Esencia l	C09 CA 01	Losart án	Losart án	s o l	50 mg	1	3 0	3	La paciente hace una conserv acion inadecu ada de sus medica mentos	3	Se sugiero a la pacientes que tome medidas para tener una buena conserva cion de sus medicam entos.	8	1	1	1	
1081 4001 5	5	E7 8. 0	Hiperco lesterol emia	C10 AA 05	Atorva statina	Atorva statina	s o l	20 mg	1	3 0	3	La paciente hace una conserv acion inadecu ada de sus medica mentos	3	Se sugiero a la pacientes que tome medidas para tener una buena conserva cion de sus medicam entos.	10	1	1	1	
1081 4001 5	6	I1 0	Hiperte nsion Arterial Esencia l	C09 CA 01	Losart án	Losart án	s o l	80 mg	1	3 0	9	La paciente se olvida de	3	Educar a la paciente en la importan	8	1	1	1	

												tomar sus medicamentos		cia que es seguir su tratamiento					
108140015	6	E78.0	Hipercolesterolemia	C10AA05	Atorvastatina	Atorvastatina	sólido	10 mg	1	3	3	La paciente hace una conservación inadecuada de sus medicamentos	3	Se sugirió a la pacientes que tome medidas para tener una buena conservación de sus medicamentos.	9	1	1	1	
108140009	7	I10	Hipertensión Arterial Esencial	C09AE	Enalapril	Enalapril	sólido	10 mg	2	6	3	La paciente hace una conservación inadecuada de sus medicamentos	3	Se sugirió a la pacientes que tome medidas para tener una buena conservación de sus medicamentos.	9	1	1	1	
108140009	7	I10	Hipertensión Arterial Esencial	N02BA01	Aspirina	Aspirina	sólido	100 mg	1	9	3	La paciente hace una conservación	3	Se sugirió a la pacientes que tome medidas	9	1	1	1	

												inadecuada de sus medicamentos		para tener una buena conservacion de sus medicamentos.					
108140009	7	I10	Hipertension Arterial Esencial	N05B	Alprazolam	Alprazolam	solo	0.5 mg	limitada	45	3	La paciente hace una conservacion inadecuada de sus medicamentos	3	Se sugiero a la pacientes que tome medidas para tener una buena conservacion de sus medicamentos.	9	1	1	1	
108140009	8	I10	Hipertension Arterial Esencial	C09CA01	Losartán	Losartán	solo	50 mg	2	30	3	La paciente hace una conservacion inadecuada de sus medicamentos	3	Se sugiero a la pacientes que tome medidas para tener una buena conservacion de sus medicamentos.	9	1	1	1	

108140009	8	I10	Hipertension Arterial Esencial	C03AA03	Hidrolorotiazida	Hidrolorotiazida	sol	25 mg	lamitad	60	3	La paciente hace una conservacion inadecuada de sus medicamentos	3	Se sugiero a la pacientes que tome medidas para tener una buena conservacion de sus medicamentos.	9	1	1	1	
108140009	8	I10	Hipertension Arterial Esencial	C08CA01	Amlodipino	Amlodipino	sol	10 mg	1	60	3	La paciente hace una conservacion inadecuada de sus medicamentos	3	Se sugiero a la pacientes que tome medidas para tener una buena conservacion de sus medicamentos.	9	1	1	1	
108140009	9	I10	Hipertension Arterial Esencial	N02BA01	Aspirina	Aspirina	sol	100 mg	1	90	3	La paciente hace una conservacion inadecuada de sus	3	Se sugiero a la pacientes que tome medidas para tener una buena conserva	9	1	1	1	

												medica mentos		cion de sus medicam entos.					
1081 4000 9	9	M T9 .1	Dolor Muscul ar	M0 3B X08	Ciclob enzapr ina	Ciclob enzapr ina	s o l	10 mg	3	2 1	3	La paciente hace una conserv acion inadecu ada de sus medica mentos	3	Se sugiero a la pacientes que tome medidas para tener una buena conserva cion de sus medicam entos.	9	1	1	1	
1081 4000 9	10	I1 0	Hiperte nsion Arterial Esencia l	C09 CA 01	Pressal iv	Losart án	s o l	50 mg	1	6 0	3	La paciente hace una conserv acion inadecu ada de sus medica mentos	3	Se sugiero a la pacientes que tome medidas para tener una buena conserva cion de sus medicam entos.	9	1	1	1	
1081 4000 9	10	I1 0	Hiperte nsion Arterial Esencia l	A10 BA 02	Metfor mina	Metfor mina	s o l	850 mg	3	3 0	9	Suele olvidars e de tomar sus	3	Educar a la paciente en la importan cia que es	8	1	1	1	

												medica mentos		seguir su tratamien to					
1081 4000 9	11	I1 0	Hiperte nsion Arterial Esencia l	C09 A AC E	Enalap ril	Enalap ril	s o l	10 mg	2	6 0	9	Suele olvidars e de tomar sus medica mentos	3	Educar a la paciente en la importan cia que es seguir su tratamien to	8	1	1	1	
1081 4000 9	12	I1 0	Hiperte nsion Arterial Esencia l	C09 CA 01	Pressal iv	Losart án	s o l	50 mg	1	6 0	3	La paciente hace una conserv acion inadecu ada de sus medica mentos	3	Se sugiero a la pacientes que tome medidas para tener una buena conserva cion de sus medicam entos.	9	1	1	1	

9.5. Tablas De Adherencia

cód. paciente	1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a	1d	2d	3d	4d	5d	6d	7d	8d
1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

9.6. Ubicación Farmacia Baruc Farma

