



---

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA**

**EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA DIRIGIDA A  
PACIENTES HIPERTENSOS SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA ACTIVIDAD  
PROFESIONAL DEL FARMACÉUTICO**

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

*Autor:*

**ALELI DEL RUBID RUIZ DE LA CRUZ**

**ORCID: 0000-0003-4175-5840**

*Asesor:*

**DR. FARM. PERCY ALBERTO OCAMPO RUJEL**

**ORCID: 0000-00002-9498-5431**

**CHIMBOTE – PERÚ**

**2019**

**EQUIPO DE TRABAJO:**

Bach. Q.F. ALELI DEL RUBID RUIZ DE LA CRUZ

**ORCID: 0000-0003-4175-5840**

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

**ASESOR**

DR. FARM. PERCY ALBERTO OCAMPO RUJEL

**ORCID: 0000-00002-9498-5431**

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

PRESIDENTE

Mgtr. Q.F. Teodoro Walter Ramírez Romero

MIEMBRO

Mgtr. Q.F. Edison Vásquez Corales

MIEMBRO

## **AGRADECIMIENTO**

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

Le doy gracias a mis padres Sergio y Fany por apoyarme en todo momento, porque hemos luchado juntos para poder llegar a la meta. Siempre presentes en mi proyecto de vida, porque siempre he podido contar con su apoyo, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida.

A mis suegros Luis y Ángela, por creer en todo momento en mis capacidades y la confianza que han puesto en mí para poder culminar mis metas.

A mis hermanas por proteger a mis hijas en mi ausencia, para poder asistir a clases, por ese lazo de hermandad que existe entre nosotras que les ha permitido apoyarme para culminar así mi carrera, por ser parte importante de mi vida y representar la unidad familiar.

Al Dr. Q.F. Percy Ocampo Rujel, por su esfuerzo y dedicación, quien, con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia, orientación y eficiente asesoramiento profesional en la ejecución del presente trabajo de investigación.

A la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote por darme la oportunidad de estudiar y ser un profesional de bien, a la Escuela de Farmacia y Bioquímica y a toda la plana de docentes.

## **DEDICATORIA**

A mi amado esposo Alexander, por ser una parte muy importante de mi vida, por haberme apoyado para continuar y nunca renunciar, por su apoyo incondicional que me brinda día con día para alcanzar nuevas metas, tanto profesionales como personales.

A mí amada hija Mía Dariana, porque me enseñaste el sentido del amor verdadero desde el primer momento que te vi, y por ser mi ahínco para tomar la decisión de estudiar una carrera universitaria para poder ofrecerte lo mejor de esta vida. Aún a tu corta edad, me enseñas muchos valores y dar alegría a mi existir.

A mi adorada hija Ángela Sofía con un año de nacida llena mi vida de alegría, gracias a ti vuelvo a sentir por segunda vez el amor verdadero, y ver tu rostro a diario me brinda las energías para culminar mis estudios; son mi motivo más para salir adelante.

## RESUMEN

El objetivo de este trabajo de investigación fue Determinar el impacto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico sobre la percepción de la actividad profesional del Farmacéutico en pacientes hipertensos trabajados desde Botica Lianfarma - Chimbote. Durante los meses de mayo a julio 2017. Se creó un estudio de tipo pre experimental prospectiva, de corte longitudinal de una sola casilla y no probabilístico. La población consolidada 12 pacientes hipertensos acudieron rutinariamente a Boticas Lianfarma. Estos pacientes participaron en un programa de seguimiento farmacoterapéutico que consta de 6 fases: alistamiento, recopilación de datos, evaluación de datos, mediación, verificación y estimación de resultados. En cada etapa, se recopilaron datos a través de las fichas de Seguimiento Farmacoterapéutico, el Test de Purdue para evaluar la actividad del profesional del Farmacéutico y medidor de presión arterial (tensiómetro). Aplicando el test de Purdue antes de la atención farmacéutica, el promedio de satisfacción fue de 0,39 y después de la intervención y el seguimiento farmacoterapéutico fue de 2,57 en promedio, lo que indica que el programa de Seguimiento Farmacoterapéutico mejoró de manera significativa al tratamiento en pacientes hipertensos ( $p = 0,005$ ).

**Palabras claves:** Atención farmacéutica, Seguimiento Farmacoterapéutico.

## SUMMARY

The objective of this research work was to determine the impact of a pharmacotherapy monitoring program on the perception of the pharmacist's professional activity in hypertensive patients worked from Botica Lianfarma - Chimbote. During the months of May to July 2017. A prospective pre-experimental study was created, with a single-cell, non-probabilistic longitudinal section. The consolidated population of 12 hypertensive patients routinely went to Boticas Lianfarma. These patients participated in a pharmacotherapy follow-up program consisting of 6 phases: preparation, data collection, data evaluation, mediation, verification and estimation of results. At each stage, data were collected through the pharmacotherapy follow-up sheets, the Purdue test to assess the activity of the pharmacist's professional and blood pressure meter (blood pressure meter). Applying the Purdue test before pharmaceutical care, the average satisfaction was 0.39 and after the intervention and the pharmacotherapeutic follow-up was 2.57 on average, which indicates that the Pharmacotherapeutic Follow-up program improved significantly to treatment in hypertensive patients ( $p = 0.005$ ).

**Keywords:** Pharmaceutical care, Pharmacotherapeutic follow-up.

## ÍNDICE

AGRADECIMIENTO .....	iv
DEDICATORIA.....	v
RESUMEN.....	vi
SUMMARY .....	vii
I. INTRODUCCIÓN .....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	3
1.2 Objetivos de investigación.....	3
1.2.1 Objetivo general: .....	3
1.2.2. Objetivos específicos.....	3
II. REVISIÓN DE LITERATURA.....	4
2.1 Antecedentes.....	4
2.1.1 Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico en el Mundo.....	4
2.1.2 Evolución del Seguimiento Farmacoterapéutico en el Perú.....	26
2.2 Marco Teórico.....	30
2.2.1 Problemas relacionados con el uso de medicamentos (PRMS) y resultados negativos de la medicación (RNM).....	30
2.2.2 Atención farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico: contribución del farmacéutico al mantenimiento de la salud pública.....	33
2.2.3 Definiciones.....	42
2.2.4 Hipertensión Arterial.....	44
2.2.5 Medicamentos Antihipertensivos: .....	47
2.2.6 Boticas Lianfarma.....	50
III. HIPÓTESIS.....	52
a) Hipótesis nula.....	52
b) Hipótesis cero.....	52
IV. METODOLOGÍA.....	53
4.1. Diseño de la investigación.....	53
4.2 Población y muestra:.....	54
4.3 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	56
4.3.1 Problemas relacionados con medicamentos (PRM).....	57
4.3.2 Resultados negativos asociados con la medicación (RNM).....	57

4.3.3 La Percepción de la actividad profesional del farmacéutico por el paciente: .....	57
4.4    Técnicas e Instrumentos de recolección de datos .....	59
4.4.1 TÉCNICA.....	59
4.4.2 INSTRUMENTOS.....	59
4.4.3 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS. ....	60
4.5    MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	69
4.6    PRINCIPIOS ÉTICOS.....	70
V.    RESULTADOS.....	72
5.1. Resultados.....	72
5.1.1 MORBILIDAD DIAGNOSTICADA, AUTOPRECIENTES Y USO DE MEDICAMENTOS DURANTE EL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO.....	74
5.1.2 RESULTADOS ACERCA DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS (PRM) Y LOS RESULTADOS NEGATIVOS DE LA MEDICACIÓN (RNM).....	77
5.1.3 IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO.....	79
5.2    Análisis de Resultados. ....	83
VI.    CONCLUSIONES.....	100
6.1    Conclusiones.....	100
6.2. Aspectos Complementarios .....	100
6.2.1    Sugerencias y recomendaciones. ....	100
VII.   REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	102
VIII.  ANEXOS.....	115
a)    Consentimiento informado.....	115
b)    Ficha Farmacoterapéuticas.....	116
c)    Tabla de Estado de Situación .....	132
d)    Control de la Presión Arterial.....	133

## **CONTENIDO DE CUADROS:**

CUADRO N° 01 HIPERTENSIÓN ARTERIAL, SEXO, MORBILIDAD CV - 2010.....	20
CUADRO 2: PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON HTA - 2010.....	21
CUADRO 3: LISTADO DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS (PRM) MODIFICADO DE: TERCER CONSENSO DE GRANADA 2007 49,54,55. ....	32
CUADRO 4: ACTIVIDADES DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL EJERCICIO PROFESIONAL DEL FARMACÉUTICO COMUNITARIO.....	35
CUADRO 5: CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS DESTINADAS A PREVENIR O RESOLVER RESULTADOS CLÍNICOS NEGATIVOS DE LA FARMACOTERAPIA. ....	39
CUADRO 6:CLASIFICACIONES DE LA PRESIÓN ARTERIAL DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE HIPERTENSIÓN (SEH) - SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGÍA (SEC) Y COMITÉ NACIONAL CONJUNTO-7 (JNC-7) 148.....	44
CUADRO 7: TEST DE PURDUE MODIFICADO PARA DETERMINAR LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON LAS INDICACIONES DEL FARMACÉUTICO. ....	58
CUADRO 8: TIPOS DE CANALES PARA COMUNICAR LAS RECOMENDACIONES DEL FARMACÉUTICO PARA LA SOLUCIÓN DE PRMS.....	65

## **CONTENIDO DE ILUSTRACIONES**

ILUSTRACIÓN 1: PREVALENCIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN REGIONES NATURALES .....	22
ILUSTRACIÓN 2: PREVALENCIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LAS DIFERENTES CIUDADES DEL PERÚ.....	23
ILUSTRACIÓN 3: PASOS CLAVE DEL MÉTODO DADER SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO MODIFICADO.....	41
ILUSTRACIÓN 4: ESQUEMA DEL MODELO DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA CON DISEÑO DESCRIPTIVO. ....	53
ILUSTRACIÓN 5: FLUJOGRAMA DE LAS ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO.....	62



## I. INTRODUCCIÓN

Los medicamentos, particularmente del problema con la talidomida a mediados de los años sesenta, deben cumplir con las necesidades de bienestar y adecuación extremadamente estrictas para respaldar su utilización, en cualquier caso, hoy nos damos cuenta de que, a pesar de la considerable cantidad de estudios y los últimos períodos de control, el uso irracional por parte de los habitantes en estos medicamentos, regularmente se provoca la presencia de síntomas negativos, hasta el punto de que esta base extraña causa la pérdida de vidas humanas, daños al bienestar y mal uso de medidas colosales de efectivo.<sup>1,2,3</sup>

Ocampo<sup>33</sup> "Estamos informados de que los resultados y las decisiones externas sobre esta realidad que se inician en la utilización de los medicamentos son concebibles debido a los marcos de control y la observación de los marcos de bienestar, la innovación adecuada para la conclusión y la organización de datos que todavía no lo hacen. Existir en nuestro marco de bienestar "1. En este punto, es genuino solicitarnos: ¿Cuál es el grado de los problemas identificados con los medicamentos en una nación como la nuestra donde no hay marcos de farmacovigilancia creados? ¿Cuál es la condición de tristeza y mortalidad relacionada con la utilización de medicamentos en Perú? ¿Cuál es la opinión de la población con respecto al trabajo del especialista en medicamentos para mejorar su estado de bienestar a través de un desarrollo farmacoterapéutico (STF)? " <sup>33</sup>

Como respuesta a este problema creciente, se han producido diferentes modelos de consideración farmacéutica, particularmente en los Estados Unidos y España, en vista del perfil experto del especialista en medicamentos. Así que Bonal et al: "revela para nosotros,

debemos avanzar en el ajuste de estos modelos e instrumentos farmacéuticos para garantizar la naturaleza de la utilización de las recetas por parte de los pacientes "5

Por lo tanto, es importante crear una investigación que demuestre el compromiso del Cuidado Farmacéutico y el Seguimiento Farmacoterapéutico en la acción contra activa y el control de los problemas identificados con las prescripciones, particularmente en enfermedades que interesan una utilización constante de los medicamentos debido a las enfermedades incesantes de la hipertensión de los vasos sanguíneos.

## 1.1 Planteamiento del problema.

La presente investigación está orientada en determinar si: ¿Será una intervención farmacéutica mediante Seguimiento Farmacoterapéutico dirigida a pacientes hipertensos eficaz para optimizar la Percepción de la Actividad Profesional del Farmacéutico?

## 1.2 Objetivos de investigación

### 1.2.1 Objetivo general:

Determinar la eficacia de una intervención farmacéutica mediante Seguimiento Farmacoterapéutico para optimizar la Percepción de la Actividad Profesional del Farmacéutico en pacientes hipertensos.

La intervención se realizó a los pacientes que se atienden en la Botica Lianfarma, del Distrito de Nuevo Chimbote entre los meses de mayo a julio del año 2017.

### 1.2.2. Objetivos específicos

- Determinar el estado de situación del uso de medicamentos en pacientes hipertensos que se atienden en la “Botica Lianfarma – Chimbote a través del desarrollo de una intervención farmacéutica mediante Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT).
- Diagnosticar y resolver problemas relacionados con el uso de medicamentos en los pacientes intervenidos.
- Comparar el nivel de percepción de la actividad profesional del farmacéutico por parte de los pacientes hipertensos antes y después de la intervención farmacéutica.

## II. REVISIÓN DE LITERATURA

### 2.1 Antecedentes.

#### 2.1.1 Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico en el Mundo.

La expresión "Atención farmacéutica", interpretada por primera vez en España como Atención farmacéutica, fue utilizada de forma improvisada por Brodi en 1966 <sup>46</sup>. Sin embargo, no fue hasta la década de los 70 cuando comenzó la problematización del nuevo trabajo de bienestar del llamamiento farmacéutico. Se dedujo un deber más prominente de los expertos para garantizar que los pacientes gasten sedados de una manera adecuada.

En 1975, la Asociación Americana de Colegios de Farmacia (AACP) <sup>46</sup> nombró una comisión de especialistas para crear un informe llamado "Especialistas en drogas para el futuro"; el supuesto "Informe Millis" indicó que la necesidad imperiosa es que los especialistas en medicamentos controlen la mejor utilización posible de los medicamentos. Sus determinaciones serían un recordatorio que sacudiría los establecimientos de la vocación farmacéutica, y obligados a cambiar los modelos de preparación de expertos utilizados en torno a la medicación centrada más en torno a la medicación como un negocio decente, en lugar de un decente social legítimamente identificado con el bienestar abierto.

De ahí que Mikeal et al. en 1975, <sup>47,48</sup> dieron los significados principales del término Atención Farmacéutica (PhC): "La consideración (la consideración ...) que un paciente en particular requiere y obtiene, y que garantiza el uso exigente y seguro de las recetas". En esta primera definición, hecha en un par de años en los que la capacidad del especialista en medicamentos

se centraba fundamentalmente en dispersar los medicamentos a la población, el paciente se une como el objeto de la actividad del especialista en medicamentos, como un componente que necesita. y obtiene una "consideración" para garantizar la buena utilización de las prescripciones, como una relación de consideración restaurativa (consideración médica).

A la luz de la definición de Mikeal, Brodi en 1980 <sup>49</sup> en una reunión sobre Teoría de la Práctica Farmacéutica recomendó que: "El especialista en medicamentos debe estar a cargo del resultado del tratamiento con medicamentos". Este creador fue la persona que construyó la idea en su sentido actual, para incorporar la garantía de las necesidades de medicamentos de un paciente y la disposición, la prescripción requerida, pero además de las administraciones esenciales tanto antes, en medio o después del tratamiento, para garantizar una Tratamiento satisfactorio protegido y viable. <sup>7,49</sup>.

Brodie es, por lo tanto, el creador principal para establecer la premisa hipotética de una práctica experta que reconoce el deber con respecto a las secuelas de los medicamentos utilizados por los pacientes. <sup>7,49</sup>.

En 1985, después de la Conferencia de Hilton Head, se eligió ejecutar un modelo de consideración total y de gran alcance en los EE. UU., Lo que significaba permitir a los expertos farmacéuticos ejercer su deber en la medida de lo posible permitido por la promulgación actual y en el que cada uno de ellos Los pacientes se beneficiaron del límite experto de especialistas en drogas <sup>50</sup>. En 1985, Hepler desglosa las principales conceptualizaciones y las razones por las cuales es inadecuado que el trabajo del farmacéutico no se tenga en cuenta para educar y exhortar. Sostuvo que la "atención" de los pacientes que utilizan medicamentos debería ser aceptada, dando otra medida al término

"atención farmacéutica". En esta línea, en 1988, Hepler describió la atención farmacéutica como "una conexión suficiente entre un paciente y un especialista en medicamentos, en el que el último describe los elementos de control de la utilización de las recetas (con información y experiencia satisfactorias) a la luz del aprendizaje y el deber de la entusiasmo del paciente" <sup>2,7,48</sup>.

En 1989, existe una fusión entre la perspectiva filosófica de Hepler sobre el abuso de las recetas y los pensamientos prácticos para lograr sus objetivos que Linda Strand contribuyó. En el ahora gran informe: "Aperturas y deberes en la consideración farmacéutica" <sup>2,12,98</sup> por fin estuvieron de acuerdo en que la FA es "La disposición capaz del tratamiento farmacológico para caracterizar las victorias que mejoran la satisfacción personal del paciente".

Los dos creadores también caracterizaron los deberes que el farmacéutico debe aceptar: a) garantizar que todo el tratamiento farmacológico del paciente sea adecuado, lo más viable posible, lo más seguro posible y la organización sea lo suficientemente aceptable según las reglas indicadas y b) reconocer, desentrañar y, en particular, anticipar los problemas relacionados con la medicina (PRM) concebibles que bloquean el cumplimiento de la recopilación principal de obligaciones con respecto a la actividad de la consideración farmacéutica <sup>2</sup>.

En los Estados Unidos, en 1990, se inició la consolidación de estos criterios en la estructura de los servicios de medicamentos. A través de la Ley de Reconciliación Presupuestaria Omnibus de 1990 (OBRA 90) <sup>50:51</sup>, se incorporaron partes de la Atención Farmacéutica y se construyó el compromiso de auditar la utilización de medicamentos en los beneficiarios de

Medicaid (el marco de ayuda del gobierno para pacientes de bajos salarios). Igual que el requisito para que los especialistas en medicamentos ofrezcan orientación sobre la utilización de medicamentos a los pacientes.

Desde ese momento en adelante, este modelo ha impactado la rutina farmacéutica con respecto a expertos de todo el mundo, ya que dio un impulso al camino hacia el cambio de la práctica farmacéutica, desde las "administraciones de circulación" a las "administraciones intelectuales", comprometiendo el hábil deber de los especialistas en drogas.<sup>102</sup> Un logro significativo en este procedimiento de definiciones fue construir que el abuso de medicamentos podría ser la razón de los problemas médicos. Después de 30 años en 1990, Strand et al.<sup>52</sup> distribuyó el artículo principal en el que se trató teóricamente la expresión "tranquilizar los temas relacionados", que se convirtió al español como Problemas relacionados con los medicamentos (PRM). Desde ese momento en adelante, también ha sido abierta la discusión acerca de la razonabilidad y la importancia de este término.

Cuando se establecieron las bases ideológicas, el avance metodológico de los estándares de la FA comenzó con la ejecución de programas de investigación y uso. En poco tiempo se establecieron dos patrones en comparación con los modelos propuestos por Strand, de Global Pharmaceutical Care (CPHC) y por Hepler, Pharmaceutical Care para grupos de riesgo (incesante, viejo, polimeditado, etc.) (Monitoreo de resultados terapéuticos o TOM)<sup>7,54</sup>

En la AF mundial, el especialista en medicamentos supervisa toda la farmacoterapia utilizada por los pacientes que reconocen el fusible del programa, mientras que en el modelo TOM el especialista en medicamentos ofrece el apoyo de los pacientes incorporados en los grupos de riesgos en los que han elegido mediar. (diabéticos, hipertensos, asmáticos, anticoagulados,

etc.) y se centra en el control de la farmacoterapia que usan, generalmente para lotes significativos o para siempre, por lo que también con frecuencia necesitan actividades de instrucción de bienestar para mejorar la inclusión del paciente en sus propios pacientes. - cuidado <sup>7</sup>.

En 1992, en la Universidad de Minnesota, se creó un modelo razonable que dependía de la racionalidad de la FA en todo el mundo, llamado Proyecto Minnesota, en el que más de 50 especialistas en medicamentos se interesaron y cuyo objetivo era demostrar que el trabajo del especialista en medicamentos es Valioso para luchar contra el abuso de medicamentos. La empresa se completó en 20 farmacias de la red con 12376 demostraciones de atención farmacéutica. Distinguimos 2.434 problemas relacionados con la droga (PRM). El 43% de los pacientes presentó un PRM y el 70% de ellos mejoró con el desarrollo farmacoterapéutico <sup>48</sup>.

Es en 1993 cuando podemos pensar en la extensión de la atención farmacéutica fuera de los Estados Unidos. En ese año, la Organización Mundial de la Salud distribuye su Informe de Tokio sobre "El papel del farmacéutico en el sistema de atención médica", que analiza las obligaciones del especialista en medicamentos en relación con las necesidades de servicios humanos del paciente y la red, incorporando ellos en la idea de cuidado farmacéutica <sup>20</sup>.

En 1996, Hepler y col. <sup>55</sup> elaboró un examen dependiente del modelo TOM para evaluar un modelo de consideración farmacéutica en las farmacias de la red. Los resultados, sea como sea, la estimación especializada de su aplicación, aparecieron en torno a dos puntos de vista del uso comercial debido a la dificultad de comprender el procedimiento por parte de los especialistas en medicamentos y al problema de reclutar pacientes. En este examen, Hepler

describe la AF como "... un resultado situado, agradable, eficiente para administrar farmacoterapia para la mejora de todos los componentes del bienestar identificados con la satisfacción personal". En este sentido, se hizo un esfuerzo para actualizar el modelo TOM en diferentes zonas, fundamentalmente en Europa. <sup>14</sup>.

Después, en cualquier caso, Strand, junto con Cipolle y Morley, proponen un punto de vista cada vez más humanista cuando afirman en 1997 que la FA es "... una capacitación en la que los especialistas en medicamentos asumen la responsabilidad de la farmacoterapia que un paciente necesita y resuelven dar su consentimiento. "<sup>56</sup> Strand llama la atención sobre el hecho de que la FA no es solo la hipótesis de un entrenamiento, sino que tiene un razonamiento expansivo.

La interpretación subyacente de la expresión "Atención farmacéutica" como "Atención farmacéutica" apareció en el momento más legítimo al conectar el nombre de la acción (consideración o ejecución) con la del experto responsable de entregarla a la sociedad. Sea como fuere, no todas las personas que lo utilizaron necesitaron decir algo muy similar. Ciertas áreas tanto en España como en el extranjero, aclimataron el término Atención Farmacéutica a "administración o ayuda farmacéutica", incluyendo dentro de esta idea cada uno de los ejercicios y administraciones que se ofrecen en la oficina de la farmacia.<sup>7</sup>

Por fin, después de las impresiones de Gastelurrutia y Soto en 1999, se aceptó recibir como una interpretación de "Atención farmacéutica" la articulación "Seguimiento farmacoterapéutico" o "Seguimiento del tratamiento farmacológico" y mantener la expresión "Atención farmacéutica". para una idea más amplia en el sentido de que está incorporada <sup>57</sup>. A pesar de que obviamente era cierto que la disposición de los problemas de los pacientes

identificados con la utilización de medicamentos era el objetivo particular del trabajo experto del farmacéutico de atención médica, todavía existía la necesidad de establecer una relación entre la semántica del término Problema relacionado con las drogas instituido por Strand y col. en 1990 y alguna definición en español que caracteriza este objetivo de las actividades de Atención Farmacéutica.

Con este objetivo, en 1998 se celebró en España el Primer Consenso de Granada <sup>52</sup>, organizado por el Grupo de Investigación de Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. En este acuerdo se examinó el significado de PRM (Problemas identificados con el medicamento) y se estableció el orden principal de estos. En ese momento, numerosos creadores han repetido esta definición en diferentes investigaciones que se extienden en España y América Latina.

En el último archivo del Primer Consenso que se presentó en 2001 <sup>21</sup>, la idea central es que la Atención Farmacéutica en España es proporcional a las capacidades de consideración general del especialista en medicamentos, retratando en detalle (idea, objetivos, requisitos previos, plan y evaluación). Significativos: acuerdo, signo farmacéutico y desarrollo farmacoterapéutico. Sin pasar por alto que el término incorpora diferentes administraciones, por ejemplo, farmacovigilancia, instrucción de bienestar, detalles detallados y preparación en uso sano de medicamentos.

En 1999, cuando se construyeron las bases aplicadas, el Grupo de Investigación de Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (GIAF-UGR) propone el Método Dáder de Terapia Farmacéutica con el objetivo de ayudar a los especialistas farmacéuticos españoles y al resto del mundo a llevar a cabo esta observación como práctica experta <sup>58</sup>.

En 2005 la estrategia realiza su tercera modificación con el punto de universalización y reordenamientos. La universalización se convierte en un estándar de entrenamiento que puede ser utilizado por cualquier especialista en medicamentos que trabaje con cualquier paciente, sea cual sea el tratamiento para su enfermedad. Además, el desenredo, en la convicción de que para que una metodología se amplíe y se convierta en una práctica de gran alcance, debe ser tan sencilla como se podría esperar bajo las circunstancias, sin perder de esta manera la meticulosidad de un sistema de trabajo estándar.<sup>41</sup>.

En el tercer Consenso de Granada (2006) <sup>22</sup> sobre problemas relacionados con medicamentos (PRM) y resultados negativos relacionados con medicamentos (RNM), se reconocieron las definiciones propuestas por FORO para las dos ideas. La sustancia del PRM se acepta como componentes del procedimiento y como razones para RNM. El primer significado de PRM ahora se mueve hacia convertirse en RNM. Se propone un resumen de PRM y una caracterización RNM. Finalmente, se ajusta el significado del Seguimiento farmacoterapéutico del Consenso sobre atención farmacéutica del Ministerio de Salud y Consumo de España, distribuido en 2001.

Paralelamente en diferentes mediaciones de bienestar dependientes del seguimiento farmacoterapéutico, se ha demostrado la adición en las capacidades y el fortalecimiento de los expertos farmacéuticos en numerosas sustancias occidentales. Las mediaciones se destinaron a mejorar la naturaleza de la utilización de medicamentos y el control de diferentes

sustancias obsesivas que muestran resultados diferentes en las regiones clínicas, humanísticas y monetarias.<sup>59</sup>

Es evidente que el efecto del movimiento experto del farmacéutico en la ayuda inmediata a los pacientes ha logrado la regularización de los marcadores clínicos de la condición de las infecciones, por ejemplo, la regularización de los pesos de los vasos sanguíneos (diastólica y sistólica) <sup>60-61</sup> y la mejora de la adherencia o la consistencia con signos restaurativos (ambos en el contexto clínico) <sup>62-63</sup>. Además, los triunfos se han tenido en cuenta en las dimensiones de satisfacción personal <sup>116-118</sup> y la mejora de la capacidad por el número de habitantes en el trabajo realizado por el especialista en drogas a nivel de red (campo humanístico) <sup>66-68</sup>.

Además, como un impacto de las mediaciones farmacéuticas, se han observado mejoras críticas en el aprendizaje del paciente sobre los elementos de peligro de las dolencias, las cualidades de las recetas y el cumplimiento del paciente con la administración farmacéutica. Del mismo modo, se encontraron mejoras críticas en la capacidad física y una exacerbación de los trabajos de bienestar social, entusiasta y psicológico supuestamente identificados con una atención más notable con respecto al paciente hacia la enfermedad. <sup>59</sup>.

La capacidad de los especialistas en drogas para aceptar un trabajo más prominente en el reconocimiento, los ejecutivos y el control de los pacientes se basa en las cualidades del Sistema y el nivel de su incorporación dentro del grupo de bienestar. En casos clínicos, por ejemplo, la administración de hipertensión por parte de especialistas en medicamentos clínicos ha sido viable. Ejemplos de esto son el Programa de Manejo de Pacientes Hipertensivos oficialmente ejemplar en clínicas de veteranos en los Estados Unidos anunciado por Zillich <sup>69</sup>, en el cual, a través del reconocimiento por parte de los especialistas

clínicos en medicamentos, se han adquirido notables resultados en la administración de la enfermedad y los medicamentos utilizados. Dichos avances incorporan mejoras en la consistencia correctiva (72% frente al 20% de la recolección de control,  $p < 0,001$ ), disminución de medicamentos de copia ( $p < 0,001$ ), disminución de costos ( $p < 0,05$ ) y mejoras en la documentación sobre la utilización de las recetas. ( $p < 0,025$ ).

Sabater y col.<sup>31</sup>, en un examen para caracterizar los tipos de mediaciones farmacéuticas que utilizan medicación restauradora, la observación caracterizó nueve tipos de intercesiones farmacéuticas que se agruparon en tres clasificaciones: medida de prescripción, procedimiento farmacológico, instrucción tolerante. 2361 hojas de intercesión farmacéutica se rompieron y las mediaciones farmacéuticas más predominantes fueron aquellas que se fueron para la sustitución de medicamentos (23.6%), seguidas por aquellas que fueron agregadas al paciente (23.5%).

También destacaron las intervenciones dirigidas hacia la disminución del incumplimiento voluntario (14,8%), hacia la retirada de un medicamento (14,6%) y hacia la modificación de la dosis (13,4%). El resto de los tipos de intervención definidos fueron: educación en medidas no farmacológicas (3,4%), disminución del incumplimiento involuntario (3,4%), modificación de la dosificación (2,2%) y modificación la pauta de administración (1,2%).

Sabater<sup>31</sup> concluye que es posible establecer una clasificación universal donde queden reflejadas y definidas todas las intervenciones que un farmacéutico puede realizar para resolver o prevenir resultados clínicos negativos de la farmacoterapia.

Silva Castro y Col. por su parte revisaron 49 publicaciones entre 1999 y 2006 para verificar el éxito de la incorporación del SFT a las actividades existenciales de los servicios de farmacia y concluyen que hubo éxito en la incorporación de estas estrategias y sugieren que deben plantearse abordajes conjuntos para vincular a la Farmacia Clínica y al SFT <sup>62</sup>.

Armando y Col. En un estudio en el que participaron 38 farmacéuticos reportaron 208 intervenciones fármaco terapéuticas, con 218 PRM resueltos (efectividad del 77,9%; intervalo de confianza [IC] del 95%. Un 25% de los PRM se resolvieron entre el farmacéutico y su paciente y un 75% requirieron la participación del médico, lográndose una aceptación de las IF del 74,6% (IC del 95%, 67,8-82,6). El elevado porcentaje de resolución de PRM aceptados por parte de los médicos demuestra la factibilidad de insertar a los farmacéuticos comunitarios en el equipo de salud y la posibilidad de que éstos puedan efectuar una aportación significativa a la disminución de la morbilidad y mortalidad relacionadas con medicamentos por medio de la realización de actividades de SFT <sup>70</sup>.

Vásquez y col. En un estudio retrospectivo de Nov-2001 a Nov-2003. En una farmacia comunitaria española se analizan 50 pacientes en seguimiento farmacoterapéutico según el Método Dáder, luego de 125 intervenciones sobre los 50 pacientes encontraron que un 20,8% <de los PRM fueron causados por incumplimiento. El 85.6% de las intervenciones fueron aceptadas y el 81.6% de los problemas de salud resueltos.

La vía de comunicación más utilizada fue la Escrita Farmacéutico-Paciente-Médico. Concluyen que el método Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico es eficaz para la detección, prevención y resolución de los PRM y optimizar la farmacoterapia de los pacientes

Rodríguez Chamorro en un estudio para determinar el grado de satisfacción de los pacientes con el SFT encontró que, el 91% de los pacientes desconocía el seguimiento farmacoterapéutico antes de su oferta. Un 26% aceptó el seguimiento buscando la mejoría de sus enfermedades, mientras que el 74% por confianza en su farmacéutico. El 89% cree que ha supuesto una mejoría de sus enfermedades, igualmente el 83% afirma que la relación Farmacéutico-Paciente-Médico no se ha visto afectada, incluso un 4% piensa que ha mejorado mucho. Más del 94% considera que ha recibido un trato personal y profesional excelente. El 74% manifestó encontrarse muy satisfecho con el servicio de Seguimiento farmacoterapéutico y un 94% cree que sus enfermedades están mejor tratadas <sup>71</sup>.

En este mismo sentido Armando y cols. <sup>66</sup>, en una investigación para valorar el grado de la satisfacción de los pacientes con el seguimiento fármaco terapéutico fundamentalmente reportan que se percibieron mejoras en el conocimiento de los medicamentos y en el cumplimiento de los tratamientos prescritos por el médico. Concluyen que en todos los ítems consultados los Farmacéuticos obtuvieron altas calificaciones por parte de los pacientes. Fueron unánimes las intenciones de permanecer en el programa y recomendarlo a otras personas, ambos indicadores directos de satisfacción con el seguimiento farmacoterapéutico.

En una adaptación para medir la eficiencia del procedimiento en pacientes pediátricos Fontana Raspanti <sup>73</sup> adaptó la metodología DADER para estudiar el efecto del SFT en niños hospitalizados. Se estudiaron 21 pacientes. El 71,4% de los mismos presentó al menos 1 PRM durante el ingreso y se identificaron 27 PRM en el total de casos estudiados. Según la clasificación del segundo consenso de Granada, el 51,9% de los PRM fueron problemas de

efectividad, el 37,0% de seguridad y el 11,1% de necesidad. En total el 55,6% de los problemas de salud se resolvieron.

Fontana Raspanti <sup>73</sup> contribuyó con la elaboración de un Procedimiento Normalizado de trabajo que permitió adaptar la metodología Dáder al ámbito hospitalario mientras que de manera general el proyecto fue de gran utilidad para realizar seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes pediátricos hospitalizados, evidenciando la necesidad de la participación del farmacéutico en el equipo de salud a fin de mejorar la calidad de los tratamientos farmacológicos en este nivel de atención.

Existen variadas estrategias que utilizan la educación sanitaria individual o en grupos mediante diferentes técnicas para mejorar el uso de medicamentos tales como los envíos postales, llamadas telefónicas, videos, información verbal, información escrita, diversas técnicas de telemedicina y telefarmacia (videoconferencia, ordenadores, internet, fax, radio, televisión, teléfono y televisión), las tarjetas de control, automedición del cumplimiento, etc., siendo su aplicación, en general, positiva sobre el uso apropiado de medicamentos cumplimiento <sup>74</sup>.

Así, Fulmer y col <sup>75</sup> en un estudio para demostrar el impacto de la tecnología de la comunicación concluyeron que las intervenciones telefónicas son efectivas al aumentar el cumplimiento de la medicación, pudiéndose establecer un mayor coste efectividad, que la visita clínica o que los preservadores de caja de pastilla en casa.

Ramalle-Gomara y col <sup>76</sup>, usando un sistema basado en llamadas telefónicas a los diez días de haberse prescrito un tratamiento antibiótico a niños en el domicilio familiar y utilizando para valorar el cumplimiento el test de Morisky-Green concluyen que los avances

tecnológicos permiten a los médicos monitorizar y aumentar el cumplimiento de la medicación de los pacientes pudiendo reducir el coste y la estancia hospitalaria.

Garnett et al <sup>38</sup>, estimaron el cumplimiento de los pacientes mediante llamadas telefónicas, frente a la aportación de instrucciones verbales y escritas, no hallando diferencias entre ambas estrategias. La conclusión es que el seguimiento telefónico no es mejor que el asesoramiento verbal y escrito a la hora de intervenir para mejorar el cumplimiento terapéutico de los pacientes.

Frente a esto, Simkins y col.<sup>39</sup> encuentran que la llamada telefónica aislada mejora el cumplimiento en un 6%. También dieron resultados positivos los estudios realizados por Fulmer y col y Faulkner y col <sup>75</sup> ejecutados respectivamente en insuficiencia cardiaca y dislipidemias, que mediante llamadas telefónicas personalizadas de recordatorio consiguieron mejoras del cumplimiento y de ambas patologías.

Por su parte, Boswort y col.<sup>42</sup> en 2005, realizaron un trabajo sobre hipertensos de edad media 63 años, que fueron asignados aleatoriamente al grupo control que recibió el cuidado habitual o al grupo intervención, cuyos pacientes recibieron llamadas telefónicas 2 veces al mes durante 2 años. Las llamadas telefónicas para mejorar el cumplimiento y la presión arterial fueron realizadas por enfermeras, su duración media fue de 3,7 minutos y los resultados indican que los individuos que recibieron la intervención de la enfermera tenían un mayor cumplimiento y control de la hipertensión.

El uso de nuevas tecnologías como el SMS mediante teléfono móvil, también se ha utilizado, así, Márquez Contreras et al <sup>77</sup>, analizan la eficacia en el cumplimiento terapéutico de la hipertensión arterial, de una intervención informativa mediante mensajes de alerta al teléfono

móvil de hipertensos en veintiséis consultas de atención primaria en España. El recuento de comprimidos y el control de la presión arterial se determinaron al inicio y en los meses 1,3 y 6. Al inicio fueron buenos cumplidores el 85,7% del grupo control y el 84,4% del grupo intervención, mientras que el porcentaje de cumplidores en el grupo control e intervención al final fue de 51,5% y 64,7% respectivamente.

Por tanto, la intervención mediante mensajes de alerta al teléfono móvil de hipertensos no mejoró significativamente el cumplimiento terapéutico. A pesar de todo, se debe considerar que el pequeño tamaño muestra impide sacar conclusiones sobre la relevancia clínica de esta intervención.

En el Perú, el 2003 en una reunión promovida por la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas para identificar localmente el ámbito de aplicación del término Atención Farmacéutica, en la que participaron Farmacéuticos de establecimientos de Salud, Profesionales representantes de Universidades y de Instituciones Farmacéuticas, no se llegó a ningún consenso y las posiciones fueron desde que las actividades de AF incluían todas las Buenas Prácticas desde la Manufactura, hasta aquellas que consideraban que solo podría brindarse la AF en ámbitos hospitalarios. La Ley 29459 de 2009 y sus reglamentos que entraron en vigencia en 2011 <sup>4,5,6</sup>, que enmarcan la regulación en materia de medicamentos en el Perú, zanjaron el problema semántico y definen los Alcances de la Atención Farmacéutica y el Seguimiento Farmacoterapéutico como actividades esenciales de las Buenas Prácticas de Farmacia en el Perú.

En términos de la entidad regulatoria nacional La Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud del Perú (DIGEMID) <sup>78</sup> a enero de 2008 el

desarrollo de la Atención Farmacéutica podía ser explicada revisando las distintas actividades académicas normativas y profesionales desarrolladas en los últimos 10 años. En el documento de referencia se explica que la implementación de la Atención Farmacéutica en el Perú se ha basado únicamente en evaluar las implicancias de su implementación y en la identificación de las características a favor y en contra que tienen los tipos de establecimientos de salud existentes y las estrategias que se requerirían en cada uno para la implementación de este servicio.

Solo en los últimos 5 años muchas de las experiencias que se han desarrollado se han presentado en tesis o trabajos presentados en congresos<sup>33,79,80</sup>. No obstante, en una búsqueda a través del buscador Google sobre experiencias en atención farmacéutica los resultados son escasos y la mayoría de las entradas hacen referencia a cursos de capacitación a todo nivel o ensayos y monografías sobre el manejo farmacológico de alguna enfermedad desde la óptica farmacéutica. Las referencias que existen sobre implementación concreta de programas de SFT presentan réplicas de modelos españoles sin el análisis de condiciones para el desarrollo local, así como escasos procedimientos de implementación tanto en niveles comunitarios como hospitalarios.

En un trabajo de FLORES y col. Sobre Seguimiento Farmacoterapéutico determinar la incidencia de problemas relacionados con los medicamentos en pacientes hipertensos mayores de 18 años utilizando el Método Dáder de las cuales 80.74% fueron aceptadas<sup>59</sup> y se resolvieron los problemas de salud. Los autores concluyeron que la aplicación del método permite identificar los resultados negativos de la medicación y realizar intervenciones convenientes para resolver los problemas de salud<sup>82</sup>.

La hipertensión es un factor de riesgo cardiovascular muy prevalente en el mundo, que es especialmente abrumador en los países de bajos y medianos ingresos. Informes recientes de la OMS y del Banco Mundial. Más del 80% de la carga mundial atribuida a estas enfermedades son en países de bajos y medianos ingresos. En Latinoamérica, el 13% de las muertes y el 5,1% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) pueden ser atribuidos a la hipertensión <sup>100</sup>.

Los cuadros 01 y 02 muestran la prevalencia, el grado de detección, el tratamiento y el control de la hipertensión, junto con la mortalidad cardiovascular (CV) atribuida a la hipertensión, y a la prevalencia de los principales factores de riesgo asociados con la hipertensión respectivamente, en varios países latinoamericanos <sup>86</sup>.

**Cuadro 1: Hipertensión Arterial, sexo, morbilidad CV - 2010**

Países	Prevalencia Hipertensión %	Conciencia Hipertensión %	Hipertensión Tratad %	Hipertensión Controlada %	%	%	Mortalidad CV %
Argentina	28.1	54	42	18	-	-	23.5
Brasil	25 – 35	50.8	40.5	10.2			27.5
Chile	33.7	59.8	36.3	11.8	30.8	36.7	28.4
Colombia	23	41	46	15			28
Ecuador	28.7	41	23	6.7	27.5	30.9	28
México	30.8	56.4	23	19.2	26.3	35.2	-
Paraguay	35	31	27	7			28
Perú	24	39	15.7	14			-
Uruguay	33	68	48	11	56.9	43.1	29.5
Venezuela	33	55	30	12			20.6

Las columnas , 2, 3 y 4 muestran valores porcentajes que corresponden a la población hipertensa correspondiente (columna 1).

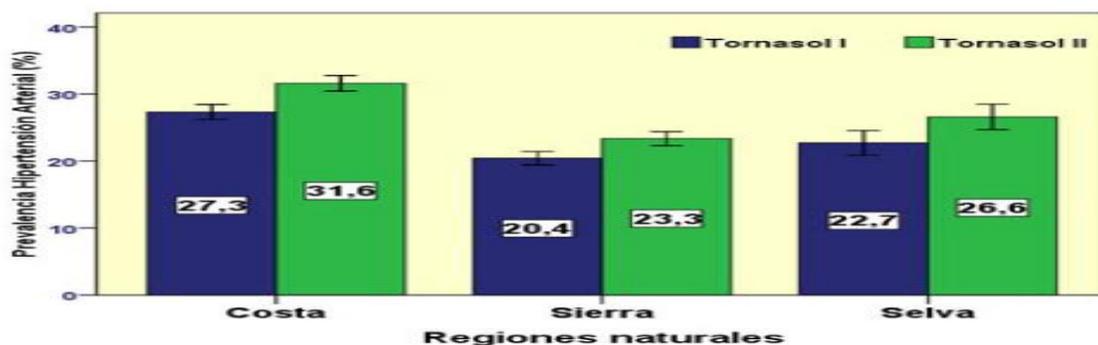
**Cuadro 2: Prevalencia de Factores de riesgo asociados con HTA - 2010**

	<b>Sobrepeso %</b>	<b>Sedentarismo %</b>	<b>Tabaquismo %</b>	<b>Dislipidemia %</b>
<b>Argentina</b>	19.7	Nd	38.6	18.7
<b>Brasil</b>	13	Nd	20	13
<b>Chile</b>	23.2	90.8	42	35.4
<b>Colombia</b>	47	61	23	61
<b>Ecuador</b>	41	35.9	25.8	-
<b>México</b>	31	30.8	36.6	36.5
<b>Paraguay</b>	54	38	34	-
<b>Perú</b>	-	-	-	10
<b>Uruguay</b>	59.7	65.3	15.7	18
<b>Venezuela</b>	25.1	-	30	5.7

Según el informe Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el mundo, uno de cada tres adultos tiene presión arterial alta, una condición que causa alrededor de la mitad de todas las muertes por accidente cerebrovascular y enfermedad cardíaca. Esa proporción aumenta con la edad: una de cada diez personas de 20 a 40 años, y cinco de cada diez de 50 a 60 años. La prevalencia más alta se observa en algunos países de ingresos bajos de África; se cree que la hipertensión afecta a más del 40% de los adultos en muchos países de ese continente. La hipertensión sólo se diagnostica en dos de cada tres individuos hipertensos (68,4%). De estos, el 53,6% recibe tratamiento, pero el control adecuado sólo se logra en el 27% de los casos diagnosticados <sup>94,95</sup>.

En nuestro país, Agustí <sup>90</sup> afirma que la prevalencia de la hipertensión arterial en el Perú se ha incrementado de 23.7 %, según el estudio TORNASOL I (Ene – Dic 2004), a 27.3 % de acuerdo a los resultados de TORNASOL II (Mar 2010 – Ene 2011). La HTA se ha incrementado tanto en hombres como en mujeres en los últimos 5 años del total de la población, existiendo la mayor prevalencia en hombres con 30.3% y en las mujeres de 25.4%. La En la costa la prevalencia se incrementó de 27,3% a 31.6%; mientras que en la sierra las cifras de 20.4% se elevaron a 23.3% y finalmente en la selva la cifra de 22.7% alcanzó el 26.6%, de tal forma que observamos que a nivel nacional la hipertensión crece independientemente del área geográfica o zona respetando la altitud.

**Ilustración 1: Prevalencia de la Hipertensión Arterial Según Regiones Naturales**

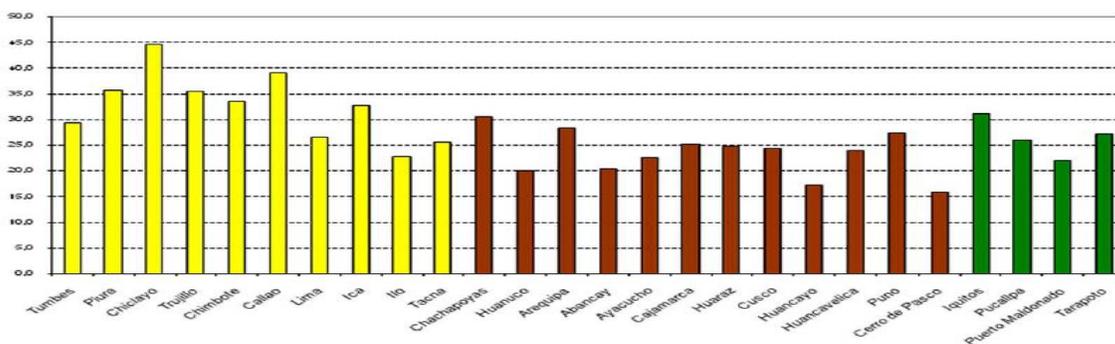


Fuente: Reporte HTA Según Regiones Naturales. Presentación en Rev. Peruana de Cardiología. Enero – Abril 2011.

Se afirma además que la hipertensión sistólica no ha variado a nivel nacional ni en las tres regiones, continúa siendo la más prevalente en la costa y la Diastólica es el tipo de hipertensión arterial con mayor frecuencia en el país y acrecentado, siempre es más alta en nuestra sierra, sobre los 3 000 msnm. El 51.8% de la población no sabían que eran hipertensos y que 48.2% de hipertensos tienen conocimiento de su enfermedad, de ellos el 81.5% reciben

algún tratamiento (médico, dietético o ambos) y el 18.5% no tienen tratamiento. En Los hipertensos tratados, el 52.4% están compensados y 47.6 % descompensados <sup>90</sup>.

**Ilustración 2: Prevalencia de la Hipertensión Arterial en las Diferentes Ciudades del Perú.**



Fuente: Reporte HTA Según las Diferentes Ciudades del Perú. Presentación en Rev. P. Cardiología. Enero – Abril 2011.

Geovanna Velasco de octubre 2006 a setiembre 2007, en un estudio prospectivo sobre el seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hipertensos ambulatorios, utilizó el método Dáder en 22 pacientes, de los cuales: 12 son de sexo femenino y 10 de sexo masculino. La edad promedio de los pacientes fue de 61 años. Los problemas de salud se distribuyen: un 48.49% -32 de patologías asociadas al sistema Cardiovascular, neurológico 21.21%-14, seguida de Enfermedades del Sistema músculo - Esquelético y Sistema gastrointestinal con un 12.12 % -8 para cada una. Los problemas relacionados con medicamentos tuvieron una media de 2 por paciente (n=22) y en total fueron 44 PRMs detectados de los cuales el 68.18% de 30 fueron resueltos y el 31.81 % de 14 no resueltos. Se concluyó que el seguimiento farmacoterapéutico en hipertensión arterial es una práctica posible, capaz de producir

resultados positivos, mejorando la calidad de vida del paciente, la comprensión de su enfermedad para una adhesión al tratamiento farmacológico <sup>83</sup>.

Liana Ayala y col. <sup>84</sup> Evaluaron el impacto de la intervención del farmacéutico en la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) de pacientes con hipertensión arterial esencial (HTA). Detectaron 29 problemas relacionados con los medicamentos (PRM): 66% relacionados con la necesidad, 24% con la efectividad y 10% con la seguridad. Se resolvieron 24 PRM (75%), lo que demuestra el grado de aceptación de las recomendaciones farmacéuticas para eliminar las causas prevenibles de los PRM. La comunicación de las intervenciones se hizo en mayor porcentaje entre farmacéutico-paciente (87,5%), tanto verbal como escrita, y farmacéutico-paciente-médico (12,5%) en forma escrita. Los resultados mostraron al 57% de los pacientes con presión arterial controlada al culminar el estudio, en comparación con el 42% al inicio de éste. Se concluye que, la CVRS se ve influenciada positivamente por la intervención del farmacéutico en el SFT. <sup>84</sup>

Por su parte, Sebastián MARTÍNEZ PÉREZ y col <sup>85</sup> 2004, Determinaron la prevalencia de pacientes con presión arterial elevada, sin tratamiento farmacológico para la hipertensión. La prevalencia de presión arterial elevada en pacientes sin tratamiento farmacológico para la hipertensión fue del 35,2% y la prevalencia de hipertensión arterial del 26,0%. Los factores de riesgo más influyentes fueron edad, género, obesidad y diabetes. 203 pacientes recibieron intervención farmacéutica, siendo esta intervención positiva en 67 pacientes; de ellos, el 74,6% mejoraron en al menos una categoría sus valores de presión arterial. Se concluye que más de un tercio de los individuos estudiados mostraron presión arterial elevada.

Aproximadamente 3 de cada 4 individuos que siguieron la intervención farmacéutica disminuyeron en al menos una categoría sus niveles de presión arterial.

Sánchez y col. <sup>106</sup> reporta que para un Hospital de España que el grado de incumplimiento fue de los pacientes ambulatorios fue del 57% y relacionan directamente los resultados con la edad y el número de medicamentos prescritos y ligeramente asociado al sexo femenino. Analizan que el grupo terapéutico más afectado fue el de los antihipertensivos. Entre las causas de incumplimiento destacaron las siguientes: olvido (34,1%), dosificación incorrecta (28,4%), desconocimiento del objetivo del tratamiento (23,9%), despreocupación sobre el propio estado de salud (9,1%) y aparición de reacciones adversas (4,6%).

Artacho Pino R en 1996 - 2006. En un estudio Descriptivo transversal sobre el Cumplimiento terapéutico en pacientes con Hipertensión Arterial, utilizo el test de Morisky-Green y batalla en 1761 pacientes de los cuales en el año 1996: 1.197 pacientes y el año 2006: 564 pacientes. La prevalencia del incumplimiento ha descendido con el paso del tiempo (Morisky-Green: 1996: 52,9%; 2006: 28,4%, Batalla: 1996: 66,3%; 2006: 50%, suma de ambos test: 1996: 80,6%; 2006: 64,2%). Se concluye que la prevalencia de incumplimiento terapéutico observada varía según el método de medida utilizado. Existe una gran variabilidad a la hora de enumerar los factores que condicionan el cumplimiento terapéutico <sup>108</sup>.

La prevalencia del incumplimiento terapéutico en la HTA, según los diferentes estudios oscilan entre el 7,1 y el 66,2 %. En un estudio, que analiza los diferentes estudios de cumplimiento realizados en España. Nos indica que la media ponderada del porcentaje de incumplidores de los 2313 pacientes incluidos en todos los estudios fue del 45 %. Existen una serie de factores que intervienen en el incumplimiento y que son dependientes de las características personales del paciente, de las características del médico, de la relación médico-paciente y características de la propia enfermedad y del tipo de tratamiento prescrito. Sin embargo, no hay un grupo de variables que pudieran ser útiles para definir al paciente incumplidor, ya que en diferentes estudios son distintas las variables estudiadas que se asocian al incumplimiento <sup>102</sup>.

#### 2.1.2 Evolución del Seguimiento Farmacoterapéutico en el Perú.

Como sistema regulatorio para medicamentos, un segmento vital dentro de la situación de los servicios médicos, la circunstancia ha cambiado fundamentalmente. Desde la década de 1990, la guía de medicamentos ha pasado de ser un movimiento muy dirigido, con controles de valor y diversos obstáculos a la sección (menos de 200 medicamentos se inscribieron cada año hacia el inicio de esa década) a otros sin pautas y con costos gratuitos. Después de la legislatura primaria de Fujimori. <sup>42-43</sup>

Después de los importantes cambios legales y administrativos que dependen de los estándares que siguieron a la declaración de la Política de Drogas del Perú hacia el inicio del siglo XXI (2004), se creó otra situación para el acto de Farmacia. <sup>4,6</sup>

A partir de ese momento, el mercado farmacéutico peruano se ha desarrollado a US \$ 1100 millones a partir de 2008, es decir, prácticamente un 400% en 6 años, y se estima que seguirá desarrollándose a una tasa de no menos del 15% cada año hasta 2016, cuando se estima que tendrá una estimación de US \$ 3000 millones. El desarrollo está sobre todo enlistado en medicamentos no exclusivos de marca y convencionales en DCI, debido a la motivación diferenciada por los arreglos estériles en solución, regulación y el impulso de la división de negocios hacia la producción de genéricos en Perú.<sup>42</sup>

Puede verse muy bien que a este patrón de desarrollo del mercado se le ha unido una asociación inmediata con el desarrollo del acceso generalizado y, lamentablemente, la solidez de la utilización.

En esta condición del creciente sector comercial, las supuestas cadenas de farmacias concentran el 64% de los productos farmacéuticos presentados en cinco organizaciones farmacéuticas, firmemente conectadas con laboratorios o comerciantes. Hay más de 1300 farmacias de este tipo, cuyo acuerdo principal es vender primero el medicamento más productivo o el de los laboratorios de una reunión similar.<sup>42</sup>

Esto ha originado efectos en los patrones de consumo de medicamentos. En un trabajo para determinar la situación en las regiones del Perú, Barillas y col. <sup>43</sup> determinaron que solo el 44% de los pacientes se entrevistaron con el tratamiento prescrito en su totalidad. La falta de adherencia a las prescripciones médicas y las adquisiciones frecuentes y los pequeños montos en un presidente cívico costo último de los productos necesarios, el cual, finalmente, termina pagando el usuario último.

Otras evidencias del efecto negativo del crecimiento del mercado pueden estropearse cuando se revisa la calidad de la prescripción que subsiste en los servicios sanitarios ambulatorios del Perú. Como resultado de la interacción con el médico, se puede consultar la posibilidad de que cada paciente reciba 3 medicamentos en promedio y que 3 de cada 10 pacientes reciban una inyección. Los dos indicadores de la calidad de la prescripción médica según los parámetros internacionales de la OMS.<sup>43</sup>

De manera similar, hay un agujero significativo que solicita actividades extremas para controlar la utilización de los antimicrobianos. El 60% de las experiencias de pacientes especializados en el servicio ambulatorio provocaron la solución de un antimicrobiano, que mostraría un abuso de estos activos con repercusiones negativas en su impacto potencial en el medio y largo recorrido debido a la maravilla de la obstrucción bacteriana. Además, la mayoría de los pacientes que recibieron la solución de antimicrobianos no se descompusieron clínicamente y no obtuvieron instrucciones satisfactorias sobre la porción y la duración del tratamiento.<sup>43</sup>

Por ejemplo, de esta circunstancia, Knauth<sup>42</sup> de 1993 de cada examen dirigido en guetos de Chimbote estableció que el 35,5% de los sujetos que utilizaron medicamentos para reparar habían obtenido una reunión privada de restauración o en centros de bienestar del estado y el 2,5% convertido en prescripción habitual. El 63% que se quedaba practicaba la auto-droga legítimamente en una base farmacéutica, ya sea por discusión con el experto o subordinado o por su propia elección.

Knauth descubrió que la mitad de los medicamentos (50.5%) se adquirieron sin un medicamento. El 86% se utilizó para tratar el virus del resfriado de esta temporada, el 65% de analgésicos y el 36% de antimicrobianos sin remedio anterior. Este creador expresa que la automedicación es una opción típica, ya que suele ser problemático o difícil lograr enfoques de bienestar (largas caminatas, altos costos de transporte, retrasos en los tiempos de espera, etc.) y sobre la base de que las conferencias privadas son costosas.<sup>44</sup>

No obstante, se han realizado algunos avances a la luz de los desarrollos administrativos de los últimos 8 años. Se han avanzado los criterios de práctica de gran solución, particularmente aquellos identificados con la utilización severa de la solicitud nacional en el remedio errante (72%) y una utilización más notable de la categoría normal universal de medicamentos en las medicinas (70%). Lo más probable es que esto haya sido apoyado por las batallas excepcionales por esta razón que el Ministerio de Salud intentó recientemente.

En 2012, con el uso de cambios administrativos a través de la sección en el poder del Reglamento de la Ley 29459, se establecieron los establecimientos para la presentación de buenas prácticas de ensamblaje, el control de calidad y las prácticas farmacéuticas para garantizar la naturaleza de la utilización de medicamentos por parte de los clientes finales. Las formas para la ejecución de Buenas Prácticas de Farmacia, Buenas Prácticas de Distribución, Buenas Prácticas de Farmacovigilancia y Buenas Prácticas de Seguimiento Farmacoterapéutico como una articulación práctica de la Atención Farmacéutica fueron despejadas y controladas.<sup>6</sup>

## 2.2 Marco Teórico

### 2.2.1 Problemas relacionados con el uso de medicamentos (PRMS) y resultados negativos de la medicación (RNM).

El camino hacia la utilización de drogas es alucinante, ya que diferentes especialistas median en sus diversas etapas (remedio, aprobación, administración, organización y desarrollo farmacoterapéutico) y hay eventos en los que la farmacoterapia no alcanza el objetivo normal de bienestar, por diferentes motivos o condiciones del Paciente, entre los cuales descubrimos errores de prescripción (EM).<sup>12</sup>

Blasco, Mariño y Col. Caracterice el error de la medicación (EM) a cualquier actividad, prevenible que pueda herir al paciente, ya sea una enfermedad farmacoterapéutica (MFT) que puede desencadenar un resultado negativo relacionado con la utilización de la medicina (RNM), o conducir a una utilización inadecuada de las drogas cuando están bajo el control de expertos en bienestar o del paciente y pueden estar coherentes con problemas relacionados con medicamentos.

Los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) comienzan a partir de errores de drogas y causan la presencia de un resultado negativo relacionado con la utilización de prescripciones (RNM). Este RNM también puede llamarse desolación farmacoterapéutica (MFT). Los PRM son componentes del procedimiento que inclinan al cliente de los medicamentos a un peligro más grave de sufrir una RMN y sus resultados tienen una

asociación causal con la farmacoterapia o el error de drogas (EM). A decir verdad, el PRM puede comenzar después de un error de medicamentos <sup>13</sup>.

En 2007 el Tercer Consenso de Granada<sup>11,14,15,16</sup> se caracterizó como duda de los RNMs. a la circunstancia de que el paciente está en peligro de sufrir un problema médico relacionado con la utilización de medicamentos, en general debido a la presencia de al menos un PRM, que se consideran factores de riesgo o razones para este NR.(Cuadro N° 03).

Se percibe que las PRM como razones para NOM pueden ser numerosas, por lo tanto, toleran la presencia de un resumen subyacente que no es exhaustivo ni selectivo, y que de esta manera se puede cambiar con su utilización en la práctica clínica y en Diferentes condiciones sociales. Bajo estas contemplaciones, Ocampo<sup>33</sup> propone cambiar el primer resumen de 14 PRM del Tercer Consenso de Granada a 16 sustancias.

El nuevo significado de PRM y RNM puede ser la causa de que otro experto de la salud ubique al farmacéutico. Con la ayuda del significado de la acción, que finalmente provoca la prueba reconocible y la sistematización de estas ocasiones para garantizar que el experto en Química Farmacéutica descubrió cómo distinguir un PRM y, de esta manera, cómo evadir un RNM.

**Cuadro 3: Listado de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) Modificado de: Tercer Consenso de Granada 2007 <sup>11,14,15,16</sup>.**

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.

Culbertson y col. en 1997 <sup>17</sup> se definió 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 la evidencia de que se debe aplicar la causa del problema de la salud que se enfrenta el paciente es el uso de los medicamentos.

En el desarrollo de la obra, los farmacéuticos hemos utilizado la palabra búsqueda para la relación finalmente con la actividad profesional de evitar los RNM a partir de la individualización y el tratamiento de sus causas, los PRM.

Como se expresó, no todos los PRM comienzan en EM, sino que se convierten en PRM. Ferriols <sup>18</sup> afirma que, a pesar de la calidad obligatoria de los medicamentos que se tratan, la elección correcta, la solución, el signo, la disposición, la asignación y la organización son básicas y, obviamente, la necesidad de un seguimiento de los resultados y el desarrollo del paciente con farmacología. Tratamiento, para mantenerse alejado o evitar ocasiones desfavorables identificadas con farmacoterapia.

Teniendo todo en cuenta, el especialista en medicamentos debe estar preparado para analizar los errores de prescripción o los problemas identificados con los medicamentos, proponer un tratamiento para estos problemas a través de una mediación farmacéutica, a fin de contrarrestar las infecciones provocadas por la utilización de medicamentos o las consecuencias negativas del medicamento.

#### 2.2.2 Atención farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico: contribución del farmacéutico al mantenimiento de la salud pública.

La presentación de la lógica y las ideas de "Atención farmacéutica" habla de una revalorización de la farmacia cuando la red de farmacias se encuentra en una intersección después de la desaparición de la "farmacia" y la pérdida de la estimación del "mayorista de farmacias" A lo que había cedido, ambos se concentraron en la medicación como un ítem <sup>7</sup>.

En la diferencia de visión defendida, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Farmacéuticos (FIP) señalaron que la misión de la práctica farmacéutica debería ser: proporcionar medicamentos, diferentes artículos y

administraciones para servicios de medicamentos y ayuda. a la sociedad para utilizarlos de la manera más ideal <sup>20</sup>.

En España, la nación donde la unión de Pharmaceutical Care ha sido un montón de trabajo. El Ministerio de Salud y Asuntos del Consumidor promueve la idea de Atención Farmacéutica (PHA, por sus siglas en inglés), ya que muchas administraciones farmacéuticas optaron por el paciente, que pasa del registro de la viabilidad de la solución, incluidos los ejercicios de farmacovigilancia <sup>21,22</sup>.

En la configuración de la red, según lo indicado por Andrés Rodríguez, <sup>7</sup> los ejercicios de AP, en la que emergen los situados hacia el paciente, más prominentes en dígitos que los habituales dispuestos de manera distinta para fortalecer la adecuación del fármaco.

Los ejercicios que no se identifican legítimamente con la utilización de medicamentos también pueden contribuir a este objetivo, pero como no se identifican directamente con el paciente, se consideran adicionales a medida que los ejercicios se otorgaron para administrar medicamentos de calidad <sup>7,13</sup>.

Las Buenas Prácticas (BP) de Dispensación, la Sospecha Farmacéutica, el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), la BP de Farmacovigilancia, los ejercicios identificados con la Farmacia Clínica, cada uno de ellos debe apoyar con el arreglo, opción o disminución de la PRM.

Tal vez en ningún otro momento en el contexto histórico de la farmacia se hubiera utilizado la expresión "consideración" para indicar el trabajo del especialista en drogas en el ojo público. Fue significativamente más incesante hablar de administraciones farmacéuticas que de consideración y existen contrastes entre un término y otro. La palabra referencia caracteriza "cuidado" como "la obligación individual de alguien de transmitir prosperidad y seguridad", mientras que una administración infiere capacidades o ejercicios.<sup>8</sup>

**Cuadro 4: Actividades de Atención Farmacéutica en el ejercicio profesional del farmacéutico comunitario.**

Actividades orientadas al MEDICAMENTO	ADQUISICION CUSTODIA ALMACENAMIENTO CONSERVACION DE MATERIAS PRIMAS, ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS Y PRODUCTOS SANITARIOS
Actividades orientadas al paciente: ATENCION FARMACÉUTICA	DISPESACION DE MEDICAMENTOS MEDICAMENTOS FORMULACION MAGISTRAL
	INDICACION FARMACÉUTICA FORMACIÓN EN USO RACIONAL EDUCACIÓN SANITARIA FARMACOVIGILANCIA
	SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

Cuando se integra la "consideración", el especialista en medicamentos se compara con otros expertos en bienestar que, además, transmiten la atención a los influenciados y lo detectan en nuestro trabajo de expertos. Hay tres componentes esenciales que describen la preparación de consideraciones farmacéuticas: experiencia, la promesa de trabajar con el paciente para lograr los objetivos útiles y la mejora de la viabilidad de la presencia del paciente<sup>8,23,24</sup>.

Si bien hace un tiempo, la actividad de la administración descrita por el especialista en medicamentos ignoró los impactos que la medicación creó en el paciente y, por lo tanto, no supo a quién recurrir si surgiera una respuesta o preguntas hostiles. sobre la utilización de la medicación; con consideración farmacéutica, el paciente y el especialista en medicamentos aceptan el tratamiento recomendado por el especialista, buscan un acuerdo sobre la consistencia con el tratamiento para lograr un objetivo establecido por las dos reuniones y el especialista en medicamentos se resuelve para contrarrestar o atender los problemas que Surgen y el futuro podría mostrar al paciente <sup>8,23,24</sup>.

Con la excepción de la desventaja significativa de la importancia de la atención farmacéutica es llevarlo al encuentro. Se ha exhibido una progresión de sólidos ejercicios para que este resultado permita lograr resultados cuantificables que demuestren la ventaja del trabajo del experto farmacéutico para la expectativa, desintegración o disminución de los problemas relacionados con el automatismo de las recetas (PRM). Una reacción a esta insuficiencia es el uso de modelos dependientes de la verificación de medicación correctiva (SFT) <sup>11,25,26</sup>

La importancia de la observación de medicación correctiva (SFT), tal como se propone en el tercer acuerdo sobre Atención Farmacéutica de Granada en España en 2007<sup>11</sup>, es "La práctica experta en la que el especialista en medicamentos está a cargo de los requisitos del paciente que usa la prescripción".

Los ejercicios de SFT se organizan para revelar los problemas identificados con los medicamentos (PRM) para la medida de seguridad y los objetivos de resultados negativos relacionados con el medicamento (RNM). Esta administración incumbe una obligación, y debe darse de manera constante, sistematizada e informada, en compromiso con un paciente

similar y con diferentes expertos del marco de bienestar, para lograr resultados sólidos que mejoren la vida del paciente de manera positiva.<sup>28</sup> Como lo muestra Machuca<sup>29</sup>, los términos: consideración farmacéutica (FA), intercesión farmacéutica (IF) y observación de medicación correctiva (SFT) se utilizan a la inversa en los diversos exámenes relacionados con el tema para capacitar a una administración similar para confirmar la viabilidad en la utilización de las prescripciones. por los pacientes.

Según lo indicado por Martí y Jiménez,<sup>30</sup> los proyectos de AF o SFT normalmente se deben respaldar mediante técnicas o marcos que permitan, de una manera incesante, dar una respuesta a los puntos de vista adjuntos:

- a) Identificación temprana de pacientes que podrían beneficiarse por su implantación.
- b) Registre las clases y las causas que motivan los problemas identificados con las recetas y su documentación.
- c) Generar precauciones para reconocer las decepciones del marco.
- d) Evaluar la conveniencia clínica de los formularios de servicios humanos clave en avance.
- e) Facilitar la introducción de mejoras en la adecuación de los ejecutivos farmacoterapéuticos.

Sabater y col.<sup>31</sup> proponen una solicitud de intercesiones farmacéuticas que podrían recomendarse durante el período de verificación útil de la medicación. Para esta disposición, los creadores caracterizan la intercesión farmacéutica como: la idea de actividad en el

tratamiento y / o las prácticas del individuo influenciado, fue para desentrañar o asesorar a un PRM o un RNM.

En esta iniciativa obtenida de la línea de exploración, se utilizará un modelo de intercesión de la estrategia DADER española para el seguimiento de la medicación restauradora.<sup>32</sup> Desarrollado por Ocampo<sup>33</sup> con el objetivo de estimar el efecto de la SFT en la utilización de medicamentos y la acción y disposición contraactiva de los PRM y los RNM.

El método DADER se concibió en 1999 como una propuesta del Grupo de Investigación de Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada y se ha examinado varias veces. La última modificación en 2005 tuvo el objetivo de transformarla en un aparato básico y efectivamente apropiado sin perder la meticulosidad de una metodología de trabajo estándar. En este sentido, la técnica DADER intenta ser un plan general para la ayuda de la comprobación de medicamentos restaurativos en cualquier entorno de seguro social, libremente del modelo del paciente y por cualquier farmacéutico<sup>32</sup>.

**Cuadro 5: Clasificación de intervenciones farmacéuticas destinadas a prevenir o resolver resultados clínicos negativos de la farmacoterapia.**

	<b>Intervención</b>	<b>Acción</b>
Intervenir sobre cantidad de medicamento	Modificar la dosis.	Ajuste de la cantidad de medicamento que se administra de una vez.
	Modificar la dosificación.	Modificar la frecuencia y/o duración del tratamiento.
	Modificar la pauta de administración (redistribución de la cantidad).	Cambio del programa por el cual quedan repartidas las tomas del fármaco al transcurrir de un día.
Intervenir sobre la	Añadir un medicamento(s).	Añadir un nuevo medicamento que el paciente ya no usaba.
	Retirar un medicamento(s).	Abandono de la administración de un determinado(s) medicamento(s) de los que utiliza el paciente.
	Sustituir un medicamento(s).	Reemplazo de algún medicamento de los que utilizaba el paciente por otros de composición diferente, o bien de diferente forma farmacéutica o vía de administración.
Intervenir sobre la educación al paciente	Disminuir el incumplimiento involuntario (educar en el uso del medicamento).	Educación en las instrucciones y precauciones para la correcta utilización y administración del medicamento.
	Disminuir el incumplimiento voluntario (modificar actividades respecto al tratamiento).	Refuerzo de la importancia de la adhesión del paciente a su tratamiento.
	Educación en medidas no farmacológicas.	Educación del paciente en todas aquellas medidas higiénico-dietéticas que favorezcan la consecución de los objetivos terapéuticos.

La estrategia ha demostrado ser fructífera en la acción contraactiva, la ubicación y los objetivos de los problemas identificados con medicamentos del nivel de consideración esencial<sup>32,34,35,36,37</sup>. Es importante evaluar su manejabilidad en diversas situaciones sociales que permiten establecer normas de ejecución específicamente circunstancias para evaluar el efecto genuino de la consideración farmacéutica.

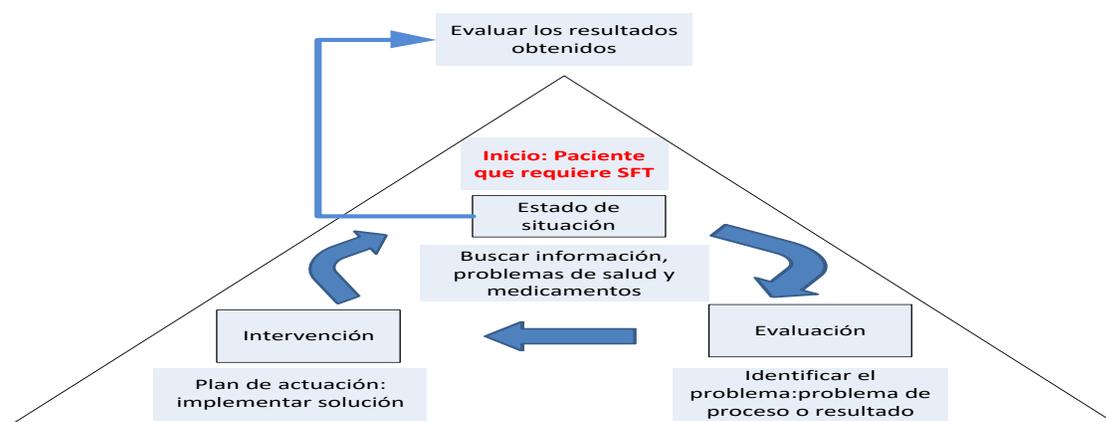
Estas particularidades se han presentado en la estrategia modificada por Ocampo <sup>33</sup>, que considera, por ejemplo, las perspectivas semánticas y expresadas en cada una de las necesidades de datos que se esperan del paciente, para que los instrumentos de reunión de datos sean más rápidos. Aplicar por el experto y sencillo para el paciente. De manera similar, las pruebas nos han ayudado a reconocer rápidamente los problemas de adherencia al tratamiento, que en nuestro entorno indican el 70% y se convierten en uno de los principales problemas que deben abordarse en relación con la utilización de medicamentos.

Tanto en la metodología DADER <sup>28</sup> como en la estructura equilibrada por Ocampo <sup>33</sup>, los socios pueden percibirse como momentos centrales del procedimiento de seguimiento farmacoterapéutico: a) el aura del anuncio principal de la condición del paciente, la evaluación y el ensayo inconfundible de preguntas del PRM, b) la intervención para decidir el PRM y la RMN concebible y c) la evaluación de la nueva condición del paciente En la presente encuesta, se asociará un modelo de la Oficina de Farmacia. Un primer contacto en la fundación, para la idea de la organización y la reunión de información y contactos dinámicos en la intervención, se organiza a través de llamadas telefónicas o cursos de acción en la farmacia del sistema. Los resultados sobre la utilización de estos modelos a la luz de los avances en la correspondencia se presentan fuera de la región de visión <sup>38,39</sup>. En la presente investigación, se aplicará un modelo de la Oficina de Farmacia. Un primer contacto en la fundación, para la idea de la administración y la acumulación de datos y contactos progresivos en la etapa de intercesión a través de llamadas telefónicas o visitas en la farmacia de la comunidad. Los resultados sobre la utilización de estos modelos que dependen de los avances de correspondencia se exhiben fuera del área de vista <sup>38,39</sup>.

A pesar de la forma en que, desde la farmacia del sistema, el especialista en medicamentos no se acerca a las inclinaciones e inclinaciones del paciente o, aparentemente, el placer de hablar en un expreso cada vez más informal que permitiría una mejor correspondencia del paciente que el paciente.

Especialista en drogas y al revés, la metodología de la farmacia permite unirse al especialista de este establecimiento que debe convertirse en el interior del paciente al que debe acudir para solicitar recetas.

**Ilustración 3: Pasos clave del método DADER Seguimiento farmacoterapéutico modificado**



Elaboración Propia

Por otra parte, el trabajo del Establecimiento Farmacéutico supera la carga de no acercarse al paquete de medicamentos, la posibilidad de sugerir al paciente, a circunstancias de cooperación más agradables y con menos posibilidades de crear ejercicios de entrenamiento. A pesar de lo que podría esperarse, el trabajo de la Farmacia permitirá mejorar las técnicas para reforzar la posición influyente del especialista en medicamentos como expertos en

bienestar con una parte particular y urgente en torno a la utilización de soluciones del Establecimiento Farmacéutico.

Un punto de vista vital es construir un modelo que no solo aumente el valor del seguro social y tenga un efecto positivo en los ejercicios del experto farmacéutico, sino que además genere incentivos financieros para la fundación farmacéutica. Este es uno de los principales obstáculos en el uso de los modelos SFT que todavía no despegan, en particular, los ejercicios normales coordinados con el paciente se siguen observando como verdaderos disuasivos en aquellas naciones que los han ejecutado de forma administrativa, por ejemplo, en Perú.

El presente examen significa construir un modelo que permita, con los ajustes vitales, agregar al bienestar general ofreciendo un incentivo a la red de inventario de medicamentos.

### 2.2.3 Definiciones

2.2.3.1 Adherencia al tratamiento: la cantidad de conducta de un paciente, en relación con tomar una solución, seguir una rutina de alimentación o cambiar las propensiones a la vida, se relaciona con las sugerencias concurrentes con el experto en bienestar.

2.2.3.2 Calidad de vida identificada con el bienestar: el reconocimiento que un individuo tiene de su lugar en la presencia, con respecto a la forma de vida y el marco de estima en que vive y en relación con sus destinos, sus deseos, sus estándares, sus preocupaciones. Es una

idea que se ve afectada por la solidez física del sujeto, su expresión mental, su nivel de autonomía, sus conexiones sociales y, además, su asociación con la naturaleza.

2.2.3.3 Percepción del movimiento experto del especialista en drogas: comprende en la información de sus ejercicios expertos que el experto debe satisfacer como especialista en drogas en su lugar de trabajo.

**2.2.3.4 Presión Arterial:** El poder aplicado por la sangre contra los separadores de los corredores. Cada vez que pulsa el corazón, atrae sangre hacia las venas, que es el punto en el que su peso es mayor. Esto se llama presión sistólica. En el momento en que el corazón está muy quieto entre los latidos del corazón, la tensión circulatoria disminuye. Esto se llama presión diastólica.

2.2.3.5 Hipertensión Arterial: La presión arterial alta es una enfermedad crónica. Según el séptimo informe del Comité Nacional Conjunto sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Arterial Alta de los Estados Unidos (JNC VII)<sup>87</sup>, se considera que un adulto mayor de 18 años es hipertenso cuando hay una elevación persistente de PAS (presión arterial sistólica) mayor o igual a 140 mm Hg y / o un aumento en PAD (presión arterial diastólica) mayor o igual a 90 mm Hg. Si bien la herencia es un factor relevante para el desarrollo de la hipertensión, se considera un problema de salud multicausal, ya que los factores ambientales, neurogenéticos, humorales y vasculares juegan un papel importante en el desarrollo de la enfermedad.<sup>88</sup>

**Cuadro 6: Clasificaciones de la presión arterial de la Sociedad Europea de Hipertensión (SEH) - Sociedad Europea de Cardiología (SEC) y Comité Nacional Conjunto-7 (JNC-7) <sup>86</sup>**

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

Tomado del séptimo informe del Comité Nacional Conjunto para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Arterial Alta de los Estados Unidos (JNC VII)<sup>88</sup>

#### 2.2.4 Hipertensión Arterial.

La hipertensión es vista como la enfermedad más continua e interminable de la humanidad, es uno de los factores de riesgo de riesgo cardiovascular (RCV) identificado con la presencia de enfermedades cerebrovasculares (accidente cerebrovascular), cambios cardiovasculares (decepción cardíaca congestiva, ataque cardíaco, miocardio y etc.) y aneurisma de vasos sanguíneos, y es uno de los principales impulsores de la decepción y la diálisis perpetua. La hipertensión está tan relacionada como sea posible con las comorbilidades, por ejemplo, diabetes mellitus, enfermedad del curso coronario, decepción cardíaca constante (HF), accidente cerebrovascular (SVA), ataque isquémico transitorio (TIA), enfermedad vascular

marginal, decepción renal sin fin. De hecho, incluso un ascenso directo en el pulso provoca una reducción en el futuro. En el momento en que la tensión circulatoria se eleva especialmente (pulso normal, la mitad o más, mejor de lo esperado), el futuro se reduce en un 30 a 40%, excepto si la hipertensión es suficiente.<sup>87,90</sup>

En el planeta, uno de cada tres adultos tiene hipertensión según los conocimientos de la OMS. HT se acaba de analizar en dos de cada tres personas hipertensas (68,4%). De estos, el 53.6% recibe un tratamiento satisfactorio, sin embargo, el control se logra solo en el 27% de los casos analizados (31,32). Además, según lo anunciado por Agusti (1) en Perú y Rojas 33 en Chile, el 55% y el 40% de forma individual de pacientes con hipertensión no son conscientes de esto, ya que, por regla general, la hipertensión ocurre sin manifestación<sup>95,96</sup>.

La Organización Panamericana de la Salud, el predominio de TH en América Latina y el Caribe ronda el 8% y el 30%. A pesar de esto, las medidas de evitación, tratamiento y control de la hipertensión han disminuido marginalmente a finales de 160.

Los poderosos factores percibidos en el nivel normal de hipertensión de los vasos sanguíneos son edad, herencia, sexo (con la edad más elevada en mujeres), raza (mayor en negros que en blancos) y nivel financiero (común en niveles financieros). bajo). Del mismo modo, otros factores de riesgo conocidos, por ejemplo, abstenerse de comer, la admisión de sal, la altura de los lípidos en la sangre, el peso, el tabaquismo, la utilización innecesaria de licor, el empuje, la diabetes mellitus y la latencia física (forma de vida estacionaria)<sup>94</sup>.

El objetivo esencial del tratamiento antihipertensivo es mantener la tensión circulatoria estimada a un mínimo de 140/90 mmHg. Para evitar los peligros de la enfermedad y la mortalidad cardiovascular relacionada, incluidas las enfermedades vasculares cardíacas, cerebrales, renales y periféricas, para lo cual también es importante tratar las variables de riesgo modificables y las comorbilidades <sup>97</sup>.

De sus diferentes partes, la tensión circulatoria sistólica (PAS) y el peso diferencial o del latido del corazón (PDP), caracterizados como la distinción entre PAS y pulso diastólico (PAD), han demostrado el mejor incentivo como indicadores de riesgo. de enfermedad cardiovascular en relación con una expansión en la naturaleza inflexible del divisor de vasos sanguíneos <sup>98</sup>.

La conexión inmediata entre la expansión en la tensión circulatoria sistólica (PAS) y el pulso diastólico (PAD) con la mortalidad por accidente cerebrovascular y enfermedad coronaria es sobresaliente, y además las dolencias cardiovasculares son la principal fuente de muerte en los órdenes sociales occidentales. En personas ancianas, la PAS aumenta de forma lógica, mientras que la PAD tiende a disminuir, siendo la razón más continua para este procedimiento la naturaleza dinámica e inflexible de las venas considerables; Esta inflexibilidad está relacionada con las maravillas de maduración, por ejemplo, la sustitución de tejido versátil por colágeno en los vasos y el corazón <sup>99</sup>.

Este impacto provoca una expansión en el peso diferencial o el peso del latido, ya que la aorta y las venas inmensas pierden su parte protección contra las ondas de aturdimiento; el aumento del peso del latido, además de ser un observador del procedimiento de maduración, constituye un indicador autónomo de la tristeza y la mortalidad cardiovasculares para cualquier cantidad de PAS y PAD <sup>100</sup>.

Algunos exámenes distribuidos durante los últimos 5 años han demostrado que el peso del latido tiene una asociación inmediata con los procedimientos, por ejemplo, hipertrofia miocárdica, enfermedad coronaria isquémica, decepción cardíaca, estenosis carotídea, accidente cerebrovascular, decepción renal y muerte y mortalidad cardiovascular<sup>101-102</sup>. En el presente examen, la estimación de la PA diferencial o del peso del latido cardíaco se resolverá como un marcador del impacto del seguimiento farmacoterapéutico en el control del peligro cardiovascular de los pacientes trabajados.

#### 2.2.5 Medicamentos Antihipertensivos:

Las medidas no farmacológicas para cambiar la forma de vida se deben desarrollar en cada paciente hipertenso, ya sea como tratamiento de iniciación (riesgo bajo-medio) o como suplemento del tratamiento farmacológico antihipertensivo. Han sido útiles para disminuir la PA. Las medidas complementarias no farmacológicas parecen haber disminuido la PA: 1) disminución de la admisión de sal; 2) disminución de la utilización de licor intemperante (ancianos, diabéticos, pacientes oscuros); 3) interrupción del tabaquismo; 4) disminución del sobrepeso; 5) cambios en las propensiones alimenticias y 6) incremento en el movimiento físico<sup>92,108</sup>.

Por otra parte, tanto el estudio de bienestar estadounidense (NHANES II) como otro completado en Finlandia descubrieron una conexión entre la admisión de sal y la tasa y la mortalidad por dolencia cardiovascular, particularmente en las personas con sobrepeso adicional<sup>93</sup>.

Con respecto a la administración, el Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión y otros sugieren adaptabilidad. La idoneidad y la obligación del médico en funciones para elegir si tratar o no y qué medicamentos utilizar al principio son estimados. Se reconoce que es legítimo iniciar el tratamiento con diuréticos tiazídicos, bloqueadores beta, rivales de calcio, inhibidores del cambio de angiotensina sobre el catalizador (ECA), antagonistas del receptor AT-1 de la angiotensina II (ARA), bloqueadores  $\alpha$ -adrenérgicos, operadores de la actividad focal o estableció combinaciones de medicamentos en mediciones bajas. A pesar de que se ha abordado la seguridad de los  $\alpha$ -bloqueantes, los enemigos del calcio y los  $\beta$ -bloqueantes, no pueden eliminarse del uso habitual, ya que, como lo indican los atributos fisiopatológicos del paciente, son útiles para el tratamiento en casos específicos, puesto que, en conjunto, disminuyen la desolación y mortalidad cardiovascular<sup>97</sup>.

En Perú, Agusti sostiene que la mayoría de los pacientes hipertensos (82,2%) con inhibidores del cambio de angiotensina en químicos, seguidos por los enemigos de la dihidropiridina de calcio (12%) y después de eso otros medicamentos hipotensivos.

Los medicamentos más utilizados fueron los inhibidores de la ECA enalapril (56.61%), los enemigos de la dihidropiridina de calcio (amlodipina 16.87% y nifedipina 5.05%), los bloqueadores beta (atenolol 9.79%) y los diuréticos tiazídicos (9.60%). la mitad recibe monoterapia, el 43% utiliza dos medicamentos y el 7% tres medicamentos. Enalapril es el

medicamento más utilizado en monoterapia (65.7%), cuando dos medicamentos se consolidan, la afiliación más frecuente es el enalapril con tiazidas (38.9%) y la combinación más de vez en cuando al utilizar tres medicamentos es la relación entre enalapril, dihidropiridínico de calcio enemigos y tiazidas (51.7%). Los medicamentos endosados y los regímenes de tratamiento demostrados son según las propuestas de 7-JNC, con la excepción de la utilización de diuréticos tiazídicos como un sedante de primera decisión.<sup>104</sup>

En el presente examen tomamos el de mayor reconocimiento que es la proposición de Haynes, en 1976, caracteriza a la resistencia restaurativa como el grado en que el plomo del paciente, en relación con la toma de productos farmacéuticos, el seguimiento de una rutina de alimentación o el ajuste de la forma de vida, no coordina la solución medicinal. La resistencia farmacoterapéutica ha sido caracterizada en diferentes cursos, adaptados por la disposición del paciente, separando entre rebeldía deliberada, en la cual los pacientes se asientan en elecciones cognitivas que no toman después de las propuestas y pautas sobre tratamiento farmacológico y rebeldía no deliberada, en las que los pacientes necesitan para conformarse, sin embargo, tienen varias razones o explicaciones detrás de no hacer como tal<sup>105,106</sup>.

Se ha demostrado que la ausencia de adherencia al tratamiento que ocurre entre pacientes constantes, por ejemplo, pacientes hipertensos, infiere una probabilidad más notable de agravar la enfermedad, expandir los costos de bienestar y disminuir la satisfacción personal de los pacientes, entre otros impactos<sup>103</sup>. La rebeldía con tratamiento farmacológico es la razón de la decepción de numerosos medicamentos y el control de diferentes dolencias, por ejemplo, los que preocupan a la zona cardiovascular y provocan problemas importantes en la satisfacción personal de los pacientes, los costos para el marco de bienestar y

fundamentalmente a la ausencia de resultados clínicos constructivos. Se ha evaluado que, de los más de 2 billones de medicamentos anuales fabricados en los Estados Unidos, solo la mitad se satisfacen satisfactoriamente y numerosos especialistas afirman que la resistencia está a cargo de un grado crítico de gasto en bienestar<sup>106,107</sup>.

#### 2.2.6 Boticas Lianfarma

El presente examen se completó en la Lianfarma Botica. La farmacia está situada en la localidad de Chimbote, filial de Ancash, en el territorio de la Avenida Enrique Meiggs 447-Chimbote. El número de habitantes en la región de influencia puede denominarse bajo nivel financiero.

La farmacia Lianfarma para una administración competente La farmacia tiene la cercanía de 2 expertos en ciencia farmacéutica y 2 profesionales en farmacia. La farmacia ofrece la administración de medicamentos no exclusivos, medicamentos recetados por el médico y otras cosas relacionadas, por ejemplo, suministros de restauración cuidadosos, a pesar de las administraciones de asignación y distribución, la estimación de pulso, la búsqueda de embarazo, la atención farmacéutica, etc. La farmacia pasa a una cantidad normal de 60 a 80 pacientes por día. Una normal de 40 fórmulas para cada día se sirve aproximadamente de 1000 a 1200 fórmulas por cada mes, la administración es de 9:00 a.m. - 10:00 p.m. de lunes a domingo. Las patologías más incesantes para las cuales se distribuyen fármacos son: infección respiratoria aguda (IRA), infección del tracto urinario (ITU), presión arterial alta (HTA), diabetes mellitus.

Botica Lianfarma está en un procedimiento de buenas prácticas de consultorio farmacéutico y grandes ensayos de almacenamiento. Es decir, está garantizando Buenas Prácticas de Dispensación, Buenas Prácticas de Monitoreo de Drogas, Buenas Prácticas de Seguimiento de Medicamentos Terapéuticos.

### **III. HIPÓTESIS.**

a) Hipótesis nula

El programa de seguimiento farmacoterapéutico no es eficaz de cambiar la percepción de la actividad profesional del Farmacéutico en pacientes hipertensos.

b) Hipótesis cero

El programa de seguimiento farmacoterapéutico es eficaz de cambiar la percepción de la actividad profesional del Farmacéutico en pacientes hipertensos.

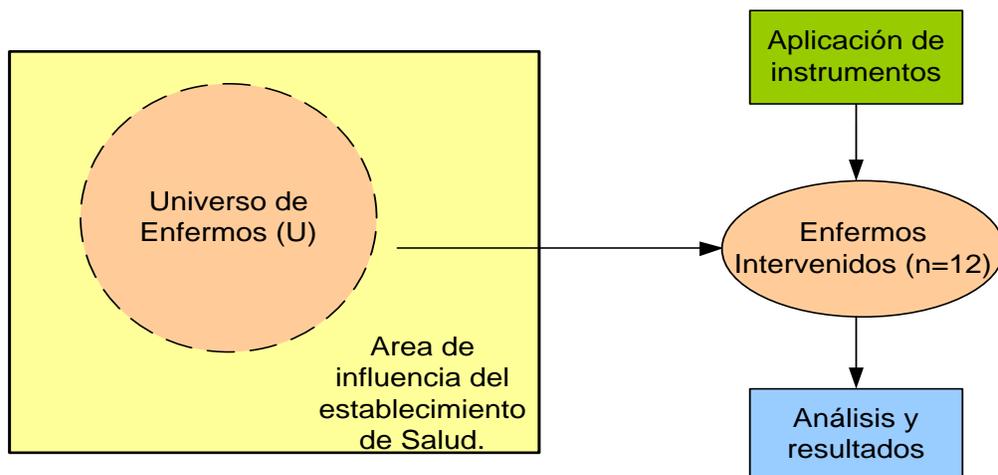
## IV. METODOLOGÍA

### 4.1. Diseño de la investigación.

Se medirá la influencia de la variable independiente: Intervención Farmacéutica mediante Seguimiento Farmacoterapéutico sobre la resolución de problemas relacionados con medicamentos en una misma población antes después de la intervención.

El diseño de la investigación es de tipo pre experimental prospectiva, de corte longitudinal de una sola casilla y no probabilístico (Ver ilustración N°04).

#### **Ilustración 4: Esquema del modelo de intervención farmacéutica con diseño descriptivo.**



Fuente: Elaboración propia

#### 4.2 Población y muestra:

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

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

A los pacientes se les propondrá formar parte de la muestra de investigación y tendrán la libertad de ingresar al programa de manera voluntaria. Esta expresión de libertad quedará reflejada en la firma del documento de consentimiento informado. 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 Boticas Lianfarma Chimbote. Los pacientes de la muestra de investigación se autoseleccionaron entre aquellos que visitaron la Farmacia durante los meses de julio a setiembre del 2017, cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron libremente ingresar al programa de SFT mediante la firma de un documento de consentimiento informado. El número final de pacientes de la muestra fue prefijado arbitrariamente en 12 pacientes.

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

- Pacientes hipertensos primarios adultos entre 45 y 65 años que visiten el establecimiento farmacéutico durante el periodo de captación en busca de medicación para el tratamiento de la enfermedad.
- Los pacientes siguen una prescripción para el tratamiento de hipertensión con una antigüedad no mayor a 3 meses, evidenciada con receta médica.
- Los pacientes siguen prescripción con medicamentos para la hipercolesterolemia pura (E78.0 según CIE10).
- Firmen libremente un documento de consentimiento informado.
- Pacientes con capacidad de comunicarse en idioma español de manera autosuficiente.

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

- Capacidad disminuida para comprender o comunicarse.
- Pacientes cuya situación patológica pueda interferir con el seguimiento farmacoterapéutico.
- Imposibilidad de otorgar consentimiento informado.
- Pacientes gestantes.
- Pacientes participantes en otros estudios de investigación en marcha o programas que interfieran con el seguimiento Farmacoterapéutico.

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

### 4.3 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) <sup>74</sup> . 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 <sup>74,105</sup> .	El instrumento del SFT es la Ficha Farmacoterapéutico (FFT) (Anexo N° 03) donde se registra la evolución del proceso. Se consignan datos del paciente, morbilidades, uso de medicamentos, costumbres y otros.	Medicamentos utilizados. PRMS, diagnosticados, Tipo de intervenciones, Canales de comunicación usados.
Variable Dependientes				
	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 <sup>1,50</sup> . (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) <sup>50</sup> .	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).

Son 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 de PRM sugerido por el tercer consenso de Granada <sup>11</sup> modificado 16 entidades, por Ocampo<sup>33</sup>.

El diagnóstico de los PRMs se hará en las fichas fármaco terapéutica. Por cada paciente se podrá reportar más de un PRM cuya naturaleza será registrada y analizada como un evento diferente e individual en las tablas de frecuencias.

#### 4.3.2 Resultados negativos asociados con la medicación (RNM).

Se define como “sospecha de RNM” 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 <sup>11</sup>.

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 La Percepción de la actividad profesional del farmacéutico por el paciente:

Se midió mediante el Test de Purdue Pharmacist Directive Guidance Scale (PPDG) propuesta por Gupchup y col. <sup>(72, 73,74)</sup>. El test (ver cuadro N°7) consta de una escala de 10 ítems. Las respuestas se valoraron de acuerdo a una escala tipo Likert de 5 puntos que van desde 0 a 5, donde 0 significa nunca, 1= raramente, 2 = algunas veces, 3 = seguido, 4 = muy seguido y 5 = siempre. Sumando las respuestas de cada ítem obtuvimos la puntuación total. La medición se realizó al inicio y al final de la intervención. Como resultado de un ensayo previo se modificaron la sintaxis y las palabras utilizadas en el instrumento original para añadirle mayor comprensión para el paciente.

**Cuadro 7: TEST DE PURDUE MODIFICADO PARA DETERMINAR LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON LAS INDICACIONES DEL FARMACÉUTICO.**

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

Modificado de The Purdue Pharmacist Directive Guidance Scale (PPDG) propuesta por Gupchup y cols.<sup>72</sup>

#### 4.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

##### 4.4.1 TÉCNICA

El seguimiento fármaco terapéutico se conducirá a través de las técnicas de la entrevista personal, la conversación telefónica y la visita domiciliaria, apoyadas en todos los casos en instrumentos de recolección de datos que contiene la FFT.

Las técnicas utilizadas en las entrevistas se han adaptado de los criterios y pautas explicitadas en los procedimientos de Atención Farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico desarrollados por el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada <sup>11,22</sup>.

##### 4.4.2 INSTRUMENTOS

###### 4.4.2.1 FICHAS FARMACOTERAPÉUTICAS (FFT)

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

Se utilizó este instrumento en las 5 fases del SFT. El registro de la información en las FFT se realizó de acuerdo a las indicaciones de la Guía para el Seguimiento Farmacoterapéutico del método DADER. <sup>11</sup>

#### 4.4.2.2 Instrumento para medir la satisfacción del paciente con las indicaciones del farmacéutico.

La variable se determinó mediante The Purdue Pharmacist Directive Guidance Scale (PPDG) propuesta por Gupchup y cols.<sup>73, 74,75</sup>. El test (ver cuadro N°7) consta de una escala de 10 ítems. Las respuestas se valoraron de acuerdo a una escala tipo Likert de 5 puntos que van desde 0 a 5, donde 0 significa nunca, 1= raramente, 2 = algunas veces, 3 = seguido, 4 = muy seguido y 5 = siempre. Sumando las respuestas de cada ítem obtuvimos la puntuación total. La medición se realizó al inicio y al final de la intervención. Como resultado de un ensayo previo se modificaron la sintaxis y las palabras utilizadas en el instrumento original para añadirle mayor comprensión para el paciente.

#### 4.4.3 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Los datos se recolectaron durante el programa de Seguimiento Farmacoterapéutico, cuyo proceso se esquematiza en la Ilustración N°5. En esencia se sigue el procedimiento sugerido en el método DÁDER<sup>10</sup> 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:

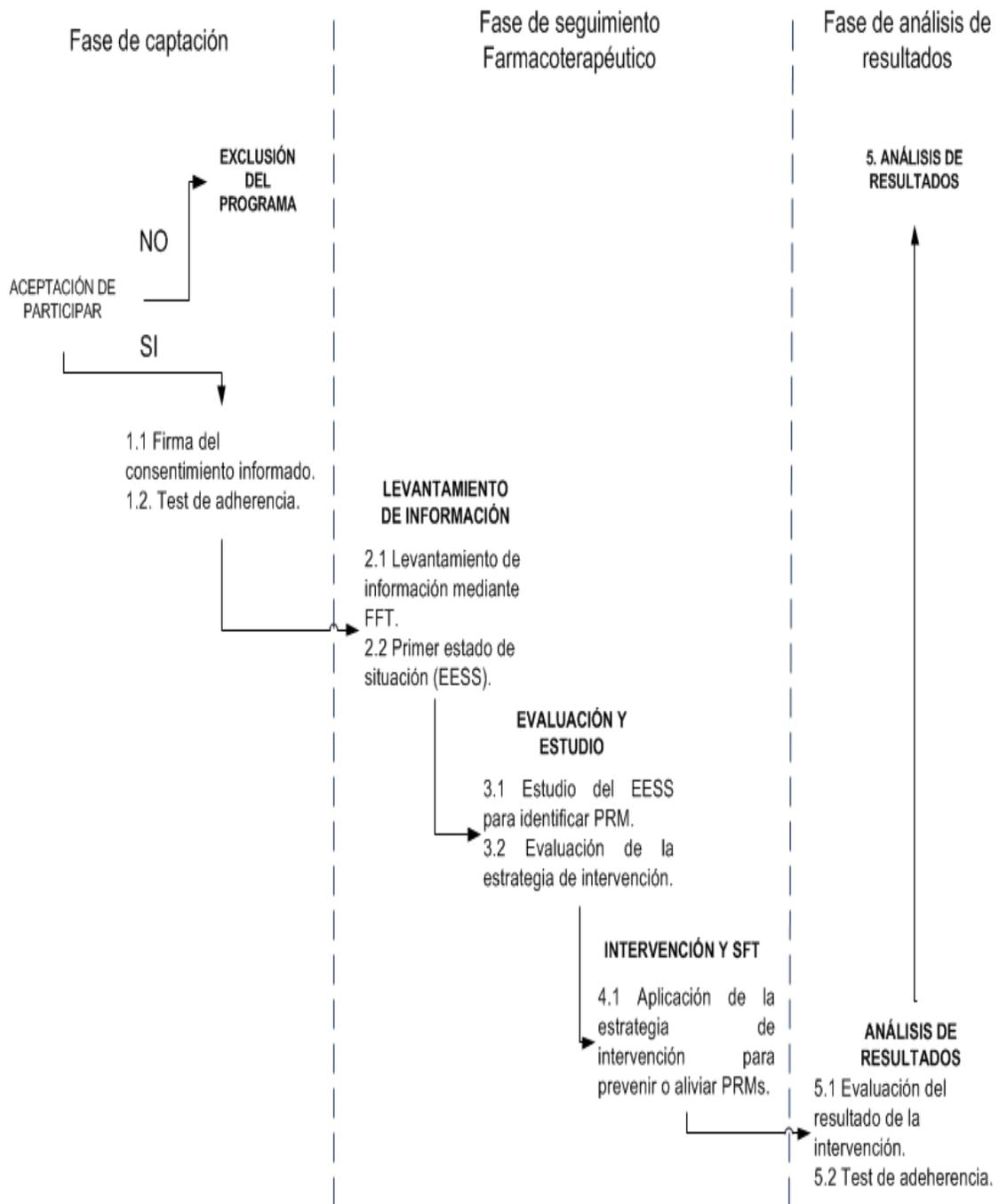
1. Oferta del servicio y captación de pacientes.
2. Levantamiento de información. Primer estado de situación.
3. Estudio y evaluación.
4. Intervención y seguimiento.
5. Análisis de resultados.

#### 4.4.3.1 OFERTA DEL SERVICIO Y CAPTACIÓN DE LOS PACIENTES.

El SFT será ofertado desde Boticas Lianfarma del Centro de Salud Progreso a los pacientes que soliciten la dispensación de algún medicamento para la hipertensión y que cumplan con los criterios de inclusión durante las horas de atención de Establecimiento.

El paciente que decide formar parte de la experiencia deja expresado su consentimiento mediante la firma de una declaración sobre los alcances de la intervención. La hoja de consentimiento informado declara que el Farmacéutico reservará de manera absoluta los datos del paciente, la gratuidad del servicio y que el programa no incluye la donación de ningún tipo de medicamento por parte del Establecimiento Farmacéutico. Así mismo por parte del paciente que entregará toda la información referida a enfermedades y uso de medicamentos que pueda ser útil para la prevención de PRMs.

### Ilustración 5: FLUJOGRAMA DE LAS ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO



Elaboración por OCAMPO<sup>33</sup>

#### 4.4.3.2 Levantamiento de información.

En la primera cita el farmacéutico utiliza la Ficha Fármaco terapéutica (FFT) para el registro de información sobre:

- a) Datos generales del paciente: Nombre, edad, sexo, grado de instrucción, dirección, teléfonos de contacto, etc.
- b) Datos de las enfermedades que sufre el paciente al momento de la visita.
- c) Datos del médico prescriptor.
- d) Datos de cualquier otra morbilidad sentida con o sin diagnóstico facultativo para la cual el paciente tome medicamentos o pueda ser motivo de uso potencial.
- e) Descripción detallada de los medicamentos que usa el paciente para la enfermedad motivo de la visita.
- f) Descripción detallada de los medicamentos que toma el paciente para cualquier otra enfermedades o condición, diagnosticadas o no.
- g) Factores de riesgo que pudieran agravar en el desarrollo de las enfermedades o el uso de medicamentos.
- h) Historia familiar de enfermedades crónicas.
- i) Hábitos de vida y condiciones ambientales.

Además, se recoge información sobre:

- j) Problemas con la toma de alguno de los medicamentos prescritos. Signos o condicionantes que impiden la toma normal de los medicamentos que regularmente debe tomar el paciente.

k) Descripción de los productos naturales que el paciente suele tomar de manera frecuente.

#### 4.4.3.3 FASE DE ESTUDIO Y EVALUACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

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

Se estudia toda la información registrada en la FFT para interrelacionar las variables en busca de PRMs: enfermedades diagnosticadas, morbilidad sentida, medicamentos prescritos, automedicación, sospechas de reacciones adversas, adherencia al tratamiento, etc. para diagnosticar problemas con el uso de los medicamentos (PRMs) como causa de morbilidad farmacoterapéutica o RNMs. Se usó material bibliográfico de apoyo para certificar los hallazgos del PRMs y RNMs.<sup>20</sup>

Por cada problema diagnosticado el Farmacéutico estudiará la mejor estrategia de solución que se reportará en la hoja 5 de las FFT. La estrategia pudo contener una serie de acciones dirigidas directamente al paciente o al prescriptor. Para cada PRM y sus estrategias de solución se buscó el mejor canal de comunicación que pudo dirigirse al paciente o al médico. Cada paciente pudo ser diagnosticado con más de un PRM.<sup>20</sup>

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

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

**Cuadro 8: Tipos de canales para comunicar las recomendaciones del farmacéutico para la solución de PRMs**

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

#### 4.4.3.4 FASE DE INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO.

La intervención se hará durante las visitas del paciente a la farmacia, mediante visitas concertadas en el domicilio del paciente o través del contacto por teléfono o redes sociales.

Las visitas domiciliarias serán concertadas previamente con el paciente en fecha y hora.

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

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

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

#### 4.4.3.5 EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN.

Si la solución de los PRMs es de responsabilidad del médico se evaluará como resultado positivo la aceptación de la solución por el citado profesional. Si la intervención fuese dirigida directamente al paciente se le preguntará a él directamente si las indicaciones dadas por el farmacéutico produjeron los resultados esperados.

Así mismo se midieron los niveles finales de percepción de la actividad profesional del Químico Farmacéutico y los parámetros clínicos de la enfermedad.<sup>18,20</sup>

#### 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 y
- d) Percepción según el test de Purdue.

Para evidenciar los resultados de la intervención se construyeron tablas sobre la frecuencia de los canales de comunicación utilizados, El tipo y frecuencia de PRM diagnosticados y el porcentaje de los solucionados. También, los resultados de la diferencia entre el nivel de adherencia antes y después de la intervención y entre los niveles de los parámetros clínicos.

La cuantificación de los resultados de adherencia se hizo de acuerdo al puntaje del instrumento. Las respuestas negativas (respuestas no) se consideraron favorables a la adherencia y se puntúan con 0. Las respuestas asertivas a las preguntas del test (respuestas si) son consideradas negativa para la adherencia y se puntúan con 1. De las cuatro preguntas del test bastó una sola respuesta si, puntaje 1, para tipificar a los pacientes como no adherentes.

Para la determinación de la significancia estadística de los resultados de adherencia antes y después de la intervención se aplicó el test de McNemar, para datos dicotómicos, de muestras pareadas usando el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) de IBM versión 20. Para todas las pruebas estadísticas se usó un nivel de significancia menor de 0,05.

Para la cuantificación de los resultados del test de Purdue se vaciaron las respuestas de los pacientes a una hoja Excel consolidando los 12 pacientes en el promedio de puntaje obtenido en cada pregunta en una escala del uno al tres. El test consistió en 10 preguntas y el puntaje final pudo variar entre 0 y 30. Se comparó el resultado global y el resultado de cada pregunta

para determinar diferencias en el promedio mediante el test de Wilcoxon utilizando el programa estadístico SPSS<sup>9</sup>.

#### 4.5 MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN	VARIABLES E INDICADORES	ANÁLISIS DE RESULTADOS
<p>¿Cuál es el impacto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico de la percepción de la actividad profesional del Farmacéutico en pacientes hipertensos? trabajados desde Botica Lianfarma - Chimbote. Durante los meses de mayo a julio 2017.</p>	<p>Objetivo General: Determinar el impacto de un programa de seguimiento Farmacoterapéutico de la percepción de la actividad profesional del Farmacéutico en pacientes hipertensos trabajados desde Botica Lianfarma - Chimbote. Durante los meses de mayo a julio 2017.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar el estado de situación del uso de medicamentos en pacientes hipertensos que se atienden en Boticas Lianfarma - Chimbote a través del desarrollo de un programa piloto de SFT.</li> <li>2. Medir el impacto de las sugerencias del especialista Farmacéutico en drogas de uso en pacientes hipertensos. Medir el efecto del programa de SFT sobre la solución de los PRMs identificados.</li> <li>3. Comparar la percepción de la actividad profesional del Farmacéutico antes y después de la intervención del programa de SFT.</li> </ol>	<p>Sobre la base de los estudios previos podría afirmarse que la implementación de un programa de seguimiento Farmacoterapéutico no tendrá impacto significativo sobre la percepción de la actividad profesional del Farmacéutico en pacientes hipertensos intervenidos.</p>	<p>El nivel de la investigación es Experimental. El diseño es pre experimental.</p>	<p>Variable independiente: El programa de SFT</p> <p>Variable dependiente: Hipertensión Adherencia al tratamiento Autopercepción de calidad de vida. Percepción de la actividad profesional del farmacéutico. Resolución de Resultados negativos de la medicación. Automedicación</p>	<p>Se analizarán los resultados desde los instrumentos. Se crearán bases de datos en acces y Excel. Se construirán tablas de doble y simple entrada. Se aplicarán herramientas de estadística descriptiva y estadística inferencial.</p>

#### 4.6 PRINCIPIOS ÉTICOS

El estudio se llevará a cabo siguiendo las normas éticas de la Declaración de Helsinki<sup>82</sup>. Se realizará con el consentimiento de los responsables del Servicio Farmacéutico de referencia. Se reportará las incidencias de las visitas de manera inmediata si se identifican factores de riesgo agravados que originen la inmediata atención del facultativo. Se reportarán informes periódicos y el informe final al Establecimiento.

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

A todos los pacientes se les informará del estudio solicitándoles el consentimiento escrito para su inclusión en el mismo. La hoja de consentimiento informado detalla las obligaciones del farmacéutico y las del paciente. Los pacientes recibirán consejería

farmacéutica sobre el uso de los medicamentos prescritos por un facultativo. No se modificará la terapéutica sin el consentimiento de aquel profesional.

La investigación solo se llevará a cabo si el proyecto es aprobado por el Comité de Investigación de la Escuela Profesional de Farmacia de la Universidad Los Ángeles de Chimbote.

## V. RESULTADOS

### 5.1. Resultados

#### CARÁCTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES Y TIEMPOS INVERTIDOS DURANTE LA INTERVENCIÓN.

Tabla N° 01 Pacientes intervenidos por sexo y edad promedio a pacientes hipertensos. Boticas Lianfarma, Chimbote, mayo – julio 2017.

<b>GENERO</b>	<b>PROM EDAD (AÑOS)</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
F	65.1	8	66.7
M	71.0	4	33.3
$\bar{x}$	68.1	12	100.0
S	8.9		

Fuente: Anexo N°03, Tablas de Estado de Situación

Tabla N° 02 Número de contactos y tiempos de comunicación para el desarrollo del programa de SFT a pacientes hipertensos. Boticas Lianfarma, Chimbote, mayo – julio 2017

PAC.	EF		DOMICILIO		TELÉFONO		OTRA VIA		TOTAL
	contactos	tiempo (min)	tiempo (min)						
<b>1</b>	1	20	4	85	1	4	0	0	109
<b>2</b>	1	20	4	111	2	5	0	0	136
<b>3</b>	1	30	4	105	2	5	0	0	140
<b>4</b>	1	15	4	85	2	6	0	0	106
<b>5</b>	1	30	4	100	0	0	0	0	130
<b>6</b>	1	90	4	140	0	0	0	0	230
<b>7</b>	1	90	4	90	2	4	0	0	184
<b>8</b>	1	90	4	90	2	3	0	0	183
<b>9</b>	1	90	4	90	2	4	0	0	184
<b>10</b>	1	90	4	90	2	4	0	0	184
<b>11</b>	1	90	4	90	1	4	0	0	184
<b>12</b>	1	90	4	90	1	4	0	0	184
<b>TOTAL</b>	12	745	48	1166	17	43	0	0	1954
<b><math>\bar{X}</math></b>	1.00	62.08	4.00	97.17	1.42	3.58	0.00	0.00	162.83

Fuente: Anexo N°03, Tablas de Estado de Situación

5.1.1 MORBILIDAD DIAGNOSTICADA, AUTOPRECIENTES Y USO DE MEDICAMENTOS DURANTE EL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO.

Tabla No. 03 Problemas de salud diagnosticados y autopercebidos por los pacientes hipertensos. Programa de SFT Boticas Lianfarma, Chimbote, mayo – julio 2017

MORBILIDAD	CIE	DIAG	FI	% ACUM
<b>Diagnosticada</b>	N 05	ITU	1	2.86
	N 05	ITU	1	2.86
	N 05	ITU	1	2.86
	I10	Hipertensión Arterial Esencial	6	17.13
	I10	Hipertensión Arterial Esencial	4	11.42
	I10	Hipertensión Arterial Esencial	3	8.6
	I10	Hipertensión Arterial Esencial	3	8.6
	I10	Hipertensión Arterial Esencial	1	2.86
	I10	Hipertensión Arterial Esencial	1	2.86
	I10	Hipertensión Arterial Esencial	1	2.86
	I10	Hipertensión Arterial Esencial	1	2.86
		Sub total		23
<b>No diagnosticada</b>		Trastornos del sueño	2	5.72
		Dolor	7	20.02
		Diabetes mellitus	1	2.86
		Hipertensión Arterial esencial	1	2.86
		Problemas cardiacos	1	2.86
		Sub total		12
	Total		35	100

Fuente: Anexo N°03, Tablas de Estado de Situación

\*CIE10. Código Internacional de Enfermedades versión 10.

Tabla N° 04. Medicamentos prescritos y automedicados utilizados por los pacientes hipertensos del Programa de SFT Boticas Lianfarma, Chimbote, mayo – julio 2017

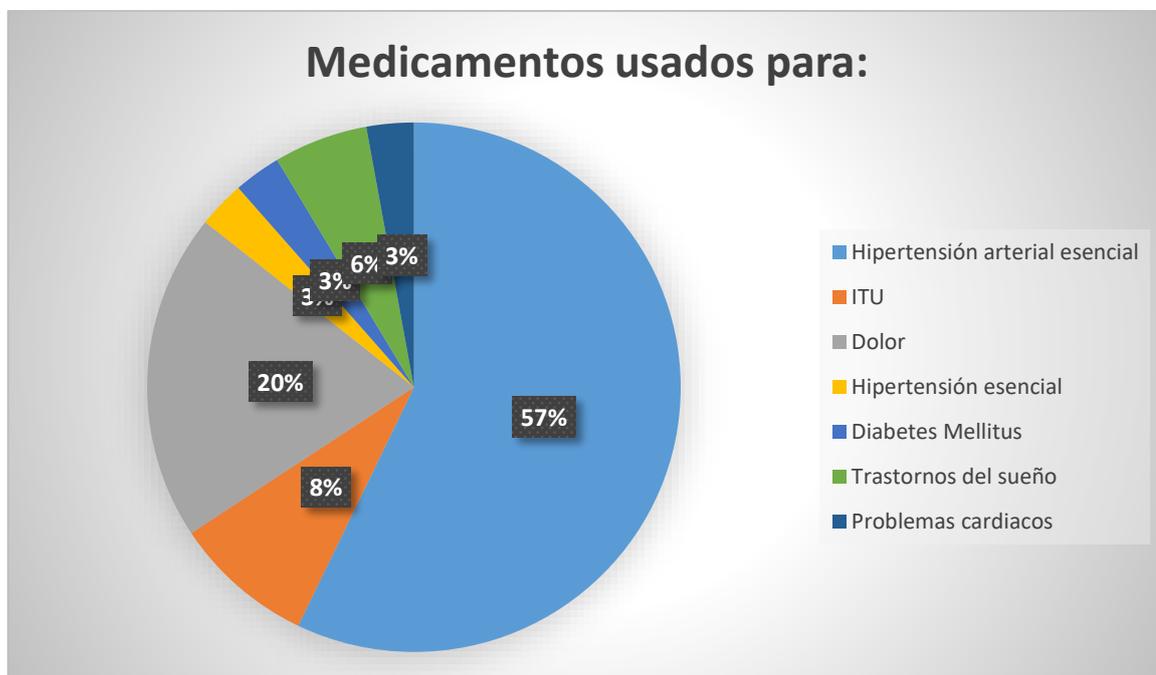
Origen del Medicamento	Morbilidad	Denominación en DCI	Fi	Fi	%	
Prescritos	Hipertensión Arterial esencial	Losartan	6	20	57.14	
		Nifedipino	1			
		Hidroclorotiazida	3			
		amlodipino + benazepril	1			
		Amlodipino	4			
		Telmisartan+amlodipino	1			
	ITU	Valsartan	1	3	8.57	
		Enalapril	3			
		Ciprofloxacino	1			
		Amikacina	1			
Automedicación	Subtotal Dolor	Ibuprofeno	1	23	65.71	
		Diclofenaco	1			
	Dexametasona	1	7	20.00		
	Hidroxocobalamina	1				
	Meloxicam	1				
	Naproxeno	1				
	Prednisona	1				
	Paracetamol+diclofenaco	1				
	Hipertensión esencial	Nevibolol			1	1
	Diabetes mellitus	Metformina	1	1	2.86	
	Transtornos del sueño	Alprazolam	2	2	5.71	
	problema cardíaco	Aspirina	1	1	2.86	
		<b>Sub total</b>			<b>12</b>	<b>34.29</b>
		<b>TOTAL</b>		<b>35</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

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

\*CIE10.- Código Internacional de Enfermedades versión 10

\*\*DCI.- Denominación común internacional.

Gráfico N°01. Medicamentos por problemas de salud para los cuales fueron prescritos. Programa SFT para pacientes hipertensos Boticas Lianfarma, Chimbote, mayo – julio 2017



Fuente: Anexo N°03, Tablas de Estado de Situación

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

Tabla N°05. Distribución de la frecuencia y porcentaje de los problemas relacionados con los medicamentos diagnosticados. Programa SFT para pacientes hipertensos. Boticas Lianfarma, Chimbote, mayo – julio 2017

NÚMERO	PRM	Descripción	fi	%
1	8	Error de Prescripción	9	33.3
2	9	Incumplimiento	8	29.6
3	12	Reacciones Adversas	2	7.4
4	3	Conservación Inadecuada	2	7.4
5	1	Adm. Errónea del Med.	2	7.4
6	16	Problemas económicos	1	3.7
7	15	Medicamentos falsificados, espurios, de contrabando o muestras médicas	1	3.7
8	13	PS con tratamiento Insuficiente	1	3.7
9	2	Actitudes Negativas	1	3.7
		Total	27	100.0

Fuente: Anexo N°03, Tablas de Estado de Situación

Tabla N° 06. Comparativo de la edad, cantidad de diagnósticos, cantidad de medicamentos, PRMS identificados y PRMS solucionados por paciente intervenido. Programa SFT para pacientes hipertensos. Boticas Lianfarma, Chimbote, distrito de Chimbote, Mayo – Julio 2017

PAC	SEXO	EDAD	DX	MED	PRMS	SOL
1	M	73	1	6	3	1
2	F	76	1	2	2	2
3	M	68	1	3	3	3
4	M	66	1	3	2	2
5	F	49	2	4	3	3
6	F	69	1	4	2	2
7	F	58	1	2	1	1
8	F	75	1	2	5	3
9	F	64	1	2	3	3
10	F	74	1	3	1	1
11	M	77	1	2	1	1
12	F	56	1	2	1	1
<b>TOTAL</b>			13	35	27	23
<b>PROM</b>		67.08	1.08	2.92	2.25	1.92

Test de  
Wilcoxon  
p=0.002

Pac. Código de Paciente  
DIAG: Número de diagnosticos

MED: Cantidad de medicamentos

PRM: Problemas Relacionados con Medicamentos

SOL: PRMs solucionados

Fuente: Anexo 03, Tabla de Estado de Situación

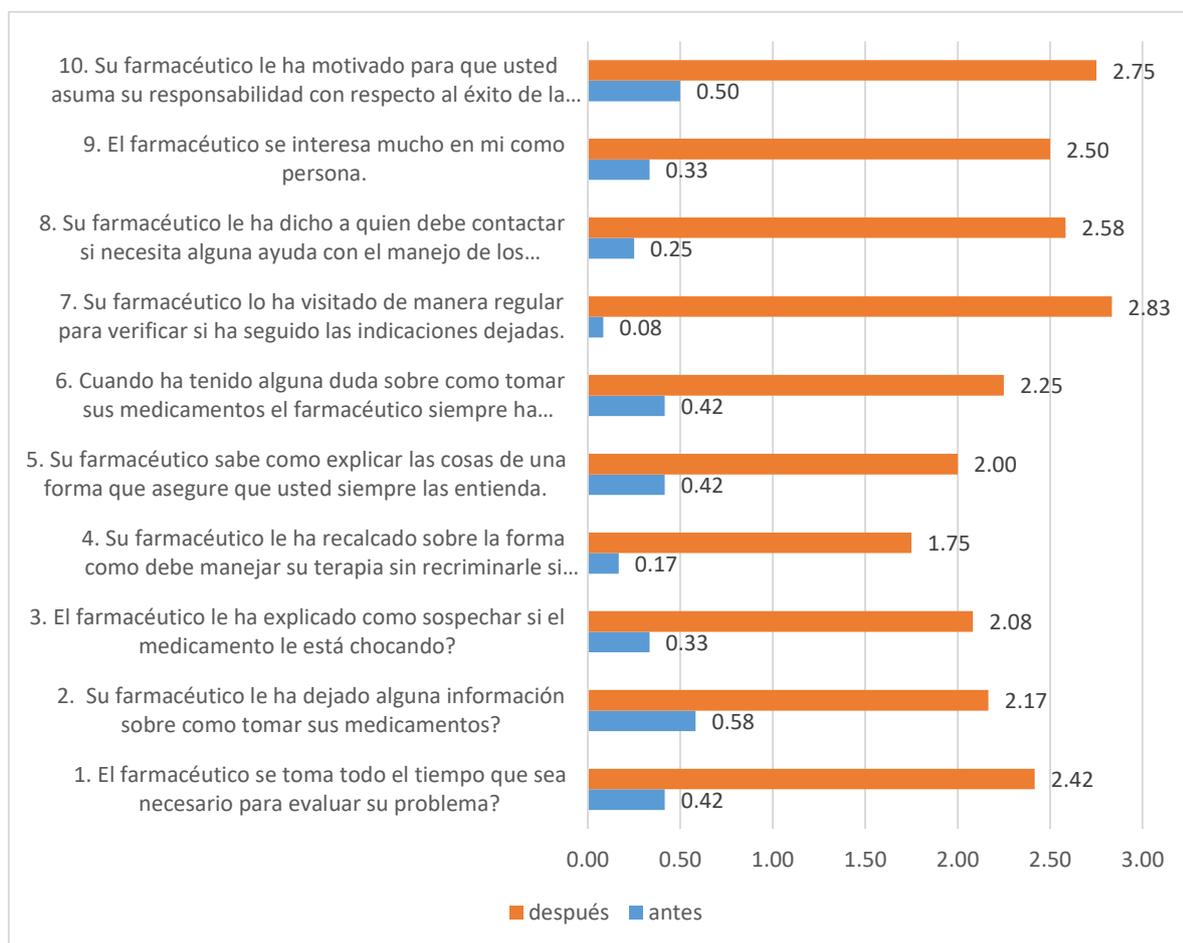
### 5.1.3 IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO.

Tabla N° 07 Preguntas realizadas antes y después del SFT a pacientes hipertensos. Boticas Lianfarma, Chimbote, distrito de Chimbote, Mayo – Julio 2017

PUNTAJE POR PREGUNTA			
PREGUNTA	antes	Después	P(WILCOXON)
1. El farmacéutico se toma todo el tiempo que sea necesario para evaluar su problema?	0.42	2.42	.003
2. Su farmacéutico le ha dejado alguna información sobre como tomar sus medicamentos?	0.58	2.17	.007
3. El farmacéutico le ha explicado como sospechar si el medicamento le está chocando?	0.33	2.08	.017
4. Su farmacéutico le ha recalado sobre la forma como debe manejar su terapia sin recriminarle si estuvo bien o mal?	0.17	1.75	.003
5. Su farmacéutico sabe cómo explicar las cosas de una forma que asegure que usted siempre las entienda.	0.42	2.00	.009
6. Cuando ha tenido alguna duda sobre como tomar sus medicamentos el farmacéutico siempre ha estado a su disposición?	0.42	2.25	.102
7. Su farmacéutico lo ha visitado de manera regular para verificar si ha seguido las indicaciones dejadas.	0.08	2.83	.001
8. Su farmacéutico le ha dicho a quién debe contactar si necesita alguna ayuda con el manejo de los medicamentos y su enfermedad.	0.25	2.58	.001
9. El farmacéutico se interesa mucho en mi como persona.	0.33	2.50	.001
10. Su farmacéutico le ha motivado para que usted asuma su responsabilidad con respecto al éxito de la toma de sus medicamentos.	0.50	2.75	.001
X	0.35	2.33	0.143
			p=0.005

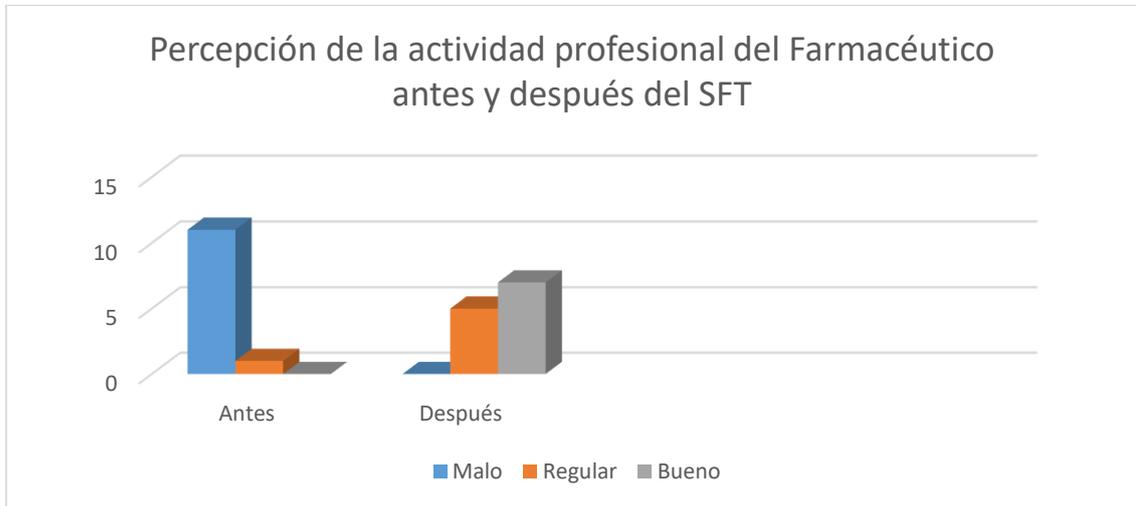
Fuente: Anexo N°03, Tablas de Estado de Situación

## GRÁFICO 02. DETERMINA LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON LAS INDICACIONES DEL FARMACÉUTICO.



Fuente: Anexo N°03, Tablas de Estado de Situación

GRAFICO N°03. Consolidado de la percepción de la actividad profesional del Químico Farmacéutico antes y después de la intervención farmacoterapéutico. Programa de SFT a paciente Hipertensos. Botica Lianfarma, Chimbote, mayo a julio 2017.



Fuente: Anexo N°03, Tablas de Estado de Situación

Cuadro 01. Puntaje promedio por paciente antes y después del Seguimiento Farmacoterapéutico de la percepción de la actividad profesional del Farmacéutico.

Paciente	Puntaje del test	
	Antes	después
1	0.40	1.70
2	0.30	1.40
3	0.90	2.00
4	0.10	1.70
5	0.70	1.70
6	1.60	1.70
7	0.00	2.90
8	0.00	3.00
9	0.00	3.00
10	0.10	3.00
11	0.00	3.00
12	0.10	2.90
$\bar{x}$	0.35	2.33
s	0.49	0.67
	p=	0.002

Fuente: Anexo N°03, Tablas de Estado de Situación

## 5.2 Análisis de Resultados.

Con el objetivo de determinar el impacto del programa SFT sobre la percepción de la actividad profesional del Químico Farmacéutico, se analizaron las relaciones entre las variables objetivas. A continuación, el análisis se presenta de acuerdo con el orden en que se presentan los resultados:

- **En la tabla 01:** el nivel promedio de edad de los pacientes trabajados es de 68,1 años, con la trascendencia de la orientación sexual femenina (66,7%), luego nuevamente se ha investigado que, en el sexo masculino con un tiempo normal de 61,1 años, con una prevalencia de 33,3%. Estos resultados concuerdan con lo expresado por Teko L. además, Brucker M. <sup>65</sup>, quien describe que el predominio de la HTA después de los 50 años es mayor en mujeres que en hombres. Se sabe que los estrógenos asumen un trabajo defensivo en los órganos del marco cardiovascular, y la falta de estas hormonas normales para la menopausia sería un factor de riesgo para la mejora de la hipertensión en mujeres de más de 40 años.
- Además, una investigación que demuestra que el trastorno metabólico en las damas incrementa las enfermedades cardiovasculares, que es el principal problema que causa la desaparición de las mujeres adultas, este examen establece que existen varios componentes para los cuales los problemas cardiovasculares, por ejemplo, el período temprano de la menarquia, la menopausia, trastorno premenstrual, trastorno del ovario poliquístico, uso de anticonceptivos orales, haber mostrado un problema hipertensivo del embarazo, transporte prematuro, tal como edad, ascendencia familiar, enfermedad renal sin fin y para terminar con la satisfacción personal, por

ejemplo, dieta, fumar, licor, forma estacionaria de Vida, peso, elementos mentales, hiperhomocisteinemia y dislipidemias. <sup>66</sup>

- **En la tabla 02:** Se ve que la captación de los pacientes fue desde Boticas Lianfarma. Se contribuyó un promedio de 97,17 minutos para las visitas al hogar de pacientes, en total de 12 pacientes masculinos y femeninos, con un período por cada individuo de 85 y 140 minutos para cada visita, a lo largo de toda la línea de farmacoterapia, hubo 4 visitas con un total normal. de los minutos de 1166, en los que las visitas con más problemas fueron las dos mediaciones iniciales donde se aclara al paciente las reglas en las que creará en las 4 visitas, a pesar de haberle dado sugerencias sobre su enfermedad, su tratamiento, su estilo de vida propenso. que a lo largo del día a día la vida evita los inconvenientes en la dolencia.
- El tiempo utilizado para la captura del paciente en la base farmacéutica fue de 62.08 minutos en total por persistente, lo que confundió un poco la inscripción de pacientes, ya que ciertas personas no aceptaron o se mostraron aprensivas debido al hecho de que en Perú hay mucho así que hicieron que las personas desecharan el desarrollo de la farmacoterapia, necesitaban aplicar una correspondencia familiar para permitirle al paciente tener certeza y ofrecer su ayuda, que es la razón por la que adicionalmente visitaron su hogar para cuantificar su tensión circulatoria y pueden confiar en su desarrollo. Este desarrollo farmacoterapéutico.

Esta información está relacionada con los resultados obtenidos por Muñoz C.<sup>93</sup>, que obtuvo una visita ordinaria de 3 visitas por paciente. Independientemente, cambian con los resultados encontrados por Pinilla E y col<sup>94</sup> en su examen de la evaluación financiera de Atención Farmacéutica (FA) en las Oficinas de Farmacia de la Comunidad, en la que se expresa que el tiempo ordinario de Atención Farmacéutica fue de 245 minutos por cada Paciente (52 minutos de inicio de la recolección, 175 minutos de visitas y 17 minutos de intercesión farmacéutica). En cuanto al impacto neto, un paciente con el Farmacéutico requiere un período de alrededor de 180 y 201 minutos en cada una de las 3 visitas.

- **En la tabla 03:** Distinguimos 23 enfermedades analizadas por el especialista que cubría el 65,68% de la hipertensión de los vasos sanguíneos, estos pacientes en la reunión de seguimiento de farmacoterapia no presentaron infecciones no descubiertas, por lo que puede expresarse que no tomaron el medicamento sin una solución, También se describe que de las 23 enfermedades, solo 4 dolencias no concuerdan con la CIE10, el problema del descanso es del 5,72%, el tormento del 20,02%, la diabetes mellitus del 2,86%, la hipertensión de los vasos sanguíneos básicos del 2,86% y los problemas cardíacos del 2,86%.
- Como se indica en la tabla, se distinguió que la enfermedad más continua es la hipertensión de los vasos sanguíneos, razón por la cual se expresa que la línea de medicación útil se realizó con pacientes hipertensos adultos que cumplieron el objetivo de este informe, luego nuevamente La Organización Mundial de la

Salud confirma que para el 2025 habrá una expansión en la omnipresencia de las infecciones perpetuas y cardiovasculares, especialmente la hipertensión, 40%.

- Como se aclaró recientemente, los individuos más establecidos corren más peligro de desarrollar hipertensión, ya que se determina que tienen hipercolesterolemia. Como López A. también, Gonzales E.<sup>11</sup> insisten en que la mayoría de la enfermedad generalizada en los adultos mayores de 50 a 75 años es excesivamente alta, por lo que la presencia de factores de riesgo cardiovascular en adultos como la hipercolesterolemia es sorprendente, la diabetes y la diabetes metabólica. Los desórdenes se encuentran entre los más notables.
- A pesar del hecho de que aparece en la tabla, no se muestran enfermedades no descubiertas, por lo que podemos decir que los pacientes revelaron sus signos y efectos secundarios a su especialista al ver que se analizó su enfermedad, especialmente no se decidieron enfermedades no descubiertas. Acepta que los pacientes que experimentan un procedimiento médico no se auto sedaron durante el desarrollo del tratamiento farmacológico; Tiende a explicarse que en cada caso imaginable el paciente puede autocurarse.
- Por último, confirmamos que el 100% de los medicamentos mostrados por los pacientes estaban con un medicamento terapéutico, ya que no se encontraron infecciones no descubiertas en esas instantáneas de la mediación de seguimiento farmacoterapéutico. En el examen, se consideró que los medicamentos recomendados respaldados eran el objetivo particular del desarrollo de la farmacoterapia. Por otra parte, fue extremadamente útil para el

farmacéutico especialista garantizar que se cumplieran los signos terapéuticos y la auditoría de la naturaleza de la medicina que precede al seguimiento de la farmacoterapia, por lo que se dieron algunas propuestas farmacológicas estándar y se les garantizó que aceptaban tratamiento.

- **En la tabla N° 04 y gráfico N° 01:** Los medicamentos recomendados para cada uno de los juicios que se distinguen en este examen se muestran a cada paciente. En el diagrama 01, estos resultados se resumen en reuniones de recurrencia agregada según patologías. El nivel más sorprendente de medicamentos recomendados se relaciona con los medicamentos antihipertensivos (57%). Los especialistas en antihipertensivos más utilizados fueron losartán (6 pacientes), como operador antihipertensivo que arruina la intensificación que cambia la angiotensina e induce una disminución en las dimensiones plasmáticas de la angiotensina II, lo que disminuye la respuesta vasopresora de la aldosterona. problema. Debido al tipo de pacientes, los fármacos más utilizados se relacionaron con la aflicción bajo prescripción médica.
- Tenemos hidrochlorothiazida, Telmisartan, nifedipine, Valsartan, enalapril, losartan y amlodipine como prescripciones para el tratamiento de la hipertensión. Como lo indican los fármacos diuréticos de Garcia J., las tiazidas son la segunda línea de tratamiento en pacientes hipertensos con diabetes, deben utilizarse como parte de la mezcla con un IECA o un bloqueador de calcio, pero no cambian el grado o la mejoría de la microalbuminuria. Sus detrimentos radican en la forma en que producen dislipidemia, ajustan la

digestión de hidrocarburos con la presencia de hiperinsulinismo y están equipados para producir hipocalemia, hipomagnesemia e hiperuricemia en unos pocos pacientes (152).<sup>61</sup>

- 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.<sup>33</sup>
- Los pacientes anunciaron enfermedades duraderas analizadas por un médico (65.68%) y el dolor es la segunda enfermedad más continua (20.02%). La OMS evalúa que para 2025 habrá una expansión en el predominio de enfermedades constantes e hipertensión de la solicitud del 40%<sup>47</sup>.

- **En la tabla N° 05:** los PRMs que presentaron los pacientes fueron: error de prescripción 33,3%, incumplimiento 29,6 % y reacciones adversas 7,4 %, conservación inadecuada 7,4%, administración errónea del medicamento 7,4%, problemas económicos 3,7%, medicamentos falsificados, espurios, de contrabando o muestras médicas 3,7%, tratamiento insuficiente 3,7% y actitudes negativas 3,7%.
- Los farmacéuticos necesitan desarrollar capacidades de análisis farmacéutico, farmacológico y clínico para el diagnóstico de las PMR, especialmente aquellas relacionadas con los errores de prescripción o las características farmacológicas de las drogas cuyas estrategias de solución deben conciliarse con el profesional que realizó el diagnóstico y la prescripción.
- El error en la prescripción es el PRM diagnosticado con más frecuencia. En 9 de los 12 pacientes operados con SFT, el incumplimiento fue identificado por diferentes motivos, debido a reacciones adversas a medicamentos o creencias religiosas que llevan al paciente a suspender el tratamiento y poner en riesgo su salud y otros de los problemas más frecuentes. Olvidaron tomar sus medicamentos y solo los tomaron cuando se sintieron mal.
- La proporción de pacientes que consumen medicamentos antihipertensivos que tienen interacciones moderadas o graves es alta, especialmente en el caso de losartán, hidroclorotiazida, ácido acetilsalicílico, ciertas interacciones pueden ser la causa del mal control de la presión arterial o la descompensación de otras patologías.
- La resistencia se pensó más bien dentro de las mentalidades negativas del paciente. Sentirse mejor en medio de un tiempo de administración escrito en la

droga, son simplemente las razones predominantes que se muestran en estos pacientes y que lo expresan en medio de la SFT a partir de la instantánea de la reunión y la intercesión. Estos resultados coinciden con la escritura.

- Tal como lo indica el acuerdo del tercer acuerdo de Granada, los estados de ánimo predeterminados y negativos y los errores de solución son los PRM analizados más imperativos (cada uno con una recurrencia del 21,4%). La rebeldía y las disposiciones negativas son problemas causados por la conducta de los pacientes antes de su enfermedad y en su reconocimiento de las drogas.
- La rebeldía automática de abatimiento tuvo un nivel de 48.1% por la forma en que los pacientes se hicieron conscientes con el objetivo de que dieran una utilización adecuada de sus productos farmacéuticos y que los lleven a sus horas para no descuidar sus soluciones. Además, el paciente terminó siendo consciente de que no debería jugar con su bienestar, adquiriendo el 51.9% en consecuencia.
- En el caso de error de prescripción se evidencia que los médicos en estos pacientes no han realizado un buen diagnóstico, no dando un tratamiento adecuado a los pacientes, 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 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.

- Los problemas relacionados con medicamentos siempre se dan 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.<sup>30</sup>
- **En la tabla N° 06:** 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 1.08. El promedio de medicamentos fue de 2.92 y promedio de PRMs 2.25; 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.<sup>31</sup>

- **En la tabla N° 07:** Se muestran los resultados del test de PURDUE modificado, este test mide las percepciones del paciente frente al actuar del profesional Químico Farmacéutico.
- En la primera pregunta, es evidente que el paciente cambió de manera esencial ( $p = 0,003$ ) en cuanto al tiempo que se toma el fármaco para atender a los pacientes. Hacia el inicio, los pacientes detallaron que cuando visitan la Farmacia, el entusiasmo de la persona que va a ellos es comercial. Esto se debe porque el personal Químico Farmacéutico tiene muchas funciones administrativas, siendo esta actividad (Atención Farmacéutica) delegada al personal técnico, sabiendo que no tienen la capacidad ni la habilidad para interactuar con el paciente y lo único que tiene que hacer es expender los medicamentos, porque lo que le interesa al personal técnico es comisionar para ganar dinero. Por lo tanto, el técnico por más voluntad que tenga no le puede ayudar. Esto se debe a que no existe una preocupación por las necesidades reales del paciente y solo se busca satisfacer la necesidad de consumo de medicamentos. Sin embargo, durante el SFT el paciente recibió una atención individualizada, tuvo tiempo de comunicar sus necesidades al farmacéutico.
- El profesional evaluó con el paciente su estado general de salud, entregándole al paciente una serie de recomendaciones para tomar sus medicamentos. Así, por fin, el paciente cambió fundamentalmente su discernimiento y los

resultados de la prueba en un contraste crítico entre sus cualidades antes y después de la intervención.

- En tabla 07 se pueden observar resultados del test de Purdue antes y después de la intervención del farmacéutico, como se puede apreciar antes de la intervención el promedio era de 0.39 lo cual significa que la percepción del paciente en ese entonces era completamente negativa en cuanto a la actividad del profesional farmacéutico, es decir, no hay satisfacción por parte del paciente en cuanto al profesional farmacéutico en su actividad, y luego de la intervención el valor aumento a 2.57 en promedio con una significancia de  $p=0.005$ , este último promedio indica que la percepción del paciente frente al farmacéutico en su actividad es positiva, esto significa que hubo un impacto positivo luego de la intervención, puesto que el valor de 2.57 en promedio indica que la percepción del paciente es prácticamente optima (completamente optima es 3.0 en promedio)<sup>62</sup>.
- Realizando un análisis más específico en cada ítem del test de PURDUE, correspondientemente comenzando por la primera pregunta la percepción del paciente acerca del interés genuino del farmacéutico por su problema de salud tiene explicación en el hecho que de este aspecto antes de la intervención fue de 0.42 en promedio y que después fue de 2.42 en promedio con una significancia positiva de  $p=0.003$  esto quiere decir que el paciente estuvo satisfecho en cuestión a la importancia del farmacéutico ante su problema de salud, tomándose el tiempo necesario para poder escucharlo y evaluar su problema de salud utilizando el SFT, así mostrándoles las soluciones a sus problemas, he ahí donde decimos que el farmacéutico a estado cercanamente

con los pacientes; visitándolos, haciéndoles seguimiento y percatándose de cómo está tomando sus indicaciones.

- En la segunda pregunta del test de Purdue nos dice si, el resultado antes del SFT fue de 0.58 y después fue de 2.17 con una diferencia de ( $p=0.007$ ) que es extremadamente notable, en la impresión de cuando el programa de seguimiento de farmacoterapia. Mencione que la consideración del especialista en medicamentos es actualmente solo un posible asesor para las personas que lo solicitan, en la que la mayoría de los pacientes solo obtienen una frialdad de colaboración empresarial, donde no prestan suficiente atención y componen datos sobre cómo Deben tomar sus prescripciones. No obstante, con el programa SFT, el especialista en drogas ha estado en una atmósfera de certeza agregada, monitoreando su aliento y dando su consentimiento a los arreglos propuestos, tanto verbalmente como en composición.
  
- En la tercera pregunta del test de Purdue es sobre si el farmacéutico ha llegado a explicar cómo se sospecha de los medicamentos están chocándole, esto tiene una diferencia con un resultado muy significativo ( $p=0.017$ ) de entre la percepción antes y después del programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Los pacientes a partir de ahora cuando acuden a fundaciones farmacéuticas para la compra de sus medicamentos respaldados, no tienen suficiente educación o les brindan los datos básicos de las posibles respuestas hostiles que pueden suceder, esto también puede ser un factor en el paciente que gasta más recetas para elimine las respuestas antagónicas de sus medicamentos recomendados,

sin conocer las asociaciones que pueden causar. En cualquier caso, a partir de la fecha en que se aplicaron las respuestas de los PRM encontrados, se informó al paciente sobre las posibles respuestas desfavorables que podrían ocurrir, y sobre el comportamiento adecuado en caso de que se produjera cualquier RA.

- En la cuarta pregunta del test de Purdue se llega a tratar si en caso el farmacéutico recalca sobre el buen uso de su terapia sin recriminación que sí estuvo mal o bien, dando resultado en el test la muestra de una diferencia muy significativa (0.003), cuando el paciente marcó a los educados el asentimiento permitió hacer un movimiento sobre él, de hecho, sin embargo, esto no implica que recriminemos, de todos modos, por alguna razón, por casualidad, se consideraba una consideración, sin embargo, eso nunca ocurrió, ya que el especialista en medicamentos estaba renunciando a la búsqueda, por lo que están de acuerdo con las reglas se mostró y el procedimiento fue excepcionalmente sencillo, por lo que la certeza del paciente acababa de detectarse.
  
- En la quinta pregunta del test de Purdue se llega a tratar si en caso el farmacéutico sabe cómo ejemplificar para que las cosas de forma que se asegure que el paciente siempre le entendiera, el resultado muestra una diferencia muy significativa (0.009), ahora la mejora de El SFT completo fue evaluado y divulgado por el nivel de comprensión de cada paciente, utilizando continuamente términos que él / ella comprende, por lo que puede responder a cada una de las preguntas planteadas, y luego, además, al proponer las

respuestas a sus problemas, aclarando Es así que al paciente me di cuenta cómo ver espléndidamente. El trabajo que debe realizar el especialista en medicamentos debe ser de valor, este es el factor de confianza con el paciente, que considera que nosotros, como expertos, nos preocupamos por su bienestar y, además, hacemos su parte.

- En la sexta pregunta del test de Purdue se llega a tratar en caso si el paciente hubo alguna cuestión de cómo llegar a tomar el medicamento y el farmacéutico estuvo a su disposición, el resultado del test acaba mostrando una diferencia muy significativa (0.102), debido a que el paciente estaba dado un marco de responsabilidad del especialista en medicamentos que contiene datos, por ejemplo, número de teléfono, dirección de correo electrónico y residencia personal, de modo que, en caso de cualquier duda, comuníquese con el especialista en medicamentos y con el abogado acerca de su tratamiento. En la SFT de Rodríguez y col <sup>73</sup>, se observa que el 98% de los pacientes admiten haber tenido acceso simple para hablar con el especialista en medicamentos, solo el 2% no ha tenido disponibilidad simple ni tiempo vital. Por otra parte, cuando practicaba el tratamiento, el especialista en drogas estaba preparado para evitar errores con el paciente y su tratamiento, se debería tener en cuenta que el paciente también fue llamado por teléfono para ayudarlo a recordar sus signos y para afirmarlo. Posibilidad de que esté siguiendo lo demostrado.

- En la séptima pregunta del test de Purdue llega a tratar sobre si el profesional farmacéutico ha visitado al paciente para verificar si siguió la indicación dejada, dando el resultado del test muestra una diferencia muy significativa (0.001), la autopercepción del paciente hacia las actividades del farmacéutico dio un cambio a partir de su participación del programa de SFT, porque nunca antes el farmacéutico había estado involucrado en su enfermedad, sin embargo, después , para instruirlo, desarrollarlo y educarlo sobre su problema médico y sus recetas cómo debe tomarlos. En la SFT de Rodríguez y col <sup>73</sup> 9% de los pacientes expresaron que sabían el SFT, a la luz del hecho de que habían sido educados por familiares o compañeros incorporados al programa Dáder por adelantado; Se puede observar que el 94% de los pacientes confían en que sus enfermedades se tratan mejor, ya que reciben esta administración del especialista en medicamentos.
- En la octava pregunta del test de Purdue se llega a tratar sobre si el farmacéutico ha dicho a quién se debe contactar si ocurriera algún percance con su manejo de la enfermedad y medicamento, el resultado nos muestra una diferencia muy significativa (0.001), puesto que tenemos contacto desde el seguimiento farmacoterapéutico hacia adelante, pues le proporcioné mi número telefónico, y también le que tenga al alcance el número de su médico tratante para que le brinde la información necesaria con respecto a su enfermedad, de esta manera a través de su evolución clínica que el médico viene realizando pueda evaluar que medicamentos le puede prescribir, sin deteriorar su salud.

- En la novena pregunta del test de Purdue se llega a tratar si el farmacéutico muestra interés en la persona, el resultado del test nos salió muy significativo (0.001), puesto que el paciente se dio cuenta del trabajo que vengo haciendo para mejorar la calidad de vida de los mismos, con respecto a la toma de sus medicamentos, y me preocupaba por su salud independientemente que su participación era indispensable para mi tesis, varios pacientes me afirmaron y dialogaron esta pregunta, lo cual fue muy importante para ver la percepción referente a la actividad del farmacéutico. Por ética y moral, la actividad del profesional de salud es velar por que el paciente se encuentre en perfecto estado de salud y que utilizará todos sus conocimientos para evitar más complicaciones en su salud. Según Rodríguez y et al 28 en su estudio de SFT en el más de 94% se llega a considerar que ha recibido un buen trato personal y profesional excelente.
  
- En la décima pregunta del test de Purdue se llega a tratar sobre si el profesional farmacéutico ha motivado al paciente asumir a ser más responsable, para que sea asuma la responsabilidad al respecto del éxito en la toma de sus medicamentos, el resultado del test nos muestra una diferencia muy significativa (0.001), puesto que se enseñó al paciente apropiadamente para que se implique a continuar con las premisas y de esta manera suprimir el problema de salud que le aquejaba, tomando la responsabilidad a cada uno de consumir apropiadamente y a la hora indicada sus medicamentos, es preocupante porque el segundo problema de salud fue el incumplimiento con un 18.5 % siendo una de las finalidades de esta investigación por solucionar, dándoles una serie de

recomendaciones acerca de su enfermedad y que tienen que cambiar sus hábitos alimenticios para mejorar su estilo de vida, siendo así que los pacientes aprobaron las recomendaciones y se comprometieron a dar la iniciativa para mejorar su estado de salud.

## VI. CONCLUSIONES

### 6.1 Conclusiones

- Se determinó el estado de situación del uso de medicamentos en pacientes hipertensos que se atienden en la “Botica Lianfarma – Chimbote a través del desarrollo de una intervención farmacéutica mediante Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT).
- Mediante la intervención se diagnosticaron problemas relacionados con el uso de medicamentos y se resolvieron en su totalidad.
- La intervención farmacéutica tuvo una eficacia altamente significativa ( $p < 0.00$ ) y positivo sobre percepción de la actividad profesional del Farmacéutico.

### 6.2. Aspectos Complementarios

#### 6.2.1 Sugerencias y recomendaciones.

- Se debe implementar programas para que los familiares estén incluidos en el piloto de seguimiento farmacoterapéutico, y de esta, manera poder obtener mejores resultados en el control de HTA.
- Hay que plantear tácticas para reformar un nuevo horizonte para dar soluciones a las dificultades que hay para comunicarse Farmacéutico - paciente, y de esta manera obtener un valor más elevado de la percepción profesional del Farmacéutico.

- Se debe realizar un régimen de manera que se puedan realizar visitas domiciliarias para poder hacer SFT desde la casa del paciente, para que vaya en descenso los valores de la presión arterial.
- Implementar estudios para medir el impacto económico que ayude a intervención farmacéutica a dar un mejor diagnóstico de resultados.
- Brindar información al paciente acerca de la enfermedad que padece, a través de un tríptico, díptico o cuaderno de apuntes donde contemple toda la información necesaria, que pueda salvar la vida del paciente en una emergencia debido a la enfermedad que padece.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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. 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.
5. 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.
6. Presidencia de la república. Aprueban reglamento de establecimientos farmacéuticos, Decreto Supremo N°014-2011-SA. *El Peruano*. Lima 27 de Julio de 2011.
7. 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.
8. 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](http://cursos.puc.cl/unimit_qim_002-1/almacen/1220552779_ggonzale_sec4_pos0.pdf). El 16/08/2012.
9. Flor Álvarez de Toledo (1), Pedro Arcos González (2) y Laura Cabiedes Miragaya (3). La nueva atención farmacéutica: puede la intervención farmacéutica mejorar la eficiencia terapéutica? *Rev Esp Salud Pública* 1995; 69: 277-282.

10. Pires CF, Costa MM, Angonesi D, Borges FP. Demanda del servicio de atención farmacéutica en una farmacia comunitaria privada. *Pharmacy Practice* 2006; 4(1): 34-37.
11. Fajardo PC. Baena MI. Andrade JA. Olmos JM. Faus y cols. Adaptación del método d'ader 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.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. PRM y RNM Conceptos. Portal Farma.com Organización Farmacéutica Colegial. *Farmacéuticos* N.º 315 - Octubre 2006. Tomado desde: [http://www.portalfarma.com/inicio/atencionfarmaceutica/forodeattfarma/Documentos/28\\_29\\_Atencion\\_farma.pdf](http://www.portalfarma.com/inicio/atencionfarmaceutica/forodeattfarma/Documentos/28_29_Atencion_farma.pdf). Tomado el 14/07/2012.

17. Faus MJ, Fernández-Llimós F. Problemas Relacionados con Medicamentos: como factores de riesgo. *Seguimiento Farmacoter* 2003; 1(3): 147-148.
18. Hurley SC. A Method of Documenting Pharmaceutical Care Utilizing Pharmaceutical Diagnosis. *American Journal of Pharmaceutical Education* Vol. 62, Summer 1998.
19. Ferriols R. Valoración de la Atención Farmacéutica en los problemas relacionados con los medicamentos. Presentado en XLIV Congreso Nacional SEFH. Septiembre 1999. Pamplona.
20. 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.
21. 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.
22. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de España. Consenso sobre Atención Farmacéutica. *Ars Pharmaceutica*, 42:3-4; 221-241, 2001.
23. Comité de Consenso: Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM). *Ars Pharmaceutica*, 43:3-4; 179-187, 2002.
24. 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.
25. 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.*
26. World Health Organization. Europe: Pharmacy-Based Hypertension Management Model: Protocol and Guidelines. A joint CINDI/EuroPharm Forum project 2006. EUR/04/5049481. ISBN WHOLIS: E85730.

27. 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.
28. 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.
29. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. Seguimiento farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). Pharmacy Practice 2006; 4(1): 44-53.
30. Machuca GM. Atención Farmacéutica, seguimiento fármaco terapéutico, Pharmaceutical care: es lo mismo?. Farmacoterapia Social. España 2006. Disponible desde: [www.farmacoterapiasocial.es/local/capIRAl01.pdf](http://www.farmacoterapiasocial.es/local/capIRAl01.pdf).
31. Climenti MM y Jiménez Torres NV. Manual para la Atención Farmacéutica. Tercera edición. Edita: AFAHPE. Hospital Universitario Dr Peset. Valencia, 2006.
32. Sabater D, Fernandez-Llimos F, Parras M, Faus MJ. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3(2): 90-97.
33. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. Seguimiento farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). Pharmacy Practice 2006; 4(1): 44-53.
34. Ocampo Rujel PA. Impacto de un programa de atención farmacéutica sobre el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes hipertensos. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Perú. In crescendo 1(2) 2010.
35. 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.
36. 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.
37. 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.
  38. 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.
  39. Garnet WR, Davis LJ, Mckenney JM, Steiner KC. Effect of telephone follow-up on medication compliance. Am J Hosp Pharm 1981; 38: 676-679.
  40. Simkins CV, Wenzloff NL. Evaluation of a computerized reminder system in the enhancement of patient medication refill compliance. Intell Clin Pharm 1986; 20:799-802.
  41. Boswort HB, Olsen MK, Gentry P, Orr M, Dudley T, Mcant F. Nurse administered telephone intervention for blood pressure control: a patient-tallored multifactorial intervention. Patient Educ Couns 2005; 57: 5-16.
  42. 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.
  43. Barillas E. Guevara J. Paredes P. 2002. Rational Pharmaceutical Management Plus Program: SIRAcción 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. Arlington, VA: Management Sciences for Health.
  44. Dongo V. LEY N.º 29459 - Ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2009; 26(4): 517-29.

45. Mestanza F. Pamo O. Estudio muestral del consumo de medicamentos y automedicación en Lima Metropolitana. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Medicina Alberto Hurtado. Tomado desde: <http://www.upch.edu.pe/famed/rmh/4-3/v4n3cedit1.pdf>. El 06/09/2010.
46. Brodie DC. Drug use control: keystone to pharmaceutical service. *Drug Intell Clin Pharm.* 1966; 20(2): 116-117.
47. 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.
48. Mikeal RL, Brown TP, Lazarous HL, Vinson MC. Quality of pharmaceutical care in hospitals. *Am J Hosp Pharm* 1975;32:567-576.
49. 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.
50. Brodie DC, Parish PA, Poston JW. Societal needs for drugs and drug related services. *Am J Pharm Educ.* 1980;44:276-278.
51. 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 .
52. Higby GJ. The continuing evolution of American pharmacy practice 1952-2002. *J Am Pharm Assoc* 2002;42(1):5-12. Tomado desde: <http://japha.org/article.aspx?articleid=1034045>, El 23 de Julio de 2012.
53. J, Fink III J. *Obra '90 at Sweet Sixteen: A Retrospective Review.* 2008; Disponible desde: <http://www.uspharmacist.com/content/t/regulatory/c/10126/>. El 14/8/ 2009.
54. Faus MJ, Amariles P, Martinez F. *Atención farmacéutica: conceptos, procesos y casos prácticos.* Ergon. ed.; 2008. Barcelona España. ISBN 9788484736097.

55. Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug-related problems: their structure and function. *Drug Intell Clin Pharm* 1990;24:7-1093.
56. Cordobés A. La evolución del concepto de atención farmacéutica y su repercusión en España. *OFFARM*. VOL 21 NÚM 5 MAYO 2002. Documento descargado de <http://www.doymafarma.com> el 19/09/2012.
57. Grainger-Rousseau TJ, Miralles MA, Hepler CD, Segal R, Doty RE, Ben-Joseph R. Therapeutic outcomes monitoring: application of pharmaceutical care guidelines to community pharmacy. *J Am Pharm Assoc (Wash)*. 1997 Nov-Dec;NS37(6):647-61.
58. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. A new professional practice. *Pharmaceutical care practice*. New York: McGraw-Hill, 1998, ISBN 0-07-012046-3. 13.
59. Gastelurrutia MA, Soto E. Pharmaceutical Care: ¿Atención Farmacéutica o seguimiento de los tratamientos farmacológicos?. *Pharm Care Esp*. 1999; 1(5): 323-328.
60. Faus D, M.J. Programa Dader. *Pharmaceutical Care Esp* 2000;2:73-76.
61. Jácome A. Medidas de resultados en atención farmacéutica. *Boletín de Atención Farmacéutica comunitaria* Vol 3 N°3, Universidad de Granada. Madrid marzo 1999. Desde: <http://www.ugr.es/~atencfar/bofac33.htm>. Tomado el 30/01/08.
62. Sookaneknun P, Richards RME, Sanguanserm Sri J, Teerasut Ch. Pharmacist Involvement in Primary Care Improves Hypertensive Patient Clinical Outcomes. *The Annals of Pharmacotherapy*: Vol. 38, No. 12, pp. 2023-2028. DOI 10.1345/aph.1D606. Published Online, 2 November 2004, [www.theannals.com](http://www.theannals.com), DOI 10.1345/aph.1D606.
63. 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](http://www.theannals.com), DOI 10.1345/aph.1K311.

64. 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, Nº 3, pp. 697-707. ISSN 1697-2600.
  - a. 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.
65. Tafur V. E. García-Jiménez E. Aproximación del rol de farmacéutico en la calidad de vida relacionada con la salud. *Pharmacy Practice* 2006; 4(1): 18-23.
66. Pickard AS. Johnson JA. Farris KB. The impact of pharmacist interventions on health-related quality of life. Harvey Whitney Books Company. *The Annals of Pharmacotherapy*: 1999. Vol. 33, No. 11, pp. 1167-1172. DOI 10.1345/aph.18460.
67. Armando P, Uema S, Sola N. Valoración de la satisfacción de los pacientes con el seguimiento farmacoterapéutico. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(4): 205-212.
68. Armando P, Uema S, Sola N. Valoración de la satisfacción de los pacientes con el seguimiento farmacoterapéutico. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(4): 205-212.
69. Sen S, Thomas III J. Assessment of a Patient-based Pharmaceutical Care Scale. *Am J Health-Syst Pharm* 57(17):1592-1598, 2000. © 2000 American Society of Health-System Pharmacists.
70. Larson LN. Rovers JP. MacKeigan LD. Patient Satisfaction With Pharmaceutical Care: Update of a Validated Instrument. *J Am Pharm Assoc*. 2002;42:44-50.
71. Zillich AJ. Sutherland JM. Kumbera PA. Carter BL. Hypertension Outcomes Through Blood Pressure Monitoring and Evaluation by Pharmacists (HOME Study) *J Gen Intern Med*. 2005 December; 20(12): 1091-1096.

72. Armando P, Semería N, Tenllado M, Sola N. Seguimiento farmacoterapéutico de pacientes en farmacias comunitarias. *Aten Primaria*. 2005;36:129-36. - vol.36 núm 03.
73. Rodriguez Chamorro MA, Rodriguez Chamorro A, García Jiménez E. Conocimiento y satisfacción por el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes incluidos en el programa Dáder en dos farmacias rurales. *Seguim Farmacoter* 2004; 2(2): 286-290.
74. Fontana RD, Soláthurry N. Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes pediátricos hospitalizados: adaptación de la metodología Dáder. Arán ediciones 2003, s. l. Farmacia Hospitalaria. *farm hosp (Madrid)* Vol. 27. N.º 2, pp. 78-83, 2003.
75. Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular (Emdader-CV-Incumplimiento) Tesis doctoral. Universidad de Granada. Facultad de Farmacia. Programa de Doctorado de Farmacia Asistencial. Granada España, Diciembre de 2008.
76. Fulmer TT, Feldman PH, Kim TS, Carty B, Beers M, Molina M, Putnam M. An intervention study to enhance medication compliance in community-dwelling elderly individuals. *J Gerontol Nurs* 1999 Aug; 25(8): 6-16.
77. Ramalle-Gomara E, Bermejo-Ascorbe R, Alonso Marín R, Marino Alejo I, Sáenz de Cabezón Bustunduy MI, Villaro Amilburu C. Cumplimiento del tratamiento antibiótico en niños no hospitalizados. *Aten Primaria* 1999; 24: 364-367.
78. Márquez Contreras E, De la Figuera von Wichmann M, Gil Guillén V, Ylla Catalá A, Figueras M, Balaña M, Naval J. Eficacia de una intervención informativa a hipertensos mediante mensajes de alerta en el teléfono móvil (HTA-ALERT). *AtenPrimaria* 2004; 34(8): 399-407.
79. Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Atención Farmacéutica en el Perú (1). Boletín Centro de Atención Farmacéutica - Año 1 Número 1 Enero – Febrero 2008. tomado desde: [www.digemid.minsa.gob.pe](http://www.digemid.minsa.gob.pe), el 28 de Julio de 2012.

80. 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.
81. Ayala LKL, Condezo MK, Juárez EJR. Impacto del seguimiento Farmacoterapéutico en la calidad de vida relacionada a la Salud de pacientes con hipertensión arterial. Facultad de Farmacia y Bioquímica UNMSM 2010. *Ciencia e Investigación* 2010; 13(2): 77-80.
82. World Medical Association. Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subject. Edinburgh: 52nd WMA General Assembly (on line) URL disponibilidad in: [http://www.wma.net/e/policy/17-c\\_e.html](http://www.wma.net/e/policy/17-c_e.html) (fecha de acceso: 15 de julio del 2004).
83. Geovanna Sergia Velasco Valda, Seguimiento farmacoterapéutico ambulatorio en pacientes hipertensos de la Caja de Salud de Caminos y R. A. –Oruro, *Rev.Biofarbo* v.16 N°.1 La Paz dic. 2008, tomado desde: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1813-53632008000100013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1813-53632008000100013&script=sci_arttext) , el 22/03/13.
84. Liana K. Ayala L, Kelya Condezo M, José R. Juárez E, Impacto Del Seguimiento Farmacoterapéutico En La Calidad De Vida Relacionada A La Salud De Pacientes Con Hipertensión Arterial, *Ciencia e Investigación* 2010; 13(2): 77-80, Facultad de Farmacia y Bioquímica, UNMSM 2010.
85. Martínez Pérez SR, Sánchez Alonso FJ, Baena MI. Efectos de la intervención farmacéutica en pacientes con presión arterial elevada sin tratamiento farmacológico. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2004; 2(3): 181-188, Granada (España).

86. 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.
87. Ramiro A. Sánchez, Miryam Ayala, Mario Bendersky & Agustín José Ramírez. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. *Revista Chilena de Cardiología*. 2010; 29(1):117- 146.
88. 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 desde: [www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7.pdf](http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7.pdf). El 14/03/13.
89. Pedro Amariles M, José M. Araujo S, José García, Seguimiento farmacoterapéutico de algunos problemas de salud prevalentes en el adulto mayor, Guía de atención farmacéutica, Universidad de Granada, 2008 , pág. 46 – 56.
90. Dr. Susana Márquez, Dr. Dora Vidonne, Fisiopatología De La Hipertensión Arterial, Año 2012.
91. Dr. Luis Segura V.; Dr. Régulo Agusti C.; Dr. Enrique Ruiz, La Hipertensión Arterial en el Perú según el estudio TORNASOL II, *Revista Peruana de Cardiología (Lima)* Año 2011, (Enero – Abril) ; Vol. XXXVII(1), 19 - 27 .
92. Dr. Samuel Jaramillo E, Hipertensión arterial, *Cardiología (fundamentos de la medicina)* , Edición 6 , corporación para investigaciones biológicas , 2002 , pág. 246 - 266
93. Coehn HW, Hailpern SM, Fang J, Alderman MH. Sodium intake and mortality in the NHANES II follow-up study. *Am J Med* 2008, Tomado desde: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2518033/> ,El 15/03/13.
94. Elizabeth Pinilla, Pilar Barrera, Fernando Agudelo, Guía de Atención de la Hipertensión Arterial – GUIA 13 , Tomado desde: [www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias13.pdf](http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias13.pdf) , el 15/3/13.

95. Organización mundial de la salud (OMS), Uno de cada tres adultos en el mundo tienen presión alta .Boletín Epidemiológico SE N° 19. Ginebra: OMS/OPS; 2012. Tomado desde: [www.limaeste.gob.pe/documentos/Boletines/Boletin%20SE%2019-2012.pdf](http://www.limaeste.gob.pe/documentos/Boletines/Boletin%20SE%2019-2012.pdf). El 04/05/13.
96. OPS/OMS. Proyecto atención farmacéutica en hipertensión arterial (AF/HTA). Foro farmacéutico de las Américas (FFA/EDV/HSE): Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Septiembre 2006. Tomado desde: <http://www1.paho.org/common/Display.asp?Lang=S&RecID=5629>. El 04/05/13.
97. Iza-Stoll, A. Tratamiento de la hipertensión arterial primaria. Acta Med Perú - 23. 2006.
98. Cockcroft JR, Wilkinson IB, Evans M, McEwan P, Peters JR, Davies S, Scanlon MF, Currie CJ. Pulse pressure predicts cardiovascular risk in patients with type 2 diabetes mellitus. Am J Hypertens. 2005 Nov;18(11):1463-7; discussion 1468-9.
99. Franklin SS, Gustin W IV, Wong ND, Larson MG, Weber MA, Kannel WB, et al. Hemodynamic patterns of age. Related changes in blood pressure. Circulation 1997;96:308-16.
100. Wang JG, Staessen JA. Benefits of antihypertensive drug treatment in elderly patients isolated systolic hypertension. Neth J Med 2001;58:248-54
101. Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, De la Cruz JJ, Guallar-Castillón P, Graciani A, Ruilope LM, et al. Hipertensión sistólica aislada y diastólica aislada y presión de pulso en la población española de edad media. Med Clin (Barc) 2000;1:21-3.
102. Black HR, Zanchetti A. Reports of the Systolic and Pulse Pressure (SYPP) Working Group. J Hypertens 1999;17(Suppl 5):1-63.
103. OMS. OPS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 2006.
104. Javier Rivas Chávez, César Gutiérrez Villafuerte, Javier Rivas Legua. Tratamiento y Costos Farmacológicos de la Hipertensión Arterial no

Complicada en un Hospital Regional. Revista Peruana de Cardiología. Set – Dic 2008; 34 (3): 181 – 190

105. Emilio Márquez Contreras, Estrategias para mejorar el Cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial, Centro de Salud la Orden, Huelva, España, 2003
106. Lawes CMM, Vander Horn S, Rodgers A, for the International Society of Hypertension. Global burden of blood pressure-related disease 2001. Lancet 2008; 371:1513–1518.
107. Sánchez, F; Arche, M; Cordon, P; Galván, M; Cañizares, J, Motilva, V. Evaluación del cumplimiento terapéutico en pacientes mayores institucionalizados. Efectividad de la actuación farmacéutica. FAP . 2007; 5(4).
108. Cómo implantar un servicio de ayuda al cumplimiento en una farmacia comunitaria, sociedad española de la farmacia comunitaria, 2010, Tomado desde:[http://2011.auladelafarmacia.org/sefac/DOCUMENTOS/Como\\_implantar\\_un\\_servicio\\_de\\_ayuda\\_Modulo\\_6.pdf](http://2011.auladelafarmacia.org/sefac/DOCUMENTOS/Como_implantar_un_servicio_de_ayuda_Modulo_6.pdf). El 20/03/13.
109. Joaquín Sellén Crombet (2007) Hipertensión arterial: diagnóstico, tratamiento y control (Tesis grado científico de Doctor en Ciencias Médicas). Hospital General Calixto García. Facultad de Ciencias Médicas. Ciudad de la Habana - Cuba.
110. Artacho Pino R, Prados Torres JD, García Ruiz A. Cumplimiento terapéutico en pacientes con Hipertensión Arterial. ¿Ha cambiado con el paso del tiempo? Universidad de Málaga. Med. Fam. Andal Vol. 13, Nº. 2, agosto 2012.
111. 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.

## VIII. ANEXOS

### a) Consentimiento informado

#### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico

Declaración del paciente:

- 1.- Acepto libremente participar de este programa de Seguimiento Fármaco Terapéutico desarrollado por el Establecimiento Farmacéutico LianFarma 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): Maria Fey de la Cruz Castañeda  
\* DIRECCION: AHH Vista Alegre M2DL24  
\* TELEFONO: 960764770

\* FIRMA: Maria Fey de la Cruz  
\* DNI: 03607877

\* NOMBRE DEL QUIMICO FARMACÉUTICO Jr: Aleli del Rubio River de la Cruz  
\* TELÉFONO: 970140459

\* FIRMA: River  
\* DNI: 45215291

\* FECHA: 28 / 11 / 17

\* FECHA DE LA PRIMERA ENTREVISTA PARA EL LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN: 28 / 11 / 17

\*Campos obligatorios

**b) Ficha 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 SUFRIA DE ESA ENFERMEDAD

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

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

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

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:

FECHA:

NOMBRE:

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

-PELO:

-CABEZA:

-OIDOS, OJOS, NARIZ, GARGANTA:

-BOCA (llagas, sequedad...):

-CUELLO:

-MANOS (dedos, uñas...):

-BRAZOS Y MÚSCULOS:

-CORAZÓN:

-PULMÓN:

-DIGESTIVO:

-RIÑÓN (orina...):

-HÍGADO:

-GENITALES:

-PIERNAS:

-PIÉS (dedos, uñas):

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

-PIEL (sequedad, erupción...):

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

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

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

COD INTERV: .....

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

PACIENTE COD Nº:

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	Educar 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 <b>no resuelto</b>
Aceptación		
Intervención aceptada		
Intervención <b>no aceptada</b>		

¿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: .....

c) Tabla de Estado de Situación

COD Investigador	COD Paciente	COD CIE 10	DIAGNÓSTICO	ATC	nombre comercial	dci	fp	dosis (mg)	frec dosis (dia)	dias tto	COD PRM	Descripción del PRM	RNM
108140026	1	I10	Hipertensión Arterial Esencial	C09CA01		losartan	sol	50	2	90	9	incumplimiento	1
108140026	1	I10	Hipertensión Arterial Esencial	C08CA05		nifedipino	sol	30	1	90	2	actitudes negativas del paciente	3
108140026	1	I10	Hipertensión Arterial Esencial	C03AA03		hidroclorotiazida	sol	25	1	90	12	probabilidad de reacciones adversas	5
108140026	1			M01AB05		diclofenaco	iny	50	1	ev			
108140026	1			D07AB19		dexametasona	iny	4	1	ev			
108140026	1			803BA03		hidroxocobalamina	iny		1	ev			
108140026	2	I10	Hipertensión Arterial Esencial	C09CA01		losartan	sol	50	1	90	9	incumplimiento	1
108140026	2			N02BA01	aspirina	acido acetilsalicilico	sol	100	1	30	3	conservacion inadecuada	3
108140026	3	I10	Hipertensión Arterial Esencial	C09CA01		losartan	sol	50	1	90	8	error de prescripcion	4
108140026	3	I10	Hipertensión Arterial Esencial	C03AA03		hidroclorotiazida	sol	25	2	60	9	incumplimiento	1
108140026	3	I10	Hipertensión Arterial Esencial	C08CA01		amlodipino	sol	10	1	60	3	conservacion inadecuada	3
108140026	4	I10	Hipertensión Arterial Esencial	C09CA01		losartan	sol	50	2	90	9	incumplimiento	1
108140026	4	I10	Hipertensión Arterial Esencial	C08CA01		amlodipino	sol	10	15	40	8	error de prescripcion	4
108140026	4	I10	Hipertensión Arterial Esencial		blotril	amlodipino + benazepril	liq	5+ 20	1	30			
108140026	5	I10	Hipertensión Arterial Esencial	C09CA01		losartan	sol	50		90	8	error de prescripcion	4
108140026	5	N 05	ITU	J01MA02	c-flox	ciproflaxacino	sol	500	2	14	12	probabilidad de reacciones adversas	5
108140026	5	N 05	ITU								9	incumplimiento	1
108140026	5	N 05	ITU	M01AE01		ibuprofeno	sol	400	3	10			
108140026	5	N 05	ITU	D06AX12		amikacina	iny	800	1	4			
108140026	6	I10	Hipertensión Arterial Esencial	C09CA01		losartan	sol	50	1	90	9	incumplimiento	1
108140026	6	I10	Hipertensión Arterial Esencial	C09CA01		losartan	sol	50	1	90	8	error de prescripcion	4
108140026	6			M01AC06		meloxicam	sol	15	1				
108140026	6			H02AB07		prednisona	sol	20	1				
108140026	6				doladra extra forte	paracetamol + diclofenaco	sol	500 + 50	1	90			
108140003	7	I10	Hipertensión Arterial Esencial	C08CA01		amlodipino	sol	5	1	30			
108140003	7			N05BA12		alprazolam	sol	0.5	1	30	8	error de prescripcion	4
108140003	8	I10	Hipertensión Arterial Esencial		cardiax	telmisartan + amlodipino	sol	80 + 5	1	30	1	administracion erronea del medicamento	3
108140003	8			C07AB12	anfibol	nevigolol	sol	5	1	30	9	incumplimiento	1
108140003	8										8	error de prescripcion	4
108140003	8										15	medicamentos falsos, espurios, de contrabando	6
108140003	8										16	problemas economicas	4
108140003	9	I10	Hipertensión Arterial Esencial	C09CA03		valsartan	sol	160	1	30	1	administracion erronea del medicamento	3
108140003	9	I10	Hipertensión Arterial Esencial	C09AA02		enalapril					9	incumplimiento	9
108140003	9										13	problemas de salud insuficientemente tratado	4
108140003	10	I10	Hipertensión Arterial Esencial	C09AA02		enalapril	sol	10	2	60	8	error de prescripcion	4
108140003	10			M01AE02		naproxeno	sol	550	2	6			
108140003	10			A10BA02		metformina	sol	850	1	30			
108140003	11	I10	Hipertensión Arterial Esencial	C09AA02		enalapril	sol	20	2	30	8	error de prescripcion	4
108140003	11	I10	Hipertensión Arterial Esencial	C03AA03		hidroclorotiazida	sol	25	1	30			
108140003	12	I10	Hipertensión Arterial Esencial	C08CA01		amlodipino	sol	5	1	30	8	error de prescripcion	4
108140003	12			N05BA12		alprazolam	sol	0.5	1	30			

**d) Control de la Presión Arterial**



**Medida de la Presión Arterial**

**Revisión y orden de los medicamento en su botiquín.**



**Orden de los medicamentos en su botiquín**

