



**UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE
CHIMBOTE**

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

**EFICACIA DE UN PROGRAMA PILOTO DE
SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO SOBRE LA
AUTOPERCEPCION DE LA CALIDAD DE VIDA EN
PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL BOTICA
SALUD Y VIDA, DISTRITO CHIMBOTE,
MARZO - JULIO 2016**

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

Autor

Bach: Cinthia Veronica Chero Juarez

ORCID-0000-0003-4044-5939

Asesor

Dr. Farm. Percy Alberto Ocampo Rujel.

ORCID-0000-0002-9498

CHIMBOTE - PERÚ

2019

EQUIPO DE TRABAJO

Autor:

Cinthia Veronica Chero Juarez.

ORCID-0000-0003-4044-5939

**Universidad Católica Los Ángeles De Chimbote, Estudiante De
Pregrado, Chimbote-Perú.**

Asesor:

Dr. Farm. Percy Alberto Ocampo Rujel.

ORCID-0000-0002-9498

**Universidad Católica Los Ángeles De Chimbote, Facultad De
Ciencias De La Salud, Escuela De Farmacia Y Bioquímica,
Chimbote, Perú.**

JURADO

DIAZ ORTEGA, JORGE LUIS.

ORCID: 0000-002-6164-8913.

RAMIREZ ROMERO, TEODORO WALTER.

ORCID: 0000-002-2809-709X.

VASQUEZ CORALES, EDISON.

ORCID: 0000-0001-9059-6394.

JURADO EVALUADOR Y ASESOR

Dr. Q.F. Jorge Luis Díaz Ortega

PRESIDENTE

Mgtr. Q.F. Teodoro Walter Ramírez Romero

MIEMBRO

Mgtr. Q.F. Edison Vásquez Corales

MIEMBRO

Dr. Farm. Percy Alberto Ocampo Rujel.

ASESOR

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO

Dedico este proyecto de tesis a mi Padre celestial “Jehová de los ejércitos”, porque ha estado conmigo en cada paso que doy, dándome fortaleza para continuar y dirigiéndome por las sendas de la verdad y por permitir llegar hasta esta etapa importante de formación profesional.

A mis queridos padres Benancio Chero, sé que no estas físicamente, pero desde donde estas soy tu orgullo y a ti madre; Verónica Juárez mi ejemplo de madre a seguir, que en conjunto de mis nueve hermanos son los ejes fundamentales de mi vida, quienes me han inculcado valores, han creído en mí y me han apoyado en todas las decisiones que he tomado y han permanecido a mi lado velando por mi bienestar y educación a pesar de muchos obstáculos.

A mi princesa mi hija Zoé Camila y mi esposo Juan Carlos Calle que son motivo de inspiración y de ser fuerte y de llegar hasta donde eh llegado.

A la UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE por darme la oportunidad de estudiar y ser un profesional.

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

También me gustaría agradecer a mis profesores en especial al profesor Marco Alva Borjas que durante toda mi carrera profesional han aportado con un granito de arena a mi formación con sus consejos y sus enseñanzas.

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar la eficacia de un programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) sobre la autopercepción de la calidad de vida en las dimensiones física y mental en pacientes hipertensos, intervenidos desde la botica Salud y Vida. Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash, durante los meses de Marzo - Julio 2016.

La metodología que se desarrollo fue de tipo aplicada, cuantitativa y de nivel pre-experimental. La muestra de 12 pacientes fue monitoreada a través de un programa de seguimiento farmacoterapéutico, basado en una modificación del método DADER de cinco fases: captación, levantamiento de información, evaluación de la información, intervención – seguimiento y análisis de resultados. En cada fase se recogió información en herramientas e instrumentos específicos: fichas farmacoterapéuticas y el test SF-12 que permite medir la autopercepción de la calidad de vida en sus dimensiones físicas y mentales.

Se diagnosticaron 45 Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs), de los cuales se solucionaron 34 PRMs (75.5%) y los 11 PRMs no solucionados dejaron expuesto al paciente a la aparición de (RNMs) representando el 24.5%.

Se concluye que el programa de SFT fue significativamente eficiente en mejorar en su mayoría de los PRMs encontrados y el no solucionado dejo a 11 pacientes expuestos a sufrir RNMs a su vez mostro ser significativa en la autopercepción de la calidad de vida de los pacientes hipertenso en las dimensiones tanto física como mental.

Palabras clave: Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM), Resultados Negativos de la medicación (RNMs), hipertensión arterial.

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the effectiveness of a pilot program of Pharmacotherapeutic Follow-up (SFT) on the self-perception of the quality of life in the physical and mental dimensions in hypertensive patients, operated from the Health and Life pharmacy. District of Chimbote, Province del Santa, Department of Ancash, during the months of March - July 2016.

The methodology that was developed was of applied, quantitative and pre-experimental level. The sample of 12 patients was monitored through a pharmacotherapy follow-up program, based on a modification of the DADER method of five phases: recruitment, information collection, information evaluation, intervention - follow-up and analysis of results. In each phase information was collected on specific tools and instruments: pharmacotherapeutic sheets and the SF-12 test that allows to measure the self-perception of the quality of life in its physical and mental dimensions.

45 Medication-Related Problems (PRMs) were diagnosed, of which 34 PRMs were solved (75.5%) and the unresolved 11 PRMs left the patient exposed to the appearance of (RNMs) representing 24.5%.

It is concluded that the SFT program was significantly efficient in improving the majority of the PRMs found and the unresolved left 11 patients exposed to suffer MRIs in turn showed to be significant in the self-perception of the quality of life of hypertensive patients in the dimensions both physical and mental.

Key words: Pharmacotherapeutic Follow-up (SFT), Drug Related Problems (PRM), Negative Results of the medication (RNMs), arterial hypertension.

INDICE DE CONTENIDO

| | |
|---|-----------|
| DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO | iv |
| RESUMEN..... | v |
| ABSTRACT | vi |
| I. INTRODUCCIÓN | 1 |
| 1.1. Planteamiento del problema: | 4 |
| 1.2. Objetivos de la investigación. | 4 |
| 1.2.1. Objetivo general: | 4 |
| II. REVISIÓN DE LITERATURA | 6 |
| 2.1. Antecedentes. | 6 |
| 2.1.1. Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico en el mundo. | 6 |
| 2.1.2. Desarrollo en el ámbito nacional sobre el Seguimiento Farmacoterapéutico. | 8 |
| 2.1.3. Antecedentes Epidemiológicos de la Hipertensión Arterial (HTA)..... | 9 |
| 2.1.4. Seguimiento Farmacoterapéutico y calidad de vida Relacionada con la Salud. | 10 |
| 2.2. Marco Teórico..... | 12 |
| 2.2.1. Problemas relacionados con el uso de medicamentos (PRMS) y resultados negativos de la medicación (RNM)..... | 12 |
| 2.2.2. Diagnóstico de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM)..... | 17 |
| 2.2.3. Atención farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico: contribución del farmacéutico al mantenimiento de la salud pública. | 23 |
| 2.2.4. Autopercepción de la calidad de vida: | 30 |
| 2.2.5. Presión arterial: | 31 |
| 2.2.6. Botica Salud Y Vida: | 33 |
| III. HIPÓTESIS..... | 34 |
| IV. METODOLOGÍA..... | 35 |
| 4.1. Diseño de la investigación. | 35 |
| 4.1.1. Tipo y el nivel de la investigación: | 35 |
| 4.1.2. Diseño de la Investigación: | 35 |
| 4.2. Población y muestra: | 35 |
| 4.3. Definición y operacionalización de variables e indicadores: | 37 |
| 4.4. Técnicas e instrumentos. | 39 |
| 4.4.1. Técnica. | 39 |
| 4.4.2. Instrumentos..... | 39 |
| 4.4.2.1. Fichas Farmacoterapéutico (FFT) (anexo N°8.3)..... | 39 |

| | |
|--|-----------|
| 4.4.2.2. Instrumento para medición de la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud..... | 39 |
| 4.4.2.3. Instrumento para medir la presión arterial. | 42 |
| 4.4.3. Procedimiento de recolección de datos. | 43 |
| 4.4.3.1. Procedimiento para oferta del servicio y captación de los pacientes. | 44 |
| 4.4.3.2. Levantamiento de información. | 45 |
| 4.4.3.3. Fase de estudio y evaluación de la información..... | 45 |
| 4.4.3.4. Fase de intervención y seguimiento farmacoterapéutico. | 46 |
| 4.4.3.5. Evaluación del impacto de la intervención. | 46 |
| 4.5. Plan de análisis de datos..... | 47 |
| 4.6. Matriz de consistencia..... | 49 |
| 4.7. Principios éticos:..... | 51 |
| V. RESULTADOS Y NANALISIS DE RESULTADOS..... | 52 |
| 5.1 Resultados..... | 52 |
| 5.1.1. Características de los pacientes y tiempos invertidos durante la intervención..... | 52 |
| 5.1.2. Morbilidad diagnosticada, auto percibida y el uso de medicamentos. | 54 |
| 5.1.3 Resultados sobre los PRMs encontrados y RNMs evidenciados. | 57 |
| 5.1.4. Impacto de la intervención farmacéutica sobre la autopercepción de la calidad de vida según el test sf-12..... | 59 |
| 5.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS. | 63 |
| 5.2.1. Distribución porcentual de pacientes y los tiempos de intervención: | 63 |
| 5.2.2. Acerca de los diagnósticos reconocidos y los medicamentos usados por los pacientes en el proceso de seguimiento farmacoterapéutico..... | 66 |
| 5.2.3. Acerca de los problemas relacionados con medicamentos y los resultados negativos asociados a la medicación. | 70 |
| 5.2.4. Acerca de la autopercepción de la calidad de vida (test SF12) y los resultados. | 73 |
| VI. CONCLUSIONES..... | 76 |
| 6.1. Conclusiones..... | 76 |
| 6.2. Sugerencias y recomendaciones:..... | 76 |
| 6.3 . Aspectos complementarios..... | 77 |
| VIII. ANEXOS..... | 92 |
| Anexo N° 1. Solicitud de permiso dirigido al establecimiento farmacéutico. | 92 |
| Anexo N° 2. Hoja de consentimiento informado. | 93 |
| Anexo N° 3.1. Registro de la información del paciente, de su enfermedad de sus medicamentos y del médico prescriptor..... | 94 |

| | |
|--|-----|
| Anexo N° 3.2. FFT. Registro de medicamentos que toma el paciente para sus problemas de salud diagnosticados. | 95 |
| Anexo N° 3.3. FFT. Registro de problemas de salud durante el uso de medicamentos, tratamiento con remedios caseros y enfermedades sufridas anteriormente. | 96 |
| Anexo N° 3.4. FFT. Registro de los antecedentes familiares y hábitos de vida del paciente. | 97 |
| Anexo N° 3.5. FFT. Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes. (Primera parte). | 98 |
| Anexo N° 3.6. FFT. Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes. (Segunda parte). | 99 |
| Anexo N° 3.7. FFT. Guía anatómica de repaso para identificar problemas relacionados con medicamentos..... | 100 |
| Anexo N° 3.8. FFT. Hoja guía de intervención farmacoterapéutica – Primera parte. | 101 |
| Anexo N° 3.9. FFT. Hoja guía de intervención farmacoterapéutico - Segunda parte..... | 102 |
| Anexo N° 3.10. FFT. Hoja guía de intervención farmacoterapéutico – Tercera parte..... | 103 |
| Anexo N° 3.11. FFT. Hoja guía de intervención farmacoterapéutico – Cuarta parte. | 104 |
| ANEXO N° 8.3.11. Ficha farmacoterapéutica (Ficha06). Test para medir la autopercepción de calidad de vida | 105 |
| Anexo N° 5. Fotos..... | 115 |
| FIGURA N°04. Frontis del Puesto de Salud la unión..... | 115 |
| FIGURA N°05. Ejemplo de paciente en la firma de la hoja de consentimiento informado. | 116 |
| FIGURA N°06. Ejemplo de recojo de información..... | 117 |
| Anexo N° 6. Mapa de ubicación de la botica Salud y Vida. | 118 |
| Anexo N° 7. Glosario de términos | 119 |

ÍNDICE DE CUADROS, FIGURAS, TABLAS Y GRÁFICOS

| Índice de cuadros | | Pág. |
|-------------------|---|------|
| Cuadro N° 01 | Listado de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM). | 14 |
| Cuadro N° 02 | Clasificación de los Resultados Negativos Asociados con la Medicación (RNM). Tercer consenso de Granada. 2007. (Clasificación que le correspondía a los PRMs hasta el segundo consenso de Granada). | 16 |
| Cuadro N° 03 | Actividades de atención farmacéutica en el ejercicio profesional del farmacéutico comunitario. | 24 |
| Cuadro N° 04 | Clasificación de intervenciones farmacéuticas destinadas a prevenir o resolver resultados clínicos negativos de la farmacoterapia. | 29 |
| Cuadro N°5 | cuadro de cuestionario de autopercepción de calidad de vida relacionado con la salud sf-12 | 41 |
| Cuadro N°05 | Diferentes formas para comunicar las recomendaciones del farmacéutico para la solución de PRMs | 45 |

| Índice de figuras | Pág. | |
|--------------------------|---|----|
| Figura N° 01 | Etapas clave del proceso de seguimiento farmacoterapéutico modificado de DADER. | 27 |
| Figura N° 02 | Esquema del modelo de intervención farmacéutica. | 35 |
| Figura N° 03 | Flujograma de las actividades de seguimiento farmacoterapéutico. | 43 |

| Índice de tablas | | Pág. |
|-------------------------|---|-------------|
| Tabla N°01. | Pacientes participantes del programa de SFT agrupados por sexo y promedio de edad. Botica “Salud y Vida”, del Distrito de Chimbote. Marzo a Julio del 2016. | 51 |
| Tabla N°02. | Numero de contactos y tiempos de intervención utilizados para el desarrollo del programa de SFT en pacientes hipertensos desde la Botica “Salud y Vida”, Distrito de Chimbote. Marzo a Julio del 2016. | 52 |
| Tabla N°03. | Diagnósticos e identificaciones en pacientes hipertensos intervenidos a través del seguimiento farmacoterapéutico desde la “Botica Salud y Vida” del Distrito de Chimbote. Marzo a julio del 2016. | 53 |
| Tabla N°04. | Medicamentos prescritos y automedicados utilizados por los pacientes hipertensos desde la Botica “Salud y Vida”, Distrito de Chimbote. Marzo a Julio del 2016. | 54 |
| Tabla N°05. | Distribución de la frecuencia y porcentaje de los PRM diagnosticados. A través del seguimiento farmacoterapéutico a paciente hipertenso. Botica “Salud y Vida”, Distrito de Chimbote. Marzo a Julio del 2016. | 56 |
| Tabla N°06. | Comparativo de la edad, cantidad de diagnósticos, cantidad de medicamentos, PRMs diagnosticados y PRMs solucionados por paciente intervenido. Intervenidos a través del seguimiento farmacoterapéutico a paciente hipertenso. Botica Salud y Vida del Distrito de Chimbote. Marzo a julio del 2016. | 57 |
| Tabla N°07. | Evaluación de la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión actividad física antes y después del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con hipertensión arterial. Botica Salud y Vida, Distrito de Chimbote, marzo – Julio 2016. | 58 |
| Tabla N°08. | Evaluación de la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión actividad mental antes y después del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con hipertensión arterial. Botica Salud y Vida, Distrito de Chimbote, marzo – Julio 2016. | 60 |

| índice de gráficos | | pág. |
|---------------------------|--|-------------|
| Gráfico N°01. | Porcentaje de los medicamentos usados para los problemas de salud identificados. Intervenidos a través del seguimiento farmacoterapéutico a paciente hipertenso. Botica “Salud y Vida”, Distrito de Chimbote. Marzo a Julio del 2016 | 55 |
| Gráfico N°02. | Comparación del resultado del test SF-12 en la dimensión mental, antes – después de la intervención mediante seguimiento farmacoterapéutico a pacientes hipertensos. Botica Salud y Vida, Chimbote. Marzo 2016 a noviembre 2016. | 59 |
| Gráfico N°03 | Comparación del resultado del test SF-12 en la dimensión mental, antes – después de la intervención mediante el programa de SFT a pacientes hipertensos. Botica Salud y Vida, Chimbote. Marzo 2016 a noviembre 2016. | 61 |

I. INTRODUCCIÓN

La talidomida constituye un punto negro en la historia de la industria farmacéutica mundial. A partir los problemas y los daños que causó la talidomida implicó un punto de inflexión, es decir, un cambio de postura de las instituciones a nivel mundial; se crearon registros de defectos congénitos, se crearon leyes, como por ejemplo en que un medicamento debe cumplir requisitos muy estrictos de eficacia, seguridad y calidad para aprobar su uso¹.

En la actualidad un medicamento antes de su uso debe pasar un proceso largo y cuyo objeto es demostrar en distintas fases, descubrimiento, preclínica y clínica, que el nuevo fármaco reúne los requisitos que permita garantizar la eficacia, seguridad y calidad exigidas para su comercialización y administración al ser humano².

El medicamento es uno de los bienes en los que la seguridad es quizá uno de sus atributos más importantes para salud de los pacientes y para garantizar su seguridad, el medicamento debe haber sido prescrito por un profesional de la salud y haber sido adquirido en el único punto de venta que garantiza su trazabilidad: la oficina de farmacia².

Su utilización masiva y mal uso del medicamento puede conllevar a la aparición de los resultados negativos asociados a los medicamentos RNMs en los pacientes, causando daños en mayor o menor medida; dado que toda sustancia es capaz de producir un efecto terapéutico también es capaz de producir efectos adversos o no deseables en el paciente durante su uso³.

Según la literatura médica los efectos adversos, o no deseables de los medicamentos, se deben a fallos o errores que se dan durante el proceso de su utilización del medicamento; su uso incorrecto puede ocasionar daños en la salud de los pacientes y pueden llegar a comprometer su vida del paciente³.

La complejidad de la farmacoterapia y su duración, la falta de incorporación de tecnologías de la información, la segmentación de la asistencia sanitaria y el elevado número de medicamentos existentes en el mercado, son algunos de los factores responsables de la aparición de Problemas relacionados con medicamentos, convirtiéndose en uno de causas importantes de la morbimortalidad en los pacientes hipertensos⁴.

En este contexto, se hace necesario poner mayor atención a su utilización del medicamento en el paciente hipertenso y realizar un seguimiento fármaco terapéutico de los tratamientos impuestos, a fin de lograr el mantenimiento de presión arterial en niveles óptimos para el paciente hipertenso .Para conseguirla, la actuación del farmacéutico, bajo concepto de atención farmacéutica ,va encaminado en el diagnóstico y prevención de los PRMs y posterior solución de mediante la intervención farmacéutica⁴.

La hipertensión arterial (HTA) esencial es una de las enfermedades crónicas más prevalentes en el mundo, tanto en países desarrollados como en vía de desarrollo, que puede afectar la salud general y la calidad de la vida de las personas.

La hipertensión arterial es la primera causa de enfermedad coronaria, falla cardíaca y evento cerebrovascular y la segunda de falla renal y diabetes mellitus. Las guías clínicas nacionales e internacionales sobre la hipertensión arterial buscan disminuir las complicaciones por esta enfermedad; sin embargo, la hipertensión arterial puede disminuir la calidad de vida de los pacientes por las múltiples complicaciones en órganos blanco y los efectos adversos de los medicamentos antihipertensivos; controlarla significa controlar el riesgo de las complicaciones cardiovasculares enunciadas y mejorar la expectativa y calidad de vida sumadas a la ganancia de años de vida saludables^{4,5}.

En este marco, la mejora de Calidad de vida es un concepto indispensable para el desarrollo del individuo que presenta una enfermedad crónica (Hipertensión Arterial); medirla representa un problema social y psicológico. Aunque el tratamiento de la

hipertensión arterial con fármacos es indispensable, estos producen efectos adversos sobre la calidad de vida de la persona que vive con esta enfermedad, como mareos; fatiga, entre otros. Éstos podrían empeorar la sensación de bienestar del paciente, incluso sería más que al inicio del tratamiento, dicha situación puede influir en el paciente para rechazar o abandonar el mismo⁵.

Por ende, la elevación de la calidad de vida reduce la presión arterial, aumenta la eficacia de los fármacos antihipertensivos y disminuye el riesgo cardiovascular y es una de las variables de vital importancia para el control de los tratamientos de la hipertensión arterial (HTA) y es a la vez un complemento para estos^{5,6}.

El concepto de CVRS refleja las conductas físicas, emocionales y sociales y está relacionado con el estado de salud previo y actual del paciente, las medidas de CVRS pueden ser útiles en el auxilio de la selección del mejor tratamiento en pacientes hipertensos y en estudios poblacionales que evalúen los determinantes de la Calidad de vida en esos pacientes. En este sentido, es importante hacer la intervención farmacéutica mediante seguimiento farmacoterapéutico sobre la autopercepción de la calidad de vida en paciente hipertensos con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento y mantenimiento de presión arterial en niveles óptimos para el paciente⁶.

El cambio positivo de la calidad de vida mediante la intervención farmacéutica en los pacientes hipertensos puede estar relacionado ,con la prevención o disminución de las molestias físicas, la mejora en el cumplimiento de la terapias farmacológico y no farmacológico ,así como la motivación de mejora en la salud del paciente ,el sentirse “bien” es un factor que puede influir positivamente en la calidad de vida relacionado a la salud del paciente ; este valor se ve reflejado en cuestionario de MINICHAL ,lo que permite señalar que tanto la intervención farmacológica como la no farmacológica inciden globalmente de manera positiva sobre la calidad de vida de un paciente hipertenso⁶.

Por todo ello, el objetivo de la presente investigación fue medir la eficacia de una intervención farmacéutica mediante seguimiento farmacoterapéutico sobre la autopercepción de la calidad de vida en paciente hipertensos atendidos en la Botica vida y salud, Distrito Chimbote durante marzo a junio 2016. Y los resultados de la presente investigación va a brindar nuevos aportes teóricos y estadísticos, como pruebas para poder mostrar el aporte que hace el farmacéutico bajo concepto de atención farmacéutica en diagnosticar PRMs, prevenir, vigilar PRM y la mejora de calidad de vida del paciente hipertenso en las dimensiones físicas como mentales.

1.1. Planteamiento del problema:

Por las razones anteriormente expuestas en la presente investigación se planteó el siguiente problema

¿Cuál es la eficacia de una intervención farmacéutica mediante seguimiento Farmacoterapéutico sobre la autopercepción de la calidad de vida en pacientes hipertensos?

Los pacientes intervenidos se atendieron de manera regular en la Botica vida y salud, Distrito Chimbote durante marzo a julio 2016.

1.2. Objetivos de la investigación.

1.2.1. Objetivo general:

Medir la eficacia de una intervención farmacéutica mediante seguimiento farmacoterapéutico sobre la autopercepción de la calidad de vida en pacientes hipertensos desde la Botica Salud y Vida, Distrito Chimbote durante marzo a julio 2016.

1.2.2. Objetivos específicos:

1.2.2.1. Evaluar el estado de situación del uso de medicamentos en los pacientes hipertensos intervenidos desde la Botica Salud y Vida, Distrito Chimbote durante marzo a julio 2016.

1.2.2.2. Intervenir a los pacientes que presentan Problemas Relacionados con Medicamentos y resolver los PRM en pacientes con hipertensión arterial intervenidos desde la Botica Salud y Vida, Distrito Chimbote durante marzo a julio 2016.

1.2.2.3. Medir el impacto de la intervención mediante SFT sobre la "Autopercepción de Calidad de Vida en la dimensión física en pacientes con Hipertensión Arterial"

1.2.2.4. Medir el impacto de la intervención mediante SFT sobre la "Autopercepción de Calidad de Vida en la dimensión mental en pacientes con Hipertensión Arterial"

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. Antecedentes.

2.1.1. Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico en el mundo.

Este auge en la utilización de métodos como la intervención o atención farmacéutica evidencia que en los últimos años se está produciendo, un incremento de una buena utilización de los medicamentos y consejería sobre la calidad de vida en todas las áreas médicas para los pacientes hipertensos con el apoyo profesional farmacéutico para su mejoría así de esta manera poco a poco involucrarse ganar propiedad, capacidad en los ambientes hospitalarios, humanísticos y económicos^{1,7}

se han evidenciado éxitos en la regulación de las presiones arteriales (diastólicas y sistólicas)^{8,9,10,11}, con un buen progreso en el cumplimiento de las prescripciones dadas por el médico (ambos en el ámbito clínico)^{12,13,14}. De igual forma se han evidenciado triunfos en los niveles de percepción de la calidad de vida y el progreso del farmacéutico a nivel comunitario (ámbito humanístico)^{15, 16,17}.

El papel farmacéutico en el SFT demuestra mejoría hacia adherencia al tratamiento, así como en el cumplimiento, y a mejorar la calidad de vida, cabe recalcar que los profesionales farmacéuticos pueden utilizar el test de Morisky como instrumento donde evalué la adherencia y test de SF12 para la autopercepción de la calidad de vida en el SFT¹⁸.

Según Sabater, en cuanto a los tipos de intervenciones farmacéuticas, por dicha autoría, diagnosticaron 2361 hojas de intervención farmacéutica describiendo con una mayor incidencia de (23,6%) hacia el reemplazo de los fármacos, seguido aquellas pacientes con adicción con una incidencia de (23,5%). Así mismo predominaron las participaciones precedidas hacia la disminución del incumplimiento con una

incidencia del (14,8%), en cuanto a la retirada de un medicamento con un (14,6%) y en la modificación de la dosis con una prevalencia (13,4%). Los demás prototipos de participación fueron: la formación en grados no farmacológicas con una prevalencia de (3,4%), reducción del incumplimiento inconsciente con una prevalencia de (3,4%), modificación de la dosificación con una prevalencia de (2,2%) y variación del modelo de administración con una significancia del (1,2%)^{1,19}

Las evidencias son múltiples sobre el efecto que se ha certificado tener a través de la disponibilidad de los planes del seguimiento farmacoterapéutico en los diferentes grados de cuidados tanto en el ámbito clínico y ambulatorio²⁰.

Al igual de su provecho como método que arreglar el grado de vigilancia de la afección desencadenada por el hábito de medicamentos padecimiento crónicas o agudas, permutable o no^{20,21}.

De acuerdo con los estudios de investigación proporcionan evidencias de intervenciones farmacéuticas realizadas a través de diversos canales de comunicación que utilizan no solo las entrevistas personales sino también las alternativas electrónicas y el internet. De esta manera se llega a concluir la magnitud y la eficiencia de dichos elementos para emitir a los pacientes el obedecer o que acaten con las instrucciones de cada receta^{22, 23,24}.

Según la investigación Gamarra²⁵. Evidencia un reporte de trabajo antiguo y pionero sobre la implantación del seguimiento Farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria de un cono del departamento de lima, en el que muestra valores pocos precisos sobre la naturaleza de la intervención y refiere una influencia positiva del programa en la percepción de los pacientes sobre la imagen del profesional farmacéutico.

Según la investigación realizada por Ocampo. Del año 2010, determinar el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes hipertensos, con resultado es significativo (0.031) cuando se comparan los test antes – después de una intervención Farmacoterapéutico²⁶.

“Hipertensión arterial y calidad de vida”. Hasta la década de los ochenta los estudios sobre este tema eran escasos. Entre los años 1988 y 1989 se encontraron más de 1400 publicaciones con calidad de vida como palabra clave. Mientras que en el Perú se muestran escasas publicaciones referente al objeto de estudio²⁷.

Según la investigación realizada por Ayala y et al. Del año 2010. De acuerdo con el paradigma DÁDER informa un efecto certero del Seguimiento Farmacoterapéutico de los pacientes de un hospital del departamento de lima sobre la autopercepción del estilo de vida. Según el segundo consenso de granada permitió explicar la resolución de los problemas relacionados con los medicamentos siendo evaluados como RNMs²⁸.

2.1.2. Desarrollo en el ámbito nacional sobre el Seguimiento Farmacoterapéutico.

Según MINSA. Del año 2004, el escrito preceptivo siendo el primero que hace referencia a promover el desarrollo de la AF y el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Farmacia (BPF) entre los profesionales farmacéuticos, así como también del sector público como privado²⁹.

De los criterios de política se desprende “La Ley 29459”, “Ley de Medicamentos”, desde 2009 y sus reglamentos que entraron en vigor en año 2011. Donde se desprende esta norma a toda la regulación en materia de medicamentos que existe actualmente en el Perú. El cual se zanja en el problema semántico y se definen los alcances de la AF y el SFT como actividades esenciales de las BPF^{30,31}.

Según la autoridad nacional, la dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del (DIGEMID), para un mejor el progreso de la AF se tiene que analizar diferentes practicas por lo menos de los 10 finales años y de esta manera poder ser puntualizado. De igual modo se hace mención en este escrito y se expone que la ejecución de la Atención farmacéutica en el nuestro territorio se ha centrado exclusivamente en valorar la fuerza de la finalidad de la planificación y en el reconocimiento de las particularidades a favor y en contra que tienen las distintas instituciones de salud existentes y las maniobras que se precisen para llevar acabo de este funcionamiento³².

Siendo ya en el año 2012 la DIGEMID, dio a conocer su paradigma del SFT en las instituciones Farmacéuticos públicos. Manifestándose estadios de los procedimientos y se proponen hacer evaluación del impacto a través de indicadores de uso de medicamentos, resolución de Problemas Relacionados con Medicamentos y el impacto del proceso sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial³³.

2.1.3. Antecedentes Epidemiológicos de la Hipertensión Arterial (HTA)

Las enfermedades cardiovasculares en el mundo son las responsables de muertes con un aproximado de 17 millones por año, lo que indica un tercio del total³⁴. Entre los cuales las complicaciones de la hipertensión arterial un 9,4 millón de muertes. Siendo la hipertensión la causa del 45% de las muertes por cardiopatías y el 51% de las muertes por accidente cerebro vascular³⁵.

En el año 2008³⁶. A nivel mundial la hipertensión arterial tubo un diagnóstico de un aproximado de 40% de los adultos mayores de 25 años, aumentado 600 millones de personas afectadas en el año 1980 a 1000 millones en el 2008. tambien se registra una máxima prevalencia del 46% en la región áfrica de los adultos mayores de 25 años en comparación de 35% en la región américas^{37,38}.

Así también la “hipertensión” en Latinoamérica puede ser atribuida a un 13 % de muertes y un 5,1% de los años de vida ajustada por discapacidad (AVAD)³⁸.hay una variación en las encuestas nacionales o muestreos sistemáticos aleatorizados con una prevalencia ajustada para la edad de la hipertensión en la población adulta general en diferentes países de Latinoamérica a entre el 26 al 42% ^{40,41}.

Según el estudio CARMELA (Hypertension in seven Latin American cities: the Cardiovascular Risk Factor Multiple Evaluation in Latin America) mostró la prevalencia de HTA en 7 ciudades latinoamericanas (Barquisimeto, Bogotá, Buenos Aires, Lima, Ciudad de México, Quito y Santiago), estableciéndola en un valor cercano al 18% (entre 9% y 29%) ⁴².

La presente información concuerda la alta prevalencia de la hipertensión arterial encontrada en el “Registro del Consenso Latinoamericano de Hipertensión”, donde se muestran datos estadísticos sobre prevalencia ,conocimiento , tratamiento y el control de la HTA en América Latina, presentando similitud en prevalencia en Argentina con un valor de (25-36%), Uruguay (30%), Paraguay (21-30%) y el sur de Brasil (31-33%).hallando diferencias en Chile dependiendo del nivel socioeconómico (bajas condiciones: 24,5%, altas condiciones: 17,9%). En México se observaron diferencias dependiendo de las zonas: 30% a nivel urbano, 11,7% a nivel rural^{43, 44,45}.

2.1.4. Seguimiento Farmacoterapéutico y calidad de vida Relacionada con la Salud.

Se ha demostrado que, “El Seguimiento Farmacoterapéutico”, es capaz de impulsar la mejora de la atención sanitaria a los pacientes, con los consiguientes beneficios para la salud de los mismos y el establecimiento de estrategias que persiguen el desarrollo de las habilidades y capacidades profesionales de los farmacéuticos y de los médicos, quienes evalúan en conjunto la calidad de la farmacoterapia⁴⁶. Sin embargo, dicha evidencia no termina de demostrar cambios en resultados de la salud, encontrándose

distorsionadas con otras intervenciones farmacéuticas que no responden a una práctica asistencial orientada a los pacientes y no se ha indicado contundentemente al entorno sanitario la efectividad y la eficacia de SFT²¹.

Según el estudio que realizó Velasco G. En pacientes hipertensos, se pretende evidenciar su eficacia y/o resultados significativos de los numerosos estudios referentes al SFT respecto a este último. Por tanto, concluye que el SFT en hipertensión arterial es una práctica posible, capaz de producir resultados positivos, mejorando la calidad de vida del paciente, la comprensión de su enfermedad para una adhesión al tratamiento farmacológico⁴⁷.

Así mismo el seguimiento fármaco terapéutico es una estrategia para mejorar y lograr mayor beneficio de la farmacoterapia y persigue como resultado mejorar la CVRS del paciente. Siendo concordante con el estudio realizado por Tafur y García en la cual evidencian resultados positivos acerca de llevar a cabo estudios farmacéuticos sobre la evaluación de la CVRS, especialmente en enfermedades crónicas que afecten significativamente la CVRS; además esta evaluación puede ser incluida en el SFT para evaluar resultados en la mejora de calidad de vida (CV)^{14,48, 49}.

Estudios realizados en seguimiento farmacoterapéutico han observado mejoras significativas en la calidad de vida del paciente con respecto al servicio farmacéutico. Armando sostiene que la satisfacción de los pacientes con el seguimiento farmacoterapéutico está relacionada con mejoras en el conocimiento de los medicamentos y el cumplimiento de los tratamientos prescritos por el médico⁵⁰.

Dicho estudios reafirmados por distintas publicaciones de investigación como el de Bances C. ha demostrado que el programa de SFT fue eficiente, en cuanto a los pacientes participantes fueron diagnosticados con dificultad y que así mismo las estrategias desarrolladas para la solución de PRMs fueron aceptadas y se lograron

solucionar la mayoría de los problemas relacionados a medicamentos diagnosticados. De la misma manera el SFT tuvo un impacto significativo sobre la percepción de la calidad de vida de los pacientes⁵¹.

2.2. Marco Teórico.

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

El papel de los medicamentos ha sido determinante a lo largo de la Historia. Es, probablemente, uno de los elementos que más ha contribuido a los cambios demográficos históricos, no sólo disminuyendo la mortalidad y aumentando la esperanza de vida sino, también, mejorando considerablemente las condiciones de vida de la Humanidad. Además, se requiere de un sistema asistencial de calidad, en el que los medicamentos son un recurso imprescindible en la lucha contra la enfermedad ya que su aporte y la industria tecnológica de la ciencia médica en los medicamentos curan, previenen, alivian y modifican enfermedades, dolencias o situaciones que, de otra manera, supondrían un alto grado de sufrimiento e infelicidad^{51,52}.

Sin embargo, estos medicamentos en muchas ocasiones fallan, causando perjuicios, efectos adversos o toxicidad; pero también fallan cuando no consiguen los objetivos terapéuticos.

Dicho de otra forma, los medicamentos pueden generar problemas de seguridad en el primer caso o de eficacia en el segundo, y desgraciadamente ambas situaciones son relativamente frecuentes. Estos fallos de la medicación se traducen en pérdidas en salud y pérdidas económicas, es decir los fallos en farmacoterapia provocan un aumento de la morbilidad, mortalidad y del gasto sanitario y social^{53,54}.

Según Strand⁵⁵, determina a los “Drug Related Problems o Problemas Relacionados con Medicamento (PRM)”, como experimentación desagradable del paciente donde la terapia farmacológica se ve interrumpido y tenga consecuencias desagradables para el objetivo de la terapéutica.

Para entender que es un Problema de Salud, puede utilizarse una sistemática de dos condiciones que debe contener cualquier Problema de Salud: 1) Debe afectar a la salud del paciente. 2) Debe ser percibido por cualquier miembro del equipo de salud, entre los que está el propio paciente^{1,56}.

Desde otra perspectiva Blasco P⁵⁷. Puntualiza como: “una circunstancia o uso inapropiado de medicamentos al error de medicación, que puede causar daño al paciente y que pudo ser evitable si hubiera seguido las recomendaciones Farmacoterapéutico-apropiadas y reconocidas.

Los errores de medicación se cometen durante la práctica profesional cotidiana en la prescripción, comunicación, dispensación, preparación y en la administración del medicamento por el experto en salud o en su defecto el mismo paciente. EM desde su apreciación, el denominado “Tercer Consenso de la Universidad de Granada” son también problemas relacionados con medicamentos. En base a este enfoque los problemas relacionados con los medicamentos son una categoría mayor que subyace cualquier suceso inesperado durante el uso de medicamentos y que engloba tanto los errores de medicación prevenibles como otros problemas de salud no prevenibles como las reacciones adversas o interacciones desconocidas (Cuadro N°01)⁵⁴.

CUADRO N°01. Lista de los problemas relacionados con los medicamentos (PRMs) propuesta por el “Método DADER” del Seguimiento Farmacoterapéutico

1. Administración errónea del medicamento
2. Actitudes negativas del paciente
3. Conservación inadecuada del medicamento
4. Contraindicaciones
5. Dosis, pauta y/o duración no adecuada
6. Duplicidad
7. Error en la dispensación
8. Error 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. Otros

Modificado de: Tercer Consenso de Granada⁵⁴

Según Ocampo P. Incluyó en esta lista tres PRMs más incluyó tres PRMs más que corresponden a: 14) Influencia del entorno; 15) Uso de medicamentos de origen ilegal y 16) Problemas económicos. Este cambio se hizo siguiendo la propia recomendación de la Universidad de Granada de incluir a la lista original nuevas categorías de acuerdo al estado del problema en una realidad concreta y que obviamente no tengan una equivalencia en las ya existentes y con el fin de describir de manera más precisa el origen de un problema²⁶.

Los problemas relacionados con medicamentos así definidos son el origen de una nueva taxonomía de sucesos denominados efectos perjudiciales originando (RNM) de los cuales es en esencia la clasificación dada anteriormente como problemas relacionados con medicamentos⁵⁷.

El Tercer Consenso de Medicamentos de la Universidad de Granada en el año 2007⁵⁴ define como una sospecha de RNM a la amenaza que puede experimentar una dificultad vital debido a la mala manipulación de sus fármacos, cuyo origen puede ser uno o más PRM considerándose éstos como factores de riesgo o causas de los RNM. Una aportación a esta categoría concreta de RNM permite definir el resultado final de la evolución de un PRM, es decir, tal como lo señala la Organización Mundial de la Salud la definición de RNM permite establecer el diagnóstico de una entidad mórbida final relacionado con el mal uso de medicamentos cuyo origen, causa y agravante puede ser uno o más PRMs^{54,57}.

Los problemas relacionados a medicamentos pueden ser múltiples así mismo se determina como consecuencias de RNMs, conforme a la propuesta de la Universidad de Granada, propone un listado inicial que no se sugiere, no es ni tan profundo, tampoco excluyente (grafico N°01) y esta podría ser variado de acuerdo a la realidad y la práctica clínica en diferentes condiciones sociales⁵⁴.

Los PRM se pueden ser acontecimientos cuya naturaleza puede ser real o potencial. Los profesionales sanitarios en especial los químicos farmacéuticos en su experiencia profesional deben desarrollar las capacidades para la detección de estos sucesos a través de procedimientos claros y sistematizados. La contención del riesgo de PRMs evita la aparición de resultados negativos de la medicación, es decir se evita que los pacientes tengan complicaciones debido al uso inapropiado de medicamentos, sea por errores de medicación prevenibles o sucesos no prevenibles⁵⁷

Es decir, la OMS define a los RNMs como una enfermedad originada por fallos en la Farmacoterapia (GRAFICO N°02)^{54,57}.

CUADRO N°02 Clasificación de los resultados negativos de la medicación (RNM)

Tercer Consenso de Granada 2007.

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

Tomado de: Tercer Consenso de Granada 2007⁵⁴

Esta definición operativa de PRM y RNM y el hecho que el “farmacéutico”, sea el responsable de su vigilancia siendo el comienzo de la localización del experto en las organizaciones de sanidad .cabe recalcar que hoy en día los profesionales los farmacéuticos en la práctica han omitido emplear el término diagnóstico por diferentes razones, así referirse lo laboral del experto en identificar PRMs, intervenir en el problema e implementar soluciones con el fin de prevenir RNMs. A diferencia de lo que sucede con los Profesionales Médicos en los cuales es clara su labor diagnóstica de enfermedades, aún no se acepta la capacidad profesional de los químicos farmacéuticos para el diagnóstico y tratamiento de los problemas relacionados con medicamentos^{1,58}.

Según Culbertson y et al. En el año 1997 ⁵⁹citado por Hurley ⁶⁰hacen descripción al (DF) como “proceso cognitivo”, enfocado en el reconocimiento por qué la dificultad por parte de los pacientes para generar efectos negativos en la utilización de los fármacos. Así mismo este debe basarse en demostrar el origen del problema de acuerdo al uso de sus medicamentos.

Calvo y Ferriols ^{61,62} afirman que cuando hay una negatividad por parte del experto cuando hace una mala prescripción o al momento de la dispensación o en su defecto no hay suministro en la farmacoterapia esta presentara un aumento o crecimiento en generar PRM, lo cual es necesario vigilar la evolución del paciente y de esta manera mejorar su sanidad.

2.2.2. Diagnóstico de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM).

Los farmacéuticos clínicos deben desarrollar habilidades para el diagnóstico de PRMs. El “diagnóstico del farmacéutico”, es la capacidad profesional de determinar dicho problemas que pueden ser reales o potenciales ya que a su vez dan origen de resultados negativos de la medicación a partir de la aplicación de técnicas de diálogo con el paciente, medicación de signos clínicos, evaluación de información sobre prescripción y dispensación de medicamentos, carga genética del paciente y hábitos de vida saludables⁴⁶.

Los diagnósticos deben definir las peculiaridades de los (PRMs), al igual cual fue el motivo o causa y los agentes que la generan. Debido a que cada vez se comercializan más fármacos y a que cada vez se consumen más medicamentos, probablemente los PRM irán en aumento, a no ser que se establezcan programas o estrategias de actuación para evitarlos, para ello, las instituciones y los profesionales sanitarios necesitan disponer de herramientas que les ayuden a evaluarlos y a identificar sus riesgos. En este contexto, se está promoviendo la realización de investigaciones encaminadas al análisis de los PRM. Este tipo de estudios deben servir para establecer esquemas de intervención que permitan detectar y disminuir el riesgo de aparición de

PRM mediante una mejor utilización de la medicación y proporcionar orientación sobre sistemas eficaces de seguimiento de seguridad^{53, 56}.

Por su parte, “El Tercer Consenso de Granada y la Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico del Método DADER”, revelan descripciones acerca de los (PRM). De la cual se detallan de la siguiente manera de la Figura N° 01 y la Ficha Farmacoterapéutica^{1, 54, 63}(Anexo N°8.3.2)

- a) Administración errónea del medicamento (PRM 1 Los pacientes toman el medicamento de manera inadecuada y diferente a la prescrita por el médico. Se suelen automedicar y tomar medicamentos sin prescripción médica cuando no los necesitan¹.

Por su parte en el Perú la ley los medicamentos se clasifican en cuatro niveles: 1) venta sin prescripción así como en lugares no farmacéuticos; 2) venta sin instrucción por algún experto de la salud solo en servicios farmacéuticos; 3) Medicamentos de venta bajo prescripción y solo en farmacias y 4) drogas únicas y con su respectiva prescripción de dispensación en farmacias⁶⁴.

Se generan diversas fallas debido a la claridad incorrecta acerca de la información tanto en dosis, manejo o conocimiento de las características farmacéuticas, arruinar las diversas drogas que tenga el paciente y así favorecerle al momento de ingerir.

- b) Comportamiento negativo (PRM2) causa desencadenada por el comportamiento del mismo paciente hacia la medicación. Originada en percepciones erróneas de los efectos de los medicamentos. Creándose convencimiento que la farmacoterapia es innecesaria.

Dichas comportamientos se establecen interrogantes por el experto ¿confías tú en los medicamentos que tomas? Y se obtienen respuestas que no favorecen a los medicamentos, ya que son causados por las mismas actitudes y hacen que

los pacientes dejen la medicación, de tal manera se generando a su vez muestra de desinterés¹.

c) Conservación inadecuada (PRM 3): si los medicamentos están en condiciones ambientales negativas estas afectaran directamente su calidad, pueden darse de la siguiente manera en: áreas inseguras, que estén a disposición de los infantes, descubiertos rayos solares, áreas no aptas para una buena preservación, así como la forma desordenada en la que se almacena los medicamentos como: en bolsas plásticas, cajas, armarios, etc. Guardándose fuera de su empaque secundario, a granel y mezclándose con otros medicamentos de apariencia similar, genera que el paciente agá elección errónea del medicamento necesitado y conlleve a efectos muy graves¹

d) Duplicidad (PRM 4): problema de seguridad en la utilización de medicamentos muy prevalente y de consecuencias negativas para la salud. Siendo que existe una duplicidad cuando el paciente no es consiente y genera un plan Farmacoterapéutico donde hace uso dos medicamentos con el mismo principio activo o diferentes principios activos con la misma acción farmacológica y cuya asociación no aporta ventajas frente a la monoterapia

El uso de dos medicamentos también puede darse cuando el paciente decide tomar dos medicamentos que no necesitan prescripción pero con el mismo efecto farmacológico

e) Dosis, pauta y/o duración no adecuada (PRM 5): Se origina cuando la instrucción no es semejante a dosificación habitual o sus recomendaciones. Tal es así entonces el paciente usa una dosis o pauta de tratamiento inferior a la que necesita. En este tipo de PRM el paciente no logra resolver su situación de salud pues la dosis administrada no alcanza el nivel terapéutico necesario para ejercer su efecto farmacológico.

- f) **Contraindicaciones (PRM 6):** esto se origina cuando el paciente presenta una sintomatología o patología que no permite que se administre un medicamento dado.

Se evidencia un medicamento contra indicado al revisar los medicamentos prescritos que el paciente ingiere de manera regular, O también cuando el paciente consume un medicamento de venta libre contraindicado para su condición .La contraindicación no es aceptada, cuando el paciente decide auto medicarse un medicamento no apropiado para su condición que necesita prescripción. En este caso será un error de medicación (PRM1).

- g) **Errores de dispensación (PRM 7):** los medicamentos deben, en la mayoría de los casos ser dispensados tal como fueron prescritos en las recetas. Según norma vigente el Farmacéutico está facultado para ofrecerle al paciente una alternativa farmacéutica al medicamento prescrito las diferencias de origen y precio ^{65,66} .El cambio puede ser desde un medicamento prescrito en denominación internacional (DCI) a un medicamento de marca, si el paciente lo prefiere y fue informado del cambio. O el cambio más favorable de un medicamento prescrito en el nombre comercial por otro en DCI.

En la revisión de los medicamentos el Farmacéutico asegurará que los dispensados estén de acuerdo a la receta en cuanto a su naturaleza como alternativa farmacéutica, forma farmacéutica y cantidad.

- h) **Errores de prescripción (PRM 8):** Esto ocurre cuando el profesional que entrega al paciente una receta o documento con pautas terapéuticas incompletas, poco claras, confusas y que originan el error del paciente al usar los medicamentos¹.

Para un mejor diagnóstico el Farmacéutico está en la obligación de revisar con el paciente la receta indicada de ambos lados, así mismo promover

que muestre todos los fármacos que se le consignaron. De tal manera que se determine o evidencie conformidad del tratamiento de tal manera el experto pueda certificar su contenido⁶⁶.

- i) Desobediencia a la medicación prescrita (PRM 9): Haynes citado por Basterra¹⁶ lo describió ,“ al incumpliendo a el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”.
- Utilizándose diferente terminologías a la adherencia de la medicación, significado semántico^{1, 67}.

Por otro lado tanto es la desobediencia de la medicación indicadas de las patologías incurables sean convertido en una elevado disturbio en el mundo. Siendo las naciones avanzadas las adherentes con una prevalencia del 50% mientras que en los países en vías de desarrollo las tasas son inclusive menores⁵⁶. Este PRM tiene como consecuencia el incumplimiento de las metas sanitarias, sobre todo en pacientes con enfermedades crónicas, mayores costos en salud, mayor incidencia de complicaciones y finalmente agravamiento y muerte ^{68,69}.

La escala de adherencia si es medido antes y después de cada intervención Farmacoterapéutico sirve como un indicador de la eficacia del SFT sobre la resolución de PRM²⁶.Este grado se evaluará mediante la utilización del examen llamado “Medication Adherence Scale o Test de Morisky”⁶⁹.

Es elemental analizar de donde procede su uso los problemas con los medicamentos. Cuando estos medicamentos auto medicados no tienen prescripción y producen reacciones adversas, son reportados de la siguiente manera “errores de medicación” PRM1²⁶.

j) Interacciones (PRM 10):

Se dice que hay una interacción cuando un medicamento no ejerce el efecto esperado ya sea debido a la administración simultánea (al mismo tiempo) o sucesiva de otro medicamento, así mismo como también , hierba medicinal, alimento, bebida o contaminante ambiental.

La determinación de la interacción es muy complicada y debe prevalecer un principio en cuanto a su valor o su precio, apoyo al manejo con otras elecciones en cuanto a medicación^{20,69}.

k) Otros problemas de salud que afectan al tratamiento (PRM 11): son aquellas molestias que han sido determinadas por profesional experto aparte de su diagnóstico principal como: alergias, estrés, dolor, depresión, constipación, malestares gastrointestinales, infecciones respiratorias, sensaciones extrañas u otro similar. Entonces, el paciente al darse cuenta hace elección de medicamentos de tal manera que calme su dolencia de esta manera generando por su parte una automedicación¹.

l) Potenciales Reacciones Adversas (PRM 12): medicamentos que producen agravamientos hacia la salud del paciente lo que genera de que no se llegue a cumplir con el objeto de la terapia farmacológica .Por ello es necesario chequear los estudios acerca de dichas molécula así mismo de manifestación de un determinado efecto indeseado, así como su gravedad. Es preciso especificar sintomatologías clínicos que permiten reconocer surgimientos de consecuencias indeseables de algún fármaco. También es preciso analizar resultados de ensayos clínicos para poder evidenciar alteraciones en los medicamentos⁶¹.

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

Según Strand⁵⁵, en el año 1990, “Atención farmacéutica es la provisión responsable de terapia farmacológica con el propósito de obtener resultados precisos que mejoren la calidad de vida del paciente” .Durante las cuatro últimas décadas ha habido una tendencia a cambiar la práctica del farmacéutico; de su función original de suministro de medicamentos a una orientación en el cuidado del paciente. El papel del farmacéutico ha evolucionado desde un elaborador y dispensador de fármacos hacia un proveedor de servicios y de información y, últimamente, como proveedor de cuidados de salud. En concreto, la tarea del farmacéutico consiste en asegurar que la terapia que recibe el paciente sea la mejor indicada, la más efectiva disponible, la más segura posible y cómoda para el paciente de las disponibles. Asumiendo la responsabilidad directa de las necesidades farmacológicas de cada paciente, el farmacéutico puede ofrecer una contribución única a la obtención de resultados de la farmacoterapia, y a la calidad de vida de sus pacientes. Este nuevo enfoque se ha dado en llamar “Atención farmacéutica”⁷⁰.

Durante los últimos 40 años la OMS señala, que el papel del farmacéutico ha cambiado de elaborador y dispensador al de “gestor de la farmacoterapia”. Esto implica responsabilidades para asegurarse de que donde quiera que se proporcionen y se utilicen medicamentos .El alcance de la práctica farmacéutica incluye ahora el cuidado centrado en el paciente con todas las funciones cognitivas de asesoramiento, provisión de información sobre medicamentos y monitorización de la farmacoterapia, así como los aspectos técnicos de los servicios farmacéuticos, incluyendo la gestión de la provisión de medicamentos ^{70, 71,72}.

CUADRO N° 03. Actividades de Atención Farmacéutica en el ejercicio profesional del farmacéutico comunitario.

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

Tomado de Andrés Rodríguez ⁹.

Aquellas labores y el uso de medicamentos ambas si no estén estrechamente vinculadas pueden contribuir también con la meta, considerándose como labores que aseguran la calidad intrínseca de la forma farmacéutica, de esta manera se toma como ejemplo “el análisis de control de calidad”^{1, 9}. Por otro lado las relacionadas directamente con Atención Farmacéutica como se señala en el cuadro N°1 ,todas ellas ayudan con la prevención de los PRM¹.

Según Gonzales G, Martínez M, y Van W, refieren que “Al introducir el término ATENCIÓN, el farmacéutico se iguala con otros profesionales de la salud que al igual entregan atención al paciente y colocamos a éste, en el centro de nuestro trabajo profesional. Hay tres elementos básicos que caracterizan el ejercicio de la atención farmacéutica: Responsabilidad, el compromiso de trabajar con el paciente para alcanzar las metas terapéuticas y el mejoramiento de la calidad de vida”^{73, 74,75}.

Ocampo también hace mención, que este servicio de AF no es inducido a la praxis , en términos con una actividad proactiva independiente del profesional farmacéutico ya que el objetivo es localizar PRM por ello se comprometerá ayudar por el bienestar de los pacientes¹.

Para este fin se han propuesto distintas labores todas ellas que permitan obtener evidenciar el apoyo del trabajo profesional farmacéutico de esta manera haya disminución (PRM), para ello se verá obligado a llevar a cabo modelos específicos o actividades de SFT, con esto se lograra prevenir o hallar respuestas hacia los tratamientos , para este fin el paciente tendrá implica un compromiso y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada generándose mejor calidad en su sanidad. ^{75, 76, 77}.

Por su parte el tercer consenso plantea, La definición para el SFT, como: “La práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente que usa medicamentos”^{1,54}.

Tal como lo señala Machuca ⁷⁸ actualmente los términos: atención farmacéutica (AF), intervención farmacéutica (IF) y Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) se usan indistintamente en las distintas investigaciones sobre el tema para indicar una misma actividad orientada a asegurar calidad y prevenir el riesgo en el consumo de medicamentos por parte de los pacientes. Climente y Jiménez, generaliza los programas de AF o SFT que deben soportarse en métodos o sistemas para dar respuesta a los siguientes aspectos: 1) Identificación temprana de pacientes que se beneficiarían con su implantación; 2) Registrar las categorías y causas que originan los problemas relacionados con los medicamentos y su documentación; 3) Generar alertas para solucionar fallos del sistema; 4) Evaluar la utilidad clínica de los procesos asistenciales en curso y 5) Facilitar la propuesta de mejoras en la calidad de la gestión fármaco terapéutica^{79,80}.

Al pasar de los tiempos se han desarrollado varios métodos para este fin, entre ellos los más conocidos como: a) The Therapeutic Outcomes Monitoring (TOM)

aplicable a grupos de pacientes que sufren enfermedades de alto riesgo propuesto por Charles Hepler ; b) El Método del Global Pharmaceutical Care de Linda Strand y Cols. Y c) El método de Seguimiento Farmacoterapéutico DADER de Dáder y et al. Desarrollada desde la Universidad de Granada en España^{8, 59}. Existen así mismo otros métodos propuestos como el método IASER desarrollado por Climenti y Jiménez^{79, 80}.

Ocampo²⁶, ha desarrollado para esta investigación en método DADER realizando unos cambios y utilizado por primera vez de esta manera medir el impacto del SFT sobre el uso de los fármacos, la ayuda en prevenir, brindar solución de PRMs y RNMs en pacientes con hipertensión arterial^{1, 26, 63, 81}.

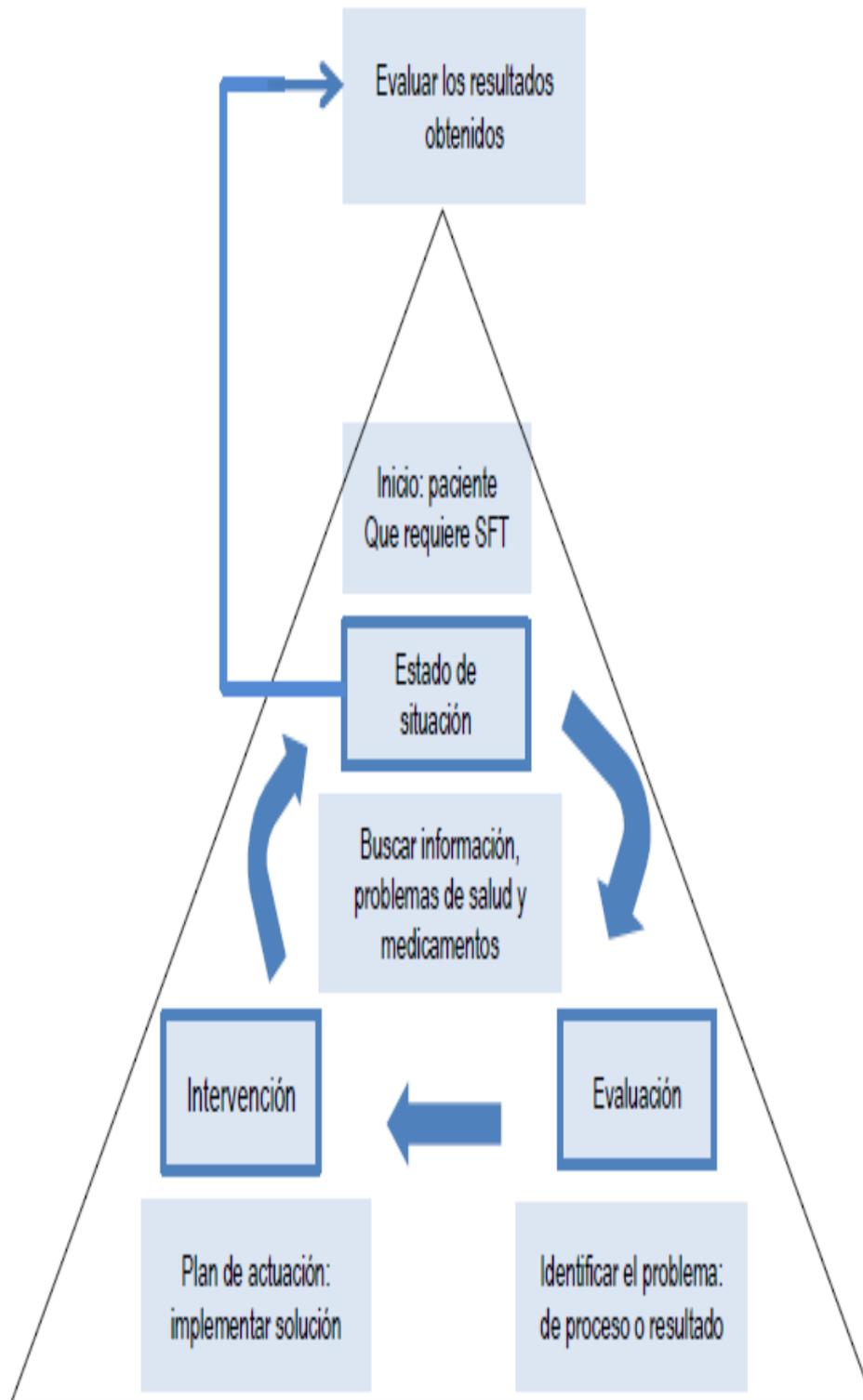
En 1999, en este año fue el inicio del método “DADER” para dar cobertura al proceso de enseñanza para el programa Dader de esta manera surge como sugerencia por el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. Intenta ser una herramienta clara y de fácil aplicabilidad sin perder el rigor de un procedimiento operativo normalizado. Según los autores el modelo pretende ser universal y a la misma vez simplificada y de ayuda para la prestación del SFT^{1, 81, 82, 83}.

El método ha demostrado ser triunfante en la prevención, detección y resolución de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) desde el nivel de atención primaria. El Grupo de Investigación de la Universidad de Granada y Deselle y et al^{1, 21, 23} así mismo manifiesta, que es necesario evaluar su utilidad en escenarios sociales diferentes que permitan establecer estándares de actuación en situaciones particulares para medir en ellos el impacto real de la atención farmacéutica.

Según Ocampo²⁶, para detectar estos problemas se han incluido método modificado, adecuando herramientas de recojo de información para hacerlas más fáciles de aplicar por el profesional farmacéutico en el contexto peruano y más entendibles para el paciente.

Así mismo identifico fases centrales del proceso de seguimiento Farmacoterapéutico del método DADER, en el que se observan siguiente orden de la imagen N°2: ^{8, 26}.

Figura N°01. Pasos Clave del Método DADER Modificado de Seguimiento Farmacoterapéutico.



Elaborado de: P. Ocampo ²⁶.

Desde el punto de vista es importante fomentar un modelo que agregue valor a la asistencia sanitaria, un impulso cualitativo a las actividades del profesional farmacéutico y además genere rentabilidad económica al establecimiento farmacéutico^{1,80}. Sin embargo el objetivo del SFT, independiente del modelo, es dar solución a los PRMs a través de intervenciones farmacéuticas efectivas. Sabater^{1,19}, determina una clasificación de las intervenciones farmacéuticas que podrían avanzar durante el proceso de Seguimiento Farmacoterapéutico (Ver Cuadro N°04).

En esta clasificación se define intervención farmacéutica como: una propuesta de actuación sobre el tratamiento y/o las conductas del paciente, encaminada a resolver o prevenir un PRM y evitar RNM¹⁹.

En las intervenciones sobre la terapia indicada por un facultativo que corresponde las dimensiones 1 y 2 con el objetivo de cambiar las dosis, frecuencias de dosis, reparto de dosis, aumentar o quitar un medicamento y/o sustituir alguno deben implementarse a través de una interconsulta con el médico prescriptor. Mientras que las intervenciones en la dimensión 3 son de naturaleza educativa y de responsabilidad directa del farmacéutico y del paciente¹.

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

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

Tomado de Sabater et al ¹⁹.

2.2.4. Autopercepción de la calidad de vida:

El cambio de perspectivas en el cuidado de la salud de lidiar solo con la muerte y la enfermedad al concepto de salud integral preventiva ha significado que los profesionales de la salud empiecen a darse cuenta de la importancia del seguimiento de la calidad de vida de los pacientes como un nuevo indicador de salud. Esto mismo ha sucedido en la evolución del concepto de atención farmacéutica cuyo objetivo final es mejorar la calidad de vida a través de un esfuerzo cooperativo entre el farmacéutico y el paciente^{13, 84,85}.

En general existe muy poca experiencia en la evaluación formal de la calidad de vida relacionada con salud (CVRS) por los farmacéuticos; existiendo barreras conceptuales, metodológicas, de actitud y de práctica, para que los farmacéuticos adopten este rol. Sin embargo los farmacéuticos muestran mucho interés en utilizar instrumentos para evaluar CVRS^{86,87}.

Los términos “calidad de vida” y más específicamente “calidad de vida relacionada con salud” (CVRS) se refieren a la percepción que un individuo tienen de los componentes físicos, psicológicos y sociales de su salud que pueden ser influenciados por sus experiencias, creencias, expectativas y percepciones personales^{88,89}.

Los cuestionarios de calidad de vida, y en intervenciones farmacéuticas los “medical outcomes study short form” y sus variaciones demuestran ser los más utilizados, no sustituyen a las evaluaciones sintomáticas, analíticas, morfológicas, etc., sino que las complementan, introduciendo algo tan trascendente como la visión del propio paciente sobre su percepción de salud^{14,89}.

Según Côté⁹⁰, Las intervenciones farmacéuticas han demostrado resultados ambiguos en términos de mejoras en los indicadores de CVRS. Probablemente debido a la alta influencia subjetiva en los resultados, no obstante, los cuales no dejan de ser importantes para evaluar el componente humanístico de las intervenciones^{13, 88,91}.

Jarrillo et. Al⁹². Sostienen que existe una marcada relación entre el nivel de conocimiento sobre la enfermedad, adherencia al tratamiento y la auto percepción de la calidad de vida un hipertenso. En un estudio español sobre el impacto de la atención farmacéutica en pacientes con enfermedad coronaria (más conocido como estudio TOMCOR) utilizando el instrumento SF-36 encontró mejoría significativa en la función física y un empeoramiento de las funciones sociales, emocionales y de salud mental (atribuido este cambio a una mayor conciencia de la enfermedad)¹. Simón et al. ⁵⁰ como resultado de un metaanálisis de las intervenciones farmacéuticas relacionadas con CVRS hallaron cambios significativos sobre todo en aquellas relacionadas con asma, hipertensión y cardiopatías crónicas.

El análisis de la calidad de vida fue evaluado con una versión resumida del instrumento SF-36 denominado SF-12 que es una hoja de auto evaluación compuesta por 12 ítems que miden la auto percepción del paciente acerca de su estado funcional y emocional. Es un instrumento probado y estandarizado que permite puntuar las dimensiones de salud física y salud mental ^{93, 94,95}.

2.2.5. Presión arterial:

La sociedad Europea de cardiología y la Sociedad la hipertensión es una morbilidad crónica⁹⁶.

Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High BloodPres Estas peculiaridades se han introducido en el método modificado sure de los E.E.U.U ,dentro de los siguientes valores mayor o igual de 140 mm Hg en la presión sistólica a partir de la edad de 18 años para delante y/o una elevación de la PAD (presión arterial diastólica) mayor o igual de 90 mm Hg⁹⁶.

Así mismo se evidencian estadísticas según la organización mundial de la salud que de cada de cada tres adultos uno tiene presión arterial alta. Esta morbilidad en países muestra el diagnostico en dos de cada tres individuos hipertensos su prevalencia es

(68,4%). De los cuales, un 53,6% de su prevalencia ha tenido un excelente tratamiento, una baja prevalencia del 27% de aquellas personas que solo se hacen control, teniendo una similitud en la prevalencia en Perú según el estudio de Agustí y Rojas, por otro lado, en Chile se evidencia una prevalencia 55 y 40% en hipertensión ya que es originada por los pacientes que no toman conciencia ya que esta morbilidad es asintomática^{97,98,99}.

Es necesario recalcar factores que han influenciado en la HA como: herencia, la edad, el sexo la mayor prevalencia se muestra en las mujeres, la raza (con un alto índice en personas de piel negra) y nivel socio económico. El principal objeto del tratamiento Farmacoterapéutico mantener la estabilidad por debajo de este valor 140/90 mm. Hg. Por otro lado hoy en día el manejo de la HA ya no se considera simplemente el objeto del estudio tomando una transformación para la prevención y el control, de esta manera se originen otras patologías como: problemas cardiovasculares, cerebrales, renales u oculares, ect¹⁰⁰.

Según el Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión e Iza para que la farmacoterapia sea un éxito se recomienda la flexibilidad, es necesario que el profesional médico inicie su elección de los fármacos con idoneidad y responsabilidad desde empezar de la siguiente manera: “diuréticos tiacídicos, β -bloqueantes, antagonistas del calcio, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), antagonistas del receptor AT-1 de la angiotensina II, bloqueantes α -adrenérgicos, agentes de acción central o combinaciones fijas de fármacos a dosis mínimas”. Por tanto, se ha considerado de los α -bloqueantes, antagonistas del calcio y β -bloqueantes brindan mucha seguridad, de tal forma se evite su inhibición del uso diario, siendo de gran utilidad para el tratamiento en ciertos casos^{101, 102}.

Según el estudio Agustí en el Perú¹⁰³ declara que la gran mayoría pacientes hipertensos muestran una prevalencia del (82,2%) iniciando con fármacos

inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), con una prevalencia del (12%) seguido por los calcio antagonistas dihidropiridínicos y luego otros hipotensores.

2.2.6. Botica Salud Y Vida:

La presente investigación piloto se llevó a cabo en la Botica Salud Y Vida. La farmacia está ubicada en el distrito de Chimbote - Laderas norte Mz D Lt 16, esta población de la zona de influencia puede considerarse como del nivel socioeconómico medio. Botica Salud Y Vida tiene como misión es contribuir con la salud, bienestar y seguridad de las poblaciones de Chimbote. Para el servicio profesional la Botica cuenta con la presencia de 1 Químico Farmacéutico y 1 Técnico en Farmacia, en diferentes horarios de atención. La Botica atiende diariamente un promedio de 70 pacientes en los horarios de 7:00 am – 11:00 pm. Las patologías más frecuentes para las cuales se dispensan los medicamentos son: Hipertensión, Enfermedades Respiratorias, Enfermedades gastrointestinales, Infección de transmisión sexual (ITS), Anti fúngicas.

La Botica Salud Y Vida está en un proceso de implementación de buenas prácticas de oficina farmacéutica y buenas prácticas de almacenamiento. Es decir, está en vías de certificar Buenas Prácticas de Dispensación (BPD), Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA).

III. HIPÓTESIS.

3.1. Eficacia del seguimiento Farmacoterapéutico sobre la dimensión física.

3.1.1 Ho

El programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico dirigido a pacientes con hipertensión arterial no cambia la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física.

3.1.2 H1

El programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico dirigido a en pacientes con hipertensión arterial cambia la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física.

3.2. Eficacia del seguimiento Farmacoterapéutico sobre la dimensión mental.

3.2.1. H₀

El programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico dirigido a pacientes con hipertensión arterial no cambia la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión mental.

3.2.2. H₁

El programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico dirigido a en pacientes con hipertensión arterial cambia la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión mental.

IV. METODOLOGÍA

4.1. Diseño de la investigación.

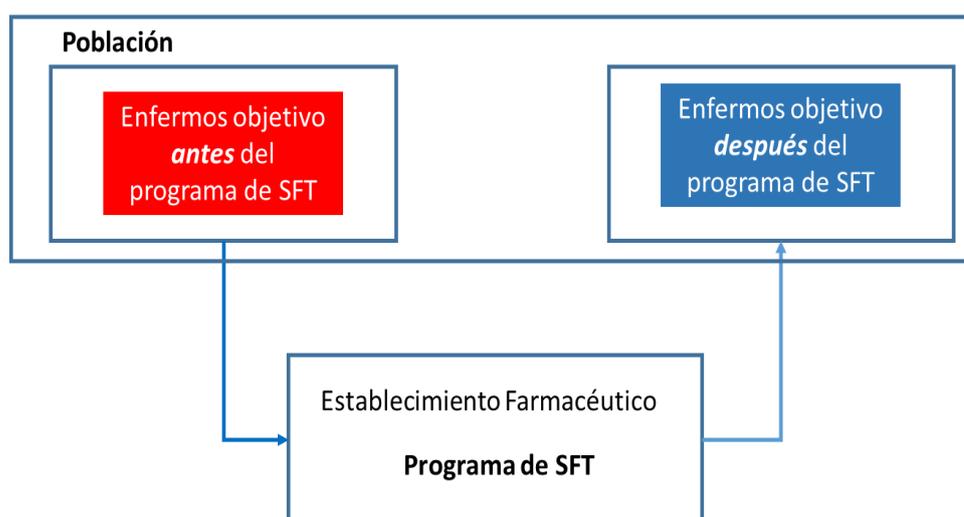
4.1.1. Tipo y el nivel de la investigación:

La presente investigación fue de tipo aplicada, cuantitativa y de nivel pre-experimental

4.1.2 Diseño de la Investigación:

El diseño fue de tipo prospectivo longitudinal de una sola casilla, no pro balístico y semi ciego. Ver Figura N°02.

Esquema del modelo de intervención farmacéutica.



Fuente: elaborado por Ocampo ²⁶

4.2. Población y muestra:

El universo de sujetos de estudio estuvo conformado por pacientes atendidos de manera regular en la Botica Salud Y Vida. Los pacientes de la muestra de investigación se autoseleccionaron entre aquellos que visitaron la Botica Salud Y Vida. durante el mes Marzo del 2016 a noviembre del 2016, 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 fueron:

- Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial
- Edad desde 19 años 75 años
- Captados desde la botica Salud y Vida.
- Los pacientes siguen una prescripción para el tratamiento de hipertensión con una antigüedad no mayor a 3 meses evidenciada con receta médica.
- Orden propia con la firma de la autorización del archivo correspondiente de la investigación
- Canal o vía de comunicación con el habla castellano, transparente y en algunos casos escrita
- Independiente: Valiéndose por sí solo para el consumo de sus propios fármacos.

Se excluyeron aquellos pacientes que presentaron:

- Participación en pasados investigaciones o que tengan similitud tiempo con otra igual a la intervención de Seguimiento Farmacoterapéutico.
- Mujeres embarazadas y niños.

4.3. Definición y operacionalización de variables e indicadores:

| 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) ⁸² . El SFT es una variable independiente administrada a los pacientes para diagnosticar, tratar y/o prevenir PRM que degeneren en resultados negativos de la medicación. El SFT se aplica mediante una intervención profesional en una secuencia de actividades en cinco fases conducidas por el Farmacéutico y dirigidas al paciente y/o prescriptor ⁸³ . | El instrumento del SFT es la Ficha Farmacoterapéutica (FFT) (Anexo N° 03) donde se registra la evolución del proceso. Se consignan datos del paciente, morbilidades, uso de medicamentos, costumbres y otros. | Medicamentos utilizados. PRMS, diagnosticados, Tipo de intervenciones, Canales de comunicación usados, |
| Variables Dependientes | Problemas Relacionados con Medicamentos | Situaciones que en el proceso de uso de medicamentos causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación. En la presente investigación utilizaremos como base el listado original de PRM sugerido por el tercer consenso de Granada ⁸⁴ . (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). | 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) ⁴⁸ . | 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. |
| | Calidad de Vida | La variable satisfacción del paciente con las indicaciones del farmacéutico se definió como la aprobación final de la calidad de la atención farmacéutica y refleja la habilidad del proveedor para cumplimentar las necesidades de los pacientes-usuarios (67). La medición de la variable fue utilizada como indicador de la calidad percibida de los servicios farmacéuticos. | La variable se determinó mediante el instrumento The Purdue Pharmacist Directive Guidance scale (PPDG) (84, 70,90). | El test de Purdue contiene 10 preguntas con respuestas según escala de Lickert cuyo puntaje ordinal va del 0 al 3, significando entonces un puntaje de 30 como de total satisfacción y 0 como total insatisfacción del paciente. |

4.4. Técnicas e instrumentos.

4.4.1. Técnica.

El Seguimiento Farmacoterapéutico se condujo a través de la técnica de la entrevista personal, la conversación telefónica y la interacción a través de redes sociales en internet. La entrevista personal se realizó en el EF o en el domicilio del paciente. La técnica de abordaje y de interacción con el paciente en las entrevistas fue el recomendado por la Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico del método DADER¹.

4.4.2. Instrumentos

4.4.2.1. Fichas Farmacoterapéutico (FFT) (anexo N°8.3)

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 consumidos, problemas con el uso de medicamentos y las acciones realizadas por el profesional farmacéutico para resolverlas.

Se utilizó este instrumento en las 5 fases del SFT. El registro de la información en las FFT se realizó de acuerdo a las indicaciones de la Guía para el Seguimiento Farmacoterapéutico del método DADER^{1, 104}.

4.4.2.2. Instrumento para medición de la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud.

El test de Salud SF-12 es la adaptación realizada en España por Alonso et al. Del SF-12 Health Survey. El SF-12 es una versión reducida del Cuestionario de Salud SF-36 diseñada para usos en los que éste sea demasiado largo o complejo. El instrumento incluye uno o dos ítems de cada una de las 8 escalas del SF-36. La información de

estos 12 ítems (cuadro N° 06) se utiliza para construir, a través de la categorización de las respuestas mediante puntuaciones promedio estándares, las medidas sumario física y mental del SF-12¹⁰⁵.

El procedimiento para la determinación de la sumatoria de los escores del componente físico (SCF) y mental (SCM) del SF-12 involucró tres pasos: PASO 1. Se Identificó los valores fuera de rango de cada una de las preguntas si hubiese alguna. Si hubiera algún dato faltante no puede proseguirse. PASO 2. Se convirtió cada ítem respuesta en su componente físico y mental utilizando la tabla de escores¹⁰⁸. PASO 3. Se sumaron los valores hallados en el paso dos desde la pregunta 1 hasta la 12^{107,108}.

Para facilitar interpretación se han estandarizado valores de las normas poblacionales de los Estados Unidos, de forma que 50 (de=10) es la medida de la población general. Los valores superiores o inferiores a 50 se interpretaron como mejores o peores, respectivamente, que la población de referencia. Para cada una de las 8 dimensiones, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). La puntuación se realizó con un ordenador y utilizando los algoritmos de puntuación del anexo 01 al inicio y al final de la intervención^{109, 110}.

CUADRO N°5. cuestionario de la autopercepción de la calidad de vida relacionado con la salud sf-12.

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

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ COD* _____

FIRMA: _____ FECHA: ____/____/____

COD INTERV:

INSTRUCCIONES :

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

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA:

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

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

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

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

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

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

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

- 1) Si 2) No

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

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

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

- 1) Si 2) No

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

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

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

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

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

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

9. Se sintió calmado y tranquilo?

10. Tuvo mucha energía?

11. Se sintió desanimado y triste?

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

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

4.4.2.3. Instrumento para medir la presión arterial.

Se utilizó el tensiómetro aneroides por el cual se calibra y valida para su respectivo uso, de esta manera poder obtener valores tanto diastólicos como sistólicos¹¹⁰.

Dicho instrumento es muy confiable y está recomendado para el seguimiento en los trabajos de investigación como en la práctica clínica. Realizar de manera ordenada todos los pasos permite obtener lecturas confiables de la presión arterial y mejora nuestra destreza en esta actividad, lo que redundará en decisiones terapéuticas óptimas e individualizadas para nuestros pacientes. Para ello realizaremos de la siguiente manera¹¹¹.

Medición del perímetro de ambos brazos para la elección de la anchura del manguito adecuado (ancho del manguito ideal = perímetro del brazo en cm x 0,4). Si no disponemos de varios manguitos, debemos aplicar el aumento o reducción que plantea la tabla según el ancho del manguito utilizado en relación al perímetro medido.

Colocación del individuo para valorar la presión arterial en decúbito supino o en sedestación con el brazo a explorar a la altura del esternón y apoyado (sin tensión muscular)

Ajustar el manguito de goma, vacío de aire, en el tercio medio del brazo.

Palpar el pulso braquial. (Para colocación del fonendoscopio).

Cerrar la llave de la pera de goma y elevar rápidamente la presión del manguito, 30 mm Hg por encima de la desaparición del pulso radial.

Colocar la campana con membrana del fonendoscopio sobre la arteria braquial.

Abrir suavemente la llave de la pera de goma, dejando bajar la presión de 2 a 3 mm Hg por segundo y 1 mm Hg por latido del pulso en las bradicardias.

Escuchar atentamente los sonidos que determina de la sangre por la arteria.

Anotar las cifras obtenidas del brazo de mayor presión (puesto que debe tomarse en ambos brazos la primera vez y dejar como brazo patrón el de mayor presión)

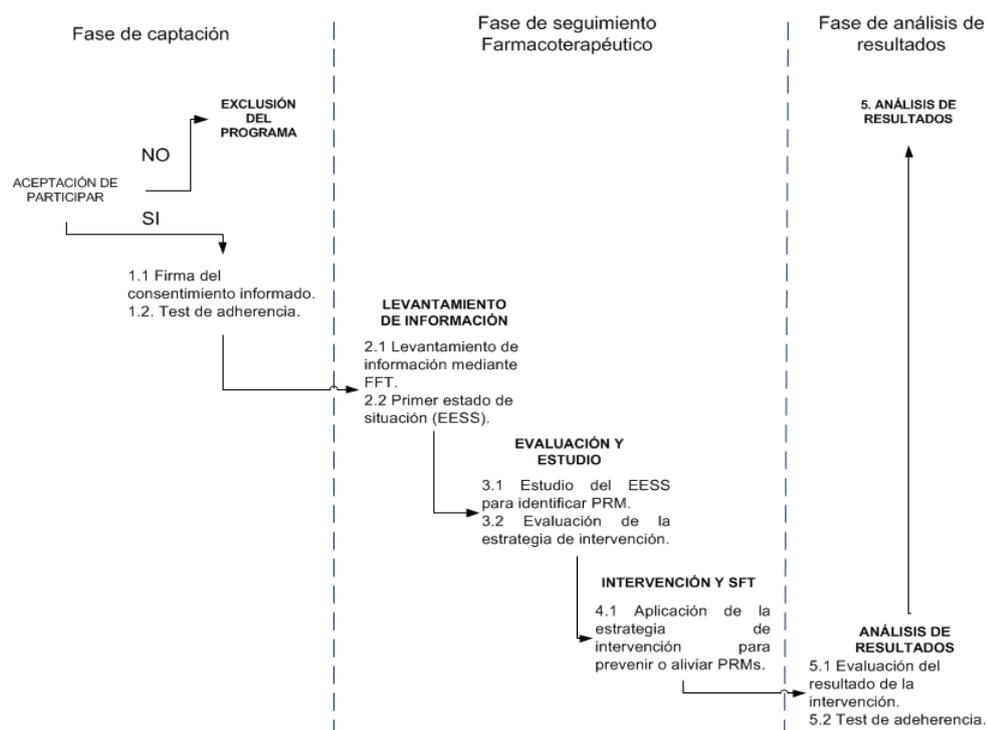
4.4.3. Procedimiento de recolección de datos.

Los datos se recolectaron durante el programa de Seguimiento Farmacoterapéutico, cuyo proceso se esquematiza en la Figura N°04. En esencia se sigue el procedimiento sugerido en el método DADER con la modificación de la terminología y el anexo de otros datos que son útiles para nuestra realidad^{1, 112}.

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.

Figura N°03. Flujograma de las actividades de seguimiento farmacoterapéutico.



Elaborado por Ocampo²⁶.

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

Es necesario brindar orientación para dar a conocer la oferta a todos los pacientes con “Hipertensión arterial” que concurren a la Botica Salud Y Vida en el mes Marzo – Julio del 2016 con el objetivo de obtener a doce pacientes. Los pacientes firmaron su consentimiento de participar de la experiencia en un documento firmado (Anexo N°7.2). El documento de consentimiento explicita la responsabilidad del farmacéutico en vigilancia del uso de medicamentos, la cautela de los datos del paciente, la gratuidad del servicio, ni la venta o donación de ningún tipo de medicamento¹.

Así mismo el consentimiento autoriza al farmacéutico a intermediar con el médico para la solución de los problemas complejos o urgentes relacionados con el uso de medicamentos. Por otro lado obliga al paciente a entregar toda la información referida a enfermedades y uso de medicamentos que pueda ser útil para el diagnóstico de PRMs, Procurando que el tiempo entre la captación y el levantamiento de información no sea más de 72 horas¹.

4.4.3.2. Levantamiento de información.

La evidencia se registró (FFT) (Anexo N° 03). Donde tomo la información de manera general del paciente, datos sobre patologías, hallazgos de los diagnósticos, fármacos utilizados, estilos de vida, antecedentes familiares y sintomatologías que ocasionen complicaciones a su morbilidad. Además, uso de otros productos farmacéuticos, así también el consumo de productos naturales sin prescripción. Para poder estar seguros se pidió al paciente mostrar todos sus medicamentos que se usen o no para dicha patología. Es necesario interrogar al paciente y evitar de problemas relacionados con el uso de medicamentos¹.

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 Bibliográfico¹.

Así mismo para toda la información plasmada en la FFT para correlacionar 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 RNMs¹.

113

Es la obligación que el Farmacéutico analice bien el estado del paciente correspondiente a su diagnóstico y de apoyo utilice el instrumento 5 de la ficha Farmacoterapéutico, así mismo la importancia de que el paciente sienta muestra de interés por parte del profesional es necesario formas de comunicación tanto como el profesional –paciente- y paciente y su médico de esta manera poder determinar

hallazgos de problemas relacionados con la toma de sus medicamentos y poder brindar solución¹.

Formas de comunicación utilizadas se aprecian en el siguiente cuadro:

CUADRO N°06. Diferentes formas para comunicar las recomendaciones del farmacéutico para la solución de PRMs

| | Formas 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.

Para poder cumplir esta fase, la comunicación tiene que ser asertiva dando plazos o tiempos y la información explícita que deben cumplir el paciente y/o médico para la solución de PRMs. Para la comunicación de las estrategias de solución al paciente se usó las entrevistas personales y recomendaciones escritas. El Farmacéutico hará uso del lenguaje verbal y en algunos casos, se dejarán recomendaciones escritas, así mismo se hará monitoreo por cinco días a través de las visitas relámpagos en su casa, llamadas a su móvil o de lo contrario a través de correos electrónicos¹.

4.4.3.5. Evaluación del impacto de la intervención.

En esta fase se preguntó al paciente si llevo a cabo todo lo recomendado para la solución del PRM o si el médico tomo en cuenta las sugerencias de modificación del tratamiento. Se le preguntó al paciente si consideraba resueltos cada problema relacionado con medicamentos que fue diagnosticado. Así mismo se midió la percepción de calidad de vida de los pacientes mediante del test SF-12²⁶.

4.5. Plan de análisis de datos.

Nuestras herramientas de trabajo como las FFT, el test de Morisky y las mediciones de los parámetros clínicos con toda la información 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) Autopercepción de calidad de vida de pacientes diabéticos antes y después de la intervención del programa de SFT.

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

A partir de los datos acumulados en MS Acces, se elaboraron tablas de resultados de doble y simple entrada con frecuencias relativas, absolutas y porcentajes. Se crearon tablas y gráficos sobre las características de los pacientes intervenidos, problemas de salud, frecuencias de los medicamentos usados, tipo y frecuencia de PRMs. Así mismo tablas para evidenciar la asociación entre el uso de medicamento y PRMs, los objetivos de intervención para solucionar los problemas y los Resultados Negativos a la Medicación (RNM) sospechados¹.

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 clínicos¹.

Se determinó la correlación entre el número de diagnósticos y los medicamentos usados y entre los medicamentos usados y los PRMs diagnosticados por cada paciente. Se elaboraron gráficos de regresión lineal para hallar la linealidad de la correlación y para la determinación de la correlación entre las variables se utilizó el estadístico de Spearman¹.

4.6. Matriz de consistencia

| Problema | Objetivos | Hipótesis | Metodología | Plan de Análisis |
|---|--|---|--|--|
| <p>1.1.2. ENUNCIADO GENERAL DEL PROBLEMA.</p> <p>¿Cuál es la eficacia de una intervención farmacéutica mediante seguimiento Farmacoterapéutico sobre la autopercepción de la calidad de vida en pacientes hipertensos? Los pacientes intervenidos se atendieron de manera regular en la Botica vida y salud, Distrito Chimbote durante marzo a julio 2016.</p> | <p>1.2.1. OBJETIVO GENERAL</p> <p>Medir la eficacia de una intervención farmacéutica mediante seguimiento farmacoterapéutico sobre la autopercepción de la calidad de vida en paciente hipertensos atendidos en la Botica vida y salud, Distrito Chimbote durante marzo a julio 2016.</p> <p>1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.</p> <p>1.2.2.1. Evaluar el estado de situación del uso de medicamentos en los pacientes hipertensos intervenidos desde la Botica vida y salud, Distrito Chimbote durante marzo a junio 2016.</p> <p>1.2.2.2. Intervenir a los pacientes que presentan</p> | <p>3.1. Impacto del seguimiento Farmacoterapéutico sobre la dimensión física.</p> <p>III.2.1. Ho</p> <p>El programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico dirigido a pacientes con hipertensión arterial no cambia la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física.</p> <p>III.2.2. H1</p> <p>El programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico dirigido a en pacientes con hipertensión arterial cambia la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física.</p> | <p>5.1 TIPO Y EL NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN: La presente investigación fue de Tipo Aplicada, Cuantitativa de Nivel Descriptivo. Para evaluar el impacto del Seguimiento Farmacoterapéutico se usará un procedimiento de nivel explicativo, pre experimental sobre la adherencia terapéutica como variable control.</p> <p>5.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN: El diseño de la presente investigación será de tipo descriptivo prospectivo de corte longitudinal de una sola casilla y no probabilístico. Para medir el impacto de la intervención se usará un procedimiento explicativo pre experimental para determinar el estado de la variable: adherencia al tratamiento pre y post intervención (Ver figura N°3).</p> <p>5.3 POBLACIÓN Y MUESTRA. El universo de sujetos de estudio estará conformado por aquellos pacientes atendidos de manera regular en el EF. Los pacientes que formarán parte de la muestra de investigación serán aquellos que al momento de la propuesta del servicio en la farmacia, estén a punto de empezar una prescripción facultativa para consumir por un tiempo determinado por lo menos un medicamento destinado a contrarrestar la tuberculosis</p> | <p>Se realizó el análisis descriptivo en la cual se construyeron tablas en donde se incluyeron frecuencias, porcentajes y promedios para la evaluación del estado de situación del uso de medicamentos, identificación y resolución de las PRM, así mismo la autopercepción de calidad de vida.</p> <p>Las tablas fueron confeccionadas en MS Excel:</p> <p>Para el análisis estadístico se ha utilizado una prueba no paramétrica de test de T student, con</p> |

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| | <p>Problemas Relacionados con Medicamentos y resolver los PRM en pacientes con hipertensión arterial intervenidos desde la Botica vida y salud, Distrito Chimbote durante marzo a julio 2016.</p> <p>1.2.2.3. Medir el impacto de la intervención mediante SFT sobre la “Autopercepción de Calidad de Vida en la dimensión física en pacientes con Hipertensión Arterial”.</p> <p>1.2.2.4. Medir el impacto de la intervención mediante SFT sobre la “Autopercepción de la Calidad de Vida en la dimensión mental en pacientes con hipertensión arterial”.</p> | <p>3.2. Impacto del seguimiento Farmacoterapéutico sobre la dimensión mental.</p> <p>3.2.1. H₀ El programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico dirigido a pacientes con hipertensión arterial no cambia la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión mental.</p> <p>3.2.2. H₁ El programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico dirigido a en pacientes con hipertensión arterial cambia la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión mental.</p> | <p>5.4 PROCEDIMIENTO. Se recolectaron los datos mediante un proceso de SFT modificado del método DADER ^(37,69) que se esquematiza en la Figura N°04. En esencia se sigue el procedimiento sugerido con la modificación de la terminología y otros datos que son útiles asociados a nuestra realidad.</p> <p>Las etapas del proceso fueron:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Captación de pacientes 2. Levantamiento de información. Primer estado de situación. 3. Estudio y Evaluación. 4. Intervención. 5. Análisis de Resultados. 6. Segundo Estado de Situación. | <p>un nivel de significancia (p <0,05).</p> |
|--|--|---|---|--|

4.7. Principios éticos:

Según la Declaración de Helsinki¹¹⁶, el estudio se llevó a cabo siguiendo las normas éticas, con el permiso de los responsables del área Farmacéutico de referencia. Así mismo a cada uno de los responsables del tratamiento se mostraron los resultados de las visitas de manera inmediata se reconocen las causas de riesgo agravados que ocasione una atención rápida del paciente^{1, 113}.

Según Ocampo, menciona que se protegerá en todo momento el anonimato de los pacientes, ya que solo figuraran en las tablas de análisis de datos sólo un número de identificación, sexo y edad. Para la participación es necesario conocer su nombre, apellidos y su dirección de correo electrónico de ser posible. La información permanecerán en la base de datos informática hasta la finalización del estudio y será destruida posteriormente al término de la investigación, Esta información serán conocidos por el indagador y por el asistente encargado de la motorización¹.

Es la obligación anunciar a los pacientes sobre el estudio solicitándoles el permiso o autorización escrito para su inclusión en el mismo. La hoja de consentimiento informado (Anexo N° 7.2) detalla las obligaciones del farmacéutico y las del paciente. No se modificará la terapia prescrita sin el consentimiento del profesional prescriptor. El informe estuvo aprobado por el Comité de Investigación de la Escuela Profesional de Farmacia de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote¹.

V. RESULTADOS Y NANALISIS DE RESULTADOS

5.1 Resultados

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

Tabla N°01. Pacientes participantes del programa de SFT agrupados por sexo y promedio de edad. Botica “Salud y Vida”, del Distrito de Chimbote. Marzo a Julio del 2016.

| GÉNERO | EDAD (AÑOS) | Fi | % |
|----------|-------------|----|-------|
| F | 66.8 | 6 | 50 |
| M | 52.7 | 6 | 50 |
| PROMEDIO | 59.7 | 12 | 100.0 |
| s | 23.2 | | |

Fi: frecuencia relativa

S.: desviación estándar

Fuente: Anexo N° 8.4 Tabla de estado de situación.

Tabla N°02 Numero de contactos y tiempos de intervención utilizados para el desarrollo del programa de SFT en pacientes hipertensos desde la Botica “Salud y Vida”, Distrito de Chimbote. Marzo a Julio del 2016.

| PAC. | E. F | | DOMICILIO | | TELEFONO | | OTRAS VIAS | | TOTAL | |
|---------------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|----------|---------------|------------|--------------|----------|--------------|
| | contactos | tiempo (min) | contactos | tiempo (min) | contacto | tiempo (min)) | contacto | tiempo (min) | contacto | tiempo (min) |
| 1 | 1 | 30 | 4 | 180 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 210 |
| 2 | 1 | 20 | 4 | 220 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 240 |
| 3 | 1 | 30 | 4 | 340 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 370 |
| 4 | 1 | 20 | 4 | 190 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 210 |
| 5 | 1 | 20 | 3 | 180 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 200 |
| 6 | 1 | 20 | 3 | 180 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 200 |
| 7 | 1 | 30 | 3 | 180 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 210 |
| 8 | 1 | 30 | 4 | 240 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 270 |
| 9 | 1 | 30 | 3 | 240 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 270 |
| 10 | 1 | 30 | 3 | 180 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 210 |
| 11 | 1 | 20 | 3 | 60 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 80 |
| 12 | 1 | 30 | 3 | 135 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 165 |
| TOTAL | 12.00 | 310.00 | 41.00 | 2325.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 53.00 | 2635.00 |
| | 1.00 | 25.83 | 3.42 | 193.75 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 4.42 | 219.58 |
| \bar{X} t en cada CONT. | | 25.83 | | 56.71 | | 0.00 | | 0.00 | | 49.72 |

Leyenda: tiempos, CONT: contactos, (min): minutos, FONO: teléfono, OV: Otras vías de contacto: correo electrónico, redes sociales, etc., TOTAL CONT: número total de contactos, TOTAL T: tiempo total invertido en minutos, PROMEDIO T: promedio del tiempo invertido por contacto

5.1.2. Morbilidad diagnosticada, auto percibida y el uso de medicamentos.

Tabla N°03. Diagnósticos e identificaciones en pacientes hipertensos intervenidos a través del seguimiento farmacoterapéutico desde la “Botica Salud y Vida” del Distrito de Chimbote. Marzo a julio del 2016.

| Morbilidad | CIE 10 | Diagnostico | fi | % |
|-------------------|-------------------|---|-----------|-------------|
| Diagnosticados | I10 | hipertensión arterial esencial (primaria) | 12 | 14.1 |
| | I50 | insuficiencia cardíaca | 4 | 4.7 |
| | M19.9 | Artrosis, sin especificar | 2 | 2.4 |
| | N30.9 | Cistitis, no especificada | 1 | 1.2 |
| | M25.5 | dolor articular | 1 | 1.2 |
| | K29.7 | Gastritis | 1 | 1.2 |
| | I48 | Fibrilación auricular | 1 | 1.2 |
| | F51 | insomnio | 1 | 1.2 |
| | E78 | hipercolesterolemia puro | 1 | 1.2 |
| | E11 | diabetes mellitus | 1 | 1.2 |
| Sub Total | | | 25 | 29.4 |
| No Diagnosticados | | dolor de diversa etiología | 27 | 31.7 |
| | | sequedad de boca | 7 | 8.2 |
| | | orina color amarillo oscuro | 4 | 4.7 |
| | | depresión | 3 | 3.5 |
| | | estreñimiento | 2 | 2.4 |
| | | Próstata | 2 | 2.4 |
| | | Catarata | 1 | 1.2 |
| | | atrofia de pies y manos | 1 | 1.2 |
| | | Nauseas | 1 | 1.2 |
| | | ardor de estomago | 1 | 1.2 |
| | | Calambres | 1 | 1.2 |
| | | dolor y ardor al orinar | 1 | 1.2 |
| | | estornudos(alergia) | 1 | 1.2 |
| | | Flatulencias | 1 | 1.2 |
| | | infecciones respiratorias | 1 | 1.2 |
| | | ardor para orinar | 1 | 1.2 |
| | | problemas de marcapaso | 1 | 1.2 |
| | | punzadas a nivel del hígado | 1 | 1.2 |
| | | Visión borrosa | 1 | 1.2 |
| | | zumbido de oído | 1 | 1.2 |
| | metabolismo lento | 1 | 1.2 | |
| Sub Total | | | 60 | 70.6 |
| Total | | | 85 | 100 |

CIE10: código internacional de enfermedades versión 10. % RELAT:

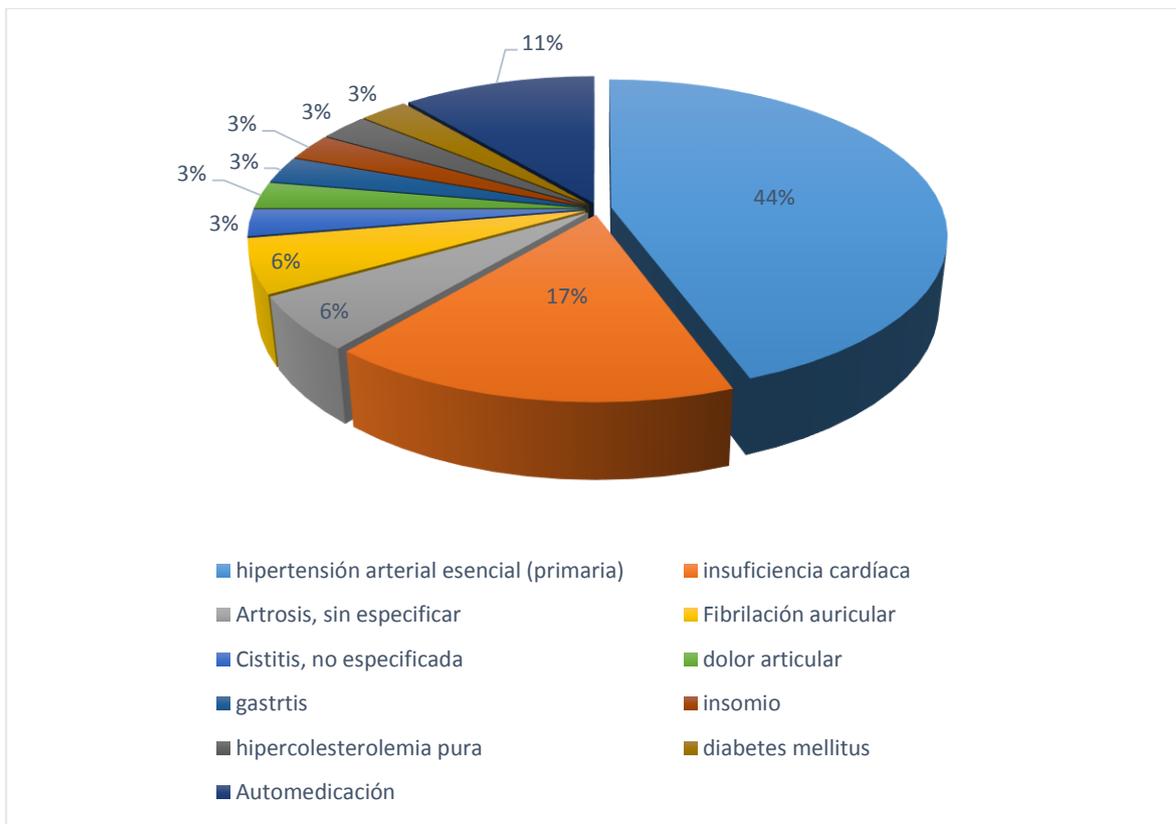
porcentaje relativo. % ACUM: porcentaje acumulado.

Fuente: Anexo N°8.4. Tabla de Estado de Situación.

Tabla N° 04. Medicamentos prescritos y automedicados utilizados por los pacientes hipertensos desde la Botica “Salud y Vida”, Distrito de Chimbote. Marzo a Julio del 2016.

| Origen del Medicamento | Morbilidad | Denominación DCI | en fi | Fi | % |
|----------------------------|---|------------------------|-------|----|-----|
| Medicamentos prescritos | Hipertensión arterial esencial (primaria) | Enalapril | 8 | 16 | 44 |
| | | Hydroclorotiazida | 3 | | |
| | | Losartan | 2 | | |
| | Insuficiencia cardíaca | Captopril | 2 | 6 | 17 |
| | | Amlodipino | 1 | | |
| | Fibrilación auricular | carvedilol | 3 | 2 | 6 |
| | | Ácido acetilsalicílico | 3 | | |
| | Artrosis, sin especificar | Warfarina | 1 | 2 | 6 |
| | | Digoxina | 1 | | |
| | Cistitis, no especificada | Naproxeno sódico | 2 | 1 | 3 |
| | | Gentamicina | 1 | | |
| | Dolor articular | Diclofenaco | 1 | 1 | 3 |
| | Gastritis | Omeprazol | 1 | 1 | 3 |
| | Insumió | Alprazolam | 1 | 1 | 3 |
| | Hipercolesterolemia puro | Atorvastatina | 1 | 1 | 3 |
| | Diabetes mellitus | Metformina | 1 | 1 | 3 |
| Sub total | | | | 32 | 89 |
| medicamentos no prescritos | Dolor musculo esquelético | Diclofenaco | 1 | 3 | 8 |
| | | Paracetamol | 1 | | |
| | | Naproxeno sódico | 1 | | |
| | Infecciones respiratorias | Ibuprofeno | 1 | 1 | 3 |
| Sub total | | | | 4 | 11 |
| TOTAL | | | 36 | 36 | 100 |
| PROMEDIO | | | | 3 | |

Fuente: Fuente: Anexo N°8.4, Tabla de estado de situación.



Fuente: Anexo N°8.4 Tabla de estado de situación

Gráfico N°01. Porcentaje de los medicamentos usados para los problemas de salud identificados. Intervencionados a través del seguimiento farmacoterapéutico a paciente hipertenso. Botica “Salud y Vida”, Distrito de Chimbote. Marzo a Julio del 2016.

5.1.3 Resultados sobre los PRMs encontrados y RNMs evidenciados.

Tabla N°05. Distribución de la frecuencia y porcentaje de los PRM diagnosticados. A través del seguimiento farmacoterapéutico a paciente hipertenso. Botica “Salud y Vida”, Distrito de Chimbote. Marzo a Julio del 2016.

| COD PRM | DESCRIPCIÓN | n | % |
|----------------|----------------------------------|----------|----------|
| 9 | Incumplimiento | 11 | 24.4 |
| 1 | Adm. Errónea del medicamento | 8 | 17.8 |
| 2 | Actitudes negativas | 8 | 17.8 |
| 12 | Probabilidad de efectos Adversas | 6 | 13.3 |
| 3 | Conservación Inadecuada | 3 | 6.7 |
| 8 | Error de prescripción | 3 | 6.7 |
| 11 | Otros PS | 2 | 4.4 |
| 10 | Interacciones | 2 | 4.4 |
| 5 | Posología inapropiada | 2 | 4.4 |
| Total | | 45 | 100.0 |

El tipo de PRM corresponde al Tercer Consenso de Granada 37. CÓD:
código. FREC: frecuencia.

Fuente: Anexo N°8.4 Tabla de estado de situación.

Tabla N°06. Comparativo de la edad, cantidad de diagnósticos, cantidad de medicamentos, PRMs diagnosticados y PRMs solucionados por paciente intervenido. Intervenidos a través del seguimiento farmacoterapéutico a paciente hipertenso. Botica Salud y Vida del Distrito de Chimbote. Marzo a julio del 2016.

| PACIENTE | SEXO | EDAD | DX | MED | PRMS | SOL |
|-----------------|-------------|-------------|-----------|------------|-------------|------------|
| 1 | F | 53 | 6 | 5 | 4 | 4 |
| 2 | M | 85 | 6 | 5 | 5 | 5 |
| 3 | M | 82 | 8 | 7 | 8 | 5 |
| 4 | F | 46 | 8 | 2 | 3 | 3 |
| 5 | M | 18 | 6 | 2 | 2 | 0 |
| 6 | F | 77 | 5 | 2 | 4 | 4 |
| 7 | F | 61 | 8 | 2 | 5 | 4 |
| 8 | F | 84 | 13 | 3 | 5 | 3 |
| 9 | F | 80 | 10 | 4 | 3 | 3 |
| 10 | M | 36 | 5 | 1 | 2 | 1 |
| 11 | M | 29 | 5 | 2 | 3 | 1 |
| 12 | M | 65 | 5 | 1 | 1 | 1 |
| TOTAL | | | 85 | 36 | 45 | 34 |
| PROM | | 59.67 | 7.08 | 3.00 | 3.75 | 2.83 |

Pac. Código de Paciente

DIAG: Número de diagnósticos

MED: Cantidad de medicamentos

PRM: Problemas Relacionados con Medicamentos

SOL: PRMs solucionados

Fuente: Anexo 8.4, Tabla de Estado de Situación.

5.1.4. Impacto de la intervención farmacéutica sobre la autopercepción de la calidad de vida según el test sf-12.

Tabla N° 07. Evaluación de la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión actividad física antes y después del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con hipertensión arterial. Botica Salud y Vida, Distrito de Chimbote, marzo – Julio 2016.

| PAC | SCORE ANTES | SCORE DESPUÉS |
|----------|-------------|---------------|
| 1 | 23.60 | 31.65 |
| 2 | 52.11 | 52.51 |
| 3 | 23.60 | 25.73 |
| 4 | 23.60 | 39.05 |
| 5 | 53.92 | 52.76 |
| 6 | 27.30 | 43.66 |
| 7 | 44.31 | 46.46 |
| 8 | 29.21 | 35.72 |
| 9 | 26.24 | 25.84 |
| 10 | 47.01 | 46.59 |
| 11 | 37.26 | 51.16 |
| 12 | 34.65 | 42.41 |
| PROMEDIO | 35.23 | 41.13 |

Prueba t (p <0.05)=0.0091

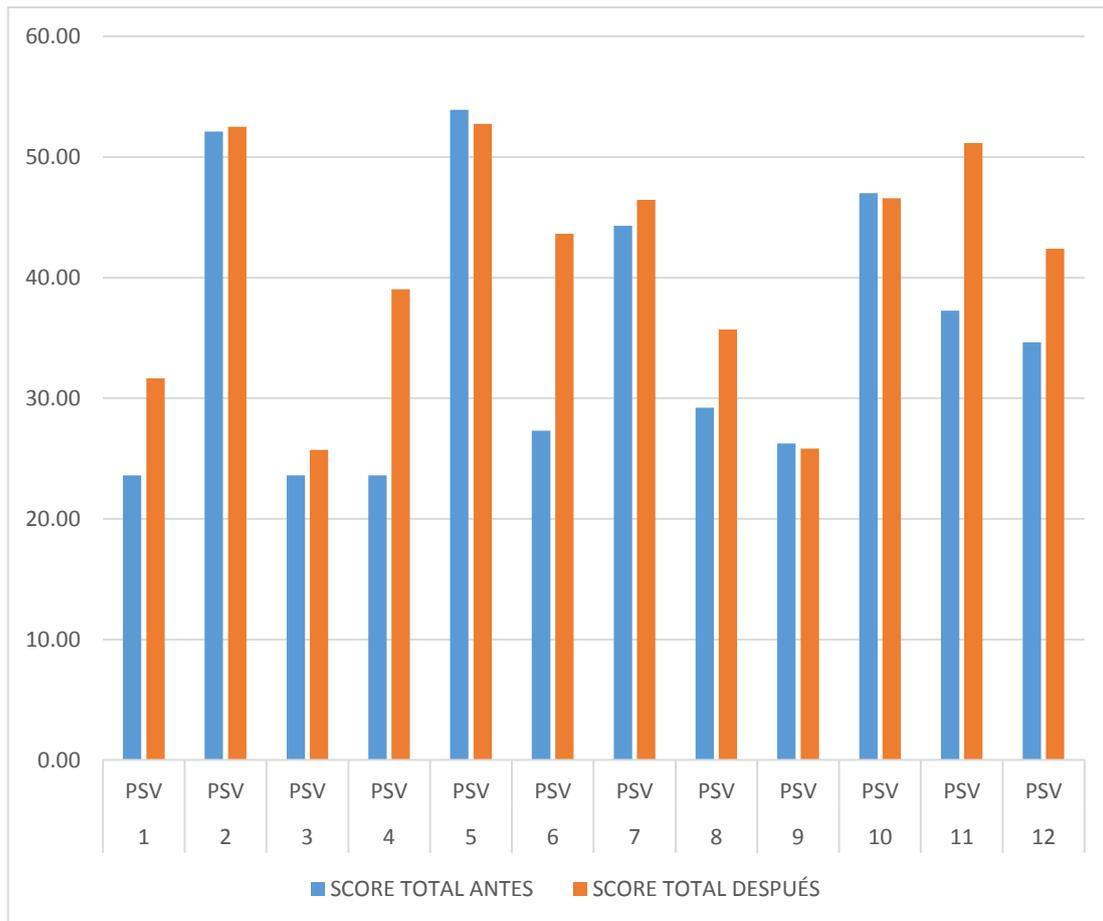


Gráfico N°2 Comparación del resultado del test SF-12 en la dimensión físico, antes – después de la intervención mediante seguimiento farmacoterapéutico a pacientes hipertensos. Botica Salud y Vida, Chimbote. Marzo 2016 a noviembre 2016.

Tabla N° 08. Evaluación de la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión actividad mental antes y después del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con hipertensión arterial. Botica Salud y Vida, Distrito de Chimbote, marzo – Julio 2016.

| COD | SCORE TOTAL ANTES | SCORE DESPUÉS | TOTAL |
|----------|-------------------|---------------|-------|
| 1 | 27.15 | 53.88 | |
| 2 | 34.83 | 53.44 | |
| 3 | 27.15 | 40.40 | |
| 4 | 27.15 | 48.66 | |
| 5 | 35.87 | 47.75 | |
| 6 | 30.16 | 37.87 | |
| 7 | 27.87 | 39.88 | |
| 8 | 49.95 | 45.07 | |
| 9 | 33.66 | 36.64 | |
| 10 | 17.38 | 52.78 | |
| 11 | 36.13 | 43.78 | |
| 12 | 30.82 | 50.53 | |
| PROMEDIO | 31.51 | 45.89 | |

Prueba t ($p < 0.05$) = 0.00077

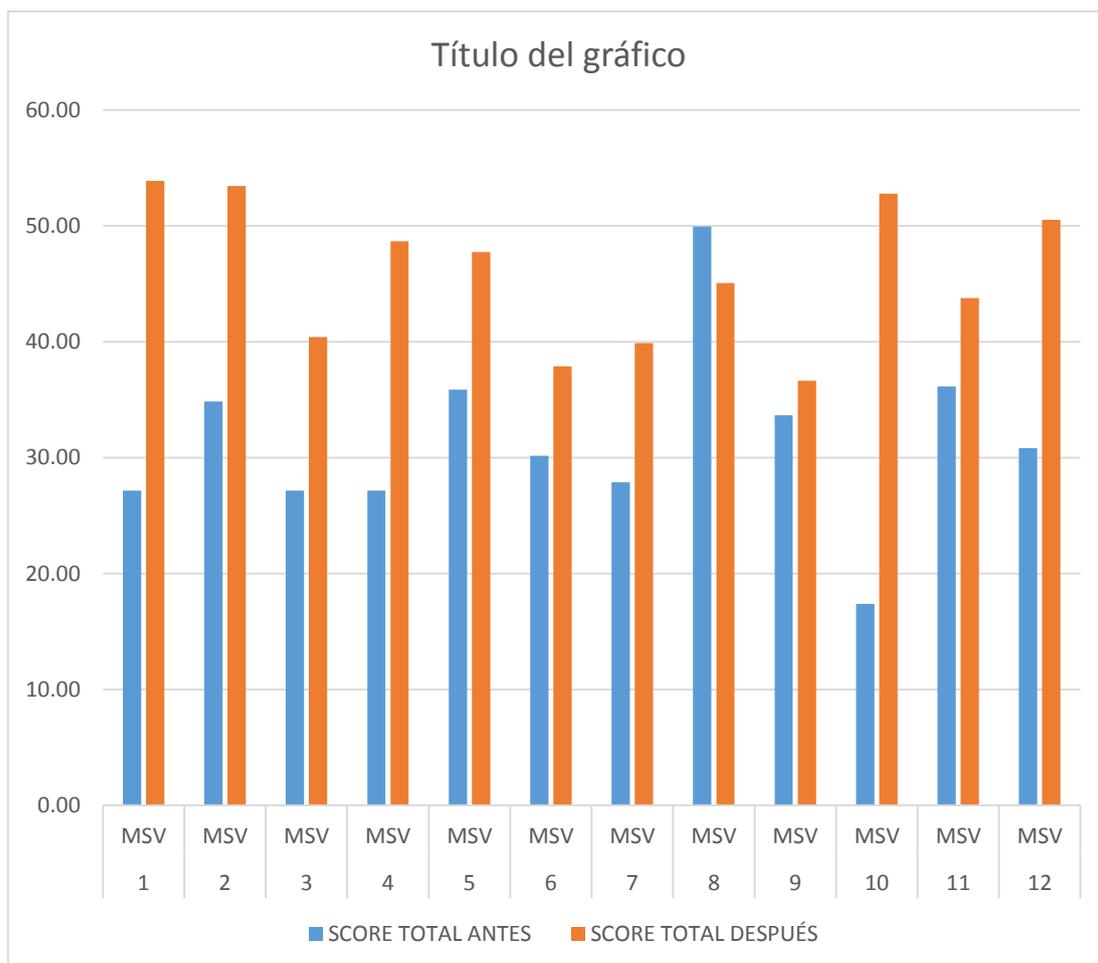


GRAFICO N° 01. Comparación del resultado del test SF-12 en la dimensión mental, antes – después de la intervención mediante el programa de SFT a pacientes hipertensos. Botica Salud y Vida, Chimbote. Marzo 2016 a noviembre 2016.

5.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

5.2.1. Distribución porcentual de pacientes y los tiempos de intervención:

Durante el periodo de estudio se realizó seguimiento farmacoterapéutico a 12 pacientes representando el 100% de los cuales 50% (6) fueron varones y 50% (6) fueron mujeres distribuidos, como se muestra en la tabla N° 01. Cuando comparamos la incidencia de HTA, según el sexo en la tabla N° 1, se observa que, de los 12 pacientes que asistieron a consulta externa, corresponden al sexo femenino (6) y sexo masculino (6); es decir que hoy en día tanto mujeres y como los varones se preocupan por su salud y acuden al consultorio a un centro médico y a la farmacia para su atención.

La población de estudio estuvo comprendida en los rangos de edad de 53 a 67 años datos que se asemeja con el estudio realizado por Rodríguez¹, 2014, en los que se encuentran una edad promedio 51 a 69 años.

La edad promedio de la población estudiada fue 60 años se puede observar (ver tabla N°1), según la literatura la hipertensión arterial aumenta paralelamente con la edad, a partir de los 50 años, la mitad de la población adulta puede presentar cifras elevadas de presión arterial relacionadas con la pérdida de la distensibilidad arterial, resultados que se asemeja con los obtenidos en esta investigación y en la literatura consultada.

El 50% de la población estudiada fueron varones, que se asemeja con la investigación de Agustí et al². En el 2006 en su estudio de epidemiología de la HTA en el Perú, donde la mayor población fueron varones (50.8%), y con una edad promedio en mujeres de 40.7 años); mientras que en el estudio realizado fue de 60 años, esto refleja la tendencia nacional de la población hipertensa.

Según estadísticas en USA el 67% de los mayores de 60 años tiene hipertensión arterial^{3,4,5} y en el Perú según los estudios TORNASOL I y II⁶, la prevalencia es de 46,3% en la década entre 60 y 69; 53,2% en la década entre 70 a 79 años y de 56,3% en los mayores de 80 años.

Según la literatura médica revisada se plantea que la HTA es más frecuente en el hombre que en la mujer, hasta los 40 años; a partir de ese momento se iguala o pueden encontrarse más hipertensos en las féminas, lo cual está relacionado con la deprivación de estrógenos ováricos propios de la menopausia que tiene efecto vasodilatador directo, dependiente de una activación de la síntesis de óxido nítrico y prostaciclina⁷. Antes de los 55 años de edad, los hombres tienen más probabilidad de tener presión arterial alta que las mujeres. Después de los 55 años de edad, las mujeres tienen más probabilidad que los hombres de tener presión arterial alta⁸.

En la Tabla N° 2 se puede apreciar los tiempos, contacto y promedio de tiempo invertidos en cada una de las visitas durante el proceso de seguimiento. Al analizar el tiempo de intervención farmacéutica en el establecimiento, se evidencia que se hizo 12 contacto en total, con promedio de 1 contacto por paciente y un promedio 25.8 minutos por paciente. En este medio se informó al paciente sobre el SFT, explicando que no va a sustituir en su función a ningún otro profesional de la salud, sino que va a trabajar en equipo para el logro de los objetivos terapéuticos; que no se va a iniciar o suspender ningún tratamiento, ni modificar las indicaciones del prescriptor y, que irá al prescriptor cuando exista la necesidad de hacer coordinaciones para mejorar su tratamiento, se brindó información oral y escrita sobre el seguimiento farmacoterapéutico una vez aceptado se hace firmar la carta de aceptación la cual va a permitir al farmacéutico a citar al paciente para visita domiciliaria ,que tiene como objetivo levantamiento e información y trabajo que se va hacer con fin resolver los problemas relacionados con medicamentos.

Analizando el tiempo y el número de contacto en el domicilio, podemos observar, que el tiempo invertido por el farmacéutico fue 193 minutos por paciente, por contacto fue 56 minutos y 3 contactos en promedio por paciente (ver tabla N°2). Este medio permitió al farmacéutico realizar la entrevista inicial, que permitió levantar la información acerca de problemas relacionados de sus medicamentos, datos generales, antecedentes, Problemas de salud diagnosticadas y no diagnosticada y aplicaron los test de moriski y SF-12 y así mismo se tomó y registró los valores de presión arterial, también se solicitó la autorización de la revisión de la receta médica y los medicamentos que toma y no toma y los datos fueron transcritos a la ficha farmacoterapéutica para su evaluación y análisis y resolución de problemas relacionados con los medicamentos. En este contexto este medio o la visita inicial requiere un trabajo más prolijo para recabar toda la información del paciente, ya que de ella dependerá la solución o la mejoría de los pacientes en sus problemas de salud y la capacidad del farmacéutico.

Así mismo este medio sirvió para socializar con el paciente, de esta manera se conoció un poco más de la situación en la que se encontraba el paciente, así se programó una siguientes visitas según la disponibilidad de tiempo del paciente. Para la intervención del farmacéutico sobre problemas relacionados con sus medicamentos con estrategias y consejería educativas y sanitarias, para la solución de los problemas relacionados con medicamentos (PRMs) encontrados con el fin de evitar los (RNMs).

En conclusión la visita domiciliaria fue muy útil ya que permitió identificar de PRMs y solución de RNMs, mejorar la adherencia y estilo de la calidad de vida del paciente ya sea en salud físico y mental

Analizando el contacto total y el tiempo de trabajo farmacéutico dedicado al seguimiento farmacoterapéutico, se evidencia que se hizo un total de 53 contactos y 4 contactos en promedio por paciente y se invirtieron en total 2635 minutos aproximadamente, en promedio 219 minutos por paciente y en cada visita 50 minutos aproximadamente (ver tabla 2).

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

Respecto a las morbilidades diagnosticadas y no diagnosticadas, en el grupo de seguimiento farmacoterapéutico en este estudio fue 25(29.4%) morbilidades diagnosticadas que fue diagnosticado por el médico y morbilidades no diagnosticadas fue diagnosticado por el farmacéutico durante la intervención farmacéutica y que fue 60(70.6%) (Ver tabla N° 3). Al analizar las morbilidades, se evidencia que existe mayor prevalencia de morbilidad sentida sin diagnóstico, la cual conlleva al paciente a una automedicación, así mismo repercute en la salud del paciente. En total se diagnosticaron 85 morbilidades en los 12 paciente. Del cual la hipertensión arterial esencial (primaria) fue primer morbilidad con un mayor prevalencia 14.1%, su prevalencia de esta se debe por ser el objeto de estudio en esta investigación, la insuficiencia cardíaca 4.7% fue segunda la morbilidad, tercer morbilidad fue Artrosis, sin especificar 2.4% y cuarto morbilidad fue diabetes mellitus 1.2%.

La coexistencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e hipertensión arterial (HTA) en un mismo individuo incrementa su riesgo vascular, tal como reflejan las ecuaciones y tablas de estratificación del riesgo cardiovascular (CV) global más recientes, En este sentido, el paciente hipertenso con DM2 se considera de alto riesgo CV⁹. Por ello, la prevención de las complicaciones macro y micro vasculares de los pacientes con diabetes mellitus (DM) debe tener un enfoque claramente multifactorial, tal como ya demostró, entre otros, el estudio STENO¹⁰. Por lo cual la diabetes mellitus y la hipertensión frecuentemente están asociadas, aumentando así su efecto negativo sobre el sistema cardiovascular. Este hallazgo se asemeja en lo que respecta a la coexistencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e hipertensión arterial (HTA) en la investigación.

La hipertensión arterial es un factor de riesgo para insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebro vascular e insuficiencia renal¹¹ por ende la relación entre HTA e Insuficiencia Cardíaca es un punto crucial de análisis y que constituye el núcleo fundamental en la

comprensión de la evolución satisfactoria o no de un paciente hipertenso. Los estudios internacionales ponen de manifiesto que la HTA y la Insuficiencia Cardíaca han aumentado su incidencia en la población en general. Así mismo es otro del hallazgo que asemeja en respecto a la insuficiencia cardíaca como factor de riesgo de la hipertensión en el paciente hipertenso con la investigación en el paciente hipertenso que se atendieron en la farmacia

Con respecto a la distribución de la frecuencia y porcentajes de uso de medicamentos según prescritos y no prescritos durante el Programa de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hipertensos, el resultado del estudio demuestra predominio de medicamentos prescritos con 89%(32) y un 11%(4) para medicamentos no prescritos (ver tabla N°4). De los 12 pacientes que recibieron tratamiento en este estudio, los grupos terapéuticos más prescritos por los médicos fueron: IECA (27,7%) como el Enalapril y captopril; seguidos los diuréticos (8,3%) como hidrocortiazida; los Betabloqueantes como el Carvedilol 8.3%; los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II) 5,5% en el caso del losartan es el más recetado en pacientes hipertensos. Estos medicamentos son los más prescritos por los médicos; por último se encuentran los de menor frecuencia entre ellas se encuentra los de calcio antagonistas, en este caso el Amlodipino con 2.7%.

Al analizar los medicamentos prescritos para la hipertensión arterial se asemeja a las recomendaciones de la Guía de hipertensión ESH/ESC 2013, quienes recomiendan de que el inicio / mantenimiento del tratamiento puede realizarse con: Diuréticos, Betabloqueantes, Antagonistas del calcio, Inhibidores ECA e Inhibidores del receptor de angiotensina (ARAII). Como fármaco de inicio podemos utilizar un diurético a bajas dosis y luego combinarlo con un IECA, ARA-II, CA o BB según circunstancias especiales del paciente y comorbilidades. Este hallazgo se asemeja respecto a la combinación de IECA con hidrocortiazida, ARA II con hidrocortiazida de la investigación con la literatura consultada¹². Por ende el tratamiento antihipertensivo ideal debe tener un buen perfil hemodinámico, evitar el daño de órgano blanco, pocos efectos adversos, eficaz en monoterapia, índice pico-valle mayor de 0.5, permitir una

buena adherencia al tratamiento, ser de bajo costo y tener una duración mayor de 24 horas¹³.

Según Rivas Jet al¹³ el “Enalapril fue el fármaco más utilizado y más prescrito en monoterapia, con 65,7% de las prescripciones, seguido de los calcio antagonistas dihidropiridínicos (17,2%), beta bloqueadores (13,3%) y otros (3,9%). Cuando se combinó dos fármacos, la asociación más frecuente fue un IECA con diurético tiazídicos (38,9%); luego un IECA con un calcio antagonista dihidropiridínico (25,0%); un calcio antagonista con un diurético tiazídicos (13,6%); un IECA más un beta-bloqueador (11,4%); otros (11,1%)”; según las publicaciones extranjeras que demuestran que la prescripción de los fármacos varían entre un sistema de salud público y otro privado: en el sistema público los fármacos más prescritos son diuréticos, IECA y beta-bloqueadores y en terapia combinada; mientras que en el sistema privado los calcio antagonistas y ARA II fueron los más prescritos y preferentemente en monoterapia¹⁴.

En nuestro país es escasos los estudios que se han publicado en relación al tratamiento farmacológico de la HTA, si efectivamente logra el control de la HTA y cuáles son los fármacos y combinaciones farmacológicas más utilizadas¹⁵ y en una reciente publicación nacional pone de manifiesto que 45% de los pacientes que reciben fármacos antihipertensivos se encuentran compensados y que el fármaco más utilizado es el Enalapril (82%) seguido de calcio antagonista (12%). Este hallazgo concuerda con lo que respecta al fármaco de mayor prescripción en pacientes hipertensos, según nuestra investigación fue la Enalapril el fármaco más prescrito por los médicos y combinación fue IECA con diurético tiazídicos (hidroclorotiazida).

En la actualidad algunas guías de tratamiento de la HTA confirman que los diuréticos, los β -bloqueadores, calcio antagonistas, inhibidores de la enzima de la angiotensina (IECA) y antagonistas de los receptores de la angiotensina (ARA) son los

medicamentos más indicados para iniciar y mantener el tratamiento antihipertensivo, tanto en monoterapia como en alguna combinación¹²²

En conclusión, podemos afirmar que los pacientes con HTA no complicada lograron, en su mayoría, alcanzar las cifras objetivo de presión arterial y mostraron gran adherencia al tratamiento. Los fármacos prescritos en esta investigación y esquemas de tratamiento indicados por los médicos estuvieron acordes con las recomendaciones emanadas por el 9JNC y ESH/ESC 2013¹⁷.

En este sentido, los medicamentos prescritos fueron validados y prescritos por un médico para su uso, en total los medicamentos prescritos fueron 89% y los medicamentos no prescritos fueron 11%, la cual estuvo asociado con la automedicación.

En el ámbito nacional se reportan las siguientes investigaciones relacionadas con el tema done, en un artículo publicado sobre “Automedicación en Adultos Mayores en Moquegua (según la Dirección Regional de Salud Moquegua, 2014) refiere que los adultos mayores de 60 años, que acostumbran auto medicarse, para aliviar molestias propias del desgaste natural de su organismo por la edad, se encuentran más propensas a presentar problemas cardiacos (arritmia, taquicardia y paro)lo que llevaría a la muerte de los pacientes.

Por otro lado VARADO y Col, (2009). En un estudio realizado, sobre las características de consumo de medicamentos en Lima y Chimbote, halló 10 que el 32% de los medicamentos fue vendido sin prescripción médica siendo mayor en el estrato socioeconómico alto evidenciando que si hay concordancia con el análisis realizado.

En el caso peruano, en uno de los estudios pioneros sobre el tema, Rondinel (1975) encuentra que, en Lima Metropolitana, el 32% de tos medicamentos consumidos fueron por automedicación mientras que el 68% por prescripción médica. El autor considera como automedicación el consumo de medicamentos prescritos por antiguas

enfermedades y a los prescritos por paramédicos, farmacéuticos, amigos, parientes y uno mismo.

Los pacientes adultos mayores polimedicados presentan el riesgo de sufrir mayores reacciones adversas de medicamentos e interacciones farmacológicas, como consecuencia de los cambios fisiológicos del envejecimiento (farmacocinética y farmacodinamia) y la influencia de las enfermedades. Las reacciones adversas a los medicamentos son más frecuentes y más graves en los adultos mayores en comparación con los pacientes más jóvenes, este riesgo aumentado se relaciona con la morbilidad y los cambios por envejecimiento y polifarmacia^{102,103}

Es necesario que el paciente se le brinde consejería y cambios en su estilo de vida incentivando para que el paciente tenga conciencia acerca de la toma de su medicamento e informar al médico durante su consulta todas sus dolencias así mismo otros medicamentos que ha estado tomando por aquellas dolencias que en otra enfermedad fueron diagnosticadas y evitar posibles PRM.

5.2.3. Acerca de los problemas relacionados con medicamentos y los resultados negativos asociados a la medicación.

Otro de los puntos de análisis fue el diagnóstico de los PRMs, todo esto se obtuvo gracias a la colaboración, la seguridad, confiabilidad por parte de los pacientes hacia el entrevistador. (Ver tabla N°5) se aprecia que 11 pacientes presentan el PRM 9 con un porcentaje de 24.4 del PRM 9 incumplimiento, seguido de del PRM 1 de administración errónea del medicamento, con un porcentaje de 17.8, al igual que para el PRM 2 de actitudes negativas, PRM 12 probabilidad de efecto adversos con un porcentaje de 13.3, así mismo para los PRM 3 Y 8 con un porcentaje de 6,7 y para los PRM 11,10 Y 5 con un porcentaje de 4.4.

El porcentaje más alto fue en que los pacientes no cumplen con su tratamiento debido a, hay bastantes situaciones potenciales en las que un paciente puede incumplir el

tratamiento farmacológico prescrito por su médico. Entre las más comunes figuran olvidarse de tomar el medicamento, dejar de tomarlo antes de tiempo al mejorar la salud y creer erróneamente que ya no es necesario. También hay personas que lo dejan por su mal sabor o por otras incomodidades derivadas de consumirlo; y, desgraciadamente, esta situación es cada vez más habitual en los países donde el sector salud sufre recortes, por no poder pagar el costo económico que supone el tratamiento completo.

Organización Mundial de la Salud (OMS). «Todas estas consecuencias directas alteran la capacidad de los sistemas de atención de salud de todo el mundo para lograr sus objetivos relacionados con la salud de la población.» «El incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes, está en el origen de complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad, reduce la calidad de vida de los pacientes, aumenta la probabilidad de aparición de resistencia a los fármacos y desperdicia recursos asistenciales».

La presencia de varias enfermedades y dolencias lleva a que el profesional médico realice varias prescripciones excesivas generando una polifarmacia lo cual conlleva a que el paciente realice toma de medicamentos erróneos y conlleve a que la farmacoterapia no tenga éxito, debido a esto se genere actitudes negativas por el propio paciente como para que tomo los medicamentos si no hay mejoría.¹¹⁵

En el caso del paciente N° 3 se encontró 7 adultos mayores entre 56 y 65 medicamentos para su morbilidad diagnosticada, generando un peligro significativo de efectos adversos propios del fármaco e interacción farmacológica, según Dr. Mouliá, una polifarmacia exitosa exige considerar detenidamente ciertas características: Conocimiento racional de cada fármaco, evaluación riesgo/beneficio de cada droga, evaluación geriátrica gerontológica, plan terapéutico integrado, educación al paciente, familiares y/o cuidadores, considerar siempre la posibilidad de iatrogenia tanto al agregar como al suspender un fármaco, evaluación y ajuste constante de las indicaciones. Por esta razón se considera fundamental que la

medicación a personas de tercera edad se realice en forma conjunta y coordinada entre los diferentes especialistas que intervienen en el tratamiento de estos pacientes.

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 dichos PRMs.

En el análisis de la figura N°6 se aprecia información de los datos de manera general y certificar como ha sido la evolución de uno de los pacientes a lo largo del estudio. Para entender esta figura empezaremos desde el valor con respecto al diagnóstico (85) de los cuales tiene como promedio 7.08 diagnósticos por paciente, se aprecian 36 medicamentos, con un promedio de 3.0 por paciente, así mismo 45 PRM de los cuales solo se hayo 34 soluciones de lo problemas relacionados con los medicamentos.

Para los 45 problemas e genero según la figura un promedio de 3.75 por paciente y un promedio de 2.83 para los 34 problemas solucionados.

El propósito de este estudio es promover a una adecuada utilización con respecto al uso de los fármacos por ello la solución gracias a la toma de conciencia , directamente con la ayuda del paciente puesto que se trataba de problemas de horarios de administración de los medicamentos y educación sobre su enfermedad, por lo que se realiza la intervención farmacéutica con respecto a su con un horario acorde y adaptado para cada tipo de medicamento usado, brindándoles charlas sobre el adecuado manejo de su enfermedad, es por ello que se certifica la solución de los PRM.

Según Baena, (2003) , también realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, en el servicio urgencias del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, determinando una prevalencia de PRM de 33,2% solucionados después de un 73.3%. Asi mismo en un estudio realizado con la ayuda del método DADER en pacientes geriátricos , Se pudo detectar 37 problemas relacionados con la medicación, los cuales gracias a la intervención farmacéutica el 69% fueron solucionados directamente con la ayuda del paciente, lo que es semejante a el estudio realizado.

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

Para estimar la autopercepción de la calidad de vida asociada a la salud se utilizó el instrumento SF12 que arroja resultados en dos dimensiones que influyen en la cotidianidad del paciente hipertenso: la dimensión física y la mental. Para el cálculo de los escores finales se utilizaron los indicadores estándares promedio como los de la población americana obtenidos de la Universidad de Michigan y del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos^{88, 114}.

Según la calibración del instrumento un poblador americano debería tener un puntaje promedio de salud tanto mental como física de 50 con una desviación estándar de 10.

Por ejemplo, para el paciente N°11 en el escore anterior tuvo el valor de 37.26 para luego en el escore posterior obtener un valor de 51.16, esto indica que el resultado es significativo en la dimensión física.

Mientras que para el paciente N°1 que tuvo un resultado para la dimensión física el escore antes fue 26.60 y el escore después con el valor 31.65 con una diferencia de 18.35 cabe recalcar que, si bien no llegó a tener un puntaje a que sobrepase los 50, porque nos comentó que sufrió una caída hecho por el cual estaba en terapias de rehabilitación, reflejando el impedimento de su actividad física.

En el paciente N°9 los resultados obtenidos del escore antes es de 26.24 y en escore después es de 25.84. Esto se debe que al realizar el test SF12, el paciente tenía sobrepeso, extremidades inferiores y superiores con deformidad, que impiden realizar su actividad física, durante las visitas a domicilio se le brindó información y cuáles serían las consecuencias que podría ocasionar, así como cambios en sus estilos de alimentación para mejorar su calidad de vida.

Según un reciente estudio de cohortes de base poblacional realizado por el Instituto de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol y la Universidad de Oxford. La artrosis

es la enfermedad articular más prevalente y constituye una de las primeras causas de discapacidad en personas de más de 60 años. Su diagnóstico se basa en la historia clínica, la exploración física y la radiología. Esta enfermedad tiene un importante componente genético que influye tanto en su desarrollo como en su progresión, se ve influenciada por otras causas modificables como la obesidad, la hipertensión arterial, la diabetes o la sobrecarga profesional¹¹⁰.

Cada uno de ellos tienen más de una morbilidad que afecta con su desempeño físico y eso va a depender de cómo ha sido su estilo de vida en la juventud y como quiere sobrellevar en el día a día su enfermedad. El envejecimiento del cuerpo de cada individuo al pasar el tiempo conlleva a que los huesos se vuelvan más frágiles, se vuelvan sedentarios, sensibles y volubles, esto se ve reflejado con el paciente 1, 9,11 que al realizar el test de SF12¹¹⁰.

El seguimiento farmacoterapéutico es el causante que la autopercepción de la calidad mejore aumentando el puntaje, como el interés por parte del paciente de tomar en cuenta todas las recomendaciones dadas en cada visita realizada.

En la tabla N°8 los resultados obtenidos del test SF12 en la dimensión mental son significativos, como se ve reflejado en el paciente 1 escore anterior y escore después en los pacientes 1,2, 19 y 12 quienes obtuvieron un puntaje mayor a 50.

Mientras que para los pacientes 3, 4, 5, 6, 7,9 y 11 fueron mayor de 36.64 a 48.66, lo que indica que fue un valor menor de 50, en el gráfico de comparación de los escores se evidencia que si hay cambio para cada uno de los 11 pacientes a diferencia del paciente N°8 debido a que no logra asimilar el fallecimiento de un familiar (esposo), haciendo que esto genere depresión y se aislé de su familia.

Prueba de Test de student para el score antes y después para llegar a tener significancia debe ser menor de 0.05, en los resultados obtenidos en la dimensión física antes y después el coeficiente de correlación es de $(p=0.0091)$, lo que indica que habido un cambio significativo. Por otro lado, las mediciones de los puntajes de la dimensión mental antes y después del SFT arrojan que hay significancia con el coeficiente de correlación es de $(p = 0,0007)$

Pickard²² en un nuevo metaanálisis posterior a aquel de 1999, sostiene que a diciembre de 2004 los estudios para determinar la sensibilidad de la CVRS al SFT se triplicaron y los diseños propuestos tuvieron mayor rigor científicos. Reporta ya estudios con resultados positivos del SFT sobre la CVRS para enfermedades crónicas sobre todo en asma e hipertensión. Tafur et. al.¹⁴ señala que los resultados poco alentadores pueden deberse a que aún no existe un compromiso activo ni habilidades por parte de los farmacéuticos acerca de estrategias y procedimientos para asumir su rol en este aspecto, no obstante, que es uno de los objetivos importantes declarados para la atención farmacéutica.

VI. CONCLUSIONES

6.1. Conclusiones

6.1.1. La intervención farmacéutica a través del programa de seguimiento farmacoterapéutico dirigido a pacientes hipertensos fue eficiente en resolver la mayoría de los problemas relacionados con medicamentos diagnosticados evitando la aparición de resultados negativos de la medicación.

6.1.2. La intervención farmacéutica a través del programa de SFT modificó la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física de los pacientes hipertensos, mejorándola significativamente ($p < 0.05$).

6.1.3. La intervención farmacéutica a través del programa SFT modificó la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión mental de los pacientes hipertensos, mejorándola significativamente ($p < 0.05$).

6.2. Sugerencias y recomendaciones:

- Para realizar el Seguimiento Farmacoterapéutico lo primordial que debe existir entre el farmacéutico y paciente es la absoluta confianza ya que de esa manera nos brindara toda la información sobre su estado de salud y así sabremos todos sus problemas relacionados con los medicamentos.
- Aportar con profesionalismo la educación y concientización en la información brindada al paciente de esta manera mejoraremos la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física y mental de pacientes hipertensos
- Ampliar este programa a pacientes con otro tipo de enfermedades como fue en este caso, PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ya que el apoyo profesional a estos pacientes es muy importante para mejorar la adhesión de su medicación del paciente ,

- Se debe implementar proyectos educativos dirigidos tanto a los pacientes como a sus familiares para que conozcan sobre la importancia del buen estilo de vida que debe llevar en este tipo de enfermedades recalcando un buen hábito alimenticio y la realización de actividad física.
- Establecer un espacio físico para que el Profesional Químico Farmacéutico pueda prestar el servicio de Atención Farmacéutica y ser remunerada

6.3 . Aspectos complementarios.

- 6.3.1. Se debe incluir a la familia en la intervención farmacéutica de este tipo de estudios, para mejorar el nivel de adherencia de los pacientes con hipertensión arterial.
- 6.3.2 Se deberían diseñar estrategias para mejorar el nivel de solución de problemas relacionados con medicamentos, para lograr resolverlos en su totalidad.
- 6.3.3 Se debería implementar un sistema de control de las medidas no farmacológicas para mejorar los resultados de disminución de los valores de la presión arterial.
- 6.3.4 Se debería implementar un sistema para mejorar el estilo de vida de los pacientes hipertensos de esa forma para disminución de la presión arterial.
- 6.3.5 Se debería desarrollar talleres sobre el uso racional de medicamentos para que el paciente utilice correctamente solo los medicamentos con prescripción médica, en base a un problema de salud correctamente diagnosticado.
- 6.3.6 Se debería formular convenios entre la ULADECH CATÓLICA y algunas instituciones de salud con la finalidad de implementar este programa de seguimiento farmacoterapéutico en dichas instituciones.

VII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm.* 1990; 47:533 – 543
2. Álvarez J, et al. La seguridad del medicamento en la investigación. Pfizer. [serie en internet]. 2008 [citada 2017 Junio 30]; [Alrededor de 59 pantallas]. Disponible en: https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2008/Informe_Seguridad_2008.pdf
3. 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.
4. Moore TJ, Cohen MR, Furberg CD. Serious adverse drug events reported to the Food and Drug Administration, 1998-2005. *Arch Intern Med* 2007; 167(16):1752-1759.
5. Agustí C. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. *Acta. Méd. Peruana Lima.* Mayo - agosto. 2006; 23(2): 71-75. Disponible: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000200005. Citado el 20 de octubre del 2017.
6. Ayala Impacto del seguimiento farmacoterapéutico en Calidad de vida en los pacientes con hipertensión arterial [tesis para optar título profesional de químico farmacéutico] Lima: UNMSM;2007. URL disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2611/ayala_ll.pdf;jsessionid=1BD6083CF61306BA7FC12FB08A6516ED?sequence=1
7. Faus M. Programa Dáder. *Pharmaceutical Care España.* 2000; 2:73-74.
8. Jácome A. Medidas de resultados en atención farmacéutica. *Boletín De Atención Farmacéutica Comunitaria Vol. 3 N°3, Universidad de Granada.* Madrid marzo 1999. Tomado desde: <http://www.ugr.es/~atencfar/bofac33.htm> El 30/01/16
9. Sookaneknun P. Richards RME. Sanguansermisri J. Teerasut Ch. Can Pharmacists Improve Outcomes in Hypertensive Patients? *Who. Second international conference on improving use of medicines.* Chiang Mai.

Thailand. 2004. Tomado desde: <http://mednet3.who.int/icium/icium2004/poster.asp?keyword=Adult+Health>.

10. Machado M. Bajcar J. Guzzo C. Einarson R. Sensitivity of Patient Outcomes to Pharmacist Interventions. Part II: Systematic Review and Meta-Analysis in Hypertension Management. *The Annals of Pharmacotherapy*: Vol. 41(11); 1770- 1781. DOI 10.1345/aph.1K311. Published Online, 9 October 2007, www.theannals.com, DOI10.1345/aph.1K311.
11. Basterra M. El cumplimiento terapéutico. *Pharm care. Esp* 1999; 1: 97-106. Tomado desde: <http://www.cqfperu.org/af/artInteres/af200511cumpliTerape.pdf> El 16/07/16.
12. Lee K. Grace A. Taylor J. 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.
13. Kheir M. Foppe J. Shaw P. Sheridan L. Health-related quality of life measurement in pharmaceutical care targeting an outcome that matters. *Pharmacy World & Science*. Springer Netherlands. ISSN0928-1231 (Print) 1573-739X (Online). 2004; 26 (3): 125-128
14. Tafur E. García E. Aproximación del rol de farmacéutico en la calidad de vida relacionada con la salud. *Pharmacy Practice* 2006; 4(1): 18-23.
15. Pickard S. Johnson A. Farris B. The impact of pharmacist interventions on healthrelated quality of life. Harvey Whitney Books Company. *The Annals of Pharmacotherapy*: 1999; 33(11): 1167-1172. DOI 10.1345/aph.18460.23.
- Armando P, Uema S, Sola N. Valoración de la satisfacción de los pacientes con el seguimiento farmacoterapéutico. *Seguimiento farmacoterapéutico* 2005; 3(4): 205- 212.
16. Armando P, Uema S, Sola N. Valoración de la satisfacción de los pacientes con el seguimiento farmacoterapéutico. *Seguimiento farmacoterapéutico* 2005; 3(4): 205- 212

17. Zillich J. Sutherland M. Kumbera A. Carter L. Hypertension Outcomes Through Blood Pressure Monitoring and Evaluation by Pharmacists (HOME Study) *J Gen Intern Med.* 2005 December; 20(12): 1091-1096.
18. 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
19. Sabater D. Fernández F. Parras M, Faus M. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico. *Seguimiento farmacoterapéutico* 2005; 3(2): 90- 97
20. . Silva L. Tuneu L. Faus M. Revisión sistemática sobre la implantación y la evaluación del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hospitalizados. *Farm Hosp.* 2010; 34(3):106-124. Tomado desde: <http://farmacia-hospitalaria-121-articulorevision-sistemica-sobre-implantacion-evaluacion13150709#elsevierItemsResumenes>.
21. Desselle S. Schwartz M. Rappaport M. The Identification of Pharmaceutical Care Practice Standards in the Community Pharmacy Setting. *Journal of Pharmaceutical Care*, published by the School of Pharmacy of Northeast Louisiana University at Monroe LA. Volume 1, Article 3. February 1997.
22. Fontana D. Soláthurry N. Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes pediátricos hospitalizados: adaptación de la metodología Dáder. Arán ediciones 2003, s.l. *farmacia hospitalaria. farm hosp (Madrid).* 2003; 27(2): 78-83.
23. . Garnet R. Davis J. Mckenney M. Steiner C. Effect of telephone follow-up on medication compliance. *Am J Hosp Pharm* 1981; 38: 676-679?
24. . Gil V. Pineda M. Martínez L. Belda J. Santos A y Merino J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento terapéutico en la hipertensión. *Med Clin (Barc)* 1994; 102: 532-536.
25. Gamarra H. Roque R. Implantación de un programa de atención farmacéutica a pacientes hipertensos en la Farmacia Comunitaria "Omar" en el distrito de Carmen de la Legua Reynoso. Tesis para optar el título profesional de Químico Farmacéutico. UNMSM. Lima Perú 2002. Tomado

desde:http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2002/gamarra_rh/pdf/gamarra_rhTH.8.pdf El10/04/2017

26. Ocampo P. "Impacto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico, dirigido a pacientes hipertensos, sobre los problemas relacionados con medicamentos, la adherencia al tratamiento y la percepción del paciente sobre la actividad profesional del farmacéutico". ULADECH católica. 2012. Tomado desde: http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2012/01/08/00_0180/00018020140211103040.pdf

27. Fernández J. Hernández R. Cueto A. La calidad de vida: un tema de investigación necesario. Concepto y método (1). Medicina Integral. 1996; 27 (2): 53-56.

28. . Ayala L. Condezo K. Juárez J. Impacto del Seguimiento farmacoterapéutico en la Calidad de Vida Relacionada a la Salud de Pacientes con Hipertensión Arterial, Ciencia e Investigación 2010; 13(2): 77-80, Facultad de Farmacia y Bioquímica, UNMSM2010.ISSN1609-9044.Tomado desde: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ciencia/v13_n2/pdf/a05v13n21.pdf El 29/06/17

29. Ministerio de Salud del Perú. La Política Nacional de Medicamentos en el Perú. Consejo Nacional de Salud. Comité de Medicamentos. Resolución Ministerial N° 1240-2004- MINSa. Tomado desde: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/destacados/archivos/65/RM1240-2004.pdf> el 19/08/2014.

30. 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.

31. . Presidencia de la república. Aprueban Reglamento de Registro Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, Decreto Supremo N°016-2011-TR. El peruano. Lima 27 de Julio de 2011.

32. . Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Atención Farmacéutica en el Perú (1). Boletín Centro de Atención Farmacéutica - Año 1 Número 1 Enero – Febrero 2008. Tomado desde: www.digemid.minsa.gob.pe El 28/07/2012.
33. Álvarez A. Zegarra E. Solis Z. Mejía N. Matos E. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud del Perú. Boletín (Cent. Aten. Farm.). Año 5 - Número 3 – Mayo-Junio 2012. ISSN 2221-4259. Tomado desde: http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Boletines/AtencionFarmaceutica/B09_2012_03.pdf El 19/08/2014.
34. Causas de muerte 2008 [base de datos en línea]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Tomado desde: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_2008_sources_methods.pdf. El 15/05/2014
35. . Lim S. Vos T. Flaxman D. Danaei G, et al A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*.2012; 380(9859):2224-60.
36. Organización Mundial de la Salud. Global Health Observatory Data Repository [base de datos en línea]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008. Tomado desde: <http://apps.who.int/gho/data/view.main> El 11 de febrero de 2013
37. Organización Mundial de la Salud. Global Health Observator y Data Repository [base de datos en línea]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008. Tomado desde: <http://apps.who.int/gho/data/view.main> El 11 de febrero de 2013.
38. Lawes M. Vander S. Rodgers A. for the International Society of Hypertension. Global burden of blood pressure-related disease 2001. *Lancet* 2008; 371:1513– 1518.
39. . Burlando G. Sánchez R. Ramos F. Mogensen C. Zanchetti A. on behalf of the Latin American Experts Group. Latin American consensus on diabetes mellitus and hypertension. *J Hypertens* 2004; 22:2229–2241

40. . Lanas F. Avezum A. Bautista E. Díaz R. Luna M. Islam S. et al INTERHEART Investigators in Latin America. Risk factors for acute myocardial infarction in Latin America: the INTERHEART Latin American study. *Circulation* 2007; 115:1067– 1074.
41. Albala C. Vío F. Kain J. Uauy R. Nutrition transition in Latin America. *Nutr Rev* 2001; 59: 170–176.
42. Schargrodsky H. Hernández R. Champagne B. Silva H. Vinueza R. et al CARMELA Study Investigators. CARMELA: assessment of cardiovascular risk in seven Latin American cities. *Am J Med* 2008;121:58-65
43. Barreto S. Azeredo V. Oliveira J. Guerra H. Guati-Mosim P. Furtado M. Hypertension and clustering of cardiovascular risk factors in a community in southeast Brazil. The Bambuí Health and Ageing Study. *Arq Bras Cardiol* 2001; 77:576-581.
44. Fasce E. Campos I. Ibañez P. Flores M. Zarate H. et al Trends in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in urban communities in Chile. *J Hypertens* 2007;25:1807-1811.
45. Guerrero F. Rodríguez M. Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en la población rural marginada. *Salud Pública México* 1998; 40:339-346.
46. Martínez J. Baena I. La Atención Farmacéutica como método para mejorar la salud de los pacientes y la coordinación entre los profesionales médicos y farmacéuticos. *Pharm Care Esp.* 2001; 3:135-9
47. . Velasco G. Seguimiento farmacoterapéutico ambulatorio en pacientes hipertensos de la Caja de Salud de Caminos y R. A. –Oruro. *Biofarbo*. vol. 16, Diciembre 2008. Tomado de: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rbfb/v16n1/v16n1a13>.
48. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Consenso Español de Atención Farmacéutica. *Ars Pharm* 2001; 42: 221-41. 13.
49. Kheir N. Emmer ton L. Shaw J. Can pharmacists influence the health-related quality of life patients with asthma? *Medical Sciences* 2001; 3(2):69-75.

50. Armando P, Uema S, Sola N. Valoración de la satisfacción de los pacientes con el seguimiento farmacoterapéutico. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3(4): 205-212.
51. Bances C. Ocampo P. Efecto de un Programa Piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre la Autopercepción de la Calidad de Vida en Pacientes Hipertensos”. Tesis para optar el grado de Bachiller. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote 2015
52. Sindicato Médico del Uruguay. El valor del medicamento: realidades y esperanzas de futuro. El Diario Médico N°65. Mayo de 2005. Tomado desde: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/eldiariomedico/n65/pag15.pdf>. El 28/08/2012.
53. Fernández F. Faus M. Gastelurrutia A. Baena I. Martínez F. Evolución del concepto de problemas relacionados con medicamentos: resultados como el centro del nuevo paradigma. Seguimiento farmacoterapéutico 2005; 3(4):167-188
54. 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.
55. Strand M. Morley C. Cipolle J. Ramsey R. Lamsam D. Drug-related problems: their structure and function. Drug Intell Clin Pharm 1990; 24:7-109.
56. Blasco P. Mariño L. Aznar T. Pol E. Alós M. et al Desarrollo de un método observacional prospectivo de estudio de errores de Medicación para su aplicación en hospitales. Farm Hosp 2001; 25:253-273.
57. . Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. PRM y RNM Conceptos. Portal Farma.com Organización Farmacéutica Colegial. FARMACÉUTICOS N°315.- Octubre 2006.Tomado desde: http://www.portalfarma.com/inicio/atencionfarmaceutica/forodeattfarma/Documents/28_29_Atencion_farma.pdf. Tomado el 14/07/2012
58. . Hall V. Atención farmacéutica. Seguimiento del tratamiento farmacológico. Universidad de Costa Rica. Centro Nacional de Información de

- Medicamentos. Enero de 2003. Tomado desde: <http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed14.pdf>. El 20/08/2016.
59. Culbertson L. Larson A. Cady S. Kale M. Force W. "A conceptual framework for defining pharmaceutical diagnosis," Am. J.Pharm. Educ. 1997; 61:12-18. Tomado desde: <http://archive.ajpe.org/legacy/pdfs/aj610112.pdf>. El 20/08/2016
60. . Hurley C. A Method of Documenting Pharmaceutical Care Utilizing Pharmaceutical Diagnosis. American Journal of Pharmaceutical Education Vol. 62, Summer 1998.
61. Ferriols R. Valoración de la Atención Farmacéutica en los problemas relacionados con los medicamentos. Presentado en XLIV Congreso Nacional SEFH. Septiembre 1999. Pamplona
62. Calvo V. Alós M. Giraldez J. Grupo de Trabajo Atención Farmacéutica. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Bases de la Atención Farmacéutica en Farmacia Hospitalaria. FarmHosp 2006; 30:120-3.
63. Sabater D. Silva M. Faus M. Método Dáder. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. Tercera edición, 2007.
64. Presidencia de la república. Aprueban reglamento de establecimientos farmacéuticos, Decreto Supremo N°014-2011-SA. El Peruano. Lima 27 de Julio de 2011
65. Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Norma Técnica de Buenas Prácticas de Dispensación. Tomado desde: www.digemid.minsa.gob.pe. El 13 de Julio de 2012.
66. Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Manual de Buenas Prácticas de Prescripción. 2005. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. Lima. Tomado desde: <http://www.minsa.gob.pe/infodigemid>
67. Basterra M. El cumplimiento terapéutico. Pharm care. Esp 1999; 1: 97-106. Tomado desde: <http://www.cqfperu.org/af/artInteres/af200511cumpliTerape.pdf> El 16/07/13

68. Osterberg L. Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med 2005; 353:487- 97. Downloaded from www.nejm.org on November 18, 2009.
69. Morisky E. Green W. Levine M. Concurrent and Predictive Validity of a Self-Reported Measure of Medication Adherence. Medical Care. 1986; 24 (1):67-74.
70. 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.
71. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de España. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Ars Pharmaceutica, 2001; 42:3-4; 221-241.
72. Comité de Consenso: Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM). Ars Pharmaceutica, 43:3-4; 179-187, 2002.
73. Gonzales G. Fundamentos de Atención Farmacéutica Cap 11. Pontificia Universidad Católica de Chile. Tomado desde: http://cursos.puc.cl/unimit_qim_002-almacen/1220552779_ggonzalez_sec4_pos0.pdf El 16/08/2012.
74. Martínez M. El concepto atención farmacéutica. sus influencias nosológicas en el contexto de la profesión. Revista del Centro de Investigación. Universidad La Salle. México. 2000. 4(14):83-85.
75. Van W. Pharmaceutical Care, the Future of Pharmacy. Theory, research and practice. Dissertation. Druk: Drukkerij De Volharding, Groningen. J.W.F. van Mil, Zuidlaren, 1999. Gezetteu Monotype Spectrum (J. v. Krimpen/S.L. Hartz). ISBN: 90-9013367-4.
76. Clopes A. Intervención Farmacéutica. En: Bonal J. et al Ed. Farmacia Hospitalaria. Sociedad Española de Farmacia Desde: http://sefh.interguias.com/libros/tomo1/Tomo1_Cap1.4.pdf. Tomado el 20/05/05.
77. Garção A. Cabrita J. Evaluation of a Pharmaceutical Care Program for Hypertensive Patients in Rural Portugal. J Am Pharm Assoc 42(6):858-864, 2002. © 2002 American Pharmaceutical Association.

78. Machuca M. Atención Farmacéutica, seguimiento farmacoterapéutico, Pharmaceutical care. Farmacoterapia Social. España 2006. Disponible desde: www.farmacoterapiasocial.es/local/capitulo1.pdf
79. Climente M. Jiménez N. Manual para la Atención Farmacéutica. 3º edición. Afahpe. Hospital Universitario Dr Peset. Valencia, 2005.
80. Grainger T. Miralles A. Hepler D. Segal R. Doty R. Ben R. Therapeutic outcomes monitoring: application of pharmaceutical care guidelines to community pharmacy. *J Am Pharm Assoc (Wash)*. 1997 Nov-Dec; NS37(6):647-61
81. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. Seguimiento farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). *Pharmacy Practice* 2006; 4(1): 44-53.
82. Barris D. Faus M. An initiation in Dáder methodology in the pharmacy therapeutic monitoring in a community pharmacy. *Ars Pharmaceutica*. 2003; 44(3):225-237.
83. Fajardo C, Baena I, Alcaide J, Martínez J, Faus J, Martínez F. Adaptación del Método Dáder de Seguimiento farmacoterapéutico al nivel asistencial de atención primaria. *Seguimiento farmacoterapéutico* 2005; 3(3): 158-164.
84. Velanovich V. Using quality-of-life instruments to assess surgical outcomes. *Surgery*. 1999; 126:1-4.
85. Wilson B, Cleary D. Linking clinical variables with health related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. *JAMA*. 1995; 273:59-65
86. Cella F. Wiklund I. Shumaker A. Aaronson K. Integrating health-related quality of life in clinical trials. *Qual Life Res*. 1993; 2: 433-40.101.
87. Guyatt H. Feeny H. Patrick L. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med*. 1993; 118: 622-9.

88. Jarillo D. Moreno F. Rodríguez J. Lázaro P. Calidad de Vida e Hipertensión Arterial. Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud (TAISS). Madrid. Publicación en línea Tomado desde:

[http://www.taiss.com/publi/absful/calidad %20 de%20vida%20argo.pdf](http://www.taiss.com/publi/absful/calidad%20de%20vida%20argo.pdf).
Tomado el 16/01/08.

89. Monés J. ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia?. *Cir Esp* 2004; 76(2):71-7.
90. Coté I. Moisan J. Chabot I. Grégoire P. Health related quality of life in hypertension: impact of a pharmacy intervention programme. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 2005; 30(4): 355–362. doi:10.1111/j.1365- 2710.2005.00663.
91. .NICE Clinical Guideline 34. Hypertension: management of hypertension in adults in primary care (partial update of NICE clinical guideline 18). London, UK: National Institute for Health and Clinical Excellence 2006. 15/08/2006" www.nice.org.uk/CG018. 15/08/2006.
92. Jarillo D. Moreno F. Rodríguez J. Lázaro P. Calidad de Vida e Hipertensión Arterial. *Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud (TAISS)*. Madrid. Publicación en línea Tomado desde: [http://www.taiss.com/publi/absful/calidad %20 de%20vida%20argo.pdf](http://www.taiss.com/publi/absful/calidad%20de%20vida%20argo.pdf). Tomado el 16/01/08.
93. Centeno M. Álvarez S. López D. González R. Garrido C. Vivir con EPOC. Calidad de vida del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Estudio VICE): Diseño y métodos de estudio. *Investig. Clin. Farm*. 2005; 2(3): 153-160
94. Cazorla A. Dehesa N. Santiago R. Cebreros C. Calidad de vida de mujeres hipertensas seguidas en consulta de enfermería dependiendo de si cuidan o no a sus nietos. *Nure Investigación*, Nº 22, Mayo-Junio 06. Tomado desde: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/279/260>

95. Vilagut G. Ferrer M. Rajmil L. Rebollo P. Permanyer-Miralda G. et al El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.* 2005; 19(2): 135-50
96. .U.S. department of health and human services. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. NIH Publication No. 03 - 5233.
97. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Día mundial de la Salud 2013. Documento N° WHO/DCO/WHD/2013.2. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013. Tomado desde:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?ua=1 El 24/07/2016
98. Segura L. Agusti R. Ruiz E. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. *Acta Médica Peruana.* Lima. Enero - Abril. 2011; 23(2): 71-75.Dsponible:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172859172006000200005. El 10/07/14.
99. Rojas DA. Atención farmacéutica en pacientes hipertensos adultos mayores Informe de práctica prolongada para optar al título de Químico Farmacéutico Universidad de Chile. Santiago de Chile 2005.
100. Tuesca MR. Guallar CP. Banegas BJ. Graciani para. factores asociados al control de la hipertensión arterial en personas mayores de 60 años en España. *Revista Española de Salud Pública*, mayo-junio, año/vol. 80, número 003 Ministerio de Sanidad y Consumo de España Madrid, España. pp. 233-242
101. Sergio P.Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial. santiago de chile 1999.tomado desde: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/1908?ver=sindiseno11/07/16>.
102. Machuca M. Parras M. Faus M. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre Hipertensión. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. España. Tomado desde:

http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_HIPERTENSION.pdf El 06/06/05

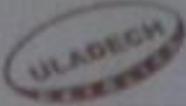
103. Agusti CR. Epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú. Acta Med Per. 23(2) 2006 69. http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf, 02/04/2016
104. Fontana RD. Soláthurry N. Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes pediátricos hospitalizados: adaptación de la metodología Dáder. Arán ediciones 2003, s. 1. farmacia hospitalaria. Farm hosp (Madrid) Vol. 27. N. ° 2, pp. 78-83, 2003.
105. Jameson JP, Van Noord G, Vanderwoud K. The impact of a pharmacotherapy consultation on the cost and outcome of medical therapy. J Fam Pract 1995; 41(5):469- 72.
106. University of Michigan Health System. Comprehensive Cancer Center. Scoring Instructions for the Expanded Prostate cancer Index Composite (EPIC) University of Michigan 2002. Desde: www.roadrunner.cancer.med.umich.edu/epic/EPIC-Scoring-2.2002.pdf. Tomado el 11/02/08.
107. .Navarrete C. Cartes R. Prevalencia de hipertensión arterial en comunidades pehuenches, Alto Biobio. Rev Chil Cardiol. 2012; 31(2): 102 – 107.
108. Cuesta A. Medición de la tensión arterial. Universitat de Valencia. Departament d'Infermeria Septiembre, 2004.url disponible en: <https://www.uv.es/inferm/HTA.pdf>
109. Ortiz H. Vaamonde R. Zorrilla B. Arrieta F. Casado M. Medrano J. Prevalencia, grado de control y tratamiento de la hipertensión arterial en la población de 30 a 74 años de la Comunidad de Madrid: Estudio PREDIMERC. Rev. Esp. Salud Pública [online]. 2011, 85(4): 329-338. ISSN 1135-5727. Tomado desde:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272011000400002 &lng=es, el 02/04/2016.

110. Hipertensión, diabetes y obesidad asociadas a la artrosis. [Internet]Salud y Medicina primer diario de Salud online .2014 [disponible2014.marzo.14; citado 2019 julio 21]. <https://www.saludymedicina.org/post/hipertension-diabetes-y-obesidad-asociadas-a-la-artrosis>

VIII. ANEXOS

Anexo N° 1. Solicitud de permiso dirigido al establecimiento farmacéutico.


**UNIVERSIDAD CATHOLICA LOS ANGELES
CHIMBOTE**
ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUIMICA
Chimboté, 05 de agosto de 2017

Nombre:
OFERIDA ROSA NEGRA BENTON
(SALUD Y VIDA LAS LADERAS NORTE S2 D L 4)
País:

Asunto: Facilidades para realizar una investigación sobre seguimiento Farmacoterapéutico.

De mi especial consideración:

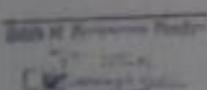
Me dirijo a Usted de manera cordial para solicitarle por su intermedio las facilidades para que el Alumno **Chera Jaurez Cinthia Verónica**, Céd. N° 8188122813 pueda desarrollar actividades de Seguimiento Farmacoterapéutico como parte de un proyecto de investigación que tiene por objetivo evaluar la utilidad de este servicio en la prevención, detección e intervención de problemas relacionados con medicamentos que pueden sufrir los pacientes que se atienden en el Servicio Farmacéutico que Usted dirige.

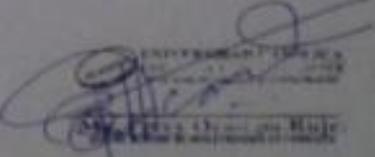
El desarrollo del trabajo demanda la captación post dispensación de 12 pacientes con prescripción facultativa del medicamento Tamsulosina. El citado profesional desarrollará las actividades iniciales de captación dentro del establecimiento farmacéutico ofreciendo el servicio a los pacientes que cumplan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

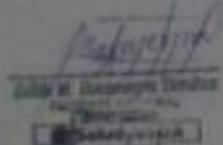
Durante el desarrollo de la actividad se recogerá información que probablemente sea muy útil para su institución con el fin de implementar un servicio puntual que les permita auxiliar al servicio en Bases Prácticas de Farmacia de acuerdo al marco legal vigente.

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

Atentamente,


Oferta Rosa Negra Benton
Estudiante de Farmacia
Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica
Teléfono de Contacto: 943788829


Director
Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica
Teléfono: (043) 551254


Oferta Rosa Negra Benton
Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica
Teléfono: (043) 551254

Av. José Pardo N° 9079 - Chimbote - Perú
Teléfono: (043) 551254

Anexo N° 2. Hoja de consentimiento informado.

ANEXO N°02: EJEMPLO DE HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico

Declaración del paciente:

- 1.- Acepto libremente participar de este programa de Seguimiento Fármaco Terapéutico desarrollado por el Establecimiento Farmacéutico..... y que forma parte de una estrategia para mejorar el estado integral de mi salud.
- 2.- Estoy en conocimiento que este servicio de Atención Farmacéutica es absolutamente gratuito durante el tiempo que dure este estudio y que tengo la libertad de abandonarlo cuando lo estime conveniente.
- 3.- Estoy en conocimiento que el programa no contempla la donación ni venta de ningún tipo de medicamento. Las acciones son solo de tipo educativo y el seguimiento de indicadores de salud.
- 6.- Me comprometo a que toda la información entregada por mí sea fidedigna.
- 6.- 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 de la investigación puedan analizarse y presentarse como resultados dentro de un informe final, manteniendo mi anonimato.
- 7.- La firma de este consentimiento no tiene fin comercial o contractual de ningún tipo.

*NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DIRECCION: Javier Emu HZ X Lt 32. Cesar Vallejo

*TELEFONO: _____

FIRMA: _____

DNI: 32810891

*NOMBRE DEL QUIMICO FARMACÉUTICO Jr. Ghero Juárez Anthea Verónica

*TELÉFONO: 966925709

FIRMA: _____

DNI: 46807913

FECHA: 19 104 2016

Anexo N° 3. Fichas farmacoterapéutico.

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

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

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

1.1.- DATOS PERSONALES

NOMBRE: _____ SEXO: _____
 DIRECCIÓN: _____ ZONA: _____
 TELÉFONO DOMICILIO: _____ OTRO _____ (MAIL): _____
 FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD: ____ AÑOS:
 GRADO DE ESTUDIOS: ANALFABETO PRIMARIA SECUNDARIA SUPERIOR.....
 TIENE SEGURO SI: ___ NO: ___ SEGURO INTEGRAL (SIS): ___ ESSALUD: ___ PRIVADO: _____
 OTRO CUAL?: _____
 EL SEGURO PRIVADO CUBRE LOS MEDICAMENTOS TOTALMENTE: SI: _____ NO: _____

1.2.- PARÁMETROS DE SEGUIMIENTO:

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

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

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

| N° | NOMBRE DEL MEDICO / INSTITUCIÓN | ESTABLECIMIENTO | ESPECIALIDAD | TELÉFONO |
|----|---------------------------------|-----------------|--------------|----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

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

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

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

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

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

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

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

1.7. REGISTRO DE PROBLEMAS DURANTE EL USO DE MEDICAMENTOS.

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

Si la respuesta anterior fue Si, entonces:

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.*

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

1.10.- ANTECEDENTES FAMILIARES DE MORBILIDAD:

| ENFERMEDAD | MADRE | PADRE | HERMANOS | OTROS |
|--------------|-------|-------|----------|-------|
| HIPERTENSIÓN | | | | |
| DIABETES | | | | |
| COLESTEROL | | | | |
| OTRA: | | | | |

Observaciones:

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

1.11.- HABITOS DE VIDA:

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

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

COD INTERV:

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

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

PACIENTE COD. N°:
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.

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

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

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

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

COD INTERV:

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

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

PACIENTE COD. N°:
NOMBRE:

FECHA:

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

-PELO:

-CABEZA:

-OIDOS, OJOS, NARIZ, GARGANTA:

-BOCA (llagas, sequedad...):

-CUELLO:

-MANOS (dedos, uñas...):

-BRAZOS Y MÚSCULOS:

-CORAZÓN:

-PULMÓN:

-DIGESTIVO:

-RIÑÓN (orina...):

-HÍGADO:

-GENITALES:

-PIERNAS:

-PIÉS (dedos, uñas):

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

-PIEL (sequedad, erupción...):

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

- PARÁMETROS ANORMALES (T³,PA, colesterol...):

- TABACO:

- ALCOHOL:

- CAFÉ:

- OTRAS DROGAS:

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

- VITAMINAS Y MINERALES:

- VACUNAS:

- ALERGIAS MEDICAMENTOS Y/O SOSPECHAS DE RAM:

- Situaciones fisiológicas (y fecha):

- OBSERVACIONES:

COD INTERV:

Anexo N° 3.8. FFT. Hoja guía de intervención farmacoterapéutica – Primera parte.

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

PACIENTE COD N°:
NOMBRE:

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

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

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

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

4.2.- DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL PRM:

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

COD INTERV:

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

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

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

Fecha final de la Intervención:

COMENTARIO:

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

4.4. QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRM.

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

TABLA N°4.4. CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS

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

COMENTARIO:

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

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

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

4.6. RESULTADO:

| Solución | PRM resuelto | PRM no resuelto |
|---------------------------------|--------------|-----------------|
| Aceptación | | |
| Intervención aceptada | | |
| Intervención no aceptada | | |

¿QUÉ OCURRIÓ CON LOS PRMs QUE NO SE RESOLVIERON?

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

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

COD INTERV:

ANEXO N° 8.3.11. Ficha farmacoterapéutica (Ficha06). Test para medir la autopercepción de calidad de vida

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

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ COD* _____

FIRMA: _____ FECHA: ____/____/____

COD INTERV:

INSTRUCCIONES :

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

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA:

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

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

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

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

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

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

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

- 1) Si 2) No
6. ¿Hizo menos de lo que hubiera podido hacer?
7. ¿No hizo o las hizo con menos cuidado en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su problema emocional?
8. Durante las últimas cuatro semanas ¿Hasta que punto el dolor ha influenciado su trabajo individual (incluyendo su trabajo fuera de casa y su trabajo doméstico)?
- 1) Nada 2) Un poco 3) Regular 4) Bastante 5) Mucho
-

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

- 1)Siempre 2)Casi siempre 3)Muchas veces 4)Algunas veces 5)Sólo alguna vez 6) Nunca
9. Se sintió calmado y tranquilo?
10. Tuvo mucha energía?
11. Se sintió desanimado y triste?
12. Durante las d últimas semanas , ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
- 1)Siempre 2)Casi siempre 3)Algunas veces 4)Sólo alguna vez 5) Nunca
-

Anexo N° 8.4. tabla de estado de situación.

| Cod paciente | COD CIE 10 | diagnóstico | DCI | FP | dosis (mg) | frec dosi s (día) | días | Cod PR M | descripción del PRM | RNM | Acción realiz. por el QF | Cod. intervenc ión | Cod canal de comunic | aceptación | solución | descripci ón de la no solución |
|--------------|------------|---|------------------------|-----|------------|-------------------|------|----------|--|-----|--|--------------------|----------------------|------------|----------|--------------------------------|
| 1 | I10 | hipertensión arterial esencial (primaria) | losartan | sol | 50 | 2 | 30 | 9 | el paciente no toma los medicamentos todos los días, se olvida de tomarlos a la hora indicada | 4 | Se educó al paciente a través de consejería sobre la importancia de cumplir el tto y realizando visitas sorpresas domiciliarias. | 8 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| 1 | I10 | hipertensión arterial esencial (primaria) | hidroclorotiazida | sol | 25 | (1/2) | 30 | 8 | le prescriben 30 tabletas para 30 días ,la dosis diarias es 1/2 tabletas , así mismo el paciente no entiende la receta | 5 | Se transcribió en una hoja aparte la receta y se comunicó al médico sobre la duración del tratamiento. | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 |
| 1 | I50 | insuficiencia cardíaca | carvedilol | sol | 25 | 1 | 30 | | | | | | | | | |
| 1 | I50 | insuficiencia cardíaca | ácido acetilsalicílico | sol | 100 | 1 | 30 | | | | | | | 0 | 0 | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|---|-------------------|-----|-----|-----|----|----|--|---|--|----|---|---|---|--|
| 1 | | dolor muscular | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | |
| 1 | | dolor de cabeza | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | |
| 1 | | dolor de articular | naproxeno sódico | sol | 550 | c2d | ev | 10 | El apronax interfiere la actividad antihipertensiva losartan, hidroclotiazida. | 6 | Se explicó al paciente sobre los riesgos de la automedicación y se retiró el apronax. | 8 | 1 | 1 | 1 | |
| 1 | | ardor para orinar | | | | | | 11 | el refiere ardor al orinar | 1 | se indica al paciente acudir al medico | 10 | 1 | 1 | 1 | |
| 1 | | depresión | | | | | | 11 | el paciente refiere depresión por separación de su esposo | 1 | se brindó una consejería para ayudar el estado emocional del paciente | 10 | 1 | 1 | 1 | |
| 2 | I10 | hipertensión arterial esencial (primaria) | Enalapri | sol | 10 | 2 | | 90 | El paciente hace un reajuste de la dosis indicada, toma 2 tab de 10 mg diarios, le prescribieron 2 tab dirías. | 4 | Al paciente se brindó una consejería de la importancia de administración correcta del medicamento. | 2 | 1 | 1 | 1 | |
| 2 | I10 | hipertensión arterial esencial (primaria) | hidroclorotiazida | sol | 25 | 1 | | 90 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|---|------------------------|-----|------|---|----|----|---|---|--|----|---|---|---|--|
| 2 | I50 | insuficiencia cardíaca | carvedilol | sol | 12.5 | 2 | 90 | 3 | el paciente almacena el carvedilol en una bolsa para un mes completo | 3 | Se orientó al paciente sobre la forma correcta de almacenamiento y sus efectos que causa el mal almacenamiento se hizo las visitas sorpresivas para ver el cumplimiento. | 10 | 1 | 1 | 1 | |
| 2 | I50 | insuficiencia cardíaca | ácido acetilsalicílico | sol | 100 | 1 | 90 | | | | | | | | | |
| 2 | E78 | hipercolesterolemia pura | atorvastatina | sol | 10 | 1 | 90 | 8 | prescripción para tres morbilidades ,error en la redistribución de la cantidad, error en la concentración del medicamento | 4 | Se le indicó al paciente que en la siguiente cita pida la concentración de cada medicamento. | 2 | 1 | 1 | 1 | |
| 2 | I50 | hipertensión arterial esencial (primaria) | Enalapril | sol | 10 | 2 | 90 | 12 | El paciente refiere que presenta sequedad de boca constante cuando toma este medicamento. | 6 | se comunicó al médico, para cambiar por otro medicamento | 2 | 5 | 1 | 0 | |
| 2 | I50 | insuficiencia cardíaca | carvedilol | sol | 12.5 | 2 | 90 | 5 | El paciente no sigue la pauta , la dosis | 5 | Se brindó una consejería sobre los riesgos que causa la dosis inapropiada del medicamento, se | 2 | 1 | 1 | 1 | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|---|------------|-----|----|---|----|---|------------------------------------|---|--|--|----|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | prescrita, usa una dosis superior. | | contabilizó los medicamentos en cada visita. | | | | | | |
| 2 | | próstata | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | catarata ocular | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | depresión | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | hipertensión arterial esencial (primaria) | losartan | sol | 50 | 2 | 18 | 0 | 8 | receta presenta 5 morbilidades diferentes la cual confunde al paciente | 5 | se indicó al paciente que en a próxima cita el médico le prescriba por morbilidad una receta para confundir en su toma de su medicamento | 3 | | | | |
| 3 | I10 | hipertensión arterial esencial (primaria) | losartan | sol | 50 | 2 | 18 | 0 | 4 | El diclofenaco está contraindicado en paciente hipertenso. | 3 | se informa al médico para sustituir el medicamento por otro | 6 | | | | |
| 3 | I10 | hipertensión arterial esencial (primaria) | amlodipino | sol | 10 | 1 | 45 | | 2 | Paciente refiere para que voy a tomar mis medicamentos ya estoy viejo y no tengo hijos por quien vivir. | 4 | motivar la paciente para que tome sus medicamentos en su hora, se hará visitas de sorpresa | 10 | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------|---|------------------------|-----|-----|----|----|----|---|---|---|----|--|--|--|--|--|
| 3 | I10 | hipertensión arterial esencial (primaria) | hidroclorotiazida | sol | 25 | 1 | 90 | 3 | mal almacenamiento de sus medicamentos | 3 | se va separar sus medicamentos por patología y se hará un botiquín para el almacenamiento de sus medicamentos y se va retirar los medicamentos en mal estado y vencidos de manera apropiada | 10 | | | | | |
| 3 | I50 | insuficiencia cardíaca | ácido acetilsalicílico | sol | 100 | 1 | 90 | 9 | el paciente hace reajuste en la dosis indicada | 4 | Se brinda una consejería de la adhesión del paciente a su tratamiento. | 9 | | | | | |
| 3 | E11 | diabetes mellitus | metformina | sol | 850 | 2 | 0 | 18 | el paciente refiere malestar al tomar medicamentos .dolor de cabeza ,etc. | 6 | informar al médico tratante para el cambio de sus medicamentos, para disminuir los efectos adversos del medicamento | 5 | | | | | |
| | F51 | insomnio | alprazolam | sol | 0.5 | 1 | 60 | | | | | | | | | | |
| | M25.5 | dolor articular | diclofenaco | iny | 25 | ev | 8 | 10 | interacción con aspirina incrementa el riesgo de hemorragia | 4 | Informa al médico para el reajuste en la esquema de tratamiento. | 3 | | | | | |
| | | problemas de próstata | | | | | | 11 | el paciente sufre de problemas de marcapaso, próstata, | 1 | dar una consejería: en el cual se va indicar que el paciente debe acudir a un | 10 | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------------------|--|--|--|--|----|---|---|---|----|--|--|--|--|
| | | | | | | | | dolor de articular para lo cual el paciente se auto medica | | médico ante cualquier problema de salud ,para evitar riesgos y efectos de la automedicación | | | | | |
| | | problemas de marcapaso | | | | | 11 | el paciente sufre de problemas de marcapaso, próstata, dolor de articular para lo cual el paciente se auto medica | 1 | dar una consejería: en el cual se va indicar que el paciente debe acudir a un médico ante cualquier problema de salud ,para evitar riesgos y efectos de la automedicación | 10 | | | | |
| | | dolor | | | | | 11 | el paciente sufre de problemas de marcapaso, próstata, dolor de articular para lo cual el paciente se auto medica | 1 | dar una consejería: en el cual se va indicar que el paciente debe acudir a un médico ante cualquier problema de salud ,para evitar riesgos y efectos de la automedicación | 10 | | | | |
| | | dolor articular | | | | | 11 | el paciente sufre de problemas de marcapaso, próstata, dolor de articular para lo cual el paciente se auto medica | 1 | dar una consejería: en el cual se va indicar que el paciente debe acudir a un médico ante cualquier problema de salud ,para evitar riesgos y efectos de la automedicación | 10 | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------|---|---------------|-----|-------|---|----|----|--|---|---|----|---|---|---|-----------------------------------|
| 4 | I10 | hipertensión arterial esencial (primaria) | captopri 1 | sol | 25mg | 2 | 30 | 8 | En la receta se prescriben 2 diagnósticos diferentes, así mismo no le indica la cantidad exacta de sus medicamentos. | 6 | Se informa al médico para cambio de la receta, la dosis y el tiempo de tratamiento. | 3 | 4 | 1 | 0 | paciente espera su siguiente cita |
| 4 | I10 | hipertensión arterial esencial (primaria) | captopri 1 | sol | 25mg | 2 | 30 | 9 | paciente se olvida de tomar sus medicamentos de vez en cuando por que para trabajando en su tienda | 4 | Se orienta al paciente sobre la importancia de la adhesión a su tratamiento. | 10 | 2 | 1 | 1 | |
| 4 | M19.9 | artrosis, sin especificar | naproxeno | sol | 500mg | 3 | 15 | 10 | el naproxeno inhibe el efecto de captopril | 6 | Se comunica al médico para un reajuste en el esquema de tratamiento de naproxeno. | 3 | 4 | 1 | 0 | paciente espera la siguiente cita |
| 4 | | dolor de cabeza | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | zumbido de oído | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | sequedad de boca | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | atrofia de pies y manos | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|--|-----------------|-----|-----------|---|----|----|--|---|---|---|---|---|---|--|
| 4 | | orina amarillo oscuro | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | dolor musculoesq uelética | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | I10 | hipertensión arterial esencial (primaria) | Enalapri 1 | sol | 10mg | 1 | 30 | 8 | en la receta medicamentos que no es para una misma enfermedad | 1 | se deja un escrito para comunicar al médico que prescriba los medicamentos con su respectiva patología en recetas por separado | 3 | 4 | 1 | 0 | paciente espera su siguiente cita |
| 5 | | hipertensión arterial esencial (primaria) | Enalapri 1 | sol | 10mg | 1 | 30 | 12 | paciente presenta sequedad bucal y dolor en el estomago | 6 | Se deja un escrito para comunicar al médico de las reacciones que está produciendo. | 6 | 4 | 6 | 0 | paciente espera su siguiente cita |
| 5 | | dolor | paraceta mol | | 500m g | 2 | 10 | 10 | el paracetamol inhibe el efecto del Enalapril | 1 | orientación a la paciente de los efectos que ocasiona de estos medicamentos si los toma juntos y se deja u escrito para que el médico de horario donde los medicamentos no interactúen | 3 | 4 | 1 | 0 | paciente espera su siguiente cita |
| 5 | | dolor de cabeza | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|---|----------|-----|------|---|----|----|---|---|---|---|---|---|---|-----------------------------------|
| 5 | | sequedad bucal | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | dolor de espalda | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | nauseas | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | ardor de estomago | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | I10 | hipertensión arterial esencial (primaria) | Enalapri | sol | 10mg | 2 | 60 | 9 | Paciente no toma los medicamentos porque a veces se olvida. | 1 | se le brindo consejería y se dejó escrito acerca de la administración | 8 | 2 | 1 | 1 | |
| 6 | I10 | hipertensión arterial esencial (primaria) | Enalapri | sol | 10mg | 2 | 60 | 12 | paciente refiere que siente sequedad bucal, tos | 6 | se dejó un escrito al médico donde se le indica las reacciones que está presentando el paciente | 6 | 4 | 1 | 0 | paciente espera la siguiente cita |
| 6 | I10 | hipertensión arterial esencial (primaria) | Enalapri | sol | 10mg | 2 | 60 | 8 | en la receta presenta dos patología | 6 | se deja un escrito donde se le indica al médico que de receta por separado para cada patología | | | | | |

Anexo N° 5. Fotos

FIGURA N°04. Frontis de la botica salud y vida.



FIGURA N°05. Ejemplo de paciente en la firma de la hoja de consentimiento informado.



FIGURA N°06. Ejemplo de recojo de información.



Anexo N° 7. Glosario de términos

AF: Atención Farmacéutica.

SFT: Seguimiento Farmacoterapéutico.

PRM: Problemas relacionados con medicamentos.

CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud.

DIGEMID: Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud del Perú.

HTA: hipertensión arterial

EM: Error de Medicación.

MFT: Morbilidad farmacoterapéutico.

DF: Diagnóstico Farmacéutico.

DCI: Denominación común internacional.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

FIP: Federación Internacional Farmacéutica.

BP: Buenas Prácticas.

IF: Intervención farmacéutica.

EF: Establecimiento farmacéutico.

FFT: Fichas Farmacoterapéutico.

DGE: Dirección General de Epidemiología.