



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

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

EVALUACIÓN DEL SEGUIMIENTO
FARMACOTERAPÉUTICO EN PACIENTES HIPERTENSOS
ATENDIDOS EN LA BOTICA OMEGA FARMA DEL
DISTRITO LA ESPERANZA - TRUJILLO. ABRIL - JULIO 2016.

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
QUÍMICO FARMACÉUTICO

AUTORA:

Br. THREACY JOSSELYT AURAZO RAMIREZ

ASESOR:

Mgr. Q.F. CÉSAR ALFREDO LEAL VERA

TRUJILLO – PERÚ
2016

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mgr. Q.F. Nilda María Arteaga Revilla

Presidente

Mgr. Q.F. Luisa Olivia Amaya Lau

Secretaria

Dra. Q.F. Kelly Maruja Ibáñez Vega

Miembro

Mgr. Q.F. César Alfredo Leal Vera

Asesor

AGRADECIMIENTOS

*A **DIOS**, quien ha forjado mi camino y me ha dirigido por el sendero correcto, por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.*

Te lo agradezco, padre celestial.

*A mis **PADRES**, Edgar y Anita por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida.*

*A mis **HERMANOS**, por ser parte importante de mi vida y representar la unidad familiar. A Naysha por ser un ejemplo de desarrollo a seguir y a Jesús por llenar mi vida de alegrías y amor cuando más lo he necesitado.*

*A mis **DOCENTES**, que me han acompañado durante el largo camino, brindándome siempre su orientación con profesionalismo ético en la adquisición de conocimientos y valores, afianzando mi*

DEDICATORIA

A mi madre Anita.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi padre Edgar.

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mis hermanos:

Naysha y Jesús, por estar conmigo y apoyarme siempre, los amo mucho. Son mi mayor bendición.

El futuro tiene muchos nombres. Para los débiles es lo inalcanzable. Para los temerosos, lo desconocido. Para los valientes es la oportunidad.

Victor Hugo

RESUMEN

La presente investigación de tipo cuantitativo, longitudinal y aplicada, con diseño pre-experimental, se realizó con el propósito de evaluar el resultado del Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) en pacientes hipertensos atendidos en la Botica OMEGA FARMA, durante el periodo de Abril a Julio del 2016. La muestra estuvo conformada por 12 pacientes de ambos sexos, bajo criterios de inclusión, a los cuales se les hizo firmar un consentimiento informado. Cada paciente fue evaluado con el fin de detectar, intervenir y solucionar los Problema Relacionado con Medicamentos encontrados de manera particular. Para la recolección de datos, se aplicó la entrevista personal; el registro de la información en las fichas farmacoterapéuticas se realizó de acuerdo a las indicaciones de la Guía para el SFT del método Dáder y para la toma de presión arterial se utilizó un tensiómetro aneroide. El análisis y procesamiento de datos se realizaron en MS Excel 2010, elaborándose tablas y gráficos simples y porcentuales, llegándose a las siguientes conclusiones: Se detectaron 3 tipos de PRMs, a través del SFT: actitudes negativas del paciente, conservación inadecuada e incumplimiento. Los tipos de intervenciones para solucionar Problemas Relacionados con Medicamentos fueron: modificar actitudes respecto al tratamiento (disminuir el incumplimiento voluntario), educar en medidas no farmacológicas, educar en el uso del medicamento (disminuir el incumplimiento involuntario) y se solucionaron el 92%, de los Problemas Relacionados con Medicamentos detectados.

Palabras claves: Seguimiento Farmacoterapéutico, Problemas Relacionados con Medicamentos.

ABSTRACT

The present quantitative, longitudinal and applied research, with pre-experimental design, was carried out with the purpose of evaluating the results of the Pharmacotherapeutic Follow-up (FFT) in hypertensive patients treated in the OMEGA FARMA Botica during the period from April to July. 2016. The sample consisted of 12 patients of both sexes, under inclusion criteria, who were made to sign an informed consent. Each patient was evaluated in order to detect, intervene and solve the problems related to particular drugs. For the collection of data, the personal interview was applied; The registration of the information in the pharmacotherapeutic records was performed according to the indications in the Guide for the FFT of the Dáder method and for the arterial blood pressure was taken an aneroid tensiometer. Data analysis and processing were performed in MS Excel 2010, with simple and percentage tables and graphs being drawn. The following conclusions were reached: Three types of PRMs were detected through the FFT: negative patient attitudes, inadequate preservation and non-compliance. The types of interventions to solve Problems Related to Medications were: to modify attitudes regarding the treatment (to diminish the voluntary noncompliance), to educate in non-pharmacological measures, to educate in the use of the medicine (to diminish the involuntary noncompliance) and were solved 92%, of Drug Related Problems Detected.

Key words: Pharmacotherapeutic Monitoring, Drug Related Problems.

CONTENIDO

	Pág.
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
RESUMEN	vi
ABSTRAC.....	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	7
2.1. Antecedentes.....	7
2.2. Bases teóricas	13
III. METODOLOGÍA.....	21
3.1. Tipo y nivel de investigación.....	21
3.2. Diseño de la investigación.....	21
3.3. Población y muestra.....	21
3.4. Definición y operacionalización de variables	23
3.5. Técnicas e instrumentos.....	23
3.6. Plan de análisis	31
IV. RESULTADOS	32
4.1. Resultados.....	32
4.2. Análisis de resultados	38
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	44
5.1. Conclusiones.....	44
5.2. Recomendaciones	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	56

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Distribución de la frecuencia y porcentaje de pacientes hipertensos según sexo y edad promedio. Botica OMEGA FARMA del Distrito La Esperanza – Trujillo. Abril - Julio 2016.	32
Tabla 2	Distribución de la frecuencia y porcentaje de los diagnósticos identificados y sus medicamentos utilizados por los pacientes hipertensos. Botica OMEGA FARMA del Distrito La Esperanza – Trujillo. Abril - Julio 2016.	33
Tabla 3	Evaluación del Seguimiento Farmacoterapéutico sobre los valores promedio de presión arterial de los pacientes intervenidos. OMEGA FARMA del Distrito La Esperanza – Trujillo. Abril - Julio 2016.	34
Tabla 4	Distribución de la frecuencia y porcentaje de los Problemas Relacionados con Medicamentos detectados en los pacientes. Botica OMEGA FARMA del Distrito La Esperanza – Trujillo. Abril - Julio 2016.	35
Tabla 5	Distribución de la frecuencia del tipo de intervenciones realizadas de acuerdo al Problema Relacionado con Medicamentos identificados. Botica OMEGA FARMA del Distrito La Esperanza – Trujillo. Abril - Julio 2016.	36
Tabla 6	Evaluación del Seguimiento Farmacoterapéutico en términos de la frecuencia y porcentaje de Problemas Relacionados con Medicamentos solucionados y no solucionados a pacientes hipertensos. Botica OMEGA FARMA del Distrito La Esperanza – Trujillo. Abril - Julio 2016.	37

I. INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Arterial (HTA) es la principal causa de enfermedad y mortalidad cardiovascular; y la primera carga de enfermedad a nivel mundial. De esta manera, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 12,8% de todas las muertes a nivel mundial se deben a esta enfermedad; y calcula que en personas de 25 años a más, alrededor del 40% padecen hipertensión, y 35% para la región de las Américas. La prevalencia a nivel mundial ha ido aumentando progresivamente, estimando que para el año 2025 la padecerían 1.500 millones de personas ⁽¹⁾.

En los últimos años, la comunicación se ha convertido en un tópico de importancia para los profesionales sanitarios. Este interés por el diálogo entre pacientes y profesionales del área de la salud, resulta de la preocupación del incumplimiento o abandono del régimen medicamentoso por parte del paciente. En algunas ocasiones la falta de información confiable y de fácil acceso acerca de los medicamentos puede aumentar los errores de medicación y el tiempo de estadía de los pacientes dentro del hospital. Esto se debe principalmente al desconocimiento que existe en la utilización de ciertos medicamentos, en cuanto a contraindicaciones, reacciones adversas, interacciones medicamentosas ^(2,3).

Las enfermedades crónicas no transmisibles, afectan a todos los grupos de edad y representan un grupo heterogéneo de padecimientos como la hipertensión arterial, entre otros; constituyendo un problema de salud pública por ser una causa de morbilidad, en el marco del proceso de envejecimiento de la población en nuestro país y por el modo de vida poco saludable ⁽⁴⁾.

La guía de Sociedad Europea de Hipertensión y la Sociedad Europea de Cardiología (ESH/ESC) 2013, indica que los datos comparativos sobre la prevalencia de la HTA y las tendencias temporales de la presión arterial (PA) en distintos países europeos son escasos. En términos generales, la prevalencia de la HTA se sitúa alrededor de un 30-45% de la población general, con un marcado aumento a edades más avanzadas ⁽⁵⁾.

A nivel mundial, uno de cada cinco adultos tiene la tensión arterial elevada, un trastorno que causa aproximadamente la mitad de todas las defunciones por accidente cerebrovascular o cardiopatía. Complicaciones derivadas de la hipertensión son la causa de 9,4 millones de defunciones cada año en el mundo. En los países en desarrollo, muchas personas con hipertensión no saben que la padecen ni tienen acceso a los tratamientos que podrían controlar su tensión arterial y reducir significativamente su riesgo de defunción y discapacidad por cardiopatía. Diagnosticar, tratar y controlar la hipertensión es una prioridad de salud en todo el mundo ⁽⁶⁾.

Problemas como el sedentarismo, tabaquismo, cambios de estilo de vida y dieta traen consigo la presencia de enfermedades crónicas como es la hipertensión arterial. Las principales causas de incumplimiento terapéutico en pacientes hipertensos son: características de la enfermedad y de los pacientes; desconocimiento de la definición, secuelas y necesidades terapéuticas de la hipertensión; ausencia de síntomas; características del tratamiento; efectos adversos de la medicación; cronicidad del tratamiento, coste y complejidad de las pautas terapéuticas ⁽⁷⁾.

A pesar de existir un sinnúmero de avances respecto a la detección, tratamiento y control de la HTA, ésta continúa siendo una de las principales causas de muerte y

discapacidad en el mundo. Su alta prevalencia, la morbimortalidad asociada y el costo de sus complicaciones señalan que los esfuerzos no han dado los frutos esperados. Respecto a la disponibilidad de tratamientos eficaces, en muchos países la adherencia deficiente se ha identificado como la causa principal de la falta de control de la hipertensión ⁽⁸⁾.

La ley N°29459, de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, y sus reglamentos determina la obligatoriedad cumplir con lo normado en las Buenas Prácticas de Dispensación (BPD) y Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), conformando las Buenas Prácticas de Atención Farmacéutica en los establecimientos farmacéuticos tanto públicos como privados desde febrero del 2011 ⁽⁹⁾.

En la práctica la Atención Farmacéutica (AF) necesita para poder ser llevada a cabo, establecer una relación entre el farmacéutico y el paciente, que permita un trabajo en común con objeto de buscar, identificar, prevenir y resolver los problemas que puedan surgir durante el tratamiento farmacológico de esos pacientes. Resalta el carácter activo de la AF, es decir, no se trata de esperar a que surjan PRM, sino de buscar y resolver esos problemas ⁽¹⁰⁾.

La realización del SFT en los establecimientos farmacéuticos, es una buena herramienta para demostrar el efecto de la intervención farmacéutica en busca de un grado de control de la enfermedad superior, y la importancia del Químico Farmacéutico comunitario integrado en el equipo multidisciplinario en la Atención Primaria (AP) en la prevención detección y resolución Problemas Relacionados con la Medicación ⁽¹¹⁾.

Existen muchos trabajos que documentan el efecto positivo de los servicios farmacéuticos a los pacientes ambulatorios y que justifican la continuidad del servicio, los médicos y farmacéuticos tienen responsabilidades complementarias y de apoyo para lograr el objetivo de un tratamiento medicamentoso óptimo. Al ser los medicamentos los que constituyen la herramienta terapéutica más utilizada por los profesionales de salud ⁽¹²⁾.

Los medicamentos son una necesidad en la población, especialmente en la actualidad cuando se observa que las patologías van incrementando su morbilidad y mortalidad, como la hipertensión arterial, un problema de salud que necesita una especial atención prevención, diagnóstico y tratamiento. Los Químicos Farmacéuticos, profesionales competentes en alimentos, medicamentos y tóxicos, deban interaccionar con mayor frecuencia con el médico – paciente en lo concerniente a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos con el objetivo de mantener y/o promover el bienestar de la población ^(13,14).

La responsabilidad del profesional Farmacéutico con respecto al uso de los medicamentos que usan estos pacientes y los resultados de las actividades que se pudieron desarrollar dentro del contexto de la atención farmacéutica a través del SFT arrojaron conclusiones desde una perspectiva local con todas las complejidades y particulares necesidades de los pacientes que acudieron al establecimiento farmacéutico. Así mismo se describió cuáles son los Problemas Relacionados con Medicamentos que afectaron directamente el éxito de las terapias. ⁽¹⁵⁾.

En este contexto se desprende la motivación de poner en práctica el programa de SFT, a través de la metodología y los instrumentos a utilizar, que es una adaptación del

método Dáder, que permite identificar y resolver PRMs más frecuentes asociados con la medicación, de igual manera evaluar la utilidad del programa; no sólo para los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial, si no como herramienta farmacéutica para el fortalecimiento de los establecimientos farmacéuticos en la consultoría sobre el uso de medicamentos.

La presente investigación se realizó en pacientes adultos que recibieron una prescripción como resultado de un diagnóstico por hipertensión arterial primaria y que adquirirían regularmente sus medicamentos en la Botica OMEGA FARMA, ubicada en Mz.A12 Lt.29 del Distrito La Esperanza, Provincia de Trujillo, Región la Libertad, durante el periodo de Abril – Julio del 2016.

De la realidad problemática expuesta podemos plantear un problema de investigación de la siguiente manera: ¿Cuál es el resultado del Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes hipertensos atendidos en la Botica OMEGA FARMA, durante el periodo de Abril a Julio del 2016?

Objetivo General:

- Evaluar el resultado del Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes hipertensos atendidos en la Botica OMEGA FARMA, durante el periodo de Abril a Julio del 2016.

Objetivos Específicos:

- Detectar y solucionar los Problemas Relacionados con el Uso de Medicamentos a través del Seguimiento Farmacoterapéutico.
- Analizar y describir el tipo de intervención de acuerdo al Problema Relacionado con el Uso de Medicamentos identificado en los pacientes hipertensos durante el Seguimiento Farmacoterapéutico.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes

Zanchetti, en el año 2001, en América Latina indica que se vive una transición epidemiológica, con coexistencia de enfermedades infecciosas agudas y enfermedades cardiovasculares crónicas. La mortalidad cardiovascular representa el 26% de las muertes por todas las causas, pero podría experimentar un aumento epidémico debido a la creciente prevalencia de los factores de riesgo. La edad y el sexo, condicionan una alta prevalencia de hipertensión arterial. Alrededor de la mitad de los hipertensos ignoran que lo son, y sólo una pequeña fracción de los tratados está controlado⁽¹⁶⁾.

García, en el año 2001, en España, publica estudios de utilización de medicamentos, en otros de investigación de servicios sanitarios, donde afirma que la forma de concebir la atención farmacéutica (AF) por Strand y colaboradores, dio lugar a un proyecto de investigación orientado a la práctica, denominado Proyecto Minnesota de investigación de atención farmacéutica (Minnesota Pharmaceutical Care Project). El resultado de la intervención con AF fue que el 70 % de los pacientes encuentran mejoría, y el 30 % restante se encuentra igual o peor. Uno de los resultados más positivos del proyecto fue el cambio de actitud del médico, que acabó considerando al Farmacéutico como un componente complementario totalmente necesario en el equipo de salud, y no como una interferencia⁽¹⁷⁾.

Flores y cols. en el año 2005, en Costa Rica, realizaron una investigación la cual fue determinar la incidencia de PRM en pacientes hipertensos mayores de 18 años, utilizando el método Dáder. De las 135 intervenciones por parte del farmacéutico, 77.03% fueron aceptadas y en 80.74% se resolvió el problema de salud. El

incumplimiento fue la primera causa de problemas con el 60.74%. Los problemas producto de interacciones medicamentosas representan solo el 4.44% de las causas. Entre las otras causas que suman el 34.82% se citan ineffectividad de la terapia, efectos secundarios y el uso de medicamentos innecesarios ⁽¹⁸⁾.

Agámez y cols. en el año 2008, en la ciudad de Camaguey – Cuba, se realizó un estudio para identificar algunos factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo y se llegó a encontrar que el sexo masculino adhirió menos (71,73%) que el femenino con (28,27%), que a mayor desconocimiento de su enfermedad menor adherencia (66,95%), al igual que la soledad con (63,91%), los pacientes no adherentes presentaron más complicaciones, la terapia combinada (60%) dificultó la adherencia y la subvaloración de la enfermedad (63,04%) fue el factor psicológico más determinante de la no adherencia ⁽¹⁹⁾.

Silva y cols. en el año 2009, en España, realizaron una revisión sistemática de la literatura para localizar, seleccionar y analizar estudios sobre la implementación y evaluación del Seguimiento Farmacoterapéutico, en la cual establecen que la contribución de los farmacéuticos en el cuidado de la salud de los pacientes ingresados, ha demostrado una contención de costes asistenciales y una mejora de la calidad de la farmacoterapia en unidades de hospitalización. De hecho, la implementación de programas con intervención del Farmacéutico demostró en los estudios reportados reducir costes durante la hospitalización y resolver los PRM que estaban afectando a la calidad de vida de los pacientes ingresados ⁽²⁰⁾.

Martínez y cols. en el año 2012, en España, realizaron un estudio para detectar y clasificar los Problemas Relacionados con los Medicamentos y analizar los resultados

obtenidos en un grupo de veinte pacientes ambulatorios con diagnóstico de HTA, en la Farmacia Traumatología de Granada, durante un período de estudio de cinco meses, con un promedio de cuatro visitas por paciente. Se aplicó la metodología Dáder de SFT. Entre los PRM de mayor frecuencia de aparición destacan: probabilidad de efectos adversos, dosis pauta o duración no adecuada e interacciones medicamentosas (21).

Bertoldo y cols. en el año 2013, en la ciudad de Córdoba, Argentina, realizaron un estudio en pacientes con hipertensión, para determinar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes ambulatorios con enfermedades crónicas. Del total de pacientes estudiados, el 62 %, adoptó actitudes correctas con respecto al tratamiento farmacológico. El 38 % de los pacientes manifestó conductas de incumplimiento del tratamiento; seguidos de las mujeres y de los que usan más de un fármaco en la terapéutica. Se establecieron los factores de incumplimiento en un 40 % de los pacientes, en primer lugar a las razones socioeconómicas, seguidas de las razones relacionadas con el tratamiento (22).

Según la Guía de práctica clínica de la ESH/ ESC, en el año 2013, en España, nos indica que los cambios adecuados en el estilo de vida, son importantes para el tratamiento de la HTA, aunque nunca deben retrasar la instauración del tratamiento farmacológico. Pueden retrasar o prevenir el tratamiento farmacológico en pacientes con HTA de grado 1 y contribuir a la reducción de la PA en pacientes hipertensos en tratamiento farmacológico, lo que permite una reducción de número y dosis de fármacos antihipertensivos. Además del efecto de control de la PA, los cambios en el

estilo de vida contribuyen al control de otros factores de riesgo CV y otras entidades clínicas ⁽⁵⁾.

Régulo, en un presente estudio, realizado de febrero a noviembre de 2004, manifiesta que en 26 ciudades del país, distribuidas en costa, sierra y selva, la prevalencia de la HTA en el Perú se incrementó a medida que avanzaba la edad, en toda la población, siendo mayor en la costa (27,3%) que en la selva (22,7%) y la sierra (20,4%), lo que podría estar en relación con el estrés, la alimentación, el modo de trabajo y el sedentarismo, es decir el modo de vida en las grandes ciudades, independientemente de la herencia y la genética. Los estudios realizados en Arequipa, Chiclayo y en ESSALUD muestran que alrededor del 60% de hipertensos son de grado I, 30% de grado II y 10% de grado III. Está establecido internacionalmente que la mayor parte de complicaciones las tienen los hipertensos de grado I ⁽²³⁾.

Delgado y cols. en el año 2012, en la ciudad de Lima, en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos UNMSM, realizó un estudio para describir las experiencias de una década de SFT a pacientes de la comunidad en una universidad pública, en la cual los datos se obtuvieron de los Cuadernos de registro, Hojas de SFT. Los PRM encontrados fueron 360 (279 reales: 181 PRM1, 9 PRM2, 11 PRM3, 30 PRM4, 11 PRM5, 37 PRM6; los otros 81 fueron PRM potenciales). En estos 360 PRM se observan: 114 intervenciones farmacéuticas que cumplen objetivos terapéuticos (dosis alternativa (39%), medicamento incluido (39%), medicamento alternativo (15%), nuevo esquema terapéutico (9%), suspensión de la prescripción (7%) ⁽²⁴⁾.

Apaza, en el año 2013, en la ciudad de Tacna, realizó un estudio en la cual se determinó la asociación entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y el control de la

hipertensión arterial en los pacientes De una población de 1563 se encuestaron a 517 pacientes mayores de 18 años. Se obtuvo 57,1% fueron del sexo femenino, 80,3% tenían más de 60 años, 38,9% tenía 5 años o menos en el programa, 68% presentaron mala adherencia, 40% tenían presión arterial no controlada. Se halló asociación entre el sexo femenino y control de la HTA, además de mayor riesgo de HTA no controlada en pacientes mal adherentes. La mala adherencia al tratamiento antihipertensivo se asocia significativamente al no control de la HTA ⁽²⁵⁾.

Morales y cols. en el año 2001, en la ciudad de Trujillo, realizó un estudio para determinar si el tratamiento farmacológico es óptimo en cumplimiento y en el control de los valores de presión arterial en los pacientes del programa de hipertensión del hospital Víctor Lazarte Echegaray, en donde manifestó que 47 (58%) de los pacientes cumplen con las indicaciones y 58 (71.6%) de los pacientes acuden regularmente a las citas. No encontraron relación significativa entre cumplimiento y variables como grado de instrucción y el uso de monoterapia o asociaciones de antihipertensivos. Las razones para el incumplimiento señaladas por los pacientes fueron: No supo u olvidó las recomendaciones (55.9%), se le agotaron los medicamentos que le suministra el programa (38.2%), sensación de mejoría experimentada (2.9%) y efectos colaterales (2.9%) ⁽²⁶⁾.

Gallegos y cols. en el 2010, en la ciudad de Trujillo en el Distrito de la Esperanza, sobre la actividad física en la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial, en la cual tuvo como objetivo describir el efecto terapéutico del ejercicio físico en los pacientes con HTA, encontrando que el 60% de pacientes encuestados presentó

impacto en su calidad de vida corto y mediano plazo atribuidos a la ejecución de ejercicios ⁽²⁷⁾.

Ocampo, en el año 2014, bajo un modelo de Seguimiento Farmacoterapéutico domiciliario en las provincias de Trujillo y Chimbote, realizó una investigación para determinar el grado de adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos y los factores determinantes de la no adherencia, en la cual se muestran un alto nivel de coincidencia en la identificación de pacientes no adherentes tanto en Trujillo como Chimbote (60.83 y 79.76% respectivamente). El entorno social (27.47% y 22.72%) y la percepción del trato del personal de salud (20.7% y 20.53%) fueron las dimensiones que influenciaron más negativamente. Individualmente, los factores más resaltantes fueron la automedicación (13.53% y 8.61%) y la inasistencia a citas programadas (12.88 y 7.59%) ⁽²⁸⁾.

2.2. Bases teóricas de la investigación

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial es una enfermedad vascular, arterial, sistémica, inflamatoria-crónica, sin etiología definida en la mayoría de los casos; y cuya manifestación clínica indispensable es la elevación anormal y persistente de la presión arterial sistólica (PAS) o diastólica (PAD). En la población adulta (≥ 18 años de edad), el punto de corte para la presión arterial sistólica es ≥ 140 mmHg y ≥ 90 mmHg para la diastólica. El riesgo cardiovascular es inherente al nivel de la presión arterial. Sin embargo, se debe establecer el riesgo adicional teniendo en cuenta los factores de riesgo de la enfermedad ⁽²⁹⁾.

La enfermedad hipertensiva no es curable pero se considera que la reducción efectiva de la presión arterial es un objetivo fundamental para la reducción de los eventos cardiovasculares.

Hipertensión primaria (esencial o idiopática): Es aquella hipertensión en la que no existe una causa identificable; existen múltiples factores relacionados o asociados pero no con categoría de causa y efecto; está descrito un componente familiar, pero aún no está definido un único gen responsable. De manera general, corresponde a más del 95% de casos de hipertensión arterial.

Hipertensión secundaria: Es aquella debida a una causa identificable; cuya remoción o corrección desencadena un control óptimo de la PA y, en muchos casos, la curación de la enfermedad. Corresponde a menos del 5% del total de casos de hipertensión arterial ⁽⁴⁾.

La única manera de detectar la hipertensión en sus inicios es mediante la automedida de la PA y/o su toma en revisiones periódicas, así como por el conocimiento de los antecedentes familiares y hábitos de vida personales, siendo preciso, una vez detectada, evaluar al paciente, los síntomas y los efectos de la terapia antihipertensiva ⁽²⁹⁾.

Clasificación de la Hipertensión arterial

En la práctica, los valores de corte de la PA se utilizan universalmente, tanto para simplificar la estrategia diagnóstica como para facilitar la toma de decisiones sobre el tratamiento ⁽⁵⁾.

*Figura 1.
Clasificación de las cifras de presión arterial (mmHg)**

Categoría	Sistólica		Diastólica
Óptima	< 120	y	< 80
Normal	120 - 129	y/o	80 - 84
Normal alta	130 - 139	y/o	85 - 89
HTA de grado 1	140 - 159	y/o	90 - 99
HTA de grado 2	160 - 179	y/o	100 - 109
HTA de grado 3	≥ 180	y/o	≥ 110
HTA sistólica aislada	≥ 140	y	< 90

HTA: Hipertensión arterial

Fuente: (ESH/ESC) 2013 ⁽⁵⁾.

Factores de riesgo

Al margen de los factores socioeconómicos (trabajo, desempleo, vida acelerada y desordenada) que conllevan un aumento del estrés e indirectamente de la PA, existen numerosos factores que predisponen a sufrir HTA:

Factores de riesgo no modificables:

La herencia genética, el sexo, la edad y la raza.

Factores de riesgo modificables:

La obesidad/sobrepeso, el sedentarismo, la dieta, el alcohol, el tabaco, los estimulantes, y particularmente el café por su alto contenido en cafeína, el estrés ⁽²⁹⁾.

Adherencia terapéutica

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cumplimiento o la adherencia terapéutica como la magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento. El seguimiento de una dieta o la modificación de un estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por el médico que está a cargo de su tratamiento. El incumplimiento es la principal causa que evita la obtención de todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los enfermos ⁽³⁰⁾.

Factores de riesgo:

Dificultad para iniciarlo, suspensión prematura o abandono, cumplimiento de las indicaciones, que puede manifestarse como errores de omisión, de dosis, de tiempo, de propósito (equivocación en el uso de uno u otro medicamento), la inasistencia a consultas, ausencia de modificación de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad y con una acentuada connotación se destaca la práctica de automedicación ⁽⁸⁾.

Atención farmacéutica (AF)

Es la participación activa del Farmacéutico para la asistencia al paciente en la dispensación y seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutico, cooperando así con el médico y otros profesionales sanitarios a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente. También conlleva la implicación del farmacéutico en actividades que proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades. Dentro de la AF se distinguen actividades que podrían agruparse en el ámbito de la clínica por estar orientadas a la asistencia al sujeto en el manejo de los medicamentos antes que al medicamento en sí. Son actuaciones como: la indicación de medicamentos que no requieren prescripción médica, prevención de la enfermedad, educación sanitaria, Farmacovigilancia, Seguimiento Farmacoterapéutico personalizado y todas aquellas otras que se relacionan con el uso racional del medicamento ⁽³¹⁾.

Seguimiento farmacoterapéutico (SFT)

En el DS 014 – 2011 –SA indica que es el acto profesional en el cual el Químico Farmacéutico orienta y supervisa al paciente en relación al cumplimiento de su farmacoterapia, mediante intervenciones farmacéuticas dirigidas a prevenir, identificar y resolver Problemas Relacionados con los Medicamentos. Además el Reglamento faculta al profesional Farmacéutico a desarrollar y evaluar el Seguimiento Farmacoterapéutico a nivel comunitario y hospitalario e informar los resultados de sus intervenciones a la Autoridad de Salud pertinente ⁽³²⁾.

Problemas relacionados con medicamentos (PRM)

Según el Segundo Consenso de Granada, en el año 2002, en España, el término PRM se definió como “problemas de salud, derivados de la farmacoterapia que, producidos por diversas causas, conducen a la no consecución del objetivo terapéutico o a la aparición de efectos no deseados”⁽³³⁾.

*Figura 2.
Listado de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM)*

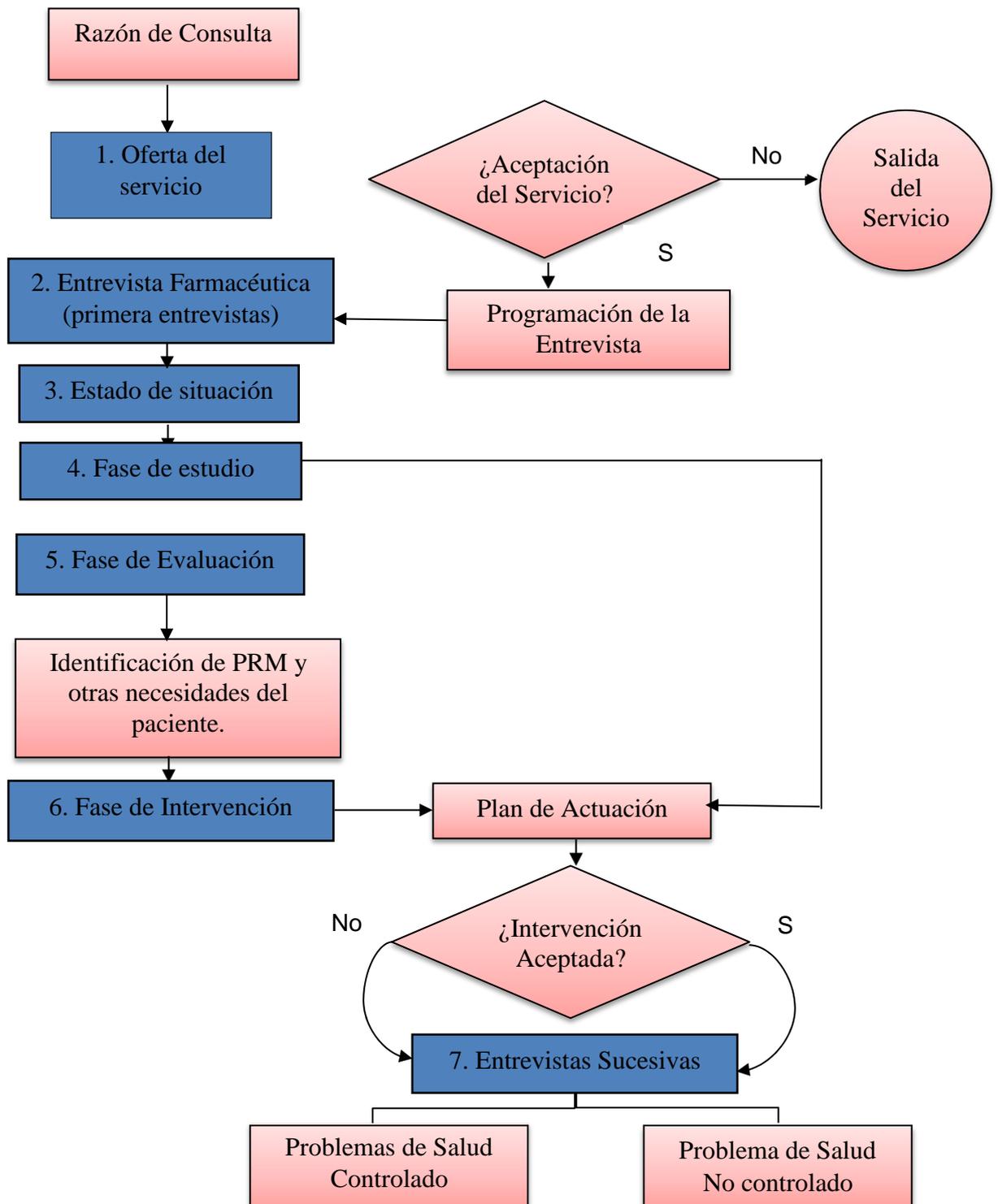
1. Administración errónea del medicamento
2. Actitudes personales del paciente
3. Conservación inadecuada
4. Contraindicación
5. Dosis, pauta y/o duración no adecuada
6. Duplicidad
7. Errores en la dispensación
8. Errores en la prescripción,
9. Incumplimiento
10. Interacciones
11. Otros problemas de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

Fuente: Modificado en el Tercer Consenso de Granada 2007⁽¹³⁾.

Método Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico

El método Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico es un procedimiento operativo sencillo que permite realizar SFT a cualquier paciente, en cualquier ámbito asistencial, de forma sistematizada, continuada y documentada. Su desarrollo permite registrar, monitorizar y evaluar los efectos de la farmacoterapia que utiliza un paciente, a través de unas pautas simples y claras (Figura 3). Se basa en obtener información sobre los problemas de salud y la farmacoterapia del paciente para ir elaborando la historia farmacoterapéutica. A partir de la información contenida en dicha historia se elaboran los estados de situación del paciente para poder ser evaluados y analizados. Consecuencia de aquello, se establece un plan de actuación con el paciente, dentro del cual quedarán enmarcadas todas aquellas intervenciones farmacéuticas que se consideren oportunas para mejorar o preservar su estado de salud ⁽³³⁾.

Figura 3.
Esquema de las siete etapas del Método Dáder de SFT



Fuente: Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica.
Universidad de Granada, 2007 ⁽³³⁾.

Automedicación

La automedicación se define como la selección y el uso de medicamentos por parte del usuario, para el tratamiento de enfermedades o síntomas reconocibles por él mismo. Se trata entonces de la medicación que se realiza sin el consejo médico y que puede crear diversos problemas si no se tienen los conocimientos suficientes⁽³⁴⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que los Errores de Medicación (EM) se pueden presentar desde que se prescriben hasta que se administran, describe las características de este uso inadecuado como: a) la prescripción en exceso, b) omisión de la prescripción, c) dosis inadecuada, d) duración inapropiada, e) selección inadecuada, f) gasto innecesario y g) riesgo innecesario. Además declara que: “los pacientes deben recibir la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor costo posible para ellos y para su comunidad”⁽³⁵⁾.

III. METODOLOGÍA

3.1. El tipo y nivel de la investigación de la tesis

La presente investigación fue de tipo cuantitativo, longitudinal y aplicativo que evaluó el efecto del Seguimiento Farmacoterapéutico sobre la resolución de PRMs.

3.2. Diseño de la investigación

El diseño de la presente investigación fue de tipo pre-experimental que evaluó el Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes hipertensos que se atienden regularmente en la Botica OMEGA FARMA.

3.3. Población y muestra

Población

La población estuvo conformada por aquellos pacientes con diagnóstico de HTA y prescripción médica de un medicamento como mínimo para tratamiento de dicho diagnóstico y que fueron atendidos de manera regular en la Botica OMEGA FARMA durante el periodo Abril – Julio 2016.

Muestra

La muestra estuvo conformada por 12 pacientes, que contenían una prescripción médica facultativa de medicamentos para la HTA y que aceptaron voluntariamente ser parte del estudio.

El número de pacientes que participaron en el estudio fueron seleccionados por muestreo no probabilístico de sujetos voluntarios y por conveniencia. El muestreo no probabilístico de sujetos voluntarios se basó en proponer a los pacientes que acudían de manera regular a la Botica OMEGA FARMA, a formar parte de un programa de

SFT para pacientes hipertensos, la aceptación de participar en el estudio quedó registrada a través de un consentimiento informado y escrito. La prescripción de los medicamentos utilizados por los pacientes estuvo determinada por la práctica habitual de la medicina. (Anexo N°02).

El muestreo no probabilístico por conveniencia, consistió en escoger a aquellos pacientes más convenientes para el estudio, teniendo en consideración los criterios de inclusión y exclusión.

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

- Adultos entre 40 y 65 años que visitaron regularmente la Botica OMEGA FARMA y que consumen por lo menos un medicamento antihipertensivo, como resultado de un diagnóstico y prescripción facultativa.
- Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial primaria.
- Pacientes que se encuentran dentro de la clasificación de los valores de presión arterial en el grado 1.
- Pacientes que aceptaron en forma escrita de participar en la experiencia.

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

- Pacientes gestantes.
- Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial secundaria.

3.4. Definición y operacionalización de las variables

Variable independiente: Seguimiento Farmacoterapéutico.

En la presente investigación el SFT fue un método que se convierte en una variable independiente que se aplicó a pacientes para la detección de PRM. Consistió en un procedimiento y herramientas de recojo de información ordenada para la sistematización del estado de situación del paciente con respecto al uso de medicamentos y la descripción de las acciones realizadas para resolver los PRMs.

Variable dependiente: Problemas Relacionados con el uso de Medicamentos en pacientes hipertensos.

La identificación de los PRMs fue cuantitativa y su registro en las Fichas Farmacoterapéuticas (Anexo N°3). De cada paciente se pudo reportar más de un PRM cuya naturaleza fue registrada y analizada como un evento diferente e individual en las tablas de frecuencias.

3.5. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

3.5.1. Técnicas

El Seguimiento Farmacoterapéutico se condujo a través de las entrevistas personales que comprendieron en conversaciones telefónicas y visitas domiciliarias, apoyadas en todos los casos en hojas de recolección de datos denominadas Fichas Farmacoterapéuticas. La técnica que se utilizó en las entrevistas fue adoptada de los criterios y pautas explicitadas en los procedimientos de la Guía de SFT (programa Dáder), desarrollados por el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (Anexo N°03).

3.5.2. Instrumentos

Hojas para el registro de datos del Seguimiento Farmacoterapéutico

El instrumento base para el desarrollo del trabajo fueron las Fichas Farmacoterapéuticas (FFT), documento que contenía 7 hojas de información sobre el paciente, los medicamentos que consumía, los hallazgos sobre problemas en su medicación y las acciones realizadas por el investigador para resolverlas. Se utilizó este instrumento en las 7 fases del SFT. El registro de la información en las Fichas Farmacoterapéuticas se realizó de acuerdo a las indicaciones de la Guía para el SFT del método Dáder (Anexo N°03).

Instrumento para medir la presión arterial

Se utilizó un tensiómetro anerode. El equipo fue calibrado y validado. El instrumento arrojó datos de presión arterial en milímetros de mercurio. Para medir la tensión se infló el manguito; después se desinfló paulatinamente. El momento en el que, a través de un estetoscopio, se escuchó el primer sonido que correspondió a la presión arterial sistólica. Los ruidos se hicieron más suaves hasta que llegan a desaparecer. Es en este punto, cuando se escucha el último sonido, es cuando se establece la presión arterial diastólica.

La presión arterial fue medida en cuatro oportunidades. En el momento de la captación del paciente, durante el levantamiento de información, en la intervención y en la visita de cierre. Los valores de presión arterial se anotaron en la parte correspondiente de la Ficha Farmacoterapéutica (Anexo N°03, 12).

Instrumentos y recolección de datos

Se recolectaron los datos mediante el proceso de SFT del método Dáder, en las siguientes etapas:

Las etapas del proceso fueron:

1. Oferta de servicio: Captación de pacientes
2. Entrevista Farmacéutica: Primera entrevista
3. Estado de situación
4. Fase de estudio
5. Fase de Evaluación
6. Fase de Intervención: Plan de actuación
7. Entrevistas sucesivas: Resultado de la intervención farmacéutica

Oferta del servicio o captación de los pacientes.

El servicio de Atención Farmacéutica a través del SFT se ofertó a los pacientes hipertensos que acudían regularmente a la Botica OMEGA FARMA a partir de los meses Abril - Julio 2016 y sobre todo que hayan cumplido con los criterios de inclusión mencionados anteriormente.

El paciente que decidió formar parte de la experiencia dejó expresado su consentimiento mediante la firma de una declaración sobre los alcances de la intervención (Anexo N°02). La hoja de consentimiento informado declara que el Farmacéutico reservará de manera absoluta los datos del paciente, la gratuidad del servicio y que el programa no incluye la donación de ningún tipo de medicamento por parte del establecimiento farmacéutico. Así mismo, por parte del paciente que

entregará toda la información referida a su enfermedad y uso de medicamentos que puedan ser útil para la prevención de PRMs ⁽¹³⁾.

Al finalizar la oferta del servicio fue importante, para que la entrevista farmacéutica transcurra satisfactoriamente, acordar con el paciente:

- El día y la hora en que va a tener lugar el primer encuentro (primera entrevista farmacéutica). También, fue adecuado indicar la duración aproximada de la entrevista.
- Que tenga disponible su “bolsa de medicamentos”. Es decir, con todos los medicamentos que tiene en su casa, tanto los que utiliza en la actualidad, como los que no. Esto permitió eliminar los medicamentos que el paciente no utilice actualmente y/o no necesite.
- Que tenga toda la documentación clínica disponible (recordarle que no olvide aquella que sea más reciente). Por ejemplo, informes diagnósticos, analíticas de laboratorio, mediciones domiciliarias. Toda esta información objetiva sobre los problemas de salud del paciente permitió aclarar y completar la información obtenida durante la entrevista personal ⁽³³⁾.

El tiempo que trascurrió para poder captar a nuestros pacientes fueron 14 días.

Entrevista Farmacéutica: Primera entrevista

En la entrevista, el paciente ofreció su visión particular sobre sus problemas de salud que padece y su tratamiento, aportó información valiosa al respecto (información subjetiva), que el Farmacéutico debió de recoger, comprender e interpretar. No obstante, el Farmacéutico no sólo se limitó a observar o a tomar nota de lo que pudo estar refiriendo el paciente. La entrevista también sirvió para aportar información que

pueda resultar de interés para el paciente o para poner en marcha aquellas acciones destinadas a mejorar o preservar el estado de salud del paciente.

El método Dáder de SFT estructura o divide la primera entrevista en tres partes:

A. Preocupaciones y problemas de salud.

B. Medicamentos.

C. Repaso general por sistemas ⁽¹³⁾.

Existieron una serie de documentos, Fichas Farmacoterapéuticas, destinados a registrar ordenadamente la información de la primera entrevista. Estos documentos también pudieron ser utilizados en otras fases del SFT, para incorporar información a la historia farmacoterapéutica del paciente. Se registró además el uso de productos naturales que algunos pacientes consumían.

La duración que duró todo este procedimiento fue de 24 días.

Estado de situación

Se realizó con la información obtenida en la primera entrevista, la cual fue organizada de forma estructurada en las fichas farmacéuticas. Finalmente se pudo obtener una “esquematización” de los problemas de salud y los medicamentos del paciente que permitieron disponer de una “visión general” sobre el estado de salud del mismo. Con esta primera información el Farmacéutico elaboró un reporte de estado de situación ⁽³³⁾.

Luego del informe de estado de situación el farmacéutico pudo estudiar las condiciones del paciente y evaluar la presencia de PRMs. Después fijaron las fechas, horas y las

formas y canales de comunicación que fueron más fáciles y eficientes para el seguimiento ⁽¹³⁾.

El profesional de manera ordenada, haciendo uso de la guía para el repaso anatómico de la Fichas Farmacoterapéuticas (Anexo N°05) preguntará al paciente sobre sensaciones extrañas que pudiese percibir el paciente y que pudieran estar asociadas con el uso de medicamentos y que deben ser reportadas.

Fase de estudio y evaluación de la información para la identificación de problemas relacionados con medicamentos.

En esta actividad el farmacéutico estudió e interrelacionó todos los factores: enfermedad, medicamentos y factores de riesgo, para encontrar evidencia de problemas en el uso de los medicamentos (Figura N°4). Así mismo identificó oportunidades para la prevención, disminución o resolución de problemas asociados con el uso de medicamentos que puedan ser potencialmente dañinos para el paciente en sus actuales condiciones de salud.

El objetivo de la fase de evaluación fue utilizar material bibliográfico y de internet sobre Farmacología y Farmacoterapia que permitiera tener la certeza sobre los hallazgos del PRMs encontrados ⁽¹³⁾.

Figura 4.
Fase de estudio

<i>¿Sobre qué se necesita información?</i>	<i>¿Para qué se necesita información?</i>	
<p>Problemas de salud. Actuaciones con el equipo de salud</p> <p>Tratamiento: farmacológicos y no farmacológicos</p>	<p>Para evaluar la farmacoterapia</p>	<p>Para actuar (toma de decisiones adecuadas, intervenciones farmacéuticas basadas en la evidencia científica, periodicidad en la monitorización de efectos de los medicamentos)</p>

Fuente: Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica.
Universidad de Granada, 2007

El tiempo que se llevó a cabo estos procedimientos fueron de 14 días.

Fase de intervención: Plan de actuación

Luego del primer contacto y la revisión de la información de las Fichas Farmacoterapéuticas el Farmacéutico puso en práctica las estrategias de solución previamente planificadas para resolver los PRMs. La intervención fue durante las visitas domiciliarias y a través del contacto telefónico. Las visitas domiciliarias fueron concertadas previamente con el paciente en fecha y hora.

El tiempo que se llevó a cabo este procedimiento fue de 60 días.

*Figura 5.
Tipos de intervenciones farmacéuticas en Seguimiento Farmacoterapéutico*

Nº	CATEGORÍA	INTERVENCIÓN	ACCIÓN
1	Intervenir sobre cantidad de medicamento.	Modificar la dosis.	Ajuste de la cantidad de fármaco que se administra de una vez.
		Modificar la dosificación.	Cambio en la frecuencia y/o duración del tratamiento.
		Modificar la pauta de administración (redistribución de la cantidad).	Cambio del esquema por el cual quedan repartidas las tomas del medicamento a lo largo de un día.
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
		Sustituir un medicamento(s).	Remplazo de algún medicamento de los que utilizaba el paciente por otros de composición diferente, o bien de diferente forma farmacéutica
3	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.	Educación del paciente en todas aquellas medidas higiénico-dietéticas que favorezcan la consecución de los objetivos terapéuticos.

Fuente: Sabater D, Fernández Llimós F, Parras M, Faus MJ. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3 (2): 90-97

Entrevistas farmacéuticas sucesivas: Resultado de la intervención farmacéutica

Se promovió una reunión final con el paciente en su domicilio. Se preguntó al paciente si los cambios en su medicación o en sus hábitos de vida produjeron los resultados esperados sobre los PRMs detectados. En todo caso si las molestias o percepción de los efectos negativos de los medicamentos habían disminuido o se mantenían. En este último caso se consideraría como un problema no solucionado ⁽¹³⁾.

El tiempo que se llevó a cabo ésta última etapa fue de 20 días.

3.6. Plan de análisis de datos

Las tablas para el análisis de datos se construyeron con la información registrada en las Fichas Farmacoterapéuticas y fueron confeccionadas en MS Excel 2010:

1. Tabla de distribución de la frecuencia y porcentaje de pacientes hipertensos según sexo y edad promedio.
2. Tabla de distribución de la frecuencia y porcentaje de los diagnósticos identificados y sus medicamentos utilizados por los pacientes hipertensos.
3. Tabla de evaluación del Seguimiento Farmacoterapéutico sobre los valores promedio de presión arterial de los pacientes intervenidos.
4. Tabla de distribución de la frecuencia y porcentaje de los Problemas Relacionados con Medicamentos detectados en los pacientes.
5. Tabla de distribución de la frecuencia del tipo de intervenciones realizadas de acuerdo al Problema Relacionado con Medicamentos identificados.
6. Tabla de la evaluación del Seguimiento Farmacoterapéutico en términos de la frecuencia y porcentaje de Problemas Relacionados con Medicamentos solucionados y no solucionados de pacientes hipertensos.

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados

Tabla 1

*Distribución de la frecuencia y porcentaje de pacientes hipertensos según sexo y edad promedio. Botica OMEGA FARMA del Distrito La Esperanza - Trujillo.
Abril - Julio 2016.*

Sexo	Frecuencia	Promedio de edad (años)	Porcentaje (%)	Desviación estándar
Mujeres	9	53.8	75	0.84
Hombres	3	46.7	25	0.18
Total	12	100.5	100	1.02

Fuente: Base de datos de las Fichas Farmacoterapéuticas.

Tabla 2

Distribución de la frecuencia y porcentaje de los diagnósticos identificados y sus medicamentos utilizados por los pacientes hipertensos. Botica OMEGA FARMA del Distrito La Esperanza – Trujillo. Abril - Julio 2016.

N°	Diagnóstico	Medicamento	Frecuencia	(%)
1	Hipertensión arterial	Enalapril 10mg	3	24
		Losartán 50mg	5	42
2	Hipertensión arterial y Depresión	Losartán 50mg alprazolam 0.5 mg	2	17
3	Hipertensión arterial y Gastritis aguda	Enalapril 10mg Omeprazol 20mg	2	17
Total			12	100

Fuente: Base de datos de las Fichas Farmacoterapéuticas.

Tabla 3

Evaluación del Seguimiento Farmacoterapéutico sobre los valores promedio de presión arterial de los pacientes intervenidos. OMEGA FARMA del Distrito La Esperanza – Trujillo. Abril - Julio 2016.

	1era visita		2da visita		3era visita	
	Presión Arterial Sistólica 1 (mmHg)	Presión Arterial Diastólica 1 (mm Hg)	Presión Arterial Sistólica 2 (mm Hg)	Presión Arterial Diastólica 2 (mm Hg)	Presión Arterial Sistólica 3 (mm Hg)	Presión Arterial Diastólica 3 (mm Hg)
Promedio	153	95	147	93	139	89

Fuente: Base de datos de las Fichas Farmacoterapéuticas.

Tabla 4

Distribución de la frecuencia y porcentaje de los Problemas Relacionados con Medicamentos detectados en los pacientes. Botica OMEGA FARMA del Distrito La Esperanza – Trujillo. Abril - Julio 2016.

N°	Cód. PRM	Tipo de PRM	Frecuencia	(%)
1	2	Actitudes negativas del paciente	2	17
2	3	Conservación inadecuada	1	8
3	9	Incumplimiento	9	75
Total			12	100

Fuente: Base de datos de las Fichas Farmacoterapéuticas.

Tabla 5

Distribución de la frecuencia del tipo de intervenciones realizadas de acuerdo al Problema Relacionado con Medicamentos identificados. Botica OMEGA FARMA del Distrito La Esperanza – Trujillo. Abril - Julio 2016.

PRM	Tipo de Intervención	Acción	Frecuencia (%)	
Actitudes negativas del paciente	Modificar aptitudes respecto al tratamiento (Disminuir el incumplimiento voluntario)	Refuerzo de la importancia de la adherencia del paciente a su tratamiento.	2	17
Conservación inadecuada	Educación en medidas no farmacológicas	Educación del paciente en todas aquellas medidas de conservación que favorezcan la consecución de los objetivos terapéuticos.	1	8
Incumplimiento	Educación en el uso del medicamento (disminuir el incumplimiento involuntario)	Educación en las instrucciones y precauciones para la correcta utilización y administración del medicamento	9	75
Total			12	100

Fuente: Base de datos de las Fichas Farmacoterapéuticas.

Tabla 6

Evaluación del Seguimiento Farmacoterapéutico en términos de la frecuencia y porcentaje de Problemas Relacionados con Medicamentos solucionados y no solucionados a pacientes hipertensos. Botica OMEGA FARMA del Distrito La Esperanza – Trujillo. Abril - Julio 2016.

Cód. PRM	Tipo de PRM	Frecuencia	Solución	No solución
2	Actitudes negativas del paciente	2	1	1
3	Conservación inadecuada	1	1	0
9	Incumplimiento	9	9	0
Total (%)		12 100	11 92	1 8

Fuente: Base de datos de las Fichas Farmacoterapéuticas.

4.2. Análisis de los resultados

En la **Tabla 1**, se observó la distribución de los pacientes por sexo, frecuencia, promedio de edad, porcentaje y desviación estándar del programa de SFT a pacientes hipertensos. En la cual se observaron un total de 12 pacientes entre hombres y mujeres, de los cuales 9 pacientes fueron del sexo femenino y 3 pacientes fueron del sexo masculino. Observándose que la mayor prevalencia de HTA se encontró en el sexo femenino (75%), a diferencia del masculino (25%). Los resultados que se mostraron coinciden con el estudio de Rodríguez, realizado en el 2014, en Granada, en la que trabajó con 133 pacientes entre hombres y mujeres con HTA, en la cual se pudo observar que la mayor prevalencia de HTA fue en mujeres (54.1%), a diferencia de los varones (45.9%) ⁽³⁸⁾.

Otro estudio según Oca y cols. en el año 2010, en Cuba, refiere que las cifras de presión diastólica, y sobre todo la sistólica, aumentan con la edad. El sexo destacó a las mujeres (71,1%) como el grupo de mayor frecuencia, lo cual está basado en el predominio de factores de riesgo en este sexo por el aumento del tono vascular de las arterias periféricas y que provoca en la mujer menopáusica una mayor incidencia de HTA; además, se encuentra la caída en la producción de hormonas esteroideas como causa de la disfunción que origina el incremento de factores de riesgo, a diferencia de los varones (28,9%) ⁽³⁹⁾.

Pacheco, en Diciembre del 2010, en Lima Perú, refiere que la menopausia se acompaña con aumento de la prevalencia de la HTA. Con relación a la etiología de la HTA conforme la mujer adquiere mayor edad existe activación del sistema nervioso simpático y del sistema renina-angiotensina-aldosterona, acompañado de disfunción

endotelial y del estrés oxidativo, y de otros factores de la enfermedad cardiovascular y de la HTA ⁽⁴⁰⁾.

En la **Tabla 2**, se observó la distribución de la frecuencia y porcentaje de los diagnósticos identificados y sus medicamentos para cada tipo de problema de salud en los pacientes intervenidos, se pudo observar que 3 pacientes que presentaron un diagnóstico como HTA, tomaban enalapril 10mg (24%) y 3 pacientes; losartán 50mg (42%) y los que presentaron dos diagnósticos como HTA y depresión; 2 de ellos tomaban losartán 50 mg y alprazolam 0.5mg (17%) y 2 pacientes con HTA y gastritis aguda tomaban enalapril 10mg y omeprazol 20 mg (17%), teniendo en cuenta que la prescripción médica de los otros diagnósticos identificados en los pacientes hipertensos, no se realizó junto con la de HTA.

Esto resultados se pueden evidenciar en un estudio según Ramirez, en Diciembre del 2010, en Cuba, refiere que los trastornos depresivos son comunes y que la depresión es dos veces más común en las mujeres que en los hombres, ya que muchas mujeres enfrentan el estrés adicional del trabajo y de las responsabilidades del hogar, cuidado de los hijos y padres ancianos, maltrato, pobreza, y tensiones de las relaciones. Tiene una incidencia del 5-6% de la población, con una prevalencia del 5-11% a lo largo de la vida. Hay predicciones de que en el año 2020, la depresión será la segunda enfermedad más discapacitante, después de la cardiopatía isquémica ⁽⁴¹⁾.

Pérez, en 2010, en la Universidad Central de Villa Clara, en Cuba, refiere que ante una situación concreta de estrés, en el sistema cardiovascular se producen una serie de cambios químicos característicos, mediados por la activación del sistema nervioso simpático. Estos cambios incluyen el incremento de la frecuencia cardíaca y la

constricción de las arterias principales, lo que provoca un inevitable aumento de la presión arterial. Castro y cols. en el año 2010, en Cuba, realizaron un estudio con el objetivo de caracterizar el estrés en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial primaria. Se estudiaron 40 personas y se constató la presencia de estrés en la totalidad de ellas, un 75 % destacaron altos niveles de vulnerabilidad al estrés relacionados con su estilo de vida ⁽⁴²⁾.

Según la Guía de práctica clínica de la ESH/ESC para el manejo de la hipertensión arterial (2013), los metaanálisis más importantes que se han realizado no muestran diferencias clínicas relevantes entre las distintas clases de fármacos. Por ello la presente edición vuelve a confirmar que los diuréticos (incluidas tíasidas, clortalidona e indapamida), los bloqueadores beta (BB), los antagonistas de los canales de calcio (AC) y los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) son los fármacos adecuados para instaurar y mantener el tratamiento antihipertensivo en monoterapia o combinados ⁽⁵⁾.

Drug Interaction Report, actualizado en el año 2016, evidencia que no existe ningún estudio o metaanálisis que demuestre alguna interacción entre Losartán y alprazolán o enalapril y omeprazol ⁽⁴³⁾.

En la **Tabla 3**, se presentaron los valores de presión arterial tomadas en cada visita domiciliar a los pacientes hipertensos, donde se pudo observar la comparación de los promedios en el grupo de estudio antes del programa (primera visita) del SFT (153 y 95 mmHg para la presión arterial sistólica y diastólica respectivamente) y después de la intervención que fue la última visita (139 y 89 mmHg.), estos resultados nos indicaron que la intervención farmacéutica; educando a cada uno de los pacientes

hipertensos medidas farmacológicas y no farmacológicas, contribuyó a la reducción de su presión arterial, mejoró el estilo de vida de cada paciente y aportó un incremento de la calidad asistencial.

En la **Tabla 4**, se presentó la distribución de la frecuencia y porcentaje de los Problemas Relacionados con Medicamentos detectados, en las cuales se observó que 2 pacientes mostraban actitudes negativas con su enfermedad y su tratamiento(17%), 1 paciente tenía una conservación inadecuada de sus medicamentos(8%) y 9 pacientes eran incumplidores(75%). Los resultados obtenidos concuerdan con lo señalado por Jiménez, en el año 2003, Según el Tercer consenso de Granada, en su estudio pone en manifiesto que el PRM más frecuente estuvo asociado al incumplimiento de las indicaciones médicas que pudo afectar alcanzar el objetivo terapéutico. Puede ser voluntario o involuntario ⁽⁴⁴⁾.

Caballero, en el año 2013, en la Universidad Nacional de Trujillo, Perú, señala que los factores sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, nivel cultural y socioeconómico, situación laboral) eran importantes para el buen cumplimiento de una terapia; pero en la actualidad, se acepta que su influencia es escasa, dándose un mayor peso a factores individuales mucho más complejos, como la propia personalidad del paciente, su actitud ante la enfermedad y su motivación para recuperar la salud, la percepción de gravedad del proceso patológico, el conocimiento de la enfermedad padecida y su terapia, la confianza en la eficacia del tratamiento y su aceptación. Ormeño y cols. en el año 2014, en el Distrito de Chimbote, realizó una investigación que tuvo como fines determinar el efecto del programa en la detección de Problemas Relacionados con los Medicamentos en pacientes hipertensos y los factores determinantes para su aparición.

Se diagnosticaron 21 PRM, el incumplimiento es el PRM más frecuente (38,1 %) y el de conservación inadecuada (28,6 %). Las intervenciones fueron dirigidas a disminuir el incumplimiento involuntario (23,8 %). El 76,19 % tuvo éxito en la solución del PRM. ⁽⁴⁵⁾.

En la **Tabla 5**, se observó el plan de las intervenciones farmacéuticas que se realizaron a los 12 pacientes hipertensos, en lo cual a 2 pacientes que se les identificó actitudes negativas se tuvo que modificar las aptitudes que tenían, reforzándoles la importancia de la adherencia con respecto a su tratamiento(17%), a 1 paciente que tuvo conservación inadecuada de sus medicamentos se le educó en medidas no farmacológicas con respecto a una conservación adecuada(8%) y a 9 pacientes que eran incumplidores se les educó en las instrucciones y precauciones para la correcta utilización y administración del medicamento(75%).

Los resultados obtenidos concuerdan con lo señalado por Martínez, en el año 2008, en Granada, en un estudio donde se obtuvieron porcentajes más elevados de control de la PA en el grupo de intervención positiva. En este grupo de intervención, un 81% de los pacientes llegaron a tener la PA por debajo de 140/90 mmHg, en comparación con el grupo control, en que sólo un 30% de los pacientes lo consiguieron. Esto se debe a que, a los pacientes del grupo de intervención, el farmacéutico les proporcionaba educación acerca de los medicamentos y recomendaba cambios en los hábitos de vida. Por el contrario, el grupo control, recibía únicamente dispensación de sus medicamentos y no realizaba visitas mensuales al farmacéutico ⁽⁴⁶⁾.

En la **Tabla 6**, se evidenciaron los resultados según la intervención farmacéutica de los PRM encontrados en los pacientes intervenidos, donde el 92 % fueron solucionados y

el 8% no se solucionaron, el PRM no solucionado fue de un paciente con actitudes negativas sobre su enfermedad.

Pérez y cols. en el año 2008, en España, en un estudio mostraron que el índice de satisfacción de la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UFPE) es del 76%, los aspectos mejor valorados han sido las habilidades del farmacéutico y la confianza y ayuda a los pacientes. A su vez afirmó que el 74 % encuestado manifestó estar muy satisfechos con el servicio de SFT realizado por el farmacéutico y el 98% de los pacientes encuestados reconocen haber tenido fácil acceso y dedicación por parte de su farmacéutico ⁽⁴⁷⁾.

Alpizar, en el año 2012, en Costa Rica, en un estudio, señaló que el 100% de los pacientes indicaron que el programa de SFT por parte de la farmacia, es de gran utilidad ya que a través de él pudieron conocer más sobre su padecimiento, tratamiento y medidas de prevención; además mencionaron que el trato del farmacéutico fue muy bueno y que gracias a la información recibida perdieron el miedo hacia el tratamiento que recibían ⁽⁴⁸⁾.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Se detectaron 3 tipos de PRMs, a través del SFT, con una frecuencia total de 12, entre ellos, actitudes negativas del paciente, conservación inadecuada e incumplimiento.
- Se solucionaron el 92% de los Problemas Relacionados con Medicamentos detectados.
- Los tipos de intervenciones para solucionar Problemas Relacionados con Medicamentos fueron: modificar aptitudes respecto al tratamiento (disminuir el incumplimiento voluntario), educar en medidas no farmacológicas y educar en el uso del medicamento (disminuir el incumplimiento involuntario).

5.2. Recomendaciones

- Que se debe de seguir brindando asesoramiento a los estudiantes a que sigan realizando este tipo de programa de Seguimiento Farmacoterapéutico ya que a través de ello permite a que se brinde la Atención Farmacéutica debida a los pacientes desde los establecimientos farmacéuticos y detectar los PRMs que está afectando a la población que recibe un tratamiento farmacológico.
- Debería implementarse proyectos de carácter educativo en los establecimientos farmacéuticos que permita a los pacientes y sus familiares, conocer más de la importancia de la modificación del estilo de vida, haciendo hincapié entre los hábitos alimentarios más saludables y la realización de actividad física.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva. Resolución Ministerial. Guía de práctica: 19 de Enero del 2015. Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM031-2015-MINSA.pdf>
2. Berrones M. Implementación de un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico continuo en el hospital del IESS Riobamba. [Tesis]. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2010. Disponible en:
<http://dspace.espoch.edu.ec/bitstream/123456789/726/1/56T00244.pdf>
3. Oliva B. Guía Farmacoterapéutica dirigida a personal de Enfermería del Hospital General de accidentes del Instituto Guatemalteco de seguridad social. Universidad de San Carlos de Guatemala; 2008. Disponible en:
http://www.biblioteca.usac.edu.gt/tesis/06/06_2756.pdf
4. Enfermedades no transmisibles y transmisibles. Perú. [2014, Fecha de Acceso: 11 Abril 2015]. Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1212/Libro.pdf
5. Grupo de Trabajo para el manejo de la hipertensión arterial de la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) y la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Guía de práctica clínica de la ESH/ ESC para el manejo de la hipertensión arterial. 2013; 30 (Supl 3). Diciembre 2013, Disponible en: <http://www.seh-lilha.org/pdf/Guia2013.pdf>

6. Organización Mundial de Salud. Preguntas y respuestas sobre la hipertensión. [Acceso septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/82/es/>
7. María Z., Sandra Morales B. Adherencia farmacológica al tratamiento antihipertensivo: ¿un reto o una realidad? Volumen 9 (9):133-141. [Recibido: 2013-05-15; aprobado: 2014-06-25]. Disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_columbiana_enfermeria/volumen9/016-articulo14.pdf
8. Marcela M., Nohora P, Martha T. Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos del programa de factores de riesgos cardiovasculares del Hospital Militar Central. Especialización en gestión en rehabilitación. Universidad de la Sabana. [Acceso Agosto del 2008]. Disponible en: <http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/2272/121851.pdf?sequence=1>
9. Normas legales El Peruano. 27 de Julio del 2011. Reglamento para el registro, control y vigilancia sanitaria de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios. [Fecha de Acceso: 01 Septiembre 2016]. Disponible en: <http://www.digemid.minsa.gob.pe/Upload/UpLoaded/PDF/DS016-2011-MINSA.pdf>
10. Faus M. Atención Farmacéutica como respuesta a una necesidad social. *Ars Pharmaceutica*, 41:1; 137-143, 2000. Disponible en: http://farmacia.ugr.es/ars/ars_web/ProjectARS/pdf/188.pdf

11. Rosinach J, García E. Seguimiento Farmacoterapéutico desde una farmacia comunitaria en pacientes hipertensos no controlados. III Congreso de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC), en Madrid, Octubre del 2008.
12. Karime B. Detección de problemas relacionados con los medicamentos en pacientes ambulatorios y desarrollo de instrumentos para el Seguimiento Farmacoterapéutico. Volumen 1(2):49-57. 2003. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/html/690/69010203/>
13. Silva M. Evaluación del Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes hospitalizados. Análisis del método Dáder y su implantación en diferentes servicios asistenciales. Disponible en:
http://www.academia.edu/11864654/Evaluaci%C3%B3n_del_Seguimiento_Farmacoterap%C3%A9utico_en_pacientes_hospitalizados._An%C3%A1lisis_del_m%C3%A9todo_D%C3%A1der_y_su_implantaci%C3%B3n_en_diferentes_servicios_asistenciales
14. Quezada A. Ética y Farmacia. Una perspectiva latinoamericana. Disponible en:
http://www.academia.edu/3596307/%C3%89TICA_Y_FARMACIA._Una_Perspectiva_Latinoamericana
15. Ocampo P. Impacto de un programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico dirigido a pacientes hipertensos sobre el uso de los medicamentos y la percepción de la actividad profesional del Químico Farmacéutico. [Tesis]. Chimbote 2012. Disponible en:
<http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2013/01/08/162855/16285520140623065158.pdf>

16. Zanchetti A. Consenso Latinoamericano sobre hipertensión arterial. *Journal of Hypertension* 2001, Vol. 6, No 2. Disponible en:
[https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2014/04/Consenso-Latinoamericano-sobre HipertensionArterial.pdf](https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2014/04/Consenso-Latinoamericano-sobre-HipertensionArterial.pdf)
17. Iñesta García Antonio. Atención farmacéutica, estudios sobre uso de medicamentos y otros. *Rev. Esp. Salud Pública* [Internet]. 2001 Aug [cited 2016 Sep 02]; 75(4):285-290. Disponible en:
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272001000400003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1135-57272001000400003>.
18. Flores L, Segura C, Quesada MS, Hall V. Seguimiento Farmacoterapéutico con el Método Dáder en un grupo de pacientes con hipertensión arterial. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(3): 154-157. Disponible en: <http://www.cipfes.org/sft/vol-03/154-157.pdf>
19. Agámez A, Hernández R, Cervera L, y col. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. *AMC* [Internet]. 2008 Oct [citado 2016 Sep 01]; 12(5). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552008000500009&lng=es.
20. Silva M, Tuneui Valls I, Faus MJ. Revisión sistemática sobre la implantación y la evaluación del Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes hospitalizados. *Fam Hosp.* 2010; 34(3):106-124. Documento descargado de:
<http://www.elsevier.es> el 21/05/2010.

21. Martínez R, Díaz E, y Martínez. Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes hipertensos tratados farmacológicamente en una Farmacia comunitaria de España. *Farmacéuticos comunitarios*. 4 (suplemento 1). Disponible en: <http://www.farmacuticoscomunitarios.org/es/journal-article/seguimiento-farmacoterapeutico-pacientes-hipertensos-tratados-farmacologicamente-una>
22. Bertoldo P, Ascar G, Campana Y, y col. Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas. *Rev Cubana Farm* [Internet]. 2013 Dic [citado 2016 Sep 02]; 47(4): 468-474. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475152013000400006&lng=es.
23. Agusti R. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. *Acta méd. peruana* [online]. 2006, vol.23, n.2 [citado 2016-09-02], pp. 69-75. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172859172006000200005&lng=es&nrm=iso. ISSN 1728-5917.
24. Delgado G, Delgado D, Carreño M. y col. col. Experiencias de una década de Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes de la comunidad en una universidad pública. *UNMSM Ciencia e Investigación* 2012; 15(2): 61-65. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ciencia/v15_n2/pdf/a02v15n2.pdf
25. Apaza G. Adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial de ESSALUD - Red Tacna Febrero 2013 [Tesis]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. [Citado: 2016-09-02]. Disponible en: http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/223/108_2013_Apaza_Arrollo_GA_FACS_Medicina_2013_Resumen.pdf?sequence=2

26. Arana G, Cilliani B, y Abanto D. Cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la presión arterial en pacientes del programa de hipertensión: Hospital Victor Lazarte Echegaray – EsSALUD, Trujillo. *Rev. Med. Hered.* [internet]. 2001, vol.12, n4 [citado 2016-09-02], pp. 120-126. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2001000400003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1729-214X.
27. Gallegos J, Moreno J. Efectos terapéuticos de la actividad física en la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial que asisten al club de hipertensos subcentro de salud La esperanza Ibarra Noviembre 2010 – Julio 2011. [Tesis]. Universidad Técnica del Norte. Ibarra Ecuador. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/1184/1/06%20ENF%20495%20Tesis%20Hipertensi%C3%B3n%20Arterial.pdf>
28. Contreras A, Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión Arterial de la Unidad Básica de Atención de COOMEVA. Sincelejo (Colombia), 2006. *Salud Uninorte* [en línea] 2010, 26 (Julio-Diciembre) : [Fecha de consulta: 2 de septiembre de 2016]. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81719006003>> ISSN 0120-5552
29. Ávila C. La hipertensión arterial: importancia de su prevención. [Tesis] Facultad de Farmacia. Universidad Complutense Madrid España. Disponible en: <http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/MARIA%20DEL%20CARMEN%20AVILA%20LILLO.pdf>

30. Salinas E. Adherencia terapéutica. *Rev. Enf Neurol (Mex)* Vol. 11, No. 2: 102-104, 2012 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122i.pdf>
31. Ministerio de sanidad y consumo Secretaría general técnica Centro de publicaciones. Consenso sobre Atención Farmacéutica Madrid España. Disponible en: <http://www.pharmaceutical-care.org/archivos/666/consenso-att-farmaceutica-6-3-14.pdf>
32. Normas legales El Peruano. 27 de Julio del 2011. Reglamento para el registro, control y vigilancia sanitaria de productos Farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios. [Fecha de Acceso: 02Septiembre 2016]. Disponible en: http://observatorio.digemid.minsa.gob.pe/PortalConsultas/Documentos/DS_014-2011.pdf
33. Sabater D, Silva M, Faus M. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico Método Dader. Tercera edición 2007. Universidad de Granada. Versión online. Disponible en: <http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA%20FINAL%20DADER.pdf>
34. Mejía A. La automedicación, un riesgo para la salud. “Saber más” Revista de divulgación Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. México. ISSN: 2007-7041. Disponible en: <http://www.sabermas.umich.mx/archivo/secciones-antteriores/articulos/90-numero-12/180-la-automedicacion-un-riesgo-para-la-salud.html>
35. Farmatodo. Los riesgos de automedicarte. Blog de salud cadena de boticas de Venezuela. Publicado el 17 de enero 2011. Disponible en: <https://farmatodo.wordpress.com/2011/01/17/los-riesgos-de-automedicarte/>

36. Rodríguez M, García E, Amariles P. y col. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Revista Elsevier* Vol. 40. Núm. 8. Agosto 2008. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-revision-tests-medicion-del-cumplimiento-13125407>
37. 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. Disponible en : <http://farmacia.ugr.es/ars/pdf/374.pdf>.
38. Rodríguez A. Seguimiento Farmacoterapéutico en el control de pacientes hipertensos. [Tesis doctoral]. Universidad de Granada. Junio 2014. Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/24463644.pdf>
39. Gutiérrez Y. Factores de riesgo cardiovascular modificable y autocuidado en el personal de salud. *Revista Médica Electrónica*. [online]. 2009. Disponible en: http://www.medicinainterna.org.pe/revista/revista_25_2_2012/rev.%20spmi%20Trabajo%20original%20hipertension%20arterial%2025-2.pdf. ISSN 1886-8924.
40. Pacheco J. Hipertensión arterial en diferentes edades de la mujer. *An. Fac. med.* [online]. 2010, vol.71, n.4 [citado 2016-09-02], pp. 257-264. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832010000400009&lng=es&nrm=iso. ISSN 1025-5583.
41. Hall v. Depresión; fisiología y tratamiento. Centro Nacional de información del medicamento. Universidad de Costa Rica. Diciembre 2003. Disponible en: <http://sibdi.ucr.ac.cr/CIMED/cimed7.pdf>

42. Molerio O, Arce M, Otero I. y col. El estrés como factor de riesgo de la hipertensión arterial esencial. Revisión bibliográfica. Universidad Central de Villa Clara. Disponible en:http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol43_1_05/hie07105.htm
43. Lo A, Aular Y, Fernández Y, y col. Interacciones farmacológicas potenciales en pacientes con enfermedad cardiovascular polimedicaos. Salud [Internet]. 2015 Ago [citado 2016 Sep 02]; 19(2):11-17. Disponible en:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S131671382015000200004&lng=es.
44. García E. Incumplimiento como causa de problema relacionado con medicamentos en el Seguimiento Farmacoterapéutico. [Tesis doctoral]. Facultad de Farmacia Universidad de Granada 2003. Disponible en:
http://www.pharmaceutical-care.org/archivos/821/tesis_emilio.pdf
45. Basterra GM. El cumplimiento terapéutico. *Pharm careesp* 1999; 1: 97-106. tomado desde: <http://www.cqfperu.org/af/artInteres/af200511cumpliTerape.pdf> el 16/07/13
46. Martínez S. Efectos de la intervención farmacéutica en pacientes con presión arterial elevada sin tratamiento farmacológico para la hipertensión. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. 2008. Disponible en:
http://www.pharmaceutical-care.org/archivos/828/tesis_sebastian_martinez.pdf
47. Márquez J, Pérez C. Evaluación de la satisfacción y de la insatisfacción de pacientes atendidos en la unidad de Atención Farmacéutica a pacientes externos. Artículo original *Farm Hosp*. 2008;32(2):71-6 [online]. Disponible en:
http://www.sefh.es/fh/88_3.pdf

48. Alpizar M. Programa de Atención Farmacéutica para pacientes con tuberculosis en el Área de Salud de Parrita. Universidad de Costa Rica. Portal de revistas académicas. Vol. 1, Núm. 2 (2012). Disponible en:
<http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/pharmaceutical/article/view/10393>

VII. ANEXOS

ANEXO N°01. PERMISO PARA REALIZAR EL TRABAJO DE CAMPO CON PACIENTES HIPERTENSOS

Señor:

Q.F. Davis Alberto Mejía Pinedo

Botica "OMEGA FARMA "

Presente.

Asunto : Permiso para realizar trabajo de campo con pacientes hipertensos que pertenecen al ámbito de influencia del Establecimiento que Ud., supervisa.

De mi especial consideración.

Me dirijo a usted de manera cordial para solicitar por su intermedio las facilidades para que la solicitante, alumna de la Facultad de Farmacia y Bioquímica, de la Universidad "Los Ángeles de Chimbote" - Trujillo: Threacy J. Aurazo Ramirez, pueda acceder a los pacientes diagnosticados con Hipertensión Arterial que regularmente se atienden en su Establecimiento y programar con ellos una visita, disposición suya que ayudará dentro del marco de un proyecto de Investigación que trata la Evaluación de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre los problemas relacionados de medicamentos en pacientes Hipertensos que tiene por objetivo identificar razones potenciales o reales que inciden sobre el cumplimiento de las indicaciones médicas acerca del uso de medicamentos.

Específicamente necesitamos los datos que nos brindarán los pacientes que se atienden en su Establecimiento para luego visitarlos en su domicilio y proponerles las ventajas al brindarnos su participación en la realización de este estudio, así mismo aportarles una breve capacitación acerca de su enfermedad, en la cual se utilizará un tipo de instrumento para medir su presión arterial a cada paciente, asimismo se brindarán recomendaciones acerca del uso apropiado de medicamentos y consejos generales sobre sus hábitos de vida saludables. Los resultados de la intervención serán reportados a su Establecimiento con recomendaciones obtenidas al término del presente estudio, acción que podría servir o tomado en cuenta para mejorar la calidad en la atención desde el punto de vista farmacéutico en este tipo de pacientes.

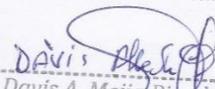
Agradeciendo de antemano la atención que le brinde a la presente, quedo a su disposición para cualquier interrogante al respecto.

Atentamente:

Trujillo, 04 de Abril del 2016

 UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE
FILIAL TRUJILLO

MS. C.O.F. Alfredo Claudio Delgado
COORDINADOR DE CARRERA E.P. FARMACIA Y BIOQUIMICA


Davis A. Mejía Pinedo
QUIMICO FARMACEUTICO


Threacy Josselyt AURAZO RAMIREZ
DNI. 47488446

ANEXO N°02. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO FICHA PARA EL 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 Botica OMEGA FARMA y que forma parte de una estrategia para mejorar el estado integral de mi salud.
2. Estoy en conocimiento que este servicio de Atención Farmacéutica es gratuito durante el tiempo que dure este estudio y que tengo la libertad de abandonarlo cuando lo estime conveniente.
3. Estoy en conocimiento que el programa no contempla la donación ni venta de ningún tipo de medicamento. Las acciones son solo de tipo educativo y el seguimiento de indicadores de salud.
4. Me comprometo a que toda la información entregada por mí sea fidedigna.
5. Toda información que entregue a los investigadores será absolutamente confidencial y no podrá ser divulgada a terceros sin mi autorización.
6. Autorizo que el Farmacéutico encargado del SFT llame al médico tratante para intercambiar puntos de vista sobre mi tratamiento.
7. Autorizo para que los resultados de las encuestas y fichas de información que responda como parte de la investigación puedan analizarse y presentarse como resultados dentro de un informe final, manteniendo mi anonimato.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ COD°

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____ FIRMA: _____ DNI:

NOMBRE DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO: _____

TELÉFONO: _____ FIRMA: _____ DNI:

FECHA DE PRIMERA VISITA: ____/____/____

ANEXO N°03. FICHAS FARMACOTERAPÉUTICAS.

FICHA FFT (HOJA 1). REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE, DE SU ENFERMEDAD DE SUS MEDICAMENTOS Y DEL MEDICO PRESCRIPTOR.

FICHA N°01. INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE.

Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico.

COD° PACIENTE: _____ FECHA: /__ /__

1 DATOS PERSONALES

NOMBRE: _____

SEXO: _____

DIRECCIÓN: _____

ZONA _____

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

TELÉFONO DOMICILIO: _____ OTRO _____

(MAIL): _____

GRADO DE ESTUDIOS:

ALFABETO__ PRIMARIA SECUNDARIA SUPERIOR

TIENE SEGURO SI: __ NO: __ SEGURO INTEGRAL (SIS): __ ESSALUD:

__ PRIVADO: CUAL _____

EL SEGURO PRIVADO CUBRE LOS MEDICAMENTOS TOTALMENTE SI:

__ NO: __

2. DATOS DEL MÉDICO Y/O INSTITUCIÓN DONDE FUE DIAGNOSTICADO Y/O CONTROLA SU TRATAMIENTO PARA LA.

Nº	NOMBRE DEL MEDICO	ESTABLECIMIENTO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO

3. QUE ENFERMEDADES TIENE EL PACIENTE AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA:

NOMBRE DE LA ENFERMEDAD	QUIEN LE DIAGNOSTICO?	TELÉFONO

4.- QUE MEDICAMENTOS TOMA PARA SUS PROBLEMAS DE SALUD EN ESTE MOMENTO? (RECUENTO DE TABLETAS en color gris). El farmacéutico pide que el paciente le muestre sus medicamentos.

Nº	NOMBRE DEL MEDICAMENTO (tal cual fue prescrito)	DCI	FF. Y C.C	A: Dosis (Mg).	B: Frec. de Dosis por día (horas).	C: Días que debe tomarse el Mdto.	(B x C): Total de Mdto Prescrito.	Fecha de Prescripción.	E: Unidades de mdto. en la 1° compra	F: Unida des adquiri das de Mdto Posterio r a la 1° compra.	G: Cantid ad de unidad es de med. Encont . Visita domici lio.

Consumo de alcohol	Veces por semana __ No __	
Fumar cigarrillos o alguien en casa lo hace?	Si: __ No: __ Cantidad al día: _____	
Hace ejercicios:	Camina: _____ Corre: _____ Gimnasio: _____ Pesas: _____ Bicicleta: _____ Otro: _____ Veces por Semana: _____	
Consumo de café	Si: __ No: __ Tazas diarias: _____	
Hace dieta:	Sí _____ No _____ Que tipo: _____	

CÓDIGO DE INTERVENCIÓN:

ANEXO N°04.

FICHA FFT (HOJA 2). REGISTRO DE LOS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE CONSUME PARA OTRAS ENFERMEDADES CONCOMITANTES.

Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico.

PACIENTE COD.

N°:.....FECHA:.....

NOMBRE:.....

...

MEDICAMENTOS QUE TOMA EN ESTE MOMENTO PARA OTRA ENFERMEDAD

Nombre 1: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC)	
1. ¿lo toma?	6. ¿cuánto toma?
2. ¿para qué?	7. ¿cómo lo toma?
3. ¿quién lo recetó?	8. ¿hasta cuándo lo tomará?
4. ¿cómo le va?	9. ¿tiene dificultad para tomarlo?
5. ¿desde cuándo lo toma?	10. ¿siente algo extraño luego de tomarlo?
Nombre 2:	
1. ¿lo toma?	6. ¿cuánto toma?
2. ¿para qué?	7. ¿cómo lo toma?
3. ¿quién lo recetó?	8. ¿hasta cuándo lo tomará?
4. ¿cómo le va?	9. ¿tiene dificultad para tomarlo?
5. ¿desde cuándo lo toma?	10. ¿siente algo extraño luego de tomarlo?
Nombre 3:	
1. ¿lo toma?	6. ¿cuánto toma?
2. ¿para qué?	7. ¿cómo lo toma?
3. ¿quién lo recetó?	8. ¿hasta cuándo lo tomará?
4. ¿cómo le va?	9. ¿tiene dificultad para tomarlo?
5. ¿desde cuándo lo toma?	

	10. ¿siente algo extraño luego de tomarlo?
Nombre 4:	
1. ¿lo toma? 2. ¿para qué? 3. ¿quién lo recetó? 4. ¿cómo le va? 5. ¿desde cuándo lo toma?	6. ¿cuánto toma? 7. ¿cómo lo toma? 8. ¿hasta cuándo lo tomará? 9. ¿tiene dificultad para tomarlo? 10. ¿siente algo extraño luego de tomarlo?
Nombre 5:	
1. ¿lo toma? 2. ¿para qué? 3. ¿quién lo recetó? 4. ¿cómo le va? 5. ¿desde cuándo lo toma?	6. ¿cuánto toma? 7. ¿cómo lo toma? 8. ¿hasta cuándo lo tomará? 9. ¿tiene dificultad para tomarlo? 10. ¿siente algo extraño luego de tomarlo?
Nombre 6:	
1. ¿lo toma? 2. ¿para qué? 3. ¿quién lo recetó? 4. ¿cómo le va? 5. ¿desde cuándo lo toma?	6. ¿cuánto toma? 7. ¿cómo lo toma? 8. ¿hasta cuándo lo tomará? 9. ¿tiene dificultad para tomarlo? 10. ¿siente algo extraño luego de tomarlo?

REGISTRO DE LOS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE MANTIENE EN SU BOTIQUÍN.

REVISIÓN DEL BOTIQUÍN DE MEDICAMENTOS. MEDICAMENTOS QUE TIENE EN CASA

NOMBRE 1:	
1. ¿lo toma? 3. ¿para qué?	4. ¿cómo le fue? 10. ¿sintió algo extraño?
NOMBRE 2:	
1. ¿lo toma? 3. ¿para qué?	4. ¿cómo le fue? 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?

CÓDIGO DE INTERVENCIÓN.....

ANEXO N° 05.

FICHA FFT. (HOJA 3). GUÍA ANATÓMICA DE REPASO PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS.

Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico.

PACIENTE COD.

N°:.....FECHA:.....

NOMBRE:.....

.....

Cuando Usted toma sus medicamentos siente que tiene problemas con:

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

- ALTERACIONES
PSICOLÓGICAS (depresiones,
epilepsia): _____
- PARÁMETROS ANORMALES
(Tª, PA, colesterol): _____
- TABACO: _____
- ALCOHOL: _____
- CAFÉ: _____
- OTRAS DROGAS: _____
- SUS HáBITOS ANORMALES
(ejercicio, dieta): _____
- VITAMINAS Y MINERALES: _
- VACUNAS: _____
- ALERGIAS MEDICAMENTOS
Y/O SOSPECHAS DE RAM: ____
- SITUACIONES FISIOLÓGICAS
(Y FECHA): _____
- OBSERVACIONES: ____

CÓDIGO DE INTERVENCIÓN..

ANEXO N°06.
FICHA FFT (HOJA 4). HOJA GUÍA DE INTERVENCIÓN
FARMACOTERAPÉUTICA.

Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico.

Establecimiento Farmacéutico Botica OMEGA FARMA - Trujillo 2016.

PACIENTE COD.

N°:.....FECHA:.....

NOMBRE:.....

.....

1 MEDICAMENTOS INVOLUCRADOS EN EL POTENCIAL PRM.

N°	NOMBRE DEL MEDICAMENTO*	FFPP	DOSIS REC.	FREC. DE DOSIS/DÍA	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.

2. DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL PRM:

PRM	DESCRIPCIÓN	PRM	DESCRIPCIÓN
1.Administración errónea del medicamento:		8. Errores en la prescripción:	
2 .Actitudes negativas del paciente:		9. Incumplimiento:	
3.Conservación inadecuada:		10. Interacciones :	
4.Contraindicación:		11. Otros problemas de salud que afectan al tratamiento:	
5.Dosis, pauta y/o duración no adecuada:		12. Probabilidad de efectos adversos:	
6.Duplicidad:		13. Problema de salud	

		insuficientem ente tratado:	
7. Errores en la dispensación:		14. Otros:	

CÓDIGO DE INTERVENCIÓN:

(HOJA 4, SEGUNDA PARTE). HOJA GUÍA DE INTERVENCIÓN FARMACOTERAPÉUTICA.

3. QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRM:

.....

CATEGORÍA	Nº	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 dosificación	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 medicamento(s) un	Incorporación de un nuevo medicamento que no utilizaba el paciente.
	5	Retirar medicamento(s) un	Abandono de la administración de un determinado(s) medicamento(s) de los que utiliza el paciente.
	6	Sustituir medicamento(s) un	Remplazo de algún medicamento de los que utilizaba el paciente por otros de composición diferente, o bien de diferente forma farmacéutica o vía de administración.
Intervenir sobre la	7	Disminuir incumplimiento el	Educación en las instrucciones y

educación al paciente		involuntario (educar en el uso del medicamento).	precauciones para la correcta utilización y administración del medicamento.
	8	Disminuir el incumplimiento voluntario (modificar actitudes respecto al tratamiento)	Refuerzo de la importancia de la adhesión del paciente a su tratamiento.
	9	Educación en medidas no farmacológicas	Educación del paciente en todas aquellas medidas higiénico-dietéticas que favorezcan la consecución de los objetivos terapéuticos.

1. VÍA DE COMUNICACIÓN UTILIZADA PARA COMUNICAR LA SOLUCIÓN AL PROBLEMA:

1. Verbal farmacéutico – paciente ()
2. Escrito farmacéutico – paciente ()
3. Verbal farmacéutico – paciente – médico ()
4. Escrito farmacéutico – paciente – médico ()
5. Directa farmacéutico –Médico ()

4. RESULTADO:

ESTADO	Problema de Salud Resuelto	Problema de Salud No Resuelto
Problema de Salud No Resuelto		
Intervención no aceptada		

CÓDIGO DE INTERVENCIÓN:.....

5. EL EVENTO DURANTE EL PROCESO (PRM) PUEDE 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:
 CÓDIGO DE INTERVENCIÓN:

ANEXO N°07.
FICHA FFT (HOJA 5).
HOJA GUÍA DE INTERVENCIÓN FARMACOTERAPÉUTICA.
 Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico.
 Establecimiento Farmacéutico Botica OMEGA FARMA - Trujillo 2016.
 PACIENTE COD.

N°:.....FECHA:.....
 NOMBRE:.....

1. RESULTADO DE LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE DEL EFECTO DEL TRATAMIENTO 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

2. NÚMERO DE CONTACTOS UTILIZADOS DURANTE LA INTERVENCIÓN:

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

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

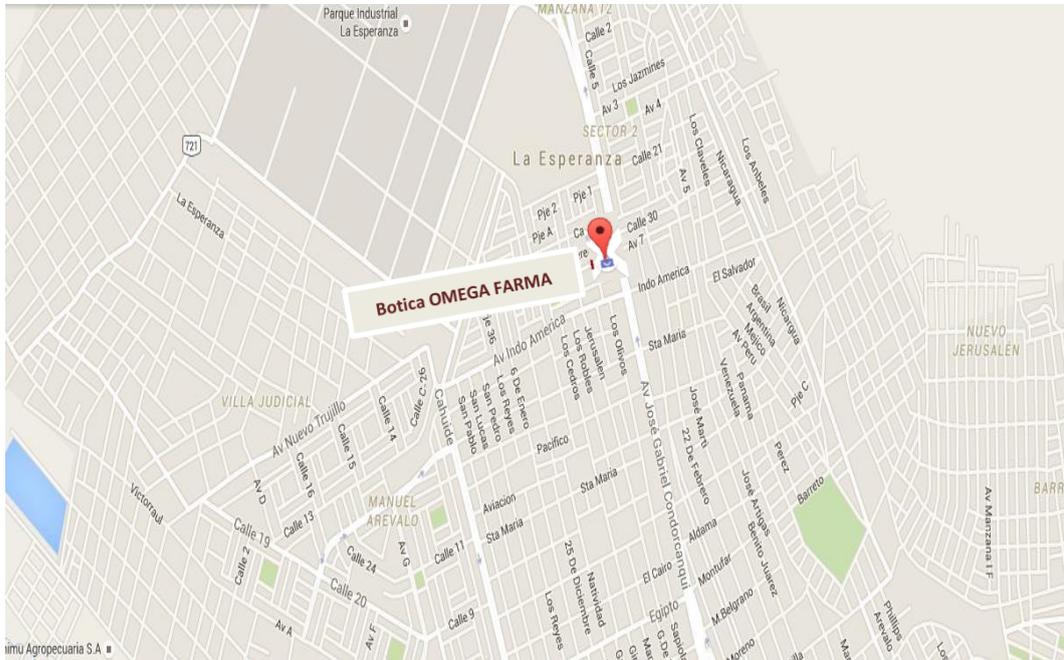
Clave	Medio de Comunicación
1	Oral cara a cara
2	escrito
3	correo electrónico
4	Oral por teléfono
5	Otro: _____

2. Fecha final de la Intervención (visita domiciliaria):

CÓDIGO DE INTERVENCIÓN:

ANEXO 8.

UBICACIÓN DE LA BOTICA OMEGA FARMA



Botica OMEGA FARMA ubicada en la Mz.A12 Lt.29 del Distrito La Esperanza,
Provincia de Trujillo, Región la Libertad,



ANEXO 9.

Realizando la visita correspondiente a los pacientes incluidos en el programa de SFT y haciendo la toma de presión arterial.

