



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE**

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

**EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA  
SOBRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN  
PACIENTES HIPERTENSOS. FARMACIA  
BONOFARMA. CHIMBOTE, MAYO – JULIO 2018**

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

**AUTOR (A):**

**HERRERA SUELPERES LORENA SAMANTHA**

**ORCID: 0000-0003-2508-1639**

**ASESOR:**

**Mgr. LIZ ELVA ZEVALLOS ESCOBAR**

**ORCID: 0000-0003-2547-9831**

**CHIMBOTE, PERÚ- 2019**

**TITULO:**

**EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN  
FARMACÉUTICA SOBRE LA ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS.  
FARMACIA BONO FARMA. CHIMBOTE, MAYO –  
JULIO 2018**

## **EQUIPO DE TRABAJO**

### **AUTOR**

Herrera Suelperes Lorena Samantha

**ORCID:** 0000-0003-2508-1639

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

### **ASESOR**

Mgr. Liz Elva Zevallos Escobar

**ORCID:** 0000-0003-2547-9831

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Facultad de Ciencias de La Salud, Escuela  
Profesional de Farmacia y Bioquímica, Chimbote, Perú

### **JURADO**

DR. DIAZ ORTEGA, JORGE LUIS

**ORCID:** 0000-0002-6154-8913

Mgr. RAMIREZ ROMERO, TEODORO WALTER

**ORCID:** 0000-0002-2809-709X

Mgr. VASQUEZ CORALES, EDISON

**ORCID:** 0000-0001-9059-6394

**FIRMA DEL JURADO Y ASESOR**

---

Dr Jorge Luis Díaz Ortega

**Presidente**

---

Mgtr. Walter Teodoro Ramírez Romero

**Miembro**

---

Mgtr. Édison Vásquez Corrales

**Miembro**

---

Mgtr. Liz Elva Zevallos Escobar

**Asesor**

## **AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA**

Dedico este proyecto de tesis a Dios en primer lugar porque gracias a él me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer ha estado conmigo y permitirme, el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

De igual forma dedico esta tesis a mis padres Wilder Herrera Peña y Carmen Suelperes Medina y a mi tío Jhovan Suelperes Medina que estuvieron a mi lado en todo momento apoyándome incondicional en los momentos más difíciles.

A mi asesor de tesis, Dr. Percy Ocampo Rujel y a la dr Liz Zeballo Escobar por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, experiencia, paciencia y motivación ha logrado que pueda terminar con éxitos mi trabajo de investigación

Gracias a todas estas personas importantes en mi vida, que siempre estuvieron listas para brindarme toda su ayuda, así como mis compañeros de clase con quienes conviví lindos años de estudio.

## RESUMEN

El presente estudio de investigación tiene como objetivo el determinar el efecto intervención farmacéutica sobre la adherencia al tratamiento de pacientes con hipertensión en la Farmacia Bonofarma. Chimbote, mayo – julio 2018. La muestra de 12 pacientes fue monitoreada a través del seguimiento farmacoterapéutico basado en una modificación de método DADER de cinco fases: captación, levantamiento de información, evaluación de la información, intervención, seguimiento y medición de resultados. El seguimiento farmacoterapéutico se dirigió a través del sistema de reunión individual, esta se llevó a cabo en la farmacia y en las casas de los pacientes. En cada fase se recogió información en herramientas e instrumentos específicos: Fichas fármaco terapéuticas, Escala para la adherencia (MAS) de Morisky – Green – Levine, Test de Macnemar para la significancia de la intervención. Resultados: Se hallaron 35 enfermedades y 35 medicamentos totales en los pacientes, se identificaron 27 PRMs y se solucionaron 23 iguales a (85.2%). La adherencia comparada antes–después de la intervención indico un efecto poco significativo  $P=0.125$ . Por lo tanto se concluye que el efecto de la intervención farmacéutica no fue eficaz en mejorar la adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos.

Palabras claves: adherencia al tratamiento, hipertensión, intervención farmacéutica, Test de Morinsky.

## ABSTRACT

The purpose of this research study is to determine the effect of the pharmaceutical intervention on adherence to the treatment of patients with hypertension in the Pharmacy Bonofarma. Chimbote, May - July 2018. The sample of 12 patients was monitored through pharmacotherapeutic follow-up based on a modification of the five-phase DADER method: collection, information gathering, information evaluation, intervention, monitoring and measurement of results. The pharmacotherapeutic follow-up will be carried out through the individual meeting system, this will be carried out in the pharmacy and in the patients' homes. In each phase, information was collected on specific tools and instruments: Therapeutic drug sheets, Morisky Adherence Scale (MAS) - Green - Levine, Macnemar test for the significance of the intervention. Results: 35 diseases and 35 total medications were found in the patients, 27 PRM were identified and 23 were resolved equal to (85.2%). Adhesion compared before - after the intervention indicated an insignificant effect  $P = 0.125$ . Therefore, it is concluded that the effect of the pharmaceutical intervention was not effective in improving adherence to treatment in hypertensive patients.

Keywords: treatment adherence, hypertension, pharmaceutical intervention, Morinsky test.

## TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA.....	v
RESUMEN .....	vi
ABSTRACT .....	vii
I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA .....	5
2.1. Antecedentes.....	5
2.2. Marco teórico.....	8
III. HIPÓTESIS. ....	20
IV. METODOLOGÍA.....	21
4.1. Diseño de la investigación.....	21
4.1.1. Tipo y el nivel de la investigación:.....	21
4.1.2. Diseño de la investigación:.....	21
4.2. Población y muestra. ....	21
4.3. Definición y operacionalización de las variables. ....	23
4.4. Técnicas e instrumentos. ....	24
4.4.1. Técnica.....	24
4.4.2. Instrumentos .....	24
4.5. Plan de análisis de datos. ....	30
4.6. Matriz de consistencia.....	32
4.6. Criterios éticos.....	33
V. RESULTADOS .....	34
5.1. Resultados.....	34
5.2. Análisis de resultados.....	39
VI. CONCLUSIONES .....	43
6.2. Sugerencia y Recomendaciones.....	44
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	45
ANEXO.....	54



## Índice de cuadros

Pág.

Cuadro N° 01	Listado de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRN).	9
Cuadro N° 02	Clasificación de los Resultados Negativos Asociados con la Medicación (RNM). Tercer consenso de Granada. 2007. (Clasificación que le correspondía a los PRMs hasta el segundo consenso de Granada).	10
Cuadro N° 03	Actividades de atención farmacéutica en el ejercicio profesional del farmacéutico comunitario.	15
Cuadro N° 04	Clasificación de intervenciones farmacéuticas destinadas a prevenir o resolver resultados clínicos negativos de la farmacoterapia.	17
Cuadro N° 05	Test de Morinsky – Green – Levy para determinar la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos.	25
Cuadro N° 06	Tipos de canales para comunicar las recomendaciones del farmacéutico para la solución de PRMs.	29

<b>Índice de figuras</b>		<b>Pág.</b>
Figura N° 01	Flujograma de la Etapa de estudio y evaluación tomado de comité de consenso.	14
Figura N° 02	Etapas clave del proceso de seguimiento farmacoterapéutico modificado de DADER.	16
Figura N° 03	Esquema del modelo de intervención farmacéutica.	21
Figura N° 04	Flujograma de las actividades de seguimiento farmacoterapéutico.	27
Figura N° 05	Frontis de Bonofarma	74
Figura N° 06	Ubicación geográfica Farmacia Bonofarma	75
Figura N° 07	Evidencia de intervención a paciente	76

## Índice de Tablas

Pág.

Tabla Identificación de los Problemas de Salud durante la intervención  
N° 01 farmacéutica a los pacientes hipertensos. 34

Tabla Medicamentos utilizados durante la intervención farmacéutica  
N° 02 farmacoterapéutico a los pacientes hipertensos 35

Problemas relacionados con medicamentos diagnosticados y  
Tabla PRMS solucionados durante la intervención farmacéutica a los  
N° 03 pacientes hipertensos. 36

Tabla Comparar la adherencia al tratamiento antes y después de la  
04 intervención farmacéutica a pacientes hipertensos. 37

Tabla 05	Niveles de adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos intervenidos	38
Tabla 06	Estado De Situación	66

## I. INTRODUCCIÓN

En los últimos 50 años, la expansión de pacientes con enfermedades crónicas ha sido un problema importante para la administración de servicios médicos, el aumento de la cronicidad en la población ha provocado la corrección de las estructuras sanitarias que recientemente se consideraban perfectas, sin embargo hoy en día se ha considerado a la atención farmacéutica como un pilar que se concibe exactamente ahora como necesaria para mejorar el resultado de los medicamentos y los tratamientos.<sup>1</sup>

La consideración farmacéutica ha establecido en años un programa de atención Farmacéutica, por lo que tiene una técnica que depende de los datos de los pacientes, la utilización de los análisis de los tratamientos, la evaluación, a pesar del hecho de que no se aplica de manera integral, desde la impresión de los pacientes, los propios especialistas en medicamentos y otros expertos en bienestar aun ven obstáculos fundamentales podría contribuir enfáticamente a la mejora de la satisfacción personal en los pacientes.<sup>2</sup>

Las estrategias utilizadas para medir la adherencia se denominan técnicas inmediatas, desde un autoinforme, información de la medicación desde la farmacia, también llamada prueba Morisky-Green, esto tiene como estrategia de percepción directa, comprobación de tabletas, encuestas explícitas y coordinación de reuniones, todos con puntos de interés y ventajas a la hora de la utilización de algún medicamento.<sup>3</sup>

Las enfermedades crónicas no transmisibles son un problema médico general, el 7% del total de la población es hipertensa, solo el 2% de los hipertensos cumplen con las reglas de usar todos sus medicamentos prescritos, mientras que los que no aceptan la adherencia lo hacen desde lo farmacológico como lo no farmacológicos, por lo que perciben que el mejor defecto que presenta esta población es la sólida no adherencia a los medicamentos.<sup>4</sup>

Las pocas convicciones pueden producir un impacto negativo para la salud, un comportamiento deseable puede ser reparador ante un tratamiento poco eficaz, pero el buen resultado está limitado mediante la ejecución de un comportamiento sólido, esa es la razón por la cual hay una práctica actual en el mundo en los pacientes diabéticos, la mala adherencia al tratamiento. <sup>5</sup>

Para 2020, las dolencias incesantes serán el motor fundamental de las incapacidades, y para 2030 la frecuencia en personas mayores de 65 años se duplicará, la mitad de los pacientes no persigue el tratamiento detalladamente, siendo además de ella la rutina de alimentación mala sumada a una de las ausencias fundamentales de adherencia. <sup>6</sup>

Diariamente se observa una progresión de variables que hace que los protocolos medicinales generalmente no obtengan los resultados normales con los medicamentos aprobados, sin lugar a dudas, uno de estos elementos es el bajo valor a la adherencia útil por parte del paciente, caracterizada por cuánto la conducta se compara con las sugerencias acordadas por los médicos, conllevar una dieta y cambios en la forma de vida, en cualquier caso los estudios recientes demuestran que los pacientes por ejemplo tienen una tasa de incumplimiento en el rango de 30 y 51% con medicamentos oral, en Perú en áreas urbanas como Chiclayo desde el año 2015, la mala adherencia es del 64,52%. <sup>7</sup>

Por lo tanto, las bajas tasas de apego anunciadas consideran la posibilidad de que el paciente generalmente no se ajuste al tratamiento, las propuestas deben ubicarse para agregar control metabólico y disminuir los problemas vasculares, expandiendo la calidad y la forma de vida, en el caso de que un paciente no esté de acuerdo con lo prescrito probablemente no va a evaluar el impacto del tratamiento, lo que puede contribuir a ampliar los tratamientos y mantener problemas médicos. <sup>8</sup>

La hipertensión es un problema mundial en desarrollo, que se convierte en una expansión en los costos, en el momento en que la patología no logra un control suficiente, influye en la insatisfacción personal de los pacientes y puede provocar una incapacidad más prominente en la población, se ha demostrado que la enseñanza es un aparato crucial tanto para la población con factores de riesgo como para la conclusión de la patología.<sup>9</sup>

La hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo de mayor prevalencia en el mundo, según la OMS, las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen la principal causa de muerte, y representan el 30% de las muertes registradas en el mundo. Las ECV pueden prevenirse en gran medida si se reducen los principales factores de riesgo, como son, la presión sanguínea alta, los niveles altos de colesterol y glucosa en sangre.<sup>10</sup>

En este contexto, la Hipertensión arterial en los países en desarrollo, se presenta entre 30 % y 60% , que en casos severos un 10 % requiere hospitalización, los medicamentos está directamente relacionado con el éxito del tratamiento de estas enfermedades y está a su vez está vigorosamente influenciado por diferentes variables que de no ser determinadas a tiempo podrían deslizar fracasos en los tratamientos, recaída de la enfermedad o peor aún en la manifestación de problemas de salud asociados al uso inapropiado de medicamento.<sup>11</sup>

Entonces si no se controla los niveles de la presión puede esto desencadenar reacciones de índole riesgosa por originar un infarto, la forma de vivir con hipertensión es diferente es un habito que depende mucho de los comportamiento de vida como estilo de comida o forma de apegarse a los ejercidos, formar de un adherente uso de medicamentos como se indica y como se debe por seguridad.<sup>12</sup>

El nivel mortal de la hipertensión hace que los profesionales de salud la consideren como una política de salud, los farmacéuticos se conceptualizan en esa realidad para participar en el control de ello y su supervisión en el tiempo detallando problemas que aparecen con la posterior corrección cuando se haya identificada un error en alguna fase de la atención primaria.<sup>12</sup>

**Planteamiento del problema:**

¿Tendrá efecto la intervención farmacéutica sobre la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. Farmacia Bonofarma. Chimbote, mayo – julio 2018?

**OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

**Objetivo General:**

- Determinar el efecto de una intervención farmacéutica sobre la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. Farmacia Bonofarma. Chimbote, mayo – julio 2018

**Objetivos Específicos:**

- Identificar los problemas de salud y medicamentos utilizados durante intervención farmacéutica a los pacientes hipertensos
- Determinar los PRMS diagnosticados y los PRMS solucionados durante la intervención farmacéutica a pacientes hipertensos.
- Comparar la adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos antes y después de la intervención farmacéutica.
- Determinar los niveles de adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos intervenidos

## II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

### 2.1. Antecedentes.

Pardo C, <sup>13</sup> el año 2018 determino el efecto de una intervención farmacéutica sobre la adherencia a los medicamentos en pacientes hipertensos en el distrito de Chicama, de Octubre 2017 a Enero 2018. Como método se realizó un seguimiento farmacoterapéutico a 12 pacientes hipertensos, se aplicó el test de Morinsky Green Levine y midiendo el nivel con una significancia  $<0.05$  la adherencia al tratamiento. Como resultados se halló que el 91.66% de pacientes no cumplían con su tratamiento. Concluyendo que la intervención farmacéutica no fue eficaz en los pacientes hipertensos.

Saucedo B, <sup>14</sup> estudiaron la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos tras una intervención farmacéutica en Botica Farmas II. Como método se realizó un seguimiento farmacoterapéutico a 12 pacientes hipertensos y se aplicó el test de Morinsky Green Levine antes y después y midiendo el nivel con una significancia  $<0.05$  la adherencia al tratamiento. Como resultados tras el test se halló el 83.3 % fueron incumplidores. Concluyendo que la intervención farmacéutica en los pacientes hipertensos la adherencia al tratamiento es baja.

El año 2019 Sáenz D, <sup>15</sup> en su tesis determino el efecto de un seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos en botica Baruc Farma. Como método se aplicó un seguimiento farmacoterapéutico a 12 pacientes hipertensos y se evaluó mediante el test de Morinsky Green Levine antes y después y midiendo el nivel con una significancia  $<0.05$  la adherencia al tratamiento. Como resultados se halló un promedio de edades de 61 años y la adherencia al tratamiento una ( $p= 0.021$ ). Concluyendo que la intervención farmacéutica fue eficaz.



Acosta A, <sup>16</sup> el 2019 determino la eficacia su intervención farmacéutica mediante seguimiento farmacoterapéutico en la adherencia a sus medicamentos en pacientes hipertensos en el Puesto de Salud Santa Ana Costa. Como método se aplicó un seguimiento farmacoterapéutico a 12 pacientes hipertensos y se evaluó por el Test de Morisky Green Levy pre y post la adherencia al tratamiento. Como resultado un (92%) no eran adherentes al tratamiento y después de la intervención un (50%) mejoraron la adherencia en una ( $p= 0.063$ ). Concluyendo que la intervención farmacéutica a la adherencia no fue eficaz.

Bernaldo D, <sup>17</sup> el 2015 determino en su investigación el poder de una intervención farmacéutica en pacientes hipertensos. Como método se aplicó un seguimiento farmacoterapéutico a 12 pacientes hipertensos y se evaluó por el Test de Morisky Green Levy pre y post la adherencia al tratamiento. Como resultado se identificó los Problema Relacionado al Medicamento (PRM).y el incumplimiento obtuvo un 31%. La adherencia comparada antes 75% y después 41% en los pacientes hipertensos con una significancia  $p$  (0.046%). Concluyendo que el estudio tiene un buen efecto en los pacientes hipertensos.

Huiñac R, <sup>18</sup> determino el efecto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hipertensos la adherencia al tratamiento. Boticas Econo Farma. Como método se aplicó un seguimiento farmacoterapéutico a 12 pacientes hipertensos y se evaluó por el Test de Morisky Green Levy pre y post la adherencia al tratamiento. Como resultados se hallaron 29 PRMs y se solucionaron los 29 equivalentes al 100 %, siendo la inseguridad un 51,7 %, e ineficacia 48,3 % y la adherencia antes y después obtuvo un impacto significativo ( $p= 0,000$ ). Concluyendo que el seguimiento farmacoterapéutico fue eficaz.

Carrillo L, Canales L, Chagoya M, et al.<sup>19</sup> Determinaron la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión en México. Comparo en el pueblo rural y urbano mediante el seguimiento farmacoterapéutico. Como resultados en la adherencia antes de la intervención el 54% y este cambio a 78% después. Concluyendo que los pacientes mexicanos se adhieren al tratamiento.

Libertad M,<sup>20</sup> el 2015 evaluó la adherencia al tratamiento en hipertensos en Cuba. Como método se aplicó el test de Martín Bayarre Grau, que se compone la implicación personal, en el cuestionario así como la relación profesional-paciente y el cumplimiento del tratamiento. Como resultado la adherencia obtuvo un 50 %, la no adherencia obtuvo valores más. Como conclusión la adherencia en los pacientes hipertensos fue insuficiente.

Álvarez A, Quiroz D, Del Águila S,<sup>21</sup> el 2016 valoraron el impacto de la atención farmacéutica en pacientes hipertensos. Como método se aplicó un seguimiento farmacoterapéutico a 94 pacientes. Como resultado se halló 139 PRMs y se solucionaron solo 68% de ellos. Concluyendo que la atención farmacéutica en pacientes hipertensos fue efectiva.

## **2.2. MARCO TEÓRICO.**

### **2.2.1. Seguimiento farmacoterapéutico (SFT)**

Como lo indican Sabater y Faus, se caracteriza como una demostración de observación durante un tiempo específico de un paciente en la búsqueda de recuperación después del tratamiento farmacológico y que hace fundamental una progresión de pasos o etapas para ofrecer la informatización del programa como eje de un avance, dentro del orden farmacéutico experto, el desarrollo farmacoterapéutico (SFT) es el movimiento de consideración más significativo y crítico. Se espera que esta actividad evalúe y observe los efectos secundarios de la farmacoterapia de manera constante, sistematizada y notificada.<sup>20</sup>

#### **Fases del desarrollo del seguimiento farmacoterapéutico (SFT)**

El SFT se realiza en un esfuerzo conjunto con el paciente y el grupo de bienestar e incorpora actividades que van más allá de la comprensión de un resultado negativo relacionado con la medicación (RMN), entre sus áreas están:

- a) Motivo o propuesta del SFT.
- b) Análisis de la farmacoterapia del paciente.
- c) capacidades farmacéuticas
- d) Preparación de planes
- e) Evolución y problemas de resultados subsiguientes.<sup>21</sup>

### **2.2.2. Problemas relacionados con la medicación (PRM)**

Para el Foro de Atención Farmacéutica, se describe que un problema identificado con un medicamento (PRM) por ejemplo es cada una de esas respuestas o circunstancias que aparecen al comienzo, a mitad del camino o al final de un tratamiento con medicamentos y algo similar sucede que puede causar un resultado negativo para su bienestar.<sup>22</sup>

Del mismo modo, en esta producción, se definieron todos los PMR en el Tercer Consenso de Granada, como se registra en la tabla adjunta:

Cuadro N° 01. “Listado de problemas relacionados con medicamentos, modificado por Ocampo del Método DADER de SFT”<sup>23</sup>

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

Modificado de: Tercer Consenso de Granada 2007<sup>23</sup>

Es aquí donde Ocampo P,<sup>23</sup> después de su examen de doctorado, implementa mejoras exactas para ajustarse a las circunstancias de su necesidad y consolida nuevos PRM para describirlos con toda la verdad de la red de bienestar y su aplicación de esta manera presenta otro primer PRM (impacto de la tierra); seguido por otro PRM (utilización de medicamentos de causa ilícita) y para terminar el PRM (problemas monetarios). Cada uno de ellos tiene un trabajo donde se les puede hablar según la condición de la fuerza de los mediados.

### 2.2.3. Resultado negativo identificado con drogas

Las nuevas ideas actualizadas desde el acuerdo de Granda en 2005 dan sentido y no se suman como resultado negativo de un problema identificado con medicamentos, sin embargo, como un factor de esto con el objetivo de que esto ocurra, por lo que debe hacer contrastes entre un PRM y un resultado negativo donde el tratamiento se cierra con una decepción decente o mortalidad del paciente.<sup>24</sup>

En ese momento, el Foro describe en resumen un resultado negativo (RNM) en relación con el resultado de su medicación de al menos un PRM que lo pone en peligro de no encontrar una recuperación completa o extender dando forma a todo y dentro de él, un PRM es solo un factor vital nada más. Del mismo modo, se ha tomado la imagen que declaró el Tercer Consenso de Granda con respecto a los resultados negativos.<sup>25</sup>

Cuadro N° 02. “Clasificación de Resultados Negativos Asociados con la Medicación (RNM). Tercer Consenso de Granada. 2007 (Clasificación que le correspondía a los PRMs hasta el Segundo Consenso de Granada)”<sup>26</sup>

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

#### **2.2.4. Diagnóstico de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM).**

el medicamento ha creado constantemente algo para mejorar las cosas o para los más efectos adversos en el paciente, sin embargo, una relación ideal se busca constantemente así que por casualidad que tengan. En ese punto, el análisis debe representar la idea perfecta como fuente y no confundirse al dar pensamientos y enfoques de trabajo para evitarlos más adelante y comprenderlos en el presente. Aquí perseguimos como premisa el Tercer Consenso de Granada para caracterizar a todos.<sup>27</sup>

- a) Administración de medicina errónea (PRM 1): los pacientes son los que están de acuerdo con las autoridades terapéuticas en su medicamento, de todos modos, estos términos calificados son las opciones sobre la utilización que los doctores no respaldan en el control, optando por una alternativa del paciente para utilizar un remedio o una solución, sin requerirlo.<sup>28</sup>
- b) Actitud negativa (PRM 2): suceden cuando el paciente espera comenzar una conducta en oposición a la prescripción, en un punto de vista equivocado sobre los impactos de las recetas. El paciente es inducido, ya sea por elementos regulares o anormales, por ejemplo, convicciones no profesionales.<sup>28</sup>
- c) Conservación inadecuada (PRM 3): condiciones sorprendentes en las que los medicamentos se mantienen en poca protección requerida que afecta explícitamente el cambio de su calidad. Estas condiciones pueden ser puntos de peligro, adyacentes, presentación a la luz del día, temperaturas altas o bajas en lugares donde pueden causar maltrato físico.<sup>29</sup>
- d) Duplicidad (PRM4): es la utilización de dos medicamentos de manera familiar, con una sustancia similar para una consistencia farmacológica comparable, personalidad farmacológica, la semejanza de la actividad útil, en este sentido se considera que dos medicamentos son copiados.<sup>29</sup>

- e) Dosis, plan y / o intervalo inadecuado (PRM 5): Ocurre cuando la certificación de la parte no está demostrada por los estándares de la guía farmacológica y se propone en las estructuras del programa de bienestar. La incoherencia también puede presentar, durante todo el período, la reiteración de la recurrencia o el tiempo reducido o ampliado para el tratamiento. <sup>30</sup>
- f) Contraindicaciones (PRM 6): una prescripción está contraindicada cuando un cambio de los estados fisiopatológicos del paciente es anormal, por lo que no es importante usar un medicamento específico en sus condiciones, en este sentido las contraindicaciones pueden influir en el paciente. <sup>30</sup>
- g) Dispensación errónea (PRM 7): los medicamentos deben, en caso de duda, ser dirigidos, obtenidos o controlados según lo propuesto por el experto, según las directrices actuales, se expresa que el dispensador de medicamentos ofrece al paciente una opción farmacéutica a pesar de la bioequivalencia, se instruye sobre su comparabilidad, por el beneficio del intercambio por otro en DCI. <sup>31</sup>
- h) Errores de prescripción (PRM 8): el error ocurre cuando se realiza el tratamiento o cuando el paciente usa el medicamento avalado, sin evidenciar parte de una receta oficial, tener el nombre del medicamento en DCI, la forma, dosis, frecuencia, fecha, la y así forma del especialista médico. <sup>31</sup>
- i) Incumplimiento o no adherencia al tratamiento recomendado (PRM 9): la importancia de lo que se conoce como "razón inmediata de la conducta del paciente para la consistencia de tomar la receta sin desinteresar lo cotidiano con la conexión genuina para hacerlo como tal. <sup>32</sup>
- j) Interacciones (PRM 10): desventaja que surge cuando, en cualquier caso, se toman dos recetas juntas que entran en contacto con el objetivo de tener un impacto farmacológico positivo de ambas o de cualquiera de ellas; disminuyen o mejoran

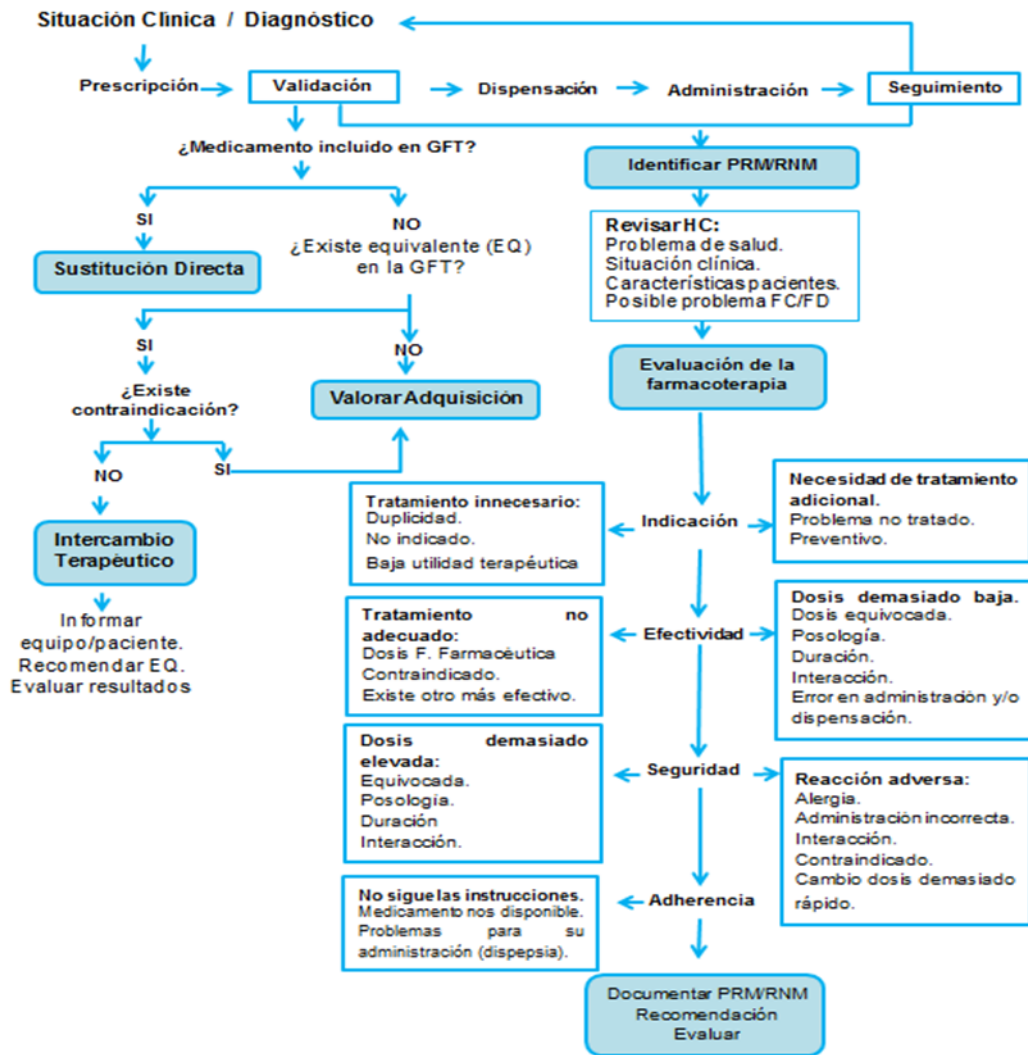
asombrosamente sus ejercicios, al igual que arriesgan que el paciente prospere para recuperarse.<sup>32</sup>

- k) Otros problemas terapéuticos que influyen en el tratamiento (PRM 11): estos son problemas restaurativos que están rotos o que tienen un gran impacto para los pacientes que llegan a utilizar arreglos positivos por pseudociencias que producen sensibilidad, estrés y debilitamiento, influencias gastrointestinales inquietantes, contaminaciones respiratorias , sensaciones extraordinarias, etc.<sup>33</sup>
- l) Posibles reacciones adversas (PRM 12): estos son problemas inherentes a la medicación aprobada, de esta manera es útil evaluar la prueba que existe sobre la probabilidad de mostrar un impacto indeseable específico y asimismo su gravedad, ya que también es importante obtener información sobre los efectos secundarios de los efectos secundarios.<sup>33</sup>
- m) Problemas tratados de manera inadecuada (PRM 13): el farmacéutico puede ver estos problemas al realizar consultas para obtener respuestas explícitas para ver si siente mejoría, deber o continúa como antes, por lo tanto, el gran problema de la deficiencia del tratamiento prescrito, se convierte en una fuente de ensayos erróneos para pacientes prósperos, por lo que la autoridad de medicamentos debe ocuparse del problema.<sup>34</sup>
- n) Impacto negativo del entorno (PRM 14): el temperamento de los pacientes debido al impacto de la condición social, familiar y social que se une a su nivel de valor significativo y conducta hacia el día a día consistente en medicamentos.<sup>34</sup>
- o) Medicamentos ilegales (PRM 15): utilización de recetas sin inscripción certificada o fuente ilícita, sin una garantía limpia, por ejemplo, selección, deformada, adulterada, robada de afiliaciones, poco cuidado, sin registro, la fecha de vencimiento, el estado físico y la descripción.<sup>35</sup>



p) Problemas económicos (PRM 16): el problema se confirma cuando el paciente no toma su medicamento por no tener las condiciones fundamentales una baja disponibilidad para la solución sin contar con el respaldo o el estado en sí.<sup>35</sup>

Figura N° 01. “Flujograma de la etapa de estudio y evaluación. Tomado de Comité de Consenso”.<sup>23</sup>



### 2.2.5. Atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico

La atención farmacéutica la diseñaron Hepler y Strand hace más de 25 años, aquí surgieron en ese tiempo el sistema farmacéutico y el irremplazable concepto de "Atención

farmacéutica" con un fin supremo, uuntonces hoy estos servicios pegados a la efectividad y viabilidad se pueden llevar hacia la farmacia comunitaria como hospitalaria pero en la actualidad aún existen barreras que impiden implantarla un programa de seguimiento farmacoterapéutico.<sup>36</sup>

Desde la Federación Internacional de Farmacéuticos (IFF, por sus siglas en inglés) en conjunto con la OMS, luego del año 1993, coincidió su misión en enfocarse la verdadera forma de servir farmacéutico por el mundo acogiendo en un firme compromiso de dar una asignación correcta de medicamentos o generando bienestar como así lo dice la nueva idea de la Atención Farmacéutica.<sup>36</sup>

Cuadro N° 03. “Actividades de atención farmacéutica en el ejercicio profesional del farmacéutico comunitario”<sup>36</sup>.

Actividades orientadas al medicamento	Adquisición, custodia, almacenamiento, Conservación, de materias primas, especialidades farmacéuticas y productos sanitarios.
Actividades orientadas al paciente:  Atención farmacéutica	Dispensación de medicamentos. Formulación magistral.
	Indicación farmacéutica. Formación en uso racional. Educación sanitaria. Farmacovigilancia.
	Seguimiento de tratamiento farmacológico.

Tomado de Obreli P, et al.<sup>36</sup>

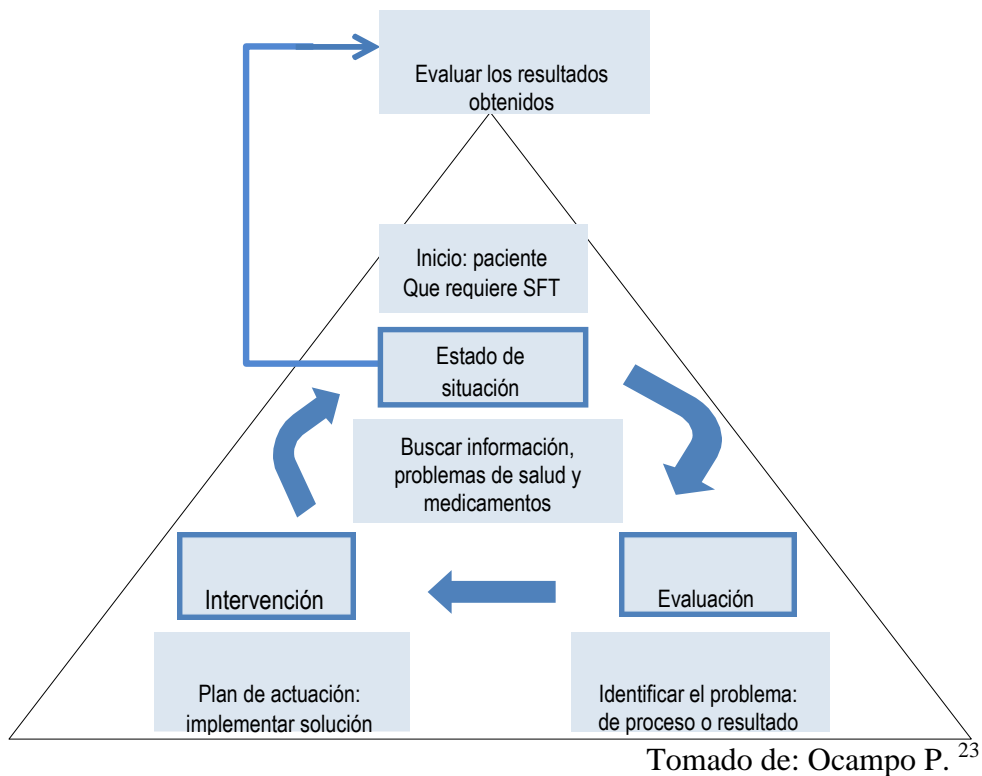
Como se ha evaluado las actividades que no requieren tratamiento directo con medicamentos como el tema de estudio, debe considerarse como un objetivo, por lo tanto, se recuerda el seguimiento en su interior, los grandes ensayos de distribución, la

consideración farmacéutica y su importancia. Después de un buen ejercicio esto fortalece los proyectos.<sup>37</sup>

Es obligación individual de cada paciente tener un resultado positivo con el tratamiento para que el seguimiento pueda transmitir prosperidad y bienestar, la administración básicamente sugiere capacidades o ejercicios de especialistas en drogas en la línea principal de sus primeros pasos y procedimientos.<sup>38</sup>

Las actividades de SFT están preparadas para abordar problemas relacionados con medicamentos (PRM) con el fin de prever resultados negativos por errores, por ejemplo, afiliaciones o interacciones.

Figura N° 02. Etapas clave del proceso de seguimiento farmacoterapéutico modificado de DADER.



La Planifican y clasificación de cada uno de los servicios son por medio de intervenciones farmacéuticas que se comienzan con el proceso del seguimiento terapéutico tras la administración de los medicamentos.

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

N°	Dimensión	Intervención	Acción
1	Intervenir sobre cantidad de medicamento	Modificar la dosis.	Ajuste de la cantidad de fármaco que se administra en cada toma.
		Modificar la frecuencia de dosis o el tiempo de tratamiento.	Cambio en la frecuencia y/o duración del tratamiento.
		Modificar la pauta de administración (redistribución de la	Cambio del esquema por el cual quedan repartidas las tomas del medicamento a lo largo de un día.
2	Intervenir sobre la estrategia farmacológica	Añadir un medicamento(s).	Incorporación de un nuevo medicamento que no utilizaba el paciente.
		Retirar un medicamento(s).	Abandono de la administración de un determinado(s) medicamento(s) de los que utiliza el paciente.
		Sustituir un medicamento(s).	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.
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.
		Educación en medidas farmacológicas.	Educación del paciente en todas aquellas medidas higiénico-dietéticas que favorezcan la consecución de los objetivos terapéuticos.

Tomado de Sabater.<sup>39</sup>

### **2.2.6. Definición de adherencia al tratamiento**

Se ha caracterizado porque el entorno dentro de la conducta del individuo está de acuerdo con las sugerencias, identificado con el bienestar e incorporar la capacidad de la paciente para ir a los arreglos planificados, tomar los medicamentos, como se demuestra, así se hacen cambios en la forma de vida prescrita y finalmente completan las investigaciones o pruebas solicitadas en el centro de investigación.<sup>40</sup>

Las variables para conocer la adherencia se tiene: agradable / resistente, adherencia / no adherencia, y los componentes que deciden se ordenan en espacios:

- Especialista en relación tolerante
- El paciente y su condición.
- La dolencia
- Terapéutica

### **Trabajo de adherencia en farmacoterapia**

La adherencia a la farmacoterapia es básica para obtener resultados restauradores ideales, el farmacéutico en la racionalización de la adherencia abarca numerosas actividades: evaluar la emisión, distinguiendo factores de inclinación, brindando una amplia orientación, lo que es más, prescribir metodologías de adherencia explícitas para las necesidades del paciente.<sup>41</sup>

### **2.2.7. Hipertensión**

#### **Presión arterial**

La tensión arterial se refiere a la “presión ejercida por la sangre en las paredes de la aorta y arterias sistémicas, medida en milímetros de mercurio (mmHg). El lado derecho del corazón bombea a una presión más baja que el lado izquierdo y esto se llama presión diastólica, el

lado izquierdo del corazón bombea a una presión más alta que el lado derecho, que se llama presión sistólica”.<sup>42</sup>

La tensión arterial alta (hipertensión) generalmente “se define normalmente como una presión arterial confirmada de 140/90 mmHg, o más. A menudo, la tensión arterial alta no causa síntomas o problemas inmediatos, pero es un factor de riesgo importante para enfermedades cardiovasculares graves, como accidentes cerebrovasculares o enfermedades cardíacas”.<sup>42</sup>

### **La presión sistólica:**

Indica la presión que hay en el interior del circuito coincidiendo con el latido cardíaco. Cuando el corazón mete sangre en el circuito la presión sube mucho, produciendo ruidos de carácter agudo, golpeantes con cada latido cardíaco.<sup>43</sup>

### **La presión diastólica:**

Es la presión del circuito durante la diástole, el momento en el que el corazón no introduce sangre dentro del circuito, el sonido varía tanto en intensidad como en calidad, hasta que desaparece.<sup>43</sup>

### **La presión diferencial o de pulso:**

Es la diferencia entre la presión sistólica y diastólica. En algunos estudios se ha demostrado que se relaciona mucho con el riesgo de complicaciones cardiovasculares.<sup>44</sup>

### **III. HIPÓTESIS.**

#### 3.1 $H_0$

La intervención farmacéutica no tiene efecto significativo para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión.

#### 3.2 $H_1$

La intervención farmacéutica tiene efecto significativo para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión.

## IV. METODOLOGÍA

### 4.1. Diseño de la investigación.

#### 4.1.1. Tipo y el nivel de la investigación:

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

#### 4.1.2. Diseño de la investigación:

El diseño fue de tipo prospectivo longitudinal de una sola casilla, no probabilístico y semiciego. (Ver Figura N° 03).

Figura N°03. Esquema del modelo de intervención farmacéutica.



Fuente: Elaborado por Ocampo P. <sup>23</sup>

### 4.2. Población y muestra.

El universo de sujetos de estudio estuvo conformado por pacientes atendidos de manera regular en la farmacia Bonofarma los pacientes se autoseleccionaron entre aquellos que visitaron el Establecimiento Farmacéutico (EF) en los meses de Mayo a Julio del 2017 y cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron libremente ingresar al SFT mediante la firma de un documento de consentimiento informado. El número final de los pacientes de la muestra fue arbitrariamente en 12 pacientes.



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

- Pacientes diagnosticados con hipertensión
- Edad entre 45 y 70 años.
- Con receta vigente para la enfermedad objetivo, de antigüedad no mayor de tres meses.
- Consentimiento explícito a través de un documento informado.
- Capacidad de comunicación en idioma español de manera fluida, escrita y hablada.
- Autosuficientes, es decir la toma de medicamentos no dependió de terceros.

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

- Pacientes participantes en otros estudios de investigación o en programas al mismo tiempo de la intervención de SFT.
- Pacientes en gestación.
- Pacientes con enfermedades mentales.

### 4.3. Definición y operacionalización de las variables.

Variables	Denominación	Definición teórica	Instrumento	Indicadores
Variable Independiente	Intervención farmacéutica	Es un servicio mediante el ejercicio responsable de pacientes y sus problemas identificados con relación a su medicación (PRM), con el fin de lograr analizar, aliviar y / o prevenir algún PRM que produce y en coordinación, paciente y medico prescriptor.	El instrumento SFT es el documento de farmacoterapia (FFT) (Anexo N ° 8.3) en el cual se registra el procedimiento realizado. También se registra, patología o morbilidades, uso de recetas, costumbres y más.	Medicamentos usados. PRMS, tipo de intervenciones aplicadas, tipos de canales de comunicación utilizados.
Variable dependiente	Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs)	Acontecimientos durante un tiempo tomado tras la administración de un medicamento recetado, relacionado a un resultado desfavorable o negativo. Se tendrá como referencia el consenso tercero.	La conclusión de los PRM fue cuantitativa debido a la investigación de los datos recopilados en las hojas de farmacoterapia.	Cantidad de PRMs que fueron diagnosticados respectivo a la tabla modificada por Ocampo, conformado por 16 posibles problemas y descritas en el cuadro N°01.
	Adherencia al tratamiento	Se ha caracterizado por la conducta del individuo está de acuerdo con las sugerencias, identificado con el bienestar e incorporar la capacidad de la paciente para ir a los arreglos planificados, tomar los medicamentos, como se demuestra, así se hacen cambios en la forma de vida.	Test de Morinsky, Green y Levine medido según la Medication Adherent Scale (MAS). Está compuesto 8 singulares preguntas con respuestas dicotómica de Si o No	Puntaje = a 0, cumplidor, Puntaje > de 0 (de 1 a 8), incumplidor

#### **4.4. Técnicas e instrumentos.**

##### **4.4.1. Técnica.**

La intervención farmacéutica se condujo a través de las técnicas de la entrevista personal, la conversación telefónica y la visita domiciliaria. La entrevista personal se realizó en el EF o en el domicilio del paciente. La técnica de abordaje y de interacción con el paciente en las entrevistas fue el recomendado por la Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico del método DADER”.<sup>23</sup>

##### **4.4.2. Instrumentos**

###### **Fichas Farmacoterapéuticas (FFT). (Anexo N° 03).**

Las FFT son hojas para el registro de los datos del seguimiento farmacoterapéutico. Es el instrumento base para el levantamiento de información. Es un documento que consiste en 5 partes de información sobre el paciente: Datos generales, información sobre las enfermedades, los medicamentos consumidos, problemas con el uso de medicamentos y las acciones realizadas por el profesional farmacéutico para resolverlas. Se utilizó este instrumento en las 5 fases del SFT. El registro de la información en las FFT se realizó de acuerdo a las indicaciones de la Guía para el SFT del método DADER”.

###### **Instrumento para medir la adherencia**

También se caracteriza como una Escala de Adherencia a la Medicación (MAS, por sus siglas en inglés) o, además, como una Prueba de Morisky que traza una escala que consta de cuatro cosas de consultas con SÍ y NO alternativas como respuestas. Las consultas se calculan de modo que las respuestas confirmadas (sí) reflejen incumplimiento o falta de adherencia y valen 1 punto. Las respuestas negativas (no) reflejan adherencia y se puntúan con cero (0). De modo que al incluir las respuestas apropiadas de un número considerable de cosas, los resultados extraordinarios pueden ser cero (0) u ocho (8). Un puntaje

completo de cero habla de sumarse a una total adherencia, es decir respuestas negativas a todas las preguntas, mientras que un puntaje de ocho refleja todo un incumplimiento. Los resultados de las puntuaciones de transición se pueden registrar desde bajo incumplimiento hasta total incumplimiento.

CUADRO N° 05. Escala de adherencia a la medicación (MAS) de Morisky- Green Levine<sup>65</sup>.

Ítems	Preguntas	0	1
1	¿Algunas veces usted se olvida de tomar sus medicamentos?		
2	Las personas no toman sus medicamentos por razones a veces diferentes a olvidarse. ¿Recuerda en las últimas dos semanas, si paso que en algún día no tomó sus medicamentos?		
3	¿Alguna vez ha dejado la toma de sus medicamentos porque caían mal, callándosele al médico o tu farmacéutico?		
4	¿Cuándo sale de casa por un prolongado tiempo se olvida de llevar consigo sus medicamentos?		
5	¿Se ha olvidado de tomar todos sus medicamentos ayer?		
6	¿Cuándo siente usted que los síntomas de su enfermedad están controlados deja de tomar sus medicamentos?		
7	Tomar los medicamentos cada día día es muy complicado para casi todos. ¿Alguna vez se ha sentido usted decidido a dejar su tratamiento?		
8	¿Cuán frecuente tiene dificultades usted para recordar la toma de sus medicamentos?		
	A. Nunca/raramente, B. Muy esporádicamente, C. Algunas veces, D. Frecuentemente, E. Todo el tiempo. A=0, B-E=1		

### **Procedimiento de recolección de datos.**

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

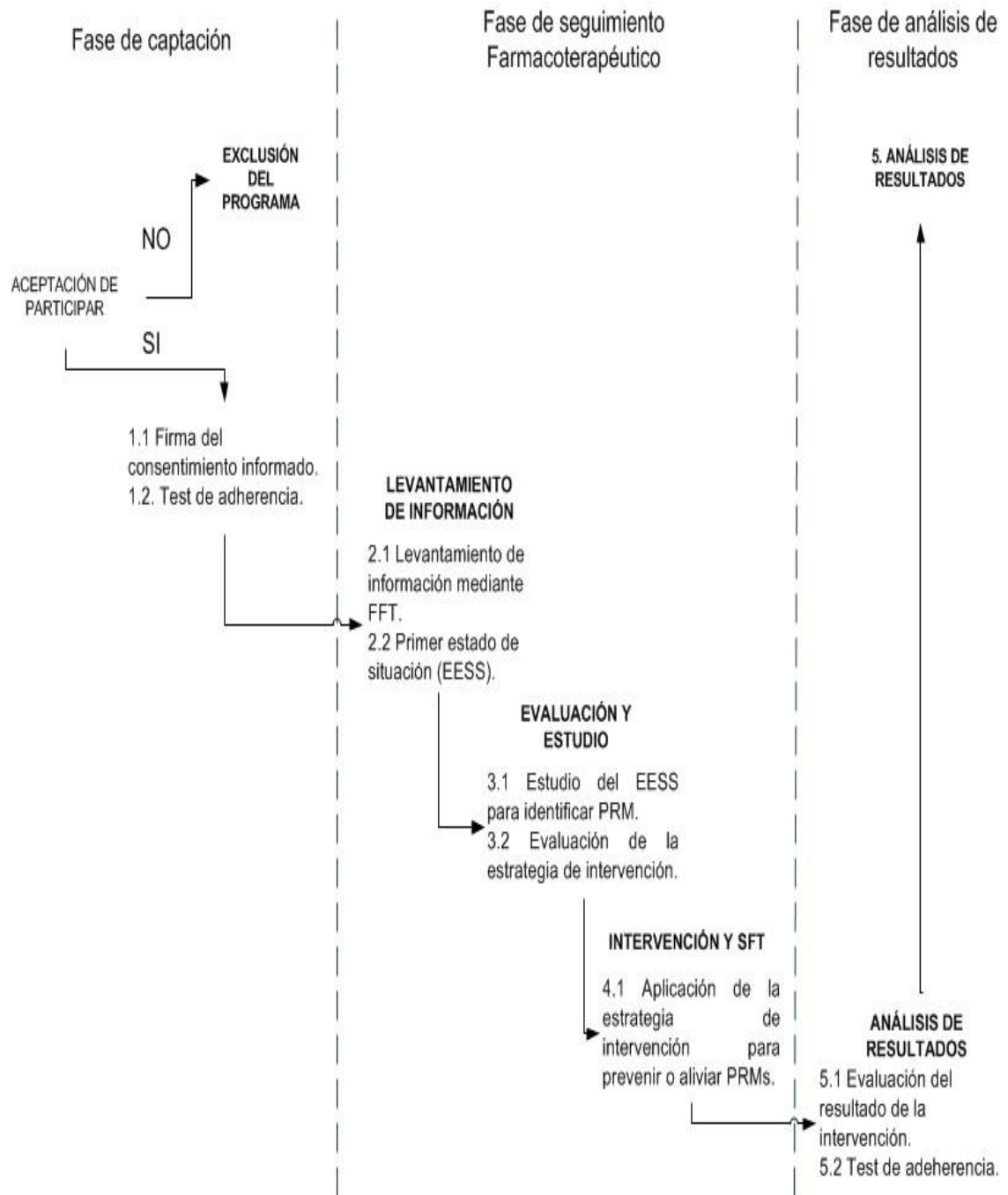
Las etapas del procedimiento de recolección de datos:

- Oferta del servicio y captación de pacientes.
- Levantamiento de información. Primer estado de situación.
- Estudio y evaluación.
- Intervención y seguimiento.
- Análisis de resultados.

### **Procedimiento para oferta del servicio y captación de los pacientes.**

Se ofreció el servicio a todos los pacientes con hipertensión que asistieron a la farmacia Bonofarma en los meses de Mayo - Julio 2018; hasta obtener doce pacientes. Los pacientes firmaron su consentimiento de participar de la experiencia en un documento infirmado (Anexo N° 02). El documento de consentimiento menciona explícitamente la responsabilidad del farmacéutico en vigilancia del uso de medicamentos, la cautela de los datos del paciente, la gratuidad del servicio, la venta o donación de ningún tipo de medicamento. Así mismo el consentimiento autoriza al Farmacéutico a intermediar con el médico para la solución de los problemas complejos o urgentes que se relacionen con el uso de medicamentos. Por otro lado obliga al paciente a entregar toda la información referida a enfermedades y uso de medicamentos que pueda ser útil para el diagnóstico de PRMs.

Figura N° 04. “Flujograma de las actividades de seguimiento farmacoterapéutico”.



Elaborado por: Ocampo P. <sup>30</sup>.

### **Levantamiento de información.**

La información se registró en la Ficha Farmacoterapéutica (FFT) (Anexo N° 03). “Se anotó la información general del paciente, datos sobre enfermedades, profesionales que diagnosticaron, medicamentos utilizados, hábitos de vida, antecedentes familiares y percepción de signos y síntomas de problemas de salud que el paciente asocie con el uso de medicamentos”.

Se registró además el uso de medicamentos y el uso de productos naturales sin prescripción. Para este fin se solicitó al paciente mostrar todos los productos farmacéuticos que usaba de manera regular, se usen o no para la enfermedad objetivo. Durante el registro se interroga al paciente sobre factores de riesgo y sospechas de problemas relacionados con el uso de medicamentos. Se procuró que el tiempo entre la captación y el levantamiento de información no sea más de 72 horas.

### **Fase de estudio y evaluación de la información.**

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

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

“Por cada problema diagnosticado el Farmacéutico estudio la mejor estrategia de solución que se reportó en la hoja 5 de las FFT. La estrategia pudo contener una serie de acciones dirigidas directamente al paciente o al prescriptor”. Para cada PRM y sus estrategias de solución se buscó el mejor canal de comunicación que pudo dirigirse al paciente y al médico. Cada paciente pudo ser diagnosticado con más de un PRM. Como resultado de esta fase surge el diagnóstico de los PRMs, los objetivos que deben lograr los pacientes y el médico para su solución y la estrategia de comunicación. Los canales de comunicación utilizados se muestran en el cuadro siguiente:

Cuadro N° 06. “Tipos de canales para comunicar las recomendaciones del farmacéutico para la solución de PRMs”

N°	Canales de Comunicación.
1	Verbal Farmacéutico-Paciente.
2	Escrita Farmacéutico-Paciente.
3	Verbal Farmacéutico-Paciente-Médico.
4	Escrita Farmacéutico-Paciente-Médico.
5	Verbal Farmacéutico-Médico.

### **Fase de intervención y seguimiento farmacoterapéutico.**

El objetivo de esta fase fue comunicar asertivamente los objetivos y los plazos que deben cumplir el paciente y/o médico para la solución de PRMs. La intervención fue mediante visitas domiciliarias, contacto telefónico, correos electrónicos y/o redes sociales. “Para la comunicación de las estrategias de solución al paciente se usó las entrevistas personales y recomendaciones escritas. Para la comunicación de las estrategias dirigidas al paciente, el Farmacéutico hará uso del lenguaje verbal y en algunos casos, cuando sea necesario fijar claramente algún aspecto se dejarán recomendaciones escritas”.



Luego de comunicar la sugerencia de solución se monitorizó su cumplimiento a través de nuevas visitas o llamadas por teléfono. El tiempo de monitorización fue de cinco días como máximo, luego de los cuales se dio por cerrado el proceso.

#### **Evaluación del efecto de la intervención.**

La entrevista para evaluación final de los resultados fue conducida por un investigador diferente al que realizó el SFT.

Se preguntó al paciente si ejecutó las recomendaciones dadas para la solución del PRM o si el médico puso en prácticas las sugerencias de modificación de la terapia. Independientemente de la aceptación de la sugerencia para la solución se le preguntó si consideraba resueltos cada problema relacionado con medicamentos que fue diagnosticado.

#### **4.5. Plan de análisis de datos.**

La información en las fichas farmacoterapéuticas, y las mediciones de la adherencia al tratamiento se transfirió a tablas en MS Excel. Se construyeron tablas de datos sobre:

- Información general de los pacientes
- Estado de situación con datos sobre: problemas de salud y medicamentos utilizados, PRM, RNM asociados, estrategias de intervención usada y las vías de comunicación. También se anotó si el PRM fue o no resuelto
- Tabla de valores de Test Morinski Green Levy antes y después del SFT.

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

A partir de los datos acumulados en MS Acces, se elaboraron tablas de resultados de doble y simple entrada con frecuencias relativas, absolutas y porcentajes. Se crearon tablas y

gráficos sobre las características de los pacientes intervenidos, problemas de salud, frecuencias de los medicamentos usados, tipo y frecuencia de PRMs. Así mismo tablas para evidenciar la asociación entre el uso de medicamento y PRMs, los objetivos de intervención para solucionar los problemas y los Resultados Negativos a la Medicación (RNM) sospechados.

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

Los resultados se derivan del análisis estadístico de los datos obtenidos de los 12 pacientes que participaron en el estudio. Todos los análisis fueron realizados utilizando el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 12. El nivel de significancia estadístico para todos los análisis fue de  $<0.05$ .

#### 4.6. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN	VARIABLES E INDICADORES	ANÁLISIS DE RESULTADOS
¿Tendrá efecto una intervención farmacéutica sobre la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. Farmacia Bonofarma. Chimbote, mayo – julio 2018?	<p>Objetivo General:</p> <p>-Determinar el efecto de una intervención farmacéutica sobre la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. Farmacia Bonofarma. Chimbote, mayo – julio 2018</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <p>-Identificar los problemas de salud y medicamentos utilizados durante intervención farmacéutica a los pacientes hipertensos</p> <p>-Determinar los PRMS diagnosticados y los PRMS solucionados durante la intervención farmacéutica a pacientes hipertensos.</p> <p>-Comparar la adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos antes y después de la intervención farmacéutica según el Test de Morinski-Green-Levy</p>	<p>Ho:</p> <p>La intervención farmacéutica no tiene efecto significativo para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión.</p> <p>3.2 H1</p> <p>La intervención farmacéutica tiene efecto significativo para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión.</p>	<p>Diseño es de tipo pre experimental de una sola casilla, no probabilístico y semi ciego.</p>	<p>Variable independiente:</p> <p>Intervención farmacéutica</p> <p>Variable dependiente:</p> <p>Adherencia al tratamiento</p>	<p>Se analizarán todos los resultados a través de las tablas confeccionadas en MS Excel:</p> <p>Se utilizó el test de T Student, mediante el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20. En este caso el valor de significancia estadístico nos da un promedio de análisis de 0.05.</p>

#### **4.7.Criterios éticos.**

Los estándares morales de la Declaración de Helsinki son la premisa de esta investigación y no superan la moral de la exploración, una línea que se aplica mediante la utilización e introducción del consentimiento de los responsables del Servicio Farmacéutico de Referencia. La clasificación y los datos proporcionados por cada miembro, luego de su preparación, se prescindieron y decidieron según lo que proclamó el Comité de Investigación de la Escuela Profesional de Farmacia de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote eliminar dichos datos en bien de la confidencialidad.<sup>45</sup>

## V. RESULTADOS

### 5.1. Resultados

Tabla N°01. Identificación de los Problemas de Salud durante la intervención farmacéutica a los pacientes hipertensos. Farmacia Bonofarma. Chimbote, Mayo – Julio 2018

MORBILIDAD	CIE	DIAG	FI	%	
<b>Diagnosticada</b>	N 05	ITU	1	2.86	
	N 05	ITU	1	2.86	
	N 05	ITU	1	2.86	
	I10	Hipertensión Arterial Esencial	6	17.13	
	I10	Hipertensión Arterial Esencial	4	11.42	
	I10	Hipertensión Arterial Esencial	3	8.6	
	I10	Hipertensión Arterial Esencial	3	8.6	
	I10	Hipertensión Arterial Esencial	1	2.86	
	I10	Hipertensión Arterial Esencial	1	2.86	
	I10	Hipertensión Arterial Esencial	1	2.86	
	I10	Hipertensión Arterial Esencial	1	2.86	
		Sub total		23	65.68
	<b>No diagnosticada</b>		Trastornos del sueño	2	5.72
		Dolor	7	20.02	
		Diabetes mellitus	1	2.86	
		Hipertensión Arterial esencial	1	2.86	
		Problemas cardiacos	1	2.86	
		Sub total		12	34.32
		Total		35	100

CIE10: Código Internacional de Enfermedades v10.

Tabla N° 02. Medicamentos utilizados durante la intervención farmacéutica a los pacientes hipertensos. Farmacia Bonofarma. Chimbote, Mayo – Julio 2018

Origen del Medicamento	Morbilidad	Denominación en DCI	Fi	Fi	%	
Prescritos	Hipertensión Arterial esencial	Losartan	6	20	57.14	
		Nifedipino	1			
		Hidroclorotiazida	3			
		amlodipino + benazepril	1			
		Amlodipino	4			
		Telmisartan+amlo dipino	1			
		Valsartan	1			
		Enalapril	3			
	ITU	Ciprofloxacino	1	3	8.57	
		Amikacina	1			
		Ibuprofeno	1			
			<b>Subtotal</b>		<b>23</b>	<b>65.71</b>
	Automedicación	Dolor	Diclofenaco	1	7	20.00
Dexametasona			1			
Hidroxocobalamina			1			
Meloxicam			1			
Naproxeno			1			
Prednisona			1			
Paracetamol+diclofenaco			1			
Hipertensión esencial		Nevibolol	1	1	2.86	
Diabetes mellitus		Metformina	1	1	2.86	
Transtornos del sueño		Alprazolam	2	2	5.71	
problema cardiaco		Aspirina	1	1	2.86	
		<b>Sub total</b>	<b>12</b>	<b>34.29</b>		
		<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100.00</b>		

Fuente: Tablas de Estado de Situación.

Tabla N° 03. Problemas relacionados con medicamentos diagnosticados y PRMS solucionados durante el seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes hipertensos intervenidos. Farmacia Bonofarma. Chimbote, Mayo – Julio 2018

<b>Tipo de PRM</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cantidad de PRMs diagnost.</b>	<b>%</b>	<b>Cantidad de PRMs soluc.</b>	<b>%</b>
<b>8</b>	Error de prescripción	9	33.3	23	85.2
<b>9</b>	Incumplimiento	8	29.6		
<b>12</b>	Reacciones adversas	2	7.4		
<b>3</b>	Conservación inadecuada	2	7.4		
<b>1</b>	Adm. Errónea del Med.	2	7.4		
<b>16</b>	Problemas económicos	1	3.7		
<b>15</b>	Medicamentos falsificados, espurios, de contrabando o muestras médicas	1	3.7		
<b>13</b>	Problemas de salud con tratamiento Insuficiente	1	3.7		
<b>2</b>	Actitudes negativas	1	3.7		
<b>Total</b>		27	100.0	23	85.2

Leyenda: PRMs soluc. (PRMs solucionado), PRMs diagnost.(PRMs diagnosticado)

Fuente: Tablas de Estado de Situación

Tabla N° 04. Comparar la adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos antes y después de la intervención farmacéutica según el Test de Morinski-Green-Levy. Farmacia Bonofarma. Chimbote, Mayo – Julio 2018

Ítem	Preguntas	Preguntas del Test de Morinsky-Green -Levi		
		Respuestas afirmativas		
		Antes	Después	P (Wilcoxon)
1	¿Algunas veces se olvida usted de tomar sus medicamentos?	8	2	0.0143
2	¿Las personas no toman sus medicamentos por razones diferentes y a veces tienden a olvidarse. Piense en las dos últimas semanas, si hubo algún día en el cual no tomó sus medicamentos?	6	0	0.0143
3	¿Alguna vez ha dejado de tomar sus medicamentos por le te caían mal, sin decirle nada al médico o tu farmacéutico?	2	1	0.3173
4	¿Cuándo Usted viaja o sale de su casa por largo tiempo se olvida de llevar sus medicamentos?	1	0	0.3173
5	¿Dejó de tomar sus medicamentos ayer?	0	2	0.1573
6	¿Cuándo Usted siente que los síntomas de su enfermedad están bajo control deja de tomar su medicación?	3	0	0.0833
7	¿Tomar medicamentos todos los días es muy complicado para mucha gente. Alguna vez Usted se ha sentido tentado a dejar su tratamiento?	0	0	1.0000
8	¿Cuán frecuente tiene Usted dificultad para recordar tomar sus medicamentos?	2	0	0.3173



Tabla N°05. Niveles de adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos intervenidos.  
Farmacia Bonofarma. Chimbote, Mayo – Julio 2018

NIVEL		SUMAS DE SI			
		Antes	%	Después	%
<b>Baja</b>	>2	4	33.3	0	0.0
<b>adherencia</b>					
<b>Mediana</b>	1 o 2	4	33.3	4	33.3
<b>adherencia</b>					
<b>Alta</b>	0	4	33.3	8	66.7
<b>adherencia</b>					
TOTAL		12	100.0	12	100.0

\* P= 0.125

Leyenda: Significancia (\*P<0.05)

Leyenda: >2= alta adherencia, 1 a 2 = mediana adherencia, 0 = baja adherencia

## 5.2. Análisis de resultados.

El estudio tuvo como objetivo en determinar el efecto de la intervención farmacéutica en la adherencia al tratamiento en 12 pacientes hipertensos logrando los siguientes resultados:

**Según la Tabla N° 01** observamos que los problemas de salud diagnosticados y auto diagnosticadas fueron 35 en los pacientes intervenidos, de los cuales solo fueron 23 enfermedades diagnosticadas equivalentes al 65.6 % frente a 12 enfermedades no diagnosticadas igual al 34.3 % y de las cuales luego de la hipertensión es el dolor de en un 20.02 %. Estos datos son un ejemplo del uso irracional de algunos fármacos

Datos que se acercan a lo presentado por Sáenz D,<sup>15</sup> en su tesis determino 22 enfermedades totales, solo un 10 % fue por autodiagnóstico siendo la hipercolesterolemia la mas frecuente luego de la hipertensión en un valor de 25 %

En tanto Acosta A,<sup>16</sup> el 2019 también hallo 25 enfermedades y solo un 24 % fue sin diagnóstico, siendo el edema localizado el siguiente después de la hipertensión en un promedio de 8%.

Para Bernaldo D,<sup>17</sup> quien detallo 34 enfermedades de las cuales 50 % fueron con previo diagnóstico y la otra mitad con 50 % sin un diagnóstico médico.

Mientras tanto para Huiñac R,<sup>18</sup> en su estudio hallo 29 enfermedades y solo un 20.5 % equivalnete 6 enfermedades se auto diagnosticaron en su estudio.

**En la Tabla N° 02**, con respecto a los medicamentos utilizados durante el seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes hipertensos intervenidos se observa el uso de los medicamentos prescritos y sin prescripción asociados al tratamiento de los pacientes el total de ellos fueron 35 medicamentos de los cuales el (65.7%) que es igual a 23 medicamentos bien prescritos, mientras que el resto de medicamentos administrados instaurados sin racionalidad fue de un 34.2 % igual a 12 fármacos. En este caso fue diclofenaco con un 20 % del consumo sin prescripción médica.

Datos que se acercan a lo presentado por Sáenz D, <sup>15</sup> en su tesis determino 29 medicamentos totales que se administra el paciente, solo un 58.6% fue por autodiagnóstico siendo el fármaco Losartan la más frecuente 8 %

En tanto Acosta A, <sup>16</sup> también hallo 25 medicamentos y solo un 24 % fue sin prescripción médica siendo el naproxeno el segundo fármaco más utilizado en un promedio de 16 %.

Datos que se asemejan a Para Bernaldo D, <sup>17</sup> quien detallo 34 fármacos totales de los cuales 60 % fueron con previa receta médica siendo el paracetamol el más usado con 35 %.

Mientras tanto para Huiñac R, <sup>18</sup> en su estudio hallo 29 medicamentos y solo un 20.5 % equivalente 6 fármacos se autmedicaban siendo el fármaco más usado el atorvastatina.

**Con respecto a lo observando en la Tabla N° 03**, los problemas relacionados con medicamentos diagnosticados y PRMs solucionados durante el seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes hipertensos se declara un total de 27 PRMs y tras el trabajo de intervención dedicada se lograron solucionar el 85.2 %, igual a 23 de ellos. Entre los tipos de PRMs mas observado está el error de prescripción en un 33.3 % el incumplimiento a 29.6 %.

Datos que coinciden con Álvarez A, Quiroz D, Del Águila S,<sup>21</sup> hallaron 139 PRMs y se solucionaron solo 68% de ellos. Luego otro autor Bernaldo D,<sup>17</sup> en su estudio identificó 33 (PRM).y el incumplimiento obtuvo un 31%.

Mientras que Huiñac R,<sup>18</sup> halló 29 PRMs y se solucionaron los 29 equivalentes al 100 %, siendo la inseguridad un 51,7 %, e ineficacia 48,3 %.

Un PRM es desarrollado por muchos factores, la mala actitud o incumplimiento o simples patrones de una medicación pobre sin motivo de tratarse el individuo suele abandonar el tratamiento.

**En la siguiente tabla N° 04,** donde se pueden observar al comparar la adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos antes y después de la intervención farmacéutica según el Test de Morinski-Green-Levy se pueden ver cambios en cada preguntas de los 8 ítems respondidos en los dos tiempos así se puede observar que los únicos que registraron un cambio fueron ¿Algunas veces se olvida usted de tomar sus medicamentos? La cual pasó de 8 a 2 con una significancia de 0.0143 y la segunda pregunta ¿Las personas no toman sus medicamentos por razones diferentes y a veces tienden a olvidarse. Piense en las dos últimas semanas, si hubo algún día en el cual no tomó sus medicamentos? Pasando de 6 a 0 con una significancia.

Datos que coinciden con Álvarez A, Quiroz D, Del Águila S,<sup>21</sup> hallaron también en la pregunta 1, 2, 3 respuestas favorables en un nivel de 0.045, 0.03 y 0.005 respectivamente. Así también Bernaldo D,<sup>17</sup> en su estudio observó un cambio en la pregunta 3, 5 y 6 con valores de 0.05, 0.004 y 0.05 respectivamente así puede mejorar los comportamientos de los pacientes.

**En la Tabla 05** Efecto de la intervención farmacéutica sobre la adherencia al tratamiento dirigido a pacientes hipertensos se observa antes de la intervención 4 pacientes de baja adherencia (33.3% ), 4 pacientes mediana adherencia (33.3), 4 de alta adherencia (33.3 %)

y del después de la intervención 0 paciente con baja adherencia (00 % ) , 4 pacientes medianamente adherentes (33.3.) y 8 pacientes con alta adherencia (66.7%) con una significancia de  $p=0.125$

Datos que no se acercan a Carrillo L, Canales L, Chagoya M. <sup>19</sup> hallaron luego de su intervención un cambio en la adherencia antes de la intervención el 54% y este cambio a favor en un nivel de 78% después. Mientras que Libertad M, <sup>20</sup> encontró que solo se convirtió en adherente un 50 % de los pacientes intervenidos, siendo el estudio insuficiente en los pacientes hipertensos. En tanto Pardo C, <sup>13</sup> halló tras su intervención que el 91.66% de pacientes no cumplían con su tratamiento. Así mismo Saucedo B, <sup>14</sup> halló el 83.3 % fueron incumplidores, concluyendo que la intervención farmacéutica en los pacientes hipertensos la adherencia al tratamiento es baja. Otro autor Sáenz D, <sup>15</sup> en su tesis halló un nivel de adherencia al tratamiento una ( $p= 0.021$ ). Concluyendo que la intervención farmacéutica fue eficaz. En contraste con Acosta A, <sup>16</sup> donde en su estudio solo un (92%) no eran adherentes al tratamiento y después de la intervención un (50%) mejoraron la adherencia en una ( $p= 0.063$ ) concluyendo que la intervención farmacéutica a la adherencia no fue eficaz. En el mismo sentido Bernaldo D, <sup>17</sup> halló una adherencia comparada antes 75% y después 41% en los pacientes hipertensos con una significancia  $p$  (0.046%) concluyendo que el estudio tiene un buen efecto en los pacientes hipertensos. El fundamento de la poca eficacia del estudio presente se apega a lo que se define a la adherencia a la farmacoterapia que es básica para obtener resultados restauradores ideales, el farmacéutico en la racionalización de la adherencia debe abarcar algo más que solo el medicamento si no numerosas actividades, evaluar la emisión, distinguiendo factores de inclinación, brindando una amplia orientación, así manejando una comunicación constante con el pacientes y conseguir mejores resultados ya que por ser una enfermedad crónica no es fácil su adherencia.<sup>41</sup>

## VI. CONCLUSIONES

### 6.1. Conclusiones.

- Se determinó que la intervención farmacéutica no tiene efecto sobre la adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos de la Farmacia Bonofarma.
- Se identificaron 35 problemas de salud y 35 medicamentos durante la intervención farmacéutica a los pacientes hipertensos.
- En relación a los PRM se identificaron 27 tipos de PRMs de los cuales se solucionaron 23 equivalentes al 85.2 %.
- Al comparar Antes y después de la intervención farmacéutica se logró la adherencia al tratamiento en 8 pacientes con hipertensión igual al 66.7 %.
- Se determinó que el nivel de adherencia en los pacientes hipertensos intervenidoses poco significativa  $p=0.125$

## **6.2. Sugerencias y recomendaciones**

- Se recomienda que el tiempo del estudio se extienda a 6 meses a más la intervención farmacéutica y se podría tener mejores resultados pues la adherencia al tratamiento depende de muchos otros factores que en la poca experiencia han jugado una clave para una baja significancia del estudio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. De Toledo F. La cronicidad, ¿reto o estímulo para la atención farmacéutica?. El farmacéutico: profesión y cultura. 2015;25(1):24-30. Disponible en: <http://elfarmaceutico.es/index.php/atencion-farmaceutica/item/6279-la-cronicidad-reto-o-estimulo-para-la-atencion-farmaceutica#.Xar4SuhKjIU>
2. Rama D, Varela N. Investigación cualitativa en Farmacia: aplicación en Atención Farmacéutica. Rev. Bras. Cienc. Granja. 2008; 44 (4): 763-772. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-93322008000400024&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322008000400024&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-93322008000400024>.
3. López L. Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. Revista hacia la promoción de la Salud, 2016; 21(1):117-137. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3091/309146733010.pdf>
4. Luhers N, Geymonat J, Acuña J. Adherencia al tratamiento en pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II. Biomedicina, 2015;10(1): 20-33. Disponible en: <http://www.um.edu.uy/docs/diabetes.pdf>
5. Fuentes J, Almagia E. Creencias compensatorias de salud: implicaciones para la salud y la adherencia al tratamiento. Psicología y Salud, 2017;27(2):207-211. Disponible en: <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2526>
6. Carmona M, Ruiz A, Rodriguez M. Adherencia al tratamiento en el paciente crónico: hipertensión y diabetes mellitus. Therapeía: estudios y propuestas en ciencias de la salud, 2019;11(1):17-44. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6926199>



7. Villalobos M, Villalobos C, Leguía J. La educación como piedra angular de la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Rev Med Hered. 2017; 28(3):218-219. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2017000300016&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2017000300016&lng=es). <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v28i3.194>
8. Zambrano M. Tratamiento farmacológico para pacientes con diabetes. Dominio de las Ciencias. 2019;5(1):69-90. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6869927>
9. Huevia E. Educación en diabetes. Revista Médica Clínica Las Condes, 2016;27(2): 271-276. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016300165>
10. Ryan K. Pharmacists in general practice: a qualitative interview case study of stakeholders' experiences in a West London GP federation. BMC health services research, 2018; 18(1): 234. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5879559/>
11. Valenzuela A. Recomendaciones de la guía de práctica clínica de hipertensión arterial en el primer nivel de atención. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2016;54(2):249-260. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=65225>
12. Peterman F. Factores de riesgo asociados al desarrollo de hipertensión arterial en Chile. Revista médica de Chile, 2017;145(8):996-1004. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872017000800996&script=sci\\_arttext&tlng=e](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872017000800996&script=sci_arttext&tlng=e)

13. Blas C. Grado de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos atendidos en el puesto de Essalud Chicama–Ascope. Octubre 2017–enero 2018. 2018. [Tesis] Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.2018. Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/2555>
14. Saucedo B. Grado de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos atendidos en botica farmas II de la urbanización Los Granados–Trujillo. Octubre 2017–Enero 2018. [Tesis] Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. 2018. Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/5363>
15. Sáenz D. Mejoramiento de la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos mediante un programa de seguimiento farmacoterapéutico en la botica Baruc Farma, distrito de Nuevo Chimbote, mayo–julio del 2017. [Tesis] Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. 2019. Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/11713>
16. Acosta A. Eficacia de una intervención farmacéutica mediante seguimiento farmacoterapéutico para la optimización de la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. [Tesis] Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. 2019. Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/11594>
17. Bernaldo D. Efecto de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. Farmacia del centro de salud del distrito de Coishco. Provincia del Santa, departamento de Ancash. Mayo–agosto 2014. [Tesis] Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.2018. Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/3768>
18. Huiñac R. Efecto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos, que se atendieron en la boticas Econo Farma N° 03, del distrito de Nuevo Chimbote de la provincia del Santa,

- durante el mes de abril a julio del 2014. [Tesis] Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote 2017. Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/378>
19. Carrillo L, Canales L, Chagoya M, Solís M, Vargas J, y de Dios J. Impacto en la adherencia al tratamiento utilizando la consulta de farmacoterapia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión en la población rural y urbana de hidalgo, México. *Revista Mundial de Investigación Farmacéutica*.2018;7(15):47-59. 2018.
20. Libertad M. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2015;41(1):. 33-45. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=55509>
21. Álvarez E, Quiroz D, Del Aguila S. Pharmaceutical care in hypertension patients in a peruvian hospital. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 2016; 7 (3):183-188.Disponible en: <http://www.indianjournals.com/ijor.aspx?target=ijor:ijphrd&volume=7&issue=3&article=036>
22. Reyes I. Evaluación de un procedimiento para brindar seguimiento farmacoterapéutico a pacientes hospitalizados. *Rev. mex. cienc. Farm.* 2013 ; 44(1): 66-78. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-01952013000100009&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-01952013000100009&lng=es).
23. Goienetxea E. Seguimiento farmacoterapéutico: competencia del farmacéutico. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2017; 30;9(4):14-17 Disponible en: <https://www.farmaceticoscomunitarios.org/es/journal-article/seguimiento-farmacoterapeutico-competencia-del-farmacautico>

24. Ocampo, P. "Impacto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico, dirigido a pacientes hipertensos, sobre los problemas relacionados con medicamentos, la adherencia al tratamiento y la percepción del paciente sobre la actividad profesional del farmacéutico". Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. 2012. Disponible en:<https://docplayer.es/10335500-Facultad-de-ciencias-de-la-salud-escuela-profesional-de-farmacia-y-bioquimica-departamento-de-metodologia-de-la-investigacion.html>
25. Castrillon C. Implantación generalizada del Servicio de seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria y evaluación de sus resultados en salud: evaluación clínica, económica y humanística del servicio. Universidad de Granada. 2014. Disponible en: <http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/31314/22785115.pdf?sequence=1>
26. Ojeda M. Método Avenzoar para la implantación racional de la atención farmacéutica en la farmacia comunitaria. *Farmacéuticos Comunitarios*, 2015; 7(2): 37-44. Disponible en <https://www.raco.cat/index.php/FC/article/view/320956>
27. Gasterrutina M. Resultados negativos asociados a la medicación. *Ars Pharmaceutica*.2016;57(2):89-92. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2340-98942016000200007&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2340-98942016000200007&script=sci_arttext&tlng=en)
28. Sousa I. Identificación de problemas potenciales relacionados con productos medicinales: una experiencia de integración del servicio docente en formación farmacéutica. *Revista Electrónica de Farmacia*. 2012; 9(1):9-9. Disponible en: <https://www.revistas.ufg.br/REF/article/view/17741>



29. Ospina S. Problemas de proceso y resultado relacionados con los medicamentos: evolución histórica de sus definiciones. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 2011;23(3): 329-340. <https://www.redalyc.org/pdf/120/12021452013.pdf>
30. Oscanoa T. Diagnóstico de problemas relacionados con medicamentos en adultos mayores al momento de ser hospitalizados. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 2011; 28(2):256-263. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342011000200012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342011000200012&script=sci_arttext)
31. Menéndez C. Resultados negativos asociados al uso de medicamentos que motivan ingreso hospitalario. *Farmacia Hospitalaria*, 2011; 35(5): 236-243. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130634311000389>
32. Samartin M. Análisis de los problemas relacionados con los medicamentos tras la integración de un farmacéutico en un servicio de urgencias. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 2012;24(2): 96-100. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3893777>
33. Souza T. Morbilidad e mortalidade relacionadas a medicamentos no Brasil: revisão sistemática de estudos observacionais. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, 2015;35(4): Disponible en: [http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien\\_Farm/article/viewArticle/2971](http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewArticle/2971)
34. Romero E. Equipos multidisciplinares comprometidos: detección de problemas relacionados con los medicamentos a través de la continuidad asistencial. *Farmacia Hospitalaria*, 2016;40(6): 529-543. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-63432016000600008&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-63432016000600008&script=sci_arttext&tlng=en)

35. Ferrandez O. Análisis de los problemas relacionados con los medicamentos en un hospital de tercer nivel de Barcelona. *Gaceta Sanitaria*. 2019;33(4): 361-368. Disponible en:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911118300438>
36. Fernández L; Fernández N. Elaboración de una guía de Seguimiento Farmacoterapéutico en el paciente con epilepsia. *Ars Pharmaceutica*. 2019;60(1):35-40. Disponible en: <http://revistaseug.ugr.es/index.php/ars/article/view/8019>
37. Obreli P. Evaluación económica de un programa de atención farmacéutica para pacientes diabéticos e hipertensos de edad avanzada en atención primaria de salud: un ensayo clínico aleatorizado controlado de 36 meses. *Revista de atención administrada y farmacia especializada*. 2015; 21(1): 66-75. Disponible en: <https://www.jmcp>
38. García F. Servicios Farmacéuticos basados en Atención Primaria en Salud, nuevo paradigma para el profesional farmacéutico. *Revista Cubana de Farmacia*. 2017;51(1): Disponible en: <http://revfarmacia.sld.cu/index.php/far/article/view/189>
39. Sabater M. Silva P. Faus A. Documentación de las actividades asistenciales del farmacéutico: la historia farmacoterapéutica. 2008;32(1): 56-57. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-hospitalaria-121-articulo-documentacion-las-actividades-asistenciales-del-S1130634308728113>
40. Peralta M, Carbajal P. Adherencia a tratamiento. *Rev Cent Dermatol Pascua*, 2008;17(3): 84-8. Disponible en: <http://promsalud.udenar.edu.co/wp-content/uploads/2014/08/adherencia-revision.pdf>
41. Silva G, Galeano E, Correa J. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta médica colombiana*, 2005;30(4): 268-273. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1631/163113820004.pdf>

42. Delucchi E. Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en Argentina. Estudio RENATA 2. Rev Fed Arg Cardiol, 2017;46(2): 91-95. Disponible en: [http://www.corazoncerebro.com.ar/wp-content/uploads/2017/12/2017\\_RENATA\\_2.pdf](http://www.corazoncerebro.com.ar/wp-content/uploads/2017/12/2017_RENATA_2.pdf)
43. Guarnaluses N. Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial. MediSan, 2016;20(11): 2434-2438. Disponible en: [https://scholar.google.com.pe/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&as\\_ylo=2015&as\\_vis=1&q=Algunas+consideraciones+sobre+la+hipertensi%C3%B3n+arterial.+MediSan&btnG=](https://scholar.google.com.pe/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&as_ylo=2015&as_vis=1&q=Algunas+consideraciones+sobre+la+hipertensi%C3%B3n+arterial.+MediSan&btnG=)
44. Salazar P, Rotta A, Otiniano F. Hipertensión en el adulto mayor. Revista Medica Herediana, 2016;27(1):60-66. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2016000100010](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2016000100010)
45. Comité Institucional de Ética en Investigación. Código de Ética para la Investigación. Versión 1 [Artículo en línea] Chimbote, Perú. 2016[citado 20 de Septiembre de 2019]. Disponible en: <https://erp.uladech.edu.pe/sigec/moduloinvestigacion/?dom=03&mod=012>

# ANEXOS

ANEXO N° 01. Solicitud de permiso dirigido al establecimiento de salud.

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE

ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

Chimbote, 28 de Junio de 2017

Señor  
Q.F. Alexander Casas Zambrano  
FARMACIA BONOFARMA  
CHIMBOTE

Asunto: Facilidades para realizar una investigación sobre Seguimiento Farmacoterapéutico.

De mi especial consideración.

Me dirijo a Usted de manera cordial para solicitarle por su intermedio las facilidades para que la Alumna **Lorena Samantha Herrera Suelperes, Cod N° 01081400276**, pueda desarrollar actividades de Seguimiento Farmacoterapéutico como parte de un proyecto de investigación que tiene por objetivo evaluar la utilidad de este servicio en la prevención, detección e intervención de problemas relacionados con medicamentos que pueden sufrir los pacientes que se atienden en el Servicio Farmacéutico que Usted dirige.


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

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

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

Atentamente:

Teléfono de Contacto: 943788829



Av. Jose Pardo Nro. 4199 A.H. San Juan  
Chimbote - Perú  
Teléfono: (043) 351253  
Web Site: www.uladech.edu.pe



## Anexo N°2: Ejemplo de Hoja de consentimiento informado.

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE. PROGRAMA DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

Declaración del paciente:

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

\* NOMBRE DEL PACIENTE: (DE PUÑO Y LETRA DEL PACIENTE): \_\_\_\_\_

\* DIRECCION: \_\_\_\_\_

\* TELEFONO: \_\_\_\_\_

\*FIRMA: \_\_\_\_\_

\* DNI: \_\_\_\_\_

\* NOMBRE DEL QUIMICO FARMACÉUTICO Jr: \_\_\_\_\_

\* TELÉFONO: \_\_\_\_\_

\*FIRMA: \_\_\_\_\_

\*DNI: \_\_\_\_\_

\*FECHA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\*FECHA DE LA PRIMERA ENTREVISTA PARA EL LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Anexo N° 03. Fichas farmacoterapéuticas

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

### FICHA 01. INFORMACION PERSONAL DEL PACIENTE. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico.

EEFF/Hospital/Centro/Puesto de Salud de.....

COD° PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### 1.1.- DATOS PERSONALES

NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ ZONA: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DOMICILIO: \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_ (MAIL): \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_ AÑOS:

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

TIENE SEGURO SI: \_\_\_ NO: \_\_\_ SEGURO INTEGRAL (SIS): \_\_\_ ESSALUD: \_\_\_ PRIVADO: \_\_\_\_\_

¿OTRO CUAL?: \_\_\_\_\_

EL SEGURO PRIVADO CUBRE LOS MEDICAMENTOS TOTALMENTE: SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

#### 1.2.- PARÁMETROS DE SEGUIMIENTO:

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

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

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

N°	NOMBRE DEL MEDICO / INSTITUCIÓN	ESTABLECIMIENTO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO

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

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

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

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



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

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

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

Preguntar sobre malestares, sensaciones, percepciones negativas que tiene el paciente luego de tomar alguno de los medicamentos recetados. Auxiliarse con la Ficha N°3 para el repaso anatómico fisiológico. Si el paciente declara algún problema preguntar que hace para solucionarlo.

Las Reacciones adversas de medicamentos prescritos deben reportarse al EF mediante una hoja amarilla.

1.7. REGISTRO DE PROBLEMAS DURANTE EL USO DE MEDICAMENTOS.

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

Si la respuesta anterior fue Si, entonces:

¿Cuál fue el problema o necesidad? .....

¿Pudo comunicarse? Si ..... No .....

¿Si es NO, Por qué? .....

¿Cómo resolvió el problema? ¿A quién recurrió? .....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.10.- ANTECEDENTES FAMILIARES DE MORBILIDAD:

ENFERMEDAD	MADRE	PADRE	HERMANOS	OTROS
HIPERTENSIÓN				
DIABETES				
COLESTEROL				
OTRA:				

Observaciones:

.....  
 .....

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

1.11.- HABITOS DE VIDA:

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

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

COD INTERV: .....

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

**FICHA 02. HOJA DE INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA.**

Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF /Hospital/Centro/Puesto de Salud de .....

PACIENTE COD. N°:

FECHA:

NOMBRE:

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

Nombre 1: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC)
---

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

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

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

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

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

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?

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

COD INTERV: .....

**ANEXO N° 3.7. Ficha FFT. Guía anatómica de repaso para identificar problemas relacionados con medicamentos.**

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

PACIENTE COD. N°:

FECHA:

NOMBRE:

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

-PELO:

-CABEZA:

-OIDOS, OJOS, NARIZ, GARGANTA:

-BOCA (llagas, sequedad...):

-CUELLO:

-MANOS (dedos, uñas...):

-BRAZOS Y MÚSCULOS:

-CORAZÓN:

-PULMÓN:

-DIGESTIVO:

-RIÑÓN (orina...):

-HÍGADO:

-GENITALES:

-PIERNAS:

-PIÉS (dedos, uñas):

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

-PIEL (sequedad, erupción...):

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

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

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

COD INTERV: .....

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

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

PACIENTE COD N°:

NOMBRE:

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

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

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

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

4.2.- DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL PRM:

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



		contrabando o muestras médicas:	
8. Errores en la prescripción:		16. Problemas económicos:	

COD INTERV: .....

ANEXO N° 3.9. FFT. Hoja guía de intervención farmacoterapéutica - Segunda parte.

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

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

Fecha final de la Intervención: .....

COMENTARIO:

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

ANEXO N° 3.10. FFT. Hoja guía de intervención farmacoterapéutica – Tercera parte.

4.4. QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRM.

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

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

TABLA. CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS

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

COMENTARIO:

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

ANEXO N° 3.11. FFT. Hoja guía de intervención farmacoterapéutica – Cuarta parte.

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

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

4.6 RESULTADO:

Solución Aceptación	PRM resuelto	PRM no resuelto
Intervención aceptada		
Intervención <b>no aceptada</b>		

¿QUÉ OCURRIÓ CON LOS PRMs QUE NO SE RESOLVIERON?

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

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

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

COD INTERV: .....

ANEXO N° 3.12. FFT. Hoja guía de intervención farmacoterapéutica – Quinta parte.

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

COD° PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

5.1. NÚMERO DE CONTACTOS UTILIZADOS DURANTE LA INTERVENCIÓN:

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

Referencia:

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

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

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

COD INTERV: .....

**ANEXOS 4: TABLA DE ESTADO DE SITUACIÓN.**

COD Paciente	COD CIE 10	DIAGNÓSTICO	ATC	nombre comercial	dci	fp	dosis (mg)	frec dosis (dia)	días tto	COD PRM	Descripción del PRM	RNM	Acción realiz. por el qf	COD. INTÉRVENCIÓN	COD CANAL DE COMUNICACIÓN	aceptación	solución	Descripción de la NO solución
1	I10	Hipertensión Arterial Esencial	C09CA01		losartan	sol	50	2	90	9	incumplimiento	1	educar al paciente sobre la administración correcta de un medicamento	8	1	1	1	
1	I10	Hipertensión Arterial Esencial	C08CA05		nifedipino	sol	30	1	90	2	actitudes negativas del paciente	3	insentivar al paciente a seguir su tratamiento	9	1	0	0	aun tienes actitudes negativas
1	I10	Hipertensión Arterial Esencial	C03AA03		hidroclorotiazida	sol	25	1	90	12	probabilidad de reacciones adversas	5	realizar un carta de reacciones adversas	5	1	0	0	aun persiste las reacciones adversas
1			M01AB05		diclofenaco	iny	50	1	ev									
1			D07A		dexametasona	iny	4	1	ev									

			B1 9															
1			B0 3B A0 3	hidrox ocoba lamin a	iny		1	ev										
2	I10	Hiper tensi ón Arter ial Esen cial	C0 9C A0 1	losart an	sol	50	1	90	9	incumplimie nto	1	educar al paciente sobre la admistracion correcta de un medicamento	8	1	1	1		
2			N0 2B A0 1	acido acetils alicili co	sol	100	1	30	3	conservacio n inadecuada	3	educar al paciente sobre la correcta conservacion de los medicamento s	10	1	1	1		
3	I10	Hiper tensi ón Arter ial Esen cial	C0 9C A0 1	losart an	sol	50	1	90	8	error de prescripcion	4	educar al paciente las partes que debe tener una receta.	3	1	1	1		
3	I10	Hiper tensi ón Arter ial Esen cial	C0 3A A0 3	hidroc lorotia zida	sol	25	2	60	9	incumplimie nto	1	educar al paciente sobre la admistracion correcta de un medicamento	8	1	1	1		

3	I10	Hipertensión Arterial Esencial	C08CA011	amlodipino	sol	10	1	60	3	conservación inadecuada	3	educar al paciente las partes que debe tener una receta.	10	1	1	1
4	I10	Hipertensión Arterial Esencial	C09CA011	losartan	sol	50	2	90	9	incumplimiento	1	educar al paciente sobre la administración correcta de un medicamento	8	1	1	1
4	I10	Hipertensión Arterial Esencial	C08CA011	amlodipino	sol	10	15	40	8	error de prescripción	4	educar al paciente las partes que debe tener una receta.	8	1	1	1
4	I10	Hipertensión Arterial Esencial		amlodipino + benazepril	liq	5+20	1	30								
5	I10	Hipertensión Arterial Esencial	C09CA011	losartan	sol	50		90	8	error de prescripción	4	educar al paciente las partes que debe tener una receta.	8	1	1	1

5	N 05	ITU	J01 M A0 2	c-flox	ciprof laxaci no	sol	500	2	14	12	probabilidad de reacciones adversas	5	realizar un carta de reacciones adversas	6	4	0	0	aun persiste las recciones adversas
5	N 05	ITU								9	incumplimie nto	1	educar al paciente sobre la admistracion correcta de un medicamento	8	1	1	1	
5	N 05	ITU	M0 1A E0 1		ibupro feno	sol	400	3	10									
5	N 05	ITU	D0 6A X1 2		amika cina	iny	800	1	4									1
6	I10	Hiper tensi ón Arter ial Esen cial	C0 9C A0 1		losart an	sol	50	1	90	9	incumplimie nto	1	educar al paciente sobre la admistracion correcta de un medicamento	9	1	1	1	
6	I10	Hiper tensi ón Arter ial Esen cial	C0 9C A0 1		losart an	sol	50	1	90	8	error de prescripcion	4	educar al paciente las partes que debe tener una receta.	3	1	1	1	
6			M0 1A		melox icam	sol	15	1										



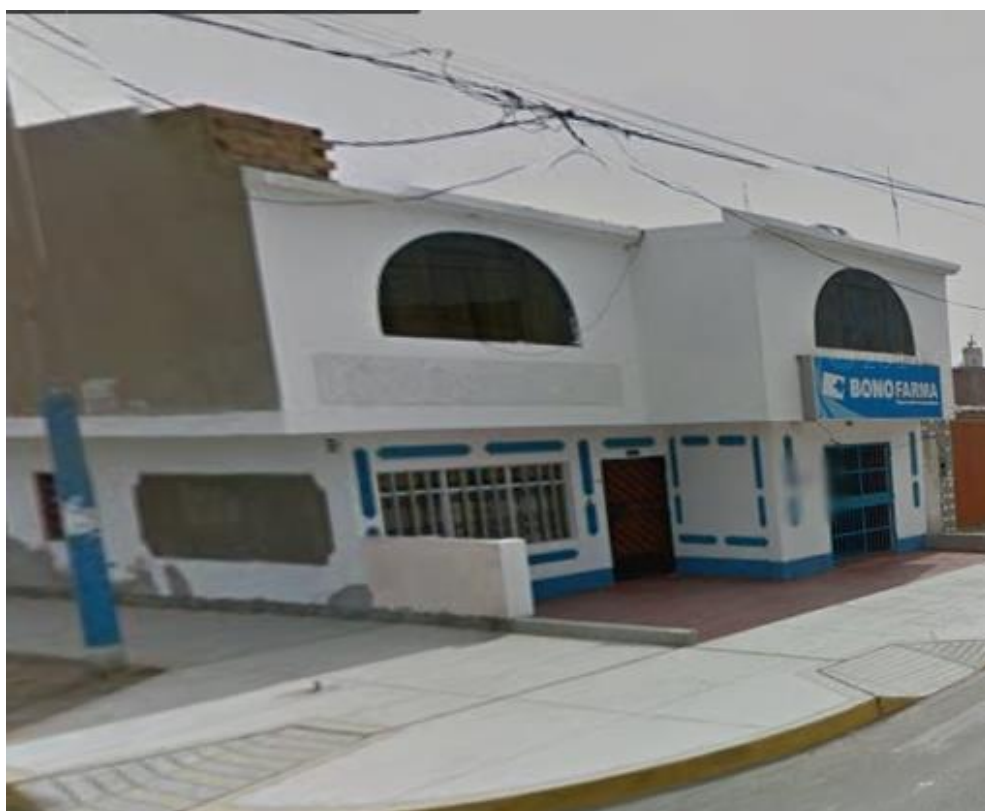
			C06															
6			H02A B07	prednisona	sol	20	1											
6				doladra extraforte	paracetamol + diclofenaco	sol	500 + 50	1	90									
7	I10	Hipertensión Arterial Esencial	C08C A01	amlodipino	sol	5	1	30										
7			N05B A12	alprazolam	sol	0.5	1	30	8	error de prescripción	4	educar al paciente las partes que debe tener una receta.	8	1	1	1		
8	I10	Hipertensión Arterial Esencial		cardias telmisartan + amlodipino	sol	80 + 5	1	30	1	administración errónea del medicamento	3	educar al paciente sobre la administración correcta de un medicamento	9	1	1	1		
8			C07A B12	anfibolol	sol	5	1	30	9	incumplimiento	1	educar al paciente sobre la administración	9	1	1	1		



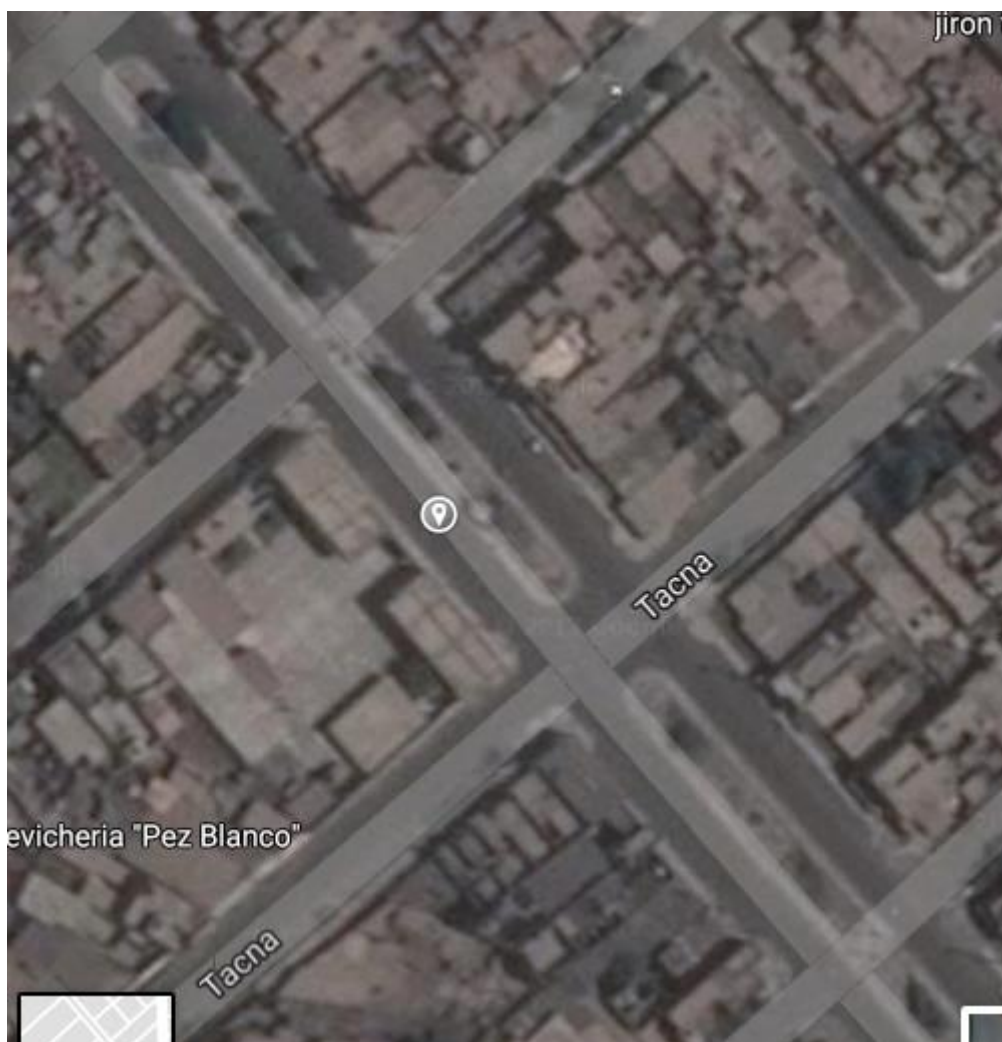
										insuficiente mente tratado		sobre la admistracion correcta de un medicamento					
10	I10	Hiper tensi ón Arter ial Esen cial	C0 9A A0 2	enalap ril	sol	10	2	60	8	error de prescripcion	4	educar al paciente sobre la admistracion correcta de un medicamento	8	1	1	1	
10			M0 1A E0 2	napro xeno	sol	550	2	6									
10			A1 0B A0 2	metfo rmina	sol	850	1	30									
11	I10	Hiper tensi ón Arter ial Esen cial	C0 9A A0 2	enalap ril	sol	20	2	30	8	error de prescripcion	4	educar al paciente sobre la admistracion correcta de un medicamento	8	1	1	1	
11	I10	Hiper tensi ón Arter ial Esen cial	C0 3A A0 3	hidroc lorotia zida	sol	25	1	30									
12	I10	Hiper tensi	C0 8C	amlod ipino	sol	5	1	30	8	error de prescripcion	4	educar al paciente	8	1	1	1	

		ón Arter ial Esen cial	A0 1								sobre la admistracion correcta de un medicamento						
--	--	------------------------------------	---------	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--

## ANEXOS 5. FRONTIS FARMACIA BONOFARMA



**ANEXO N° 06. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO  
O CENTRO DE SALUD**



**ANEXO 7: EVIDENCIAS.**



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

