



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

**EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA SOBRE LOS
NIVELES DE GLICEMIA DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II.**

BOTICA MIFARMA CHIMBOTE MAYO - JULIO DEL 2017

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE QUÍMICO

FARMACÉUTICO

AUTOR:

VALDERRAMA RAMÍREZ, ANTHONY DANIEL

ORCID-0000-0002-8286-435X

ASESOR:

ZEEVALLOS ESCOBAR, LIS ELVA

ORCID- 0000-0003-2547-9831

CHIMBOTE , 2019

**EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA SOBRE LOS
NIVELES DE GLICEMIA DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II.
BOTICA MIFARMA CHIMBOTE MAYO - JULIO DEL 2017**

EQUIPO DE TRABAJO

AUTOR

VALDERRAMA RAMÍREZ, ANTHONY DANIEL

ORCID: 0000-0002-8286-435X

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

ASESOR

ZEWALLOS ESCOBAR, LIS ELVA

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

DIAZ ORTEGA, JORGE LUIS

ORCID: 0000-0002-6154-8913

RAMIREZ ROMERO, TEODORO WALTER

ORCID: 0000-0002-2809-709X

VASQUEZ CORALES, EDISON

ORCID: 0000-0001-9059-6394

JURADO EVALUADOR

Dr. Q.F. Díaz Ortega Jorge Luis

Presidente

Mgr. Q.F. Ramírez Romero Teodoro Walter

Miembro

Mgr. Q.F. Vásquez Corales Edison

Miembro

Mgr. Zevallos Escobar Lis Elva

Asesor

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios principalmente por su gran amor, el afecto que me tiene sobre todo por haberme conocido, la gracia de darme entendimiento en los estudios y seguir adelante en mi vida como gran profesional.

Un agradecimiento especial a mis padres Segundo Valderrama y Maricela Ramírez por su amor y su gran apoyo constante e incondicional, en el ánimo que me supieron dar en la formación profesional, de igual forma a mis queridos hermanos que intervinieron en la gran inspiración de mi carrera que se desarrolló con gran ímpetu, a mi amado sobrino José Efraín, que con su alegría supo darme a mismo las fuerzas para seguir adelante.

Especial mención al Dr. Percy Ocampo Rujel, por su incondicional paciencia y apoyo que me sirvieron para poder así detallar mi informe y a mi asesora Dra. Liz Elva Zevallos Escobar, quien estuvo presente en el culminar de mi informe dando el cordial y merecedor comprendimiento para lograr con éxito mi tesis.

A la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, en consideración a la plana docente de Farmacia y Bioquímica, por el tiempo que supieron darme para la gran formación profesional en el bienestar de los demás como profesional competente.

DEDICATORIA

Dedico la culminación de mi informe principalmente a Dios por otorgarme la vida, que si estoy en este mundo es porque él lo propuso y así fue, por todo el amor que me da y el aprecio que me sigue dando que gracias a ello pude conocer y aprender más, sobre todo mi carrera que sigue en pie y adelante cada día.

A mis padres que por su dedicación y esmero en darme todo cuando era niño y apoyarme en cada momento de mi carrera y en los días difíciles, y a todos mis hermanos y sobrino que nunca me dejaron.

Un agradecimiento especial a todos los que estuvieron presentes en la etapa de mi vida, los que con gran amistad y amor supieron darme fuerzas y esperanza en los días que no podía más, me supieron levantar y ahora estoy aquí culminando lo que empecé, y vendrán más esfuerzos que seguiré luchando por obtener lo adquirido.

RESUMEN

El primordial objetivo es el efecto de una intervención farmacéutica sobre los niveles de glicemia de pacientes diabéticos tipo II. Botica Mifarma de Chimbote, durante los meses de Mayo 2017 – Julio 2017. La muestra de los pacientes fue monitoreada a través de un programa de seguimiento farmacoterapéuticos, donde conlleva a seis fases entre ellos son: captación, levantamiento de información, evaluación de la información, intervención, seguimiento y análisis de resultados. En cada fase se obtuvo información con Fichas Farmacoterapéuticas y el glucómetro marca Nipro modelo True Metrix para poder obtener la concentración de glucosa en sangre. En las intervenciones se encontraron 40 problemas relacionados con los medicamentos (PRMs), de los cuales el incumplimiento fue el PRM más resalantes 30% seguidos con 7.5 % de actitudes negativas, de los cuales se logró solucionar, así mismo se disminuyó los niveles de glicemia de los pacientes diabéticos, el valor inicial de glicemia 236 mg/dl y la glicemia diferencial 135 mg/dl. Se concluye que el efecto del Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes diabéticos, fue efectivo mediante el diagnostico de Problemas relacionados con medicamentos (PRMs), en la prevención y solución de Resultados Negativos a Medicamentos (RNMs) dando la disminución de los niveles de glicemia como resultado final.

Palabras claves: Captación, Farmacoterapéutico, Glicemia, Seguimiento y Medicamentos.

ABSTRACT

The primary objective is the effect of a pharmaceutical intervention on the blood glucose levels of type II diabetic patients. Botica Mifarma de Chimbote, during the months of May 2017 - July 2017. The sample of patients was monitored through a pharmacotherapeutic follow-up program, where it leads to six phases including: collection, information gathering, information evaluation , intervention, monitoring and analysis of results. In each phase, information was obtained with Pharmacotherapeutic Sheets and the Nipro brand True Metrix glucometer in order to obtain the blood glucose concentration. In the interventions, 40 drug-related problems (PRMs) were found, of which the breach was the most prominent PRM, 30% followed with 7.5% negative attitudes, of which it was possible to solve, as well as glyceimic levels decreased of diabetic patients, the initial glyceimic value 236 mg / dl and differential glyceimia 135 mg / dl. It is concluded that the effect of Pharmacotherapeutic Follow-up in diabetic patients was effective through the diagnosis of Drug-related Problems (PRMs), in the prevention and solution of Negative Drug Results (RNMs), giving the decrease in blood glucose levels as a final result.

Keywords: Glycemia, Medications, Monitoring, Pharmacotherapeutic and Uptake.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
Objetivo General.....	4
Objetivos Específicos.....	4
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	5
2.1. Antecedentes.....	5
2.1.1. Atención farmacéutica y Seguimiento farmacoterapéutico en el Mundo.....	5
2.1.2. Evolución del seguimiento farmacoterapéutico en el Perú.....	10
2.2. Bases teóricas de la investigación	12
2.2.1. Problemas relacionados con el uso de medicamentos (PRMS) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM).....	12
2.2.2. Diagnóstico de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM).....	17
2.2.3. Atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico: contribución del farmacéutico al mantenimiento de la salud pública.....	29
2.2.4. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y definición de adherencia al tratamiento	34
2.2.5. Diabetes Melitus (DM).....	35
2.2.6. Boitica MiFarma Manuel Ruiz 304.....	39

III.- HIPÓTESIS	41
IV.- METODOLOGÍA.....	42
4.1 Diseño de la investigación.....	42
4.1.1. Tipo y el nivel de la investigación.....	42
4.1.2. Diseño de la investigación:.....	42
4.2. Población y muestra.....	43
4.3. Definición y operacionalización de las variables	45
4.4.1. Técnica e instrumento	47
4.4.2.1. Ficha Farmacoterapéutica.....	47
4.4.2.3. Instrumento para medir la glucosa	47
4.4.3. Procedimientos de recolección de datos.....	48
4.4.3.1. Procedimiento para Oferta del servicio y captación de los pacientes	48
4.4.3.2. Levantamiento de información.....	51
4.4.3.3. Fase de estudio y evaluación de la información	51
4.4.3.4. Fase de intervención y seguimiento farmacoterapéutico.....	53

4.4.3.5. Evaluación del impacto de la intervención.....	53
4.5. Plan de análisis	54
4.6. Matriz de consistencia.....	56
4.7. Principios éticos	57
V. RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS	58
5.1. Resultados	58
5.1.1. Efecto ante la intervención farmacoterapéutica sobre los niveles de glicemia.....	58
5.1.2. Características de los pacientes y tiempos intervenidos durante la intervención.....	59
5.1.3. Desenlace final ante los problemas relacionados con medicamentos y resultados negativos de la medicación durante la intervención farmacéutica.	61
5.2. Análisis de resultados	62
5.2.1. Efecto de la intervención de los niveles de glicemia	62
5.2.2. Resultados sobre los diagnósticos y medicamentos utilizados ante el SFT	64
5.2.3. Base de resultados negativos asociados a la medicación por problemas relacionados con medicamentos	68
VI. CONCLUSIONES	67
6.1. Conclusiones.....	67
6.2. Recomendaciones	68

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXO 1. Solicitud de permiso dirigido al establecimiento farmacéutico	83
ANEXO 2. . Hoja de consentimiento informativo	84
ANEXO 3. Fichas Farmacoterapéutica	85
ANEXO 4. Tabla de estado de situación	104
ANEXO 5. Niveles de glicemia	114
ANEXO 6. Ubicación geográfica al Establecimiento de Farmacia	116
ANEXO 7. Tablas de registro de datos	117
ANEXO 8. Evidencias	127

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1: Evolución de valores de glicemia de los pacientes intervenidos antes y después de la intervención mediante SFT	114
Gráfico 2. Evolución y significancia de los niveles de glicemia	114
Gráfico 3: Comparativo de los promedios de los valores de glicemia de los pacientes intervenidos antes y después del SFT	115
Gráfico 4. Porcentaje del tipo de medicamentos utilizados por los pacientes durante el SFT. Programa de SFT a paciente Diabéticos	118
Gráfico 5: Verificación ante los PRMs sea resultado o no resueltos que han sido la causa del potencial de RNM. Ante los programas de SFT en usuarios diabéticos...	123
Gráfico 6: Correlación entre la cantidad de medicamentos usados y los PRMS identificados por paciente. Programa de SFT a paciente Diabéticos.....	123

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Resultados del impacto de un programa de seguimiento Farmacoterapéutico sobre problemas relacionados con el uso de los medicamentos ante los valores de glicemia sobre los pacientes diabéticos	58
Tabla 2. Medicamentos prescritos y automedicados utilizados por los pacientes durante el proceso de intervención. Programa de SFT a pacientes diabéticos	59
Tabla 3. Clasificación de PRM diagnosticados con el Programa de SFT en pacientes diabéticos	61

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1	Listado ante problemas relacionados por medicamentos, con el Método DADER de SFT	14
Cuadro 2	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).	15
Cuadro 3	Actividades de atención farmacéutica en el ejercicio profesional del farmacéutico comunitario.	30
Cuadro 4	Clasificación de intervenciones farmacéuticas destinadas a prevenir o resolver resultados clínicos negativos de la farmacoterapia.	33
Cuadro 5	Valores referenciales de glucosa en sangre y criterios de diagnóstico.	36
Cuadro 6	Características generales de los fármacos utilizados en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo II.	38
Cuadro 7	Tipos de canales para comunicar las recomendaciones del farmacéutico para la solución de PRMs.	52

INDICE DE FIGURA

Figura 1	Flujograma de la Etapa de estudio y evaluación tomado de comité de consenso.	26
Figura 2	Etapas clave del proceso de seguimiento farmacoterapéutico modificado de DADER.	32
Figura 3	Esquema del modelo de intervención farmacéutica.	42
Figura 4	Flujograma de las actividades de seguimiento farmacoterapéutico.	50

I. INTRODUCCIÓN.

Los Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) son un factor crucial que contribuye al éxito o fracaso de las terapias con medicamentos generando Resultados Negativos de la Medicación (RNM)¹. Es por ello que son múltiples los errores que pueden producirse durante todo el proceso que lleva a un paciente a usar medicamentos. Tomando en primer lugar desde la decisión misma de dónde acudir a consulta, pasando por los errores en la prescripción y dispensación hasta aquellos que ocurren cuando el paciente en la intimidad de su hogar decide cuales, cuanto, a qué horas y por cuanto tiempo tomará sus medicamentos.

Presentemente se reflexiona que la diabetes mellitus (DM-II) es uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo por su alta prevalencia y gran impacto en la calidad de vida de las personas que la padecen. Se evaluó que en 2015 la prevalencia de DM-II en los adultos de 20 a 79 años de edad ascendía a 8,8% en el mundo y a 9,4% en los países de la Región de las Américas, cifras que se encuentran en constante aumento. Es por ello que, en Perú, la prevalencia estimada para 2012 fue 7% entre los adultos mayores de 25 años².

Siendo a su vez la DM-II libera complicaciones que disminuyen la esperanza de vida de los pacientes, sobre todo en quienes no mantienen un control médico adecuado de la enfermedad. Por lo cual, al mismo tiempo, es una de las causas principales de mortalidad a nivel mundial. Según la Federación Internacional de Diabetes, en 2015 fallecieron por DM-II cinco millones de personas en todo el mundo y para Perú, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha notificado una mortalidad atribuida a esta enfermedad de 2% en la población general ³.

Por lo que en países desarrollados se ha estimado que el riesgo para los sistemas de salud del incumplimiento de las indicaciones médicas no solo es sanitario si no muy negativo sobre los escasos recursos destinados a salud. Por lo tanto, los debidos esfuerzos de los profesionales no deben estar dirigidos solo hacia asegurar la calidad, un adecuado diagnóstico, prescripción o dispensación racional de medicamentos sino además de asegurar que los pacientes los usen apropiadamente sobre la base de un cumplimiento estricto de las indicaciones de los facultativos¹.

Por lo tanto se realiza la investigación, para poder corroborar la mejoría de los pacientes con Diabetes Mellitus, y estar al tanto en cuales fueron los errores por el cual no daban mejoría, así mismo se denota que en nuestro país hay un incremento de esta enfermedad que conlleva al mal estilo de vida de la población: los azucares, las bebidas, comida chatarras, entre otras siendo así lo que conllevan a la alta tasa de sobrepeso y obesidad no solo en adultos mayores sino en niños que ya se les viene tratando por la vida cotidiana en la que viven, es por ello que se realizó esta investigación para llevar a cabo la satisfacción del paciente al momento de hacer su SFT y obtener buenos resultados ⁴.

Y es por ello que se pretendió dar inicio a este trabajo de investigación para poder saber la prevalencia del uso de sulfonilureas y antidiabético el cual nos conlleva a saber que tan expuesta y que tanto conoce la población acerca de estos fármacos. Cuya información servirá como base de datos y lograr permitir en el futuro diseñar programas educativos que aborden el problema de esta enfermedad bajo la perspectiva y la educación e intervención de los Químicos Farmacéuticos egresados como estudiantes⁵.

Teniendo en cuenta el objetivo central del proyecto. Demostrar a los profesionales farmacéuticos (ULADECH) estén capacitados a resolver todos aquellos inconvenientes relacionados al uso de medicamentos en usuarios Diabéticos, ante el desarrollo del proyecto el farmacéutico pondrá sus habilidades y competencias que le permitan desempeñarse satisfactoriamente como miembro de la triada en el manejo de medicamentos que compone junto con el médico y sobre todo el paciente.

Por lo cual se resalta que las investigaciones de identificar una consecuencia de atenciones farmacéuticas y SFT ante las inconstantes indirectas estén coherentes ante éxito por terapia del uso de medicamentos. Sin embargo, las interposiciones farmacéuticas regeneraron los parámetros clínicos de glicemia, hemoglobina glicosilada, donde optimizaron el uso de medicamentos, redujeron los problemas relacionados con medicamentos, dando a ellos la mejor calidad de vida ante los pacientes. Siendo así Individualmente en la actual indagación se dio a la evaluación de las dichas de Seguimiento Farmacoterapeutico para así poder solucionar los Problemas relacionados con medicamentos, como efecto preciso de una actividad profesional del farmacéutico¹.

1.1. Planteamiento del problema.

¿Cuál es el efecto de una intervención farmacéutica sobre los niveles de glicemia de pacientes diabéticos tipo II, Botica Mifarma Chimbote mayo - julio del 2017?

1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. Objetivo General

Determinar el efecto de una intervención farmacéutica sobre los niveles de glicemia de pacientes diabéticos tipo II, Botica Mifarma ubicada en Av. Manuel Ruiz 304 del Distrito de Chimbote.

1.2.2. Objetivo Específicos

1.2.2.1. Determinar el efecto del programa de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre los problemas relacionados con el uso de medicamentos ante los valores de glicemia sobre los pacientes diabéticos.

1.2.2.2. Analizar los Medicamentos prescritos y automedicados utilizados por los pacientes durante el proceso de intervención. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes diabéticos.

1.2.2.3. Determinar la clasificación de PRM diagnosticados, con el Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes diabéticos.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes.

2.1.1. Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico en el Mundo.

Teniendo en cuenta que la identificación de pacientes que potencialmente ofrecen la oportunidad de mejora en su tratamiento farmacoterapéutico, logrando así la aprensión, detección, identificación sobre todo la intrepidez de problemas relacionados con los medicamentos (PRM), presenta amplia variabilidad en su metodología; incluso en entornos clínicos especializados y muy próximos entre sí, se utilizan formas de trabajo no asimilables a ninguno de los modelos de calidad existentes¹.

El camino hacia la excelencia que representan los programas de Atención Farmacéutica, se encuentran con la ausencia de indicadores que informen de los cambios en el grado de cumplimiento de los estándares de calidad que introducen estos programas. Ambas situaciones, explicarían el retraso en la aceptación universal, por los diferentes profesionales sanitarios, e incluso por los especialistas de Farmacia Hospitalaria, de los programas de Atención Farmacéutica, añorando la Farmacia Clínica quizás por ser una etapa de la Farmacia aún no superada⁵.

Siendo así los programas de Atención Farmacéutica deben estar soportados por técnicas e regímenes donde logren adquirir un modo globalizado para poder dar respuesta a las intervenciones:

- a) La caracterización anticipada de los pacientes que se beneficiarían ante la alineación.
- b) Al mostrarse de acuerdo las categorías y los orígenes causan PRMs y el expediente.
- c) Al formar aquellas identificaciones ante el sistema.
- d) Al ser evaluado las utilidades clínicas de los métodos expresados ante el curso.
- e) Al poder proporcionar unas respuestas innatas de mejoras ante la gestión farmacoterapéutica

La implantación ante estos elementos permite explotar la información registrada para prevenir, identificar y resolver PRM, como cualquier problema de salud en la población, evaluar su frecuencia, su gravedad, la probabilidad de alcanzar al paciente y el coste sanitario y social; también, permite establecer la efectividad e inocuidad de las actuaciones farmacéuticas³.

Siendo así ante disímiles intervenciones de AF perfeccionadas, establecidas en SFT y ejecutadas en desemejantes ámbitos logran una derivación positiva. Es por ello que para mejoras la aptitud de uso ante los medicamentos sobre todo las inspecciones de entidades patológicas exponen derivaciones en perímetros humanísticos, clínicos económicos, lucro en desplazamientos y empoderamiento a expertos farmacéuticos⁵.

Por lo tanto, se han manifestado éxitos en el ajuste de niveles de glicemia empleando programa de SFT alcanzando así la calidad de vida del paciente^{6,7}. Por lo consiguiente, logran los perfilados triunfos ante el nivel de percepción de calidad de vida ante la

población que se mostró el trabajo al ser realizado por el farmacéutico en el nivel urbano ^{8,9}.

Tomando en cuenta las intervenciones farmacéuticas, progresos significativos en la comprensión de los pacientes ante los factores de riesgo los medicamentos y las satisfacciones del paciente al servicio farmacéutico. Por lo que se hallaron mejorías explicativas en las ocupaciones físicas y un inaudito empeoramiento de las funciones sociales, emocionales ante la salud mental encontrados del paciente hacia la enfermedad^{10,11}.

La Expresión “Pharmaceutical Care¹³, modificado primeramente en España como Atención Farmacéutica, estuvo manejado por Brodi en 1966 ¹⁴. Teniendo en cuenta, que fuese en la década del 70 así emprendió ante la problemática del nuevo rol sanitario de la profesión farmacéutica, donde involucraba con un alto rendimiento de compromiso a profesionales para afirmar donde los pacientes cumplen su medicación de modo apropiada. Los años 1975 la Asociación Americana de Colegios de Farmacia (AACP) ¹⁵ encomendó la comisión de expertos transformar el informe nombrado Pharmacists for the future; por lo que fue citado Informe Millis por lo que marcaría el control y el uso apropiado de los medicamentos.”

Es por ello que algunos perfectos de formación profesional acabados en ese momento calculados más en el medicamento como un bien productivo, más que en un bien social coherente claramente con la salud pública. A lo Posteriormente Mikeal, en 1975 ^{16,17}

contribuyeron las primeras definiciones de la expresión Pharmaceutical Care (PhC): los pacientes requieren una adecuada atención por lo que se garantiza el uso racional que estén seguros por aquellos medicamentos que se logran consumir. “Por lo que, en las primeras definiciones, establecida en algunos años todavía la función del farmacéutico se centralizaba fundamentalmente en comerciar los medicamentos a la población, el paciente se incorpora como objeto de la acción del farmacéutico, así como un dispositivo que necesita y recibe una atención es por ello avale el uso racional de los medicamentos, como semejanza ante la atención médica. Por lo que la base de la definición de Mike et al, Brodie en 1980”¹⁸.

“Ocampo en 2010, en una investigación para medir el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes diabéticos: Demuestra que el resultado es significativo (0.031) cuando se comparan los test antes – después de una intervención farmacoterapéutica. Se refiere que el programa aumentó sobre todo la actitud de los pacientes en tomar los medicamentos cotidianamente (p = 0.003)”¹.

Los años “1985, luego de la Conferencia Hilton Head se decidió implementar en EEUU un modelo de atención integral y completa cuyo objetivo fue que los profesionales farmacéuticos puedan ejercer su responsabilidad al límite permitido por la legislación vigente y en el que cada uno de los pacientes se beneficiaba de la capacidad profesional de los farmacéuticos”¹⁹.

Los años “1988 Hepler refirió la Atención Farmacéutica como una relación adecuada entre un paciente y un farmacéutico, en la que este último realiza las funciones de control del uso de medicamentos (con un conocimiento y experiencia adecuados) basándose en el conocimiento y el compromiso respecto al interés del paciente”¹⁷.

Los años 1989 originó la disolución ingreso por punto de vista filosófico de Hepler ante los deficientemente usos de medicamentos y las opiniones experiencias por la resolución que aportó Linda Strand²⁶.

Por lo que ambos autores precisaron, que los farmacéuticos deberían dominar:

a) Brindar que el tratamiento farmacológico fuera el apropiado, el más efectivo posible, el más seguro utilizable y de dirección lo suficientemente cómoda según las pautas indicadas,

b) Equilibrar, resolver y, lo que es más significativo, prevenir los posibles problemas relacionados con la medicación (PRMs) que obstaculizaran la consecución del primer grupo de compromisos del ejercicio ante cierta vigilancia farmacéutica.

Por lo que concierna el año 1996, Hepler, desplegaron tal indagación basado en el modelo TOM por lo que lograrían valorar modelos de cuidado farmacéutica en farmacias comunitarias.

Por lo tanto, Hepler²⁶ describe la “AF como un resultado orientado, cooperativo, sistemático para brindar farmacoterapia dirigida al mejoramiento de todas las dimensiones de la salud relacionadas con la calidad de vida. Subsiguientemente intenta realizar el modelo TOM en nuevos perímetros máximamente, en Europa. Más tarde, sin embargo, Strand junto con Cipolle y Morley exponen tales apariencias más humanísticas cuando atestiguan en 1997 la AF “una práctica mediante la cual los farmacéuticos toman responsabilidad de la farmacoterapia que un paciente necesita y se comprometen a cumplirla. Por lo que Strand³⁰ señaló, AF no es exclusivamente la teoría de una experiencia, por lo que sería una extensa filosofía”¹.

Siendo así la versión principal “Pharmaceutical Care” tal vez Atención Farmacéutica, juzgó en ese entonces una privada designación de la prontitud (atención o actuación) ante el competitivo representante de proporcionarla ante la sociedad. Eso sí no todos los que lo manipulaban querían decir lo mismo.

Por lo consiguiente “Ofrecidos en la agencia de farmacia. Últimamente, ante que ciertas reflexiones de Gastelurrutia y Soto en 1999 se pactó afiliarse como Pharmaceutical Care ante emotiva dicción Seguimiento Farmacoterapéutico o Seguimiento del Tratamiento Farmacológico, atesorar la expresión Atención Farmacéutica ante la significación extensa de aquel adjunto”²⁰.

2.1.2. Evolución del seguimiento farmacoterapéutico en el Perú.

Dicha política de medicamentos del “Perú del 2004 siendo uno del principal documento normativo que refiere a promover el desarrollo de la atención farmacéutica con el cumplimiento de las buenas prácticas de farmacia por los profesionales farmacéuticos, tanto del sector público como privado”^{4,21}.

Sin embargo, la política se desglosa ante la Ley 29459, de Medicamentos, de 2009 y sus estatutos donde ingresaron con vigencia en 2011. Tal regla a su vez se desglosa la ordenación por elemento de medicamentos que está actualmente en el Perú. Por lo cual asemeja el problema semántico y se precisan por alcances de la atención farmacéutica y el seguimiento farmacoterapéutico en actividades fundamentales de las buenas prácticas de farmacia^{22,23}

A su vez “La Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud del Perú (DIGEMID), en enero del 2008 el desarrollo de la atención farmacéutica podía ser explicado revisando las distintas actividades académicas normativas y profesionales desarrolladas en los últimos diez años. En el documento de referencia se explica que la implementación de la atención farmacéutica en el Perú se ha basado únicamente en evaluar el potencial efecto de los programas y en la identificación de las características a favor y en contra que tienen los tipos de establecimientos de salud existentes y las estrategias que se requerirían en cada uno para la implementación de este servicio”²⁴.

Siendo así en los años del 2012 la DIGEMID llegó a presentar el modelo de SFT a establecimientos farmacéuticos públicos. Han declarado fases de proyectos que surgen que los medicamentos deán un resultado favorable ante el modelo y por el impacto sobre la adherencia al tratamiento. Es por ello que no existe una guía de cómo desarrollar el proceso²⁵.

2.2 Bases Teóricas de la investigación.

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

Los bienes económicos ante los medicamentos no logran ir siempre como un bien social a lo que ya viene anteponiendo a los intereses socio económicos sanitarios. Por lo que ya se origina fundamentalmente y perjudicialmente ante los riesgos de la robustez de las personas en gran particularidad los más vulnerables, llegando así a brindar las necesidades terapéuticas reales en proporción al mercado farmacéutico²⁷.

El gran esfuerzo social ante los medicamentos esta formulado en sus grandes efectos más sócales, intangibles e imponderables antes las alegrías de las personas: el bajo sufrimiento ante la felicidad y la vida de las personas, como también en el aporte de los medicamentos y la industria farmacéutica ante la ciencia médica es de tratar de aliviar el dolor, salvar la vida, tanto el sufrimiento físico y químico de los usuarios y de los más allegados a ellos, por lo que viene siendo un desafío ante la integración de la población.

No obstante, al momento de administrarse un medicamento no se logran son seguir siempre el efecto deseado a los resultados. Por lo que en raras circunstancias la farmacoterapia falla ocasionando algún daño ya sea directos como indirectos en cuanto no se logran adquirir el efecto deseado. Sin embargo, logran tener costes ya sea en la salud humana como en los recursos sanitario y sociales, por lo que vienen siendo un problema ante la salud pública^{28,29}.

Hepler C²⁶ y Strand M³⁰ argumentan: “Los Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM), como aquella experiencia indeseable del paciente que involucra a la terapia farmacológica y que interfiere real o potencialmente con los resultados deseados por la terapéutica”.

Por lo consiguiente los sucesos suficientes de PRM deberían de coexistir dos condiciones:

- 1) El paciente debe estar percibiendo o puede ser dable que advierta una enfermedad o sintomatología.
- 2) La patología debe tener una correlación identificable o dudada con la terapia farmacológica.

Teniendo en cuenta “Blasco et al definen, Error de Medicación (EM) a cualquier actuación prevenible que puede causar daño al paciente o Morbilidad Farmacoterapéutica (MFT). Los EM pueden tener su origen en errores de prescripción, en el manejo posterior de la administración de la medicación por algún profesional sanitario o en el propio paciente”³¹.

Según el Tercer Consenso de Granada, existen adentro por categoría superior de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM). Por lo que significa mayor los PRMs son los procesos ante los medicamentos que se puedan lograr incorporar ante dificultades prevenibles (Cuadro N°01)²⁹.

Así mismo la “Aprobación español reflexiona que aquellos Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) con origen a Resultados Negativos Asociado al uso de Medicamentos (RNM) y los RNM es apreciado ante la OMS como Morbilidad Farmacoterapéutica (MFT)”^{32,33}.

Por lo que en los años “2007 el Tercer Consenso de Granada precisó la prevención de RNMs al contexto en que el paciente está en riesgo de tolerar una dificultad de salud asociado al uso de medicamentos conjuntamente por la existencia de uno o más PRM los que se consideran como factores de peligro o causas de este RNM (Cuadro N° 02)”²⁹.

CUADRO 1. Listado ante problemas relacionados por medicamentos, con el Método DADER de SFT³⁴.

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

Modificatoria en el: Tercer Consenso de Granada 2007²⁹.

CUADRO 2. Programación 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) ²⁹.

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
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.

Ante aquellos PRMs a orígenes de RNMs, logran múltiples, admitiendo la existencia de un entreverado no exhaustivo ni incluyente (Cuadro N°01), por lo que es reformado en las utilidades clínicas y ciertas condiciones generales.

Sin embargo, ante los Problemas relacionados con medicamentos se obtienen dos situaciones en las cuales los pacientes pueden decir si es aceptable o no aceptable, siempre y cuando el paciente note algún suceso indeseable como los resultados negativos asociados a la medicación (RNM) por lo que daría un resultado no favorable con la farmacoterapia, es por ello que al paciente se le mantiene al tanto sobre cuáles son las complicaciones de no tomar un medicamento adecuado ³⁵.

Según Hepler C, Strand. La educación precisa de la diligencia es no dar el brazo a torcer que los farmacéuticos al evidenciar PRM para prevenir un RNM o una Morbilidad Farmacoterapéutica (MFT) efectúa en situación un análisis de un signo o síntoma (PRM) que debe advertir o evitarse para que no se genere una morbilidad (RNM o MFT)^{26,36}.

Ante ciertas prácticas Culbertson L. Larson A. Cady S. Kale M. Force establecen que ha sucedido ante los farmacéuticos realicen la actividad de prevenir RNMs por la caracterización para el tratamiento de sus causas a los PRMs ^{4,37}.

Según “Culbertson et al ante los años 1997 citado por Hurley precisaron como: Diagnóstico Farmacéutico (DF) ante los procesos centrados de la identificación sobre problemas determinados ocasionados por el uso de medicamentos ante pacientes. Siendo así la DF debe contar con evidencias bastantes que admita afrontar ante el paciente el uso de los medicamentos” ^{37,38}.

El autor Ferriols asevera: Que la elevada periodicidad, son PRM se ocasionan ciertos farmacos son escogidos, indicados o prescritos, dispensados, administrados y, principalmente, monitorizados ^{39,40}.

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

Ante Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos se atribuye a signos y síntomas de Resultados Negativos de la Medicación (RNMs), demanda de los profesionales Farmacéuticos el desarrollo de habilidades, capacidades y competencias para identificarlos y su potencial riesgo para la aparición posterior de los RNMs. Siendo así el transcurso es necesario el uso de herramientas de investigación y cálculo de variables para el registro exhaustivo de cada proceso²⁹.

Ante determinados diagnósticos se debe brindar coherentemente tales particularidades de Problemas con Medicamentos (PRMs), como la causa sobre todo los factores desencadenantes. Al tomar el portante análisis de alcanzar la naturaleza y se podrán preferir las habilidades más efectivas para el procedimiento.

Teniendo en cuenta que Tercer Consenso de Granada y la Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico ante el Método DADER muestra una trascendencia de las definiciones de los Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM). Esas proposiciones se manejan en la actual investigación y se explican según el orden de caracterización propuesto la Figura N° 01 y la Ficha Farmacoterapéutica.

- a) Administraciones erróneas del medicamento (PRM 1): Teniendo que aquellos pacientes se administran erradamente los medicamentos al usar toman disposiciones acerca del uso diferentes a las indicadas por los facultativos en la prescripción o dispensación.

Por lo consiguiente las normatividades actuales de los fármacos están archivadas en cuatro clases de uso estas son: a) los usuarios que obtienen con ninguna prescripción en algunos corporaciones no sean farmacéutico b) los usuarios que logran adquirirse con ninguna precepto solo en establecimientos farmacéuticos; c) aquellos fármacos de venta bajo prescripción y solo en establecimientos farmacéuticos y por ultimo d) Los Medicamentos especiales de venta solo en farmacias y bajo receta médica restringida ⁴².

Por lo tanto, hay errores frecuentes tales como las posologías, intendencia de conveniencias farmacéuticas por vías inadecuadas, talmente utilizar oral un supositorio, demoler por la forma del medicamento para ser más factible la ingesta.

- b) Actitudes negativas (PRM 2): logran ocurrir siempre que el usuario asume una gestión reversa ante a medicación causada por apreciaciones erradas de los efectos de los medicamentos. El paciente se persuade, ante factores intrínsecos o extrínsecos, que los medicamentos no son obligatorios o son más dañinos que el propio padecimiento.

Siendo las diligencias corresponden aplicarse ante el profesional farmacéutico interroga: ¿Cree Ud. o puede tener algún problema por la toma de cualquiera de los fármacos? .

- c) La Conservación inadecuada (PRM 3): Los Argumentos climático desaprobarciones por la que se conservan tales medicinas que perjudican claramente a la aptitud.

Algunos escenarios logran objeto: partes inadecuados, ante los niños, exposición, condiciones ambientales desfavorables (entornos acuosos, destemplanzas elevadas, partes arriesgados al deterioro y ofensa corporal), pueden llegar a anular los efectos esperados del medicamento o producir distintos cambios.

Teniendo Tal mantenimiento inadecuada también se considera la acumulación de las medicinas de manera alterada, en bolsas plásticas, cajas, armarios, etc. Se recogen fuera de su aspecto provisional, a granel y mezclándose con otros medicamentos de aspecto análoga. Esta habilidad puede generar equivocación al escoger el medicamento necesitado de consecuencias muy peligrosos.

- d) La simulación (PRM 4): Es la relación en el uso de más de un medicamento logren cumplir una misma acción farmacológicas sin ventajas terapéuticas.

Siendo por lo contrario, la duplicidad puede causar problemas debido a la sobredosificación.

Tanto sea una doblez es la orden. Ante ello se recapacita que dos medicinas son duplicados cuando son fármacos que logran un uso ante el mismo mandato o fueron convenientes en dos congruencias diferentes para la misma o diferente morbilidad.

Por lo que el usuario seguirá aprovechar de modo semejante. Si ante la doblez logra darse asimismo cuando el usuario satisface tomar dos medicamentos que no necesariamente dan un orden, pero si con el mismo resultado farmacológico.

Es por ello al no razonar una doblez que cuando el paciente retome su medicamento que logre adquirir con la receta a originalidad de estar al corriente que ya usa un medicamento regulado con el mismo equitativo farmacológico. A lo que ya frecuente de una administración errónea de medicamento precedentemente el usuario (PRM 1).

Tales como la confusión que pueda haber ante los fármacos réplicas deben ser medicamentos enviados por objetivo farmacológico ante el uso de medicamentos no sumisos por mandato de la misma consecuencia farmacológico.

e) Teniendo la dosificación, pauta y/o permanencia adecuadas (PRM 5): Ante ello ocurre una prescripción no es acorde por modelos posológicas usuales o privilegiadas por esquemas de tratamiento institucionales. La incoherencia consigue la dosis, la frecuencia de intendencia, el tiempo privilegiado para el tratamiento o la vía de administración.

f) Contraindicaciones (PRM 6): El medicamento queda excluido cuando por las situaciones fisiopatológicas del paciente o la toma análoga de algún otro fondo no esté en condiciones de usar un explícito medicamento. Las contraindicaciones pueden inclinar un daño muy perjudicial para el paciente.

Siendo así al paciente no se le considera un medicamento de supresión cuando el usuario opta automedicarse por lo que el fármaco no propio en este caso en su condición lograría necesitar la prescripción precisa.

g) Los Errores de dispensación (PRM 7): “teniendo en cuenta el medicamento corresponden, en la generalidad los casos, ser dispensados tal como fueron prescritos en las recetas. Por lo tanto, el cambio ya pueda deberse a un medicamento ordenado en Denominación Común Internacional (DCI) a un medicamento de marca, si el paciente lo designa y fue enterado del cambio. Tanto así el cambio más propicio de un medicamento notable en nombre comercial por otro en DCI”^{42,43}.

- h) Los Errores de prescripción (PRM 8): Al saber los errores de prescripción otorga que el paciente reciba dicha receta con ciertos modelos terapéuticos inconclusas, poco claras, imprecisas y que causan el error del paciente al usar los medicamentos.

Siendo así el análisis el Farmacéutico examina al usuario el documento expresado ante el potestativo teniendo a la vista los medicamentos dispensados. Lo que examina normativamente la receta siendo apropiadamente su uso de los medicamentos y si los medicamentos son relacionados farmacológicamente por el diagnóstico⁴⁴.

Por lo que se logran examinan las dos partes del precepto: Ante ciertas indicaciones la farmacia y las conjeturas de uso para el paciente. Es por ello que hay ciertas sospechas ante la farmacia que las contengan.

Datos completos del prescriptor, el nombre del paciente, la escritura precisa de los medicamentos en Denominación Común Internacional (DCI), la forma de presentación y el importe total de medicamentos en unidades para que el paciente logre favorecer su medicamento.⁴

- i) Incumplimiento o no adherencia al tratamiento prescrito (PRM 9): Consiguen maneja el axioma de “Haynes aludido por Basterra M por lo que han determinado la gran adherencia al método como: el grado en que la gestión de un paciente, en relación a la toma de medicamentos, la persecución de una

dieta o la modificación de hábitos de vida concuerda con las educaciones proporcionadas por el médico o personal sanitario. Se debe utilizar de manera indistinta los términos cumplimiento terapéutico, cumplimiento de la prescripción, adherencia al tratamiento y adherencia terapéutica con el mismo significado semántico”⁴⁵.

Así mismo “La no-adherencia al tratamiento de los padecimientos crónicos es un problema mundial de gran magnitud. Por lo que se viene viendo ciertos países desarrollados solo el 50% de los pacientes son adherentes mientras que en los países en vías de desarrollo las tasas son inclusive menores ⁶⁶. Ante PRM tiene como ramificación por incumplimiento de las metas sanitarias, sobre todo en pacientes con padecimientos crónicas, mayores costos en salud, mayor incidencia de complicaciones y finalmente agravamiento y mártir”³⁶.

Por lo que dicho valor de adherencia discreto precedentemente y posteriormente de una intrusión farmacoterapéutica vale un indicador de la eficacia del SFT sobre el PRM ³¹. El valor de la adherencia se evaluará mediante la diligencia del test designado Medication Adherence Scale o Test de Morinsky ⁴⁶. El instrumento se muestra en el acápite N° 7.3.12.

- j) Interacciones (PRM 10): Disconformidad ante la relación del uso de dos o más medicamentos que aqueja negativamente el efecto farmacológico de ambos o de alguno de ellos; acentuado sus instrumentos perjudiciales o

subyugando su potencia farmacológica. Uno y otras situaciones pueden poner en riesgo la salud y bienestar del paciente.^{14,47}

Por lo que como al semejante que en la doblez y en las contraindicaciones se considera interacción cuando el principio de uso de los medicamentos comprometidos es una prescripción médica.

Si la interacción se origina por el uso de un medicamento auto medicado que exige prescripción el problema se plasma como falta de medicación (PRM 1).¹

- k) Los otros problemas de fortaleza que pueden afectar al tratamiento (PRM 11): Por lo cual algunas dificultades de inmunidad diagnosticados o no que acuerdan siendo el usuario donde hay problemas que pueden situar en peligro por rutina de los medicamentos prescritos o determinar por automedicación inadecuada.
- l) Las Potenciales Reacciones Adversas (PRM 12): Sabemos que los problemas agravados por medicamentos. Acuerda examinar la certeza probada existente cubierta de probabilidades de expresión de un explícito efecto indeseado, así como su gravedad.

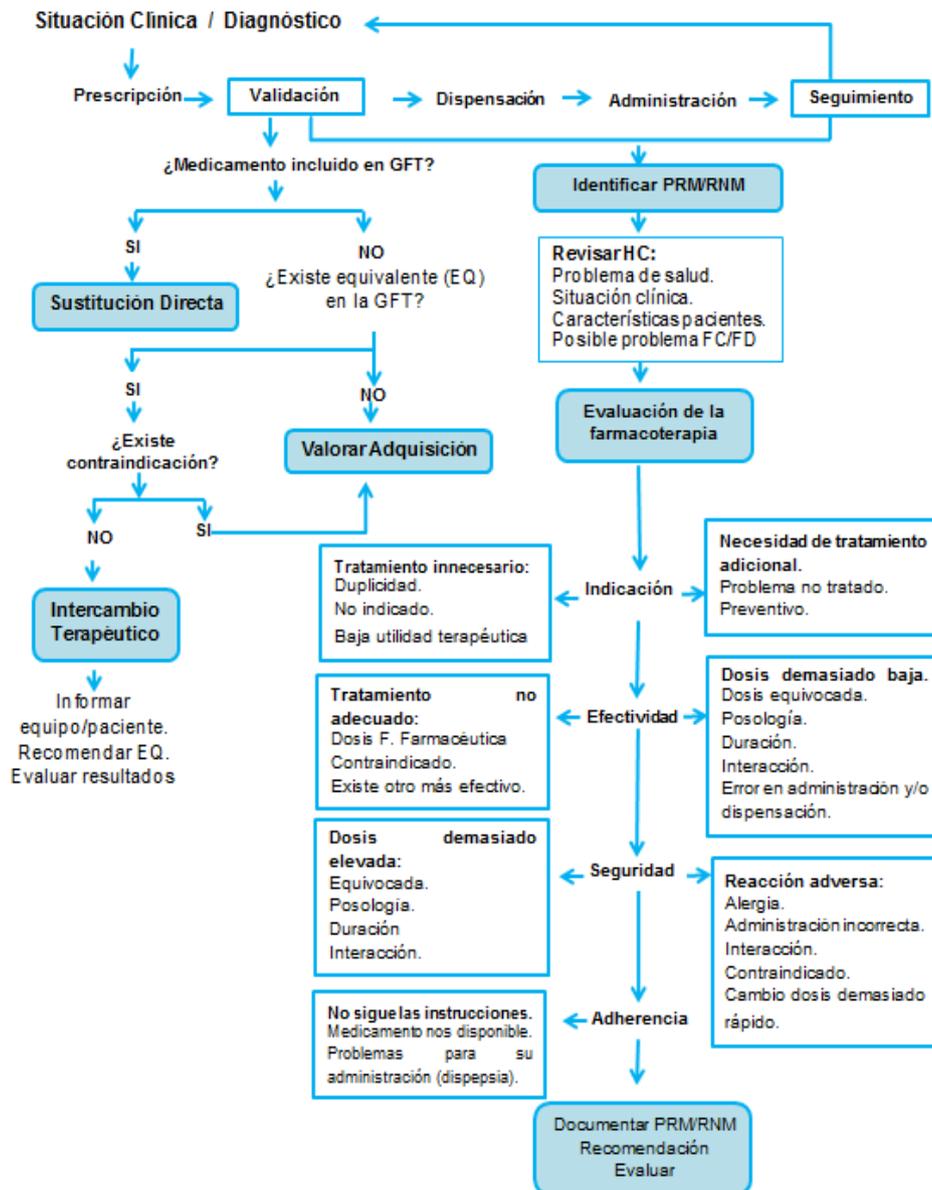
Teniendo en cuenta la puntualidad de instituir aquellos signos clínicos que aprueban igualar por visión ante los efectos indeseados de un medicamento.

Sin embargo, es beneficiosa examinar consecuencias de análisis clínicos que puedan estar alteradas por causa del medicamento⁴¹.

Teniendo en cuenta que: El problema coherente asociados a medicamentos también es necesario considerar el atrevimiento de uso.

Sin embargo, aquellos medicamentos auto medicados que precisan prescripción y profesen una reacción adversa se logran como errores de medicación (PRM 1).

Figura 1. Flujograma de la etapa de tratado y valoración. Tomado de Comité de Consenso.



- m) Problema por salud insuficientemente tratado (PRM 13): Farmacéutico pregunta al paciente: ¿Cuándo toma los medicamentos que usted toma y logran sentirse aliviado, igual o peor? Respuestas igual o peor al notar incomodidad por el usuario y una cifra inefectividad del tratamiento prescrito.

Siendo así las incompetencias puedan dar el principio de experiencias inadecuadas ante la salud del usuario. Es por ello que los Farmacéuticos analizan los problemas escasamente pacto debe comunicarse al instante con el médico.

Teniendo en cuenta “Tercer Consenso de Granada sugiere que su lista de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs) puede ser próspera a medida que en la realidad donde se pongan en práctica programas de SFT se definan otras entidades o factores propios del entorno que puedan desencadenar Resultados Negativos de la Medicación ²⁹. Por lo que han estimado ciertas recomendaciones de investigaciones similares y se han incorporado como PRMs: las influencias negativas del entorno, el uso de medicamentos ilegales y los problemas económicos, que son factores propios de nuestra realidad ³¹. Los PRMs comprendidos se definen a continuación”:

- n) Influencias negativas del entorno (PRM 14): Tales como las actitudes y conductas tomadas por los pacientes por atribución del entorno social o cultural que predisponen su evaluación y actitud hacia los medicamentos.

Así mismo dichos problemas a la medicación se logran proceder muchas veces a las amistades o familias del entorno, por algún malestar similar que puedan tener ellos dan o recomiendan ciertos medicamentos que ellos mismos

consumen a otros por lo que nos lleva a la auto medicación, lo que hace a uno bien no predomina que a los demás sea bueno para todos. Otros factores pueden ser también el entorno engañoso que sale en publicidades, grupos religiosos y entre muchos más.

Clara la situación especial personifica el consejo de uso de medicamentos desde la farmacia, dado por personal no considerado, recomendando el uso de medicamentos de prescripción necesaria y sin la libertad ni la supervisión del profesional farmacéutico.

- o) Los Medicamentos ilegales (PRM 15): Los medicamentos sin registro sanitario vigente o de origen ilegal: contrabando, muestras médicas, robado de instituciones públicas. Que se puedan igualar a través del análisis organoléptico, es decir: envase primario y secundario no violado, registro sanitario vigente, fecha de vencimiento, estado físico de la forma farmacéutica o el envase en buen estado, etc.

- p) Aquellos Problemas económicos (PRM 16): Son problema demostrado cuando el paciente no toma su tratamiento por no tener condiciones mercantiles bastantes para surtir la receta ni estar inscrito en ningún seguro social. Esto adquiere el incumple con la toma de sus medicamentos.

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

Logrando esta “Introducción ante la filosofía y conceptos de Pharmaceutical Care personifican una revalorización de la Farmacia en un momento en que la farmacia comunitaria se halla en una encrucijada tras la desaparición de la farmacia elaboradora y la pérdida de valor de la farmacia distribuidora a la que aquella había dejado paso, ambas centradas en el medicamento como producto ⁵. En España, País donde se ha trabajado mucho la incorporación del Pharmaceutical Care. Ante Ministerio de Sanidad y Consumo promueve el concepto de Atención Farmacéutica (AF) como un conjunto de servicios farmacéuticos dirigidos al paciente que van desde el control de calidad de la prescripción hasta actividades de Farmacovigilancia ^{49, 50, 51}. En el ámbito comunitario, según Andrés Rodríguez ⁴⁸ las actividades de AF podrían esquematizarse según el cuadro N°03, donde destacan aquellas orientadas hacia el paciente, mayores en número a aquellas tradicionales orientadas exclusivamente hacia el aseguramiento de la calidad del medicamento.”

Sin embargo “Aquellas diligencias no están directamente relacionadas con el uso de medicamentos logran o pueden contribuir también con este objetivo, pero al no estar vinculadas directamente con el paciente son consideradas más como actividades orientadas a otorgar la calidad ante el medicamento. Sabiendo, por ejemplo, las actividades y procedimientos de la cadena logística tanto en sistemas intrahospitalarios como en distribución externa e incluso los esfuerzos para asegurar la calidad intrínseca de los medicamentos a través de análisis de control de calidad”.⁵²

Durante “Buenas Prácticas (BP) de Dispensación, la Indicación Farmacéutica, el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), las BP de Farmacovigilancia, las actividades relacionadas con la Farmacia Clínica, todas ellas deben contribuir con la prevención, solución o amenguamiento de los PRM”.

Así mismo lo “Impactante quizá de la atención farmacéutica es el uso del término mismo. Tal vez nunca antes en la historia de la farmacia se había usado el término atención para denotar la función del farmacéutico en la sociedad. Era mucho más frecuente hablar de servicios farmacéuticos que de atención y existen diferencias entre un término y otro. Teniendo en cuenta del Diccionario define atención como la responsabilidad individual de alguien para entregar bienestar y seguridad, mientras que un servicio implica funciones o actividades”⁵⁴.

Cuadro 3: Actividades de Atención Farmacéutica en el ejercicio profesional del farmacéutico comunitario.

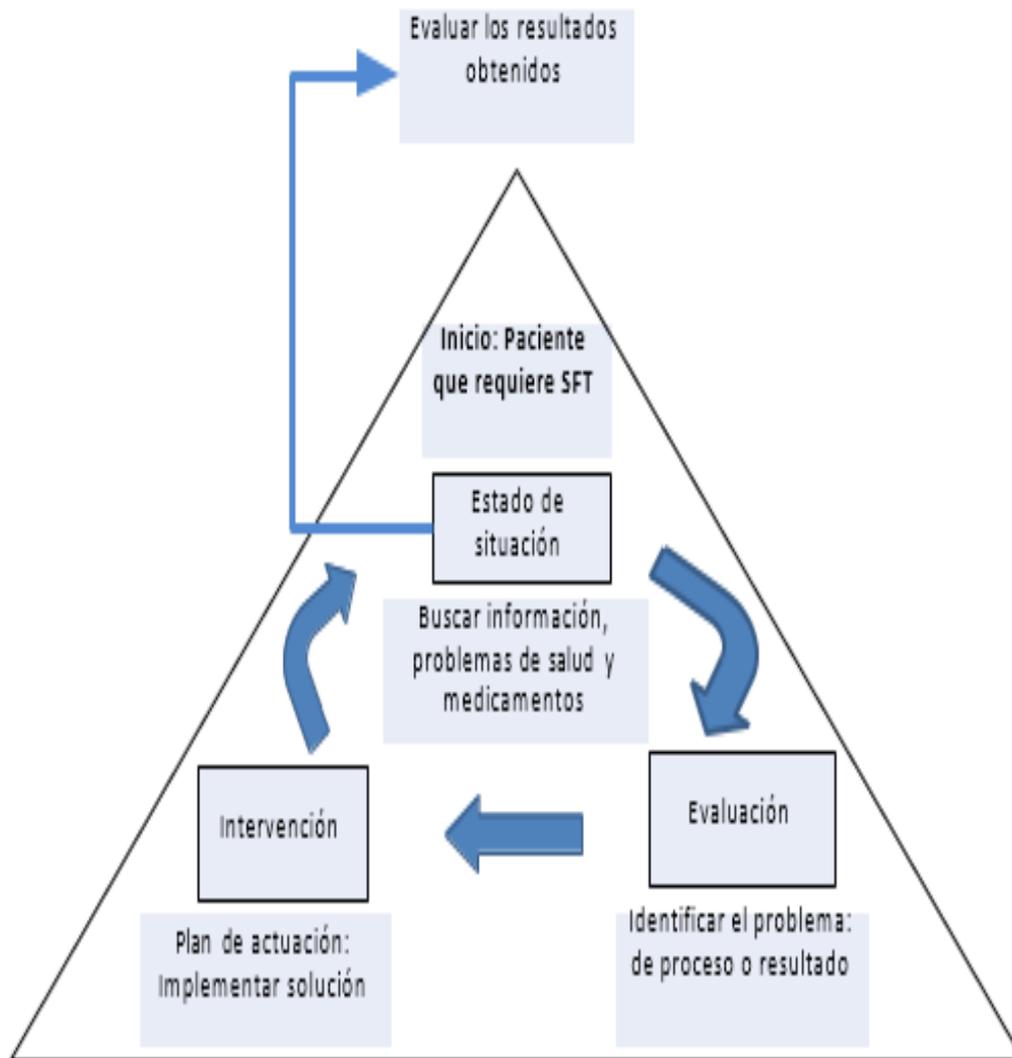
<p>ACTIVIDADES ORIENTADAS AL MEDICAMENTO</p>	<p>Adquisición, custodia, almacenamiento, Conservación, de materias primas, especialidades farmacéuticas y productos sanitarios.</p>
<p>LA ACTIVIDADES ORIENTADAS AL PACIENTE: ATENCIÓN FARMACÉUTICA</p>	<p>Dispensación de medicamentos. Formulación magistral.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

El “Método DADER nació en 1999 como propuesta del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. Intenta ser una herramienta sencilla y de fácil aplicabilidad sin perder el rigor de un procedimiento operativo normalizado. Según los autores el modelo pretende ser universal para la prestación del SFT en cualquier ámbito asistencial, independientemente del tipo de paciente y por cualquier fármaco”^{4,54}.

Por lo que demostró tener efecto ante las prevenciones, detección y resolución de Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) ante los niveles del cuidado primaria ¹. Así mismo el Conjunto de Indagación de cierta Universidad de Granada y Deselle et al: plantea que es forzoso valorar su utilidad en escenas sociales desiguales que permitan instituir estándares ante actuación en circunstancias particulares para calcular en ellos el impacto real de la atención farmacéutica^{57,38}.

Por lo que el método “DADER como precisa Ocampo dan asemejar como fases centrales del proceso de seguimiento farmacoterapéutico a las siguientes: a) Elaboración del primer estado de situación del paciente; b) La evaluación e identificación de sospechas de PRMs; c) La intervención para resolver los PRMs y prevenir potenciales RNMs y d) La evaluación del nuevo estado de situación del paciente (Figura N°02)”^{5,56}.

Figura 2. Etapas clave del proceso de Seguimiento Farmacoterapéutico del método DADER.



En la codificación se define intervención farmacéutica como: la proposición de actuación sobre el tratamiento y/o las diligencias del paciente, encaminada a solucionar o prevenir un PRM y evitar RNM¹⁷.

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

	Intervención	Acción
Intervenir sobre cantidad de medicamento	La Modificar la dosis.	Ajuste de la cantidad de fármaco que se administra de una vez.
	Modificar la dosificación.	Durante el Cambio en la frecuencia y/o duración del tratamiento.
	Modificar la pauta de administración (redistribución de la cantidad).	Cambio del esquema por el cual quedan repartidas las tomas del medicamento a lo largo de un día.
Intervenir sobre la estrategia	Añadir un medicamento(s).	Ante la 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).	Delego de algún medicamento de los que utilizaba el paciente por otros de composición diferente.
	Disminuir el incumplimiento involuntario (educar en el uso del medicamento).	Educación en las instrucciones y precauciones para la correcta utilización y administración del medicamento.
	Disminuir el incumplimiento voluntario (modificar actividades respecto al	Refuerzo de la importancia de la adhesión del paciente a su tratamiento.

Intervenir sobre la educación al paciente	Educar en medidas no farmacológicas.	Educación del paciente en todas aquellas medidas higiénico-dietéticas que favorezcan la consecución de los objetivos terapéuticos.
---	--------------------------------------	--

Tomado de “Sabater y Cols.⁴⁸”

2.2.4. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DEFINICION DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Define la adherencia terapéutica como grado en que la conducta de una persona: tomar los medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponden con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. Tales dos definiciones exploran que la adherencia no solo involucra la toma de los medicamentos según la prescripción médica, sino que el cumplimiento de otras recomendaciones tales como: la asistencia a citas, cambios en los estilos de vida, entre otras.

Se han propuesto varias definiciones de adherencia al régimen terapéutico y la mayoría de estas utilizan diferentes términos tales como: cumplimiento, seguimiento de instrucciones, persistencia, colaboración, alianza, concordancia y adhesión hacia una serie de recomendaciones⁶⁴.

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Tradicionalmente, la salud se ha abordado desde el ámbito médico y su discusión se ha circunscrito principalmente a la detección y el tratamiento de las enfermedades, el

alivio del dolor y la curación. A medida que la ciencia médica se ha ido desarrollando, este abordaje ha resultado insuficiente y ha sido necesario ampliar el concepto de salud a la totalidad de la vida del paciente, sin restringirse sólo a las manifestaciones biológicas⁸⁰.

La Organización Mundial de la Salud define la salud como algo más que la liberación de la enfermedad, ampliando sus límites a la totalidad de los bienes todo en un bien social al que los ciudadanos tienen derecho y se percibe como uno de los determinantes del desarrollo personal y de la felicidad del individuo⁶².

PERCEPCIONES DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES DEL FARMACEUTICO

Existe evidencia que reconoce que el SFT es capaz de impulsar la mejora de la atención sanitaria a los pacientes, con los consiguientes beneficios para la salud de los mismos, y el establecimiento de estrategias que persiguen el progreso de las habilidades y capacidades profesionales de los farmacéuticos y de los médicos, quienes evalúan en conjunto la calidad de la farmacoterapia⁶³.

2.2.5. Diabetes Mellitus II

Las consecuencias de la diabetes pueden ser microvasculares (lesiones de los vasos sanguíneos pequeños) y macrovasculares (lesiones de vasos sanguíneos más grandes). Las complicaciones microvasculares son lesiones oculares (retinopatía) que desembocan en la ceguera, entre 6 y 39% de las personas con diabetes tipo II ⁸¹tendrá retinopatía al momento del diagnóstico, y 4-8% con riesgo de pérdida de la visión en

un estudio de pacientes de 30 y más años, la prevalencia de retinopatía fluctuó entre 29% entre aquellos con 5 años o menos desde el diagnóstico de la enfermedad a 78% en aquellos con más de 15 años desde el diagnóstico; lesiones renales (nefropatía) que acaban en insuficiencia renal; y lesiones de los nervios que ocasionan impotencia y pie diabético que es la consecuencia de una descompensación sostenida de los valores de glicemia, que desencadenan alteraciones neuropáticas (70% de las úlceras diabéticas), isquemia (15% de los casos), neuro-isquémicas (15% de los casos) y propensión especial a sufrir infecciones, y alteraciones que las llevan a presentar riesgo de lesiones y amputaciones ^{59,60}.

El tratamiento de la DMII consiste en el plan alimenticio debe establecerse en cada uno de los pacientes de acuerdo a su edad, sexo, actividad física, estado nutricional, tipo de diabetes y tratamiento farmacológico. La eliminación del azúcar y todos sus derivados, es fundamental en la dieta. Además, se debe distribuir y cuantificar con la mayor precisión posible los hidratos de carbonos en 4 ó 6 comidas diarias ⁶¹.

Cuadro 5 : Valores referenciales de glucosa en sangre y criterios de diagnóstico.

	ADA 1997 Glicemia (mg/dl)	OMS 1999 Glicemia (mg/dl)	ADA 2003 Glicemia (mg/dl)
<i>Glicemia de ayuno</i>			
• Diabetes	>125	>125	>125
• Intolerancia de ayuno	110-125	.	100-125
<i>Prueba de tolerancia oral a la glucosa (2h poscarga)</i>			
• Diabetes	≥200	≥200	≥200
• Intolerancia a la glucosa	140-199	140-199	140-199
<i>Glicemia en cualquier momento del día asociada a síntomas</i>			
• diabetes	≥200	≥200	≥200

El ejercicio constituye un importante elemento terapéutico en los pacientes diabéticos tipo 2. La actividad física mantenida aumenta el estado de ánimo de los pacientes, disminuye el riesgo de enfermedades cardiovasculares, debido a que mejora el perfil lipídico, normaliza la presión arterial y la frecuencia cardíaca. También mejora la circulación en las extremidades inferiores, aumenta la sensibilidad de la insulina, favorece la pérdida de peso, mejora la calidad de vida y disminuye la ansiedad y el estrés. La meta es lograr niveles de glicemia lo más cercano al rango normal (110mg/dl), resguardando la seguridad del paciente ⁶¹.

Tratamiento Farmacológico: Los fármacos utilizados en el tratamiento de la DMII van dirigidos a corregir una o más de las alteraciones metabólicas subyacentes. En la actualidad, contamos con cinco tipos de fármacos hipoglucemiantes orales como: biguanidas (incrementan la sensibilidad a la insulina), sulfonilureas (eficaces en controlar la hiperglucemia con mínimos efectos secundarios), secretagogos de acción rápida (glinidas), tiazolidindionas (mejoran el síndrome de resistencia a la insulina) e inhibidores de las alfa-glucosidasas) y con las insulinas, así como el análogo lispro. La Metformina es el tratamiento de elección en el paciente insulinoresistente ¹⁷.

CUADRO 6. Características generales de los fármacos utilizados en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo II ⁹³.

Fármacos	Mecanismo de acción	Descenso de la HbA1c	Hipoglucemias	Cambios en el peso	Efecto en los lípidos
Biguanidas (Metformina)	Reducción de la producción hepática de la glucosa.	↓ 1.5-2%	No produce	No aumento o ligera reducción	Triglicéridos y lipoproteína de baja densidad (LDL). ↓
Sulfonilureas (Glibenclamida)	Aumento de la secreción de insulina.	↓ 1.5-2%	Frecuentes (menor frecuencia con Gliclazida y Glimepirida)	Aumento	No modifican
Secretagogos de acción rápida (Glinidas)	Aumento de la secreción de insulina posprandial inmediata.	↓ Repaglinida: 1.5-2% ↓ Nateglinida: 0.5-1%	Menos frecuentes que con Glibenclamida	Discreto aumento (menor que con Glibenclamida)	No modifican
Tiazolidindionas (Glitazonas)	Aumento de la captación	↓ 1-1.5%	No produce	Aumento	Pioglitazon: ↑ lipoproteína

	de glucosa en la célula muscular.				de alta densidad (HDL). ↓ Triglicéridos Rosiglitazona: ↑ Colesterol total ↑ LDL ↑ HDL
Inhibidores de las alfa-glucosidasas	Reducción de la absorción de hidratos de carbono complejos.	↓ 0.5-1%	No produce	No aumento	↓ Triglicéridos

2.2.6. Botica MiFarma.

Se logró realizar la presente investigación en la Botica MiFarma Chimbote en Manuel Ruiz 304 donde se vio con la utilidad necesaria para ser el proyecto dando como resultado benefactor a los usuarios con la enfermedad, la botica cuenta con productos genéricos y de marca para que los pobladores de esa zona puedan adquirir sus

medicamentos a su alce de su capital y no estén afectados a la situación socioeconómica.

La botica MiFarma viene siendo una empresa de gran entrega y profesionalismo por sus beneficios que otorgan al cliente y siendo gran así vigente obtienen una gran practica de almacenamiento, dispensación de farmacovigilancias y buenas prácticas de seguimientos farmacoterapeuticos.

Siendo así Paz K, indicar que “demográficamente existen más personas féminas que hombres en una proporción de 1:7, esta puede ser una de las causas de estos resultados; además, en las mujeres después de los 50 años suceden cambios hormonales que favorecen la obesidad y el sedentarismo, cambian su estilo de vida y presentan malos hábitos dietéticos que pueden estar arrastrando desde su juventud, factores que pueden contribuir a padecer diabetes tipo I o II”⁸⁷.

III. HIPÓTESIS.

3.1.1. H_0

Ante los estudios previos ya realizados se afirma que un programa de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, tienen un efecto negativo ante los niveles de glicemia intervenidos en la Botica Mifarma.

3.2.2. H_1

Ante los estudios previos ya realizados se afirma que un programa de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, tienen un efecto positivo ante los niveles de glicemia intervenidos en la Botica Mifarma.

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 3. Esquema del modelo de intervención farmacéutica.



Fuente: Elaborado por Ocampo P⁵⁶.

4.2. Población y muestra.

En la población ciertos estudios estará accedido ante ciertos pacientes atendidos de forma normal en la Botica MiFarma Ubicada en la Av. Manuel Ruiz 304. Ante ello el usuario darán a formar un segmento de la muestra de investigación serán aquellos que, al momento de la propuesta ante los valores en la farmacia, estén a punto de empezar una prescripción facultativa para consumir por un tiempo determinado por lo menos un medicamento destinado a tratar la diabetes.

Siendo así el precepto ante el medicamento utilizado son conformes, por lo cual deberán estar determinadas por la práctica habitual de la medicina y visiblemente dissociada de la intención de incluir al paciente en el estudio.

Es por ello que ante el paciente se les propuso formar parte de la muestra de investigación y tendrán la libertad de ingresar al programa de manera voluntaria. Por lo tanto, el término de libertad quedará reflejada en la firma del documento de consentimiento informado. Ante una exploración del croquis no determinado que los usuarios por la muestra final se autoseleccionan conforme a su voluntad de anunciar la experiencia. Una cifra terminante de los usuarios de la muestra se determinó de manera parcial en 12 usuarios.

Teniendo en cuenta innumerables estudios estuvo accedido por pacientes atendidos de manera regular en la Botica MiFarma Ubicada en la Av. Manuel Ruiz 304, los usuarios autoseleccionados entre aquellos que visitaron el Establecimiento Farmacéutico (EF) en los meses de mayo 2017 a julio del 2017 y efectuaron los criterios de inclusión y aceptaron libre ingresar al programa de SFT mediante la firma de un documento de consentimiento informado. El número final arbitrariamente en 12 pacientes.

Teniendo en cuenta ante el criterio para la instalación de los pacientes en la muestra final fueron:

- Usuario diagnosticado ante diabetes mellitus tipo II.
- Edad entre 45 y 70 años.
- Con receta vigente para la enfermedad objetivo, de antigüedad no mayor de tres meses.
- Anuencia explícita a través de un documento informado.
- Cabida 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:

- Usuario participante en otros estudios de investigación o en programas al mismo tiempo de la intervención de SFT.
- Usuario en gestación⁴.

4.3. Definición y operacionalización de las variables.

Variables	Denominación	Definición teórica	Instrumento	Indicadores
Variable Independiente	Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico	La destreza profesional en la que el farmacéutico se asegura de las necesidades de los pacientes relacionados con los medicamentos mediante la localización, prevención y resolución de Problemas Relacionados con la Medicación (PRM) ⁷⁴ . El SFT es una variable independiente administrada ante los pacientes para diagnosticar, tratar y/o prevenir PRM que decaigan en resultados negativos de la medicación. El SFT se aplica mediante una intervención profesional en una sucesión de agilidades en cinco fases conducidas por el Farmacéutico y dirigidas al paciente y/o prescriptor ⁸³ .	El instrumento del SFT es la Ficha Farmacoterapéutica (FFT) (Anexo N° 03) donde se reconoce la evolución del proceso. Se consignan datos del paciente, morbilidades, uso de medicamentos, costumbres y otros.	Medicamentos utilizados, PRMS, diagnosticados, Tipo de intervenciones, Canales de comunicación usados,
Variables Dependientes	Problemas Relacionados con Medicamentos	Realidades que en el proceso de uso de medicamentos causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación. En la presente investigación manejaremos como base el listado original de PRM sugerido por el tercer consenso de Granada ^{1,59} . (Cuadro N° 01).	El diagnóstico de PRMs fue cuantitativo como resultado del análisis de la información recogida en las fichas farmacoterapéuticas.	Cantidad de PRMs diagnosticados de acuerdo a la tabla modificada por Ocampo, de 16 potenciales problemas y que se describen en el cuadro N°01.
	Resultados Negativos Asociados con la Medicación (RNM).	Se define ante sospechas de RNM a la realidad en la que el paciente está en riesgo de sufrir un problema de salud incorporado al uso de medicamentos, generalmente por la existencia de uno o más PRM, a los que podemos considerar como factores de riesgo de este RNM ⁶⁸ (Cuadro N° 02).	La identificación de los RNMs se realizó en la FFT luego del análisis y la tipificación del PRM que es la causa original.	Los RNMs se clasifican según: Necesidad, efectividad y seguridad. La descripción se desarrolla en el cuadro N°02.

Variable dependiente	Glicemia	La diabetes tipo 2, es una condición que trae como consecuencia daño a nivel microangiopático (retinopatía, nefropatía y neuropatía) y macrovascular (enfermedad isquémica del corazón, ataque cerebral y enfermedad vascular periférica). La diabetes se asocia a una disminución en la expectativa de vida, aumento del riesgo de obstáculos y de eventos mórbidos relacionados con las complicaciones crónicas, baja en la calidad de vida y aumento en los costos.	Así mismo se logra utilizar un Glucómetro marca (NIPRO TRUE METRIX). Por lo que el instrumento fue calibrado y validado.	El instrumento arroja valores de concentración de glucosa en sangre en miligramos por decilitro mg/dl.
----------------------	----------	--	--	--

4.4. Técnicas e instrumentos.

4.4.1. Técnica.

Así mismo ante seguimiento farmacoterapéutico se transportó a través de las técnicas de la entrevista personal, la conversación telefónica y la visita domiciliaria. Ante conversación personal se ejecutó en el EF o en la morada del paciente. Por lo que la habilidad de colisión y de interacción con el paciente en las vistas fue el recomendado por la Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico del método DADER ^{1,92}.

4.4.2. Instrumentos

4.4.2.1. Fichas Farmacoterapéuticas (Anexo N° 03).

Teniendo en cuenta que “Las FFT son hojas para el registro de los datos del seguimiento farmacoterapéutico. Por lo que el instrumento es base para el levantamiento de búsqueda. Este 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 solucionar ¹. Se monopolizó este instrumento en las 5 fases del SFT. El registro de la información en las FFT se realizó ante las indicaciones de la Guía para el SFT del método DADER.”

4.4.2.2. Instrumento para medir la glicemia.

Así mismo se logra utilizar un Glucómetro marca (NIPRO TRUE METRIX). Por lo que el instrumento fue calibrado y validado. El instrumento arroja datos de glucosa en miligramos por decilitro de sangre. El procedimiento de uso del instrumento se

describe en el anexo N°05. Los valores de glucosa sanguínea se anotaron en Ficha 1, hoja 3 de las FFT⁴⁹. La glicemia se midió en cuatro oportunidades: en la fase de captación, precedentemente de la intervención, durante la intervención y en la visita terminal.

4.4.3. Procedimiento de recolección de datos.

Entre fichas se recogieron durante el programa de SFT, cuyo sumario logra esquematizar en la Figura N° 04. En esencia se sigue el procedimiento sugerido en el método DADER con la reforma por la terminología y el anexo de otros datos que son ventajosos para nuestro entorno⁷⁹.

Es por ello que estas etapas de la manera de elección de datos:

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

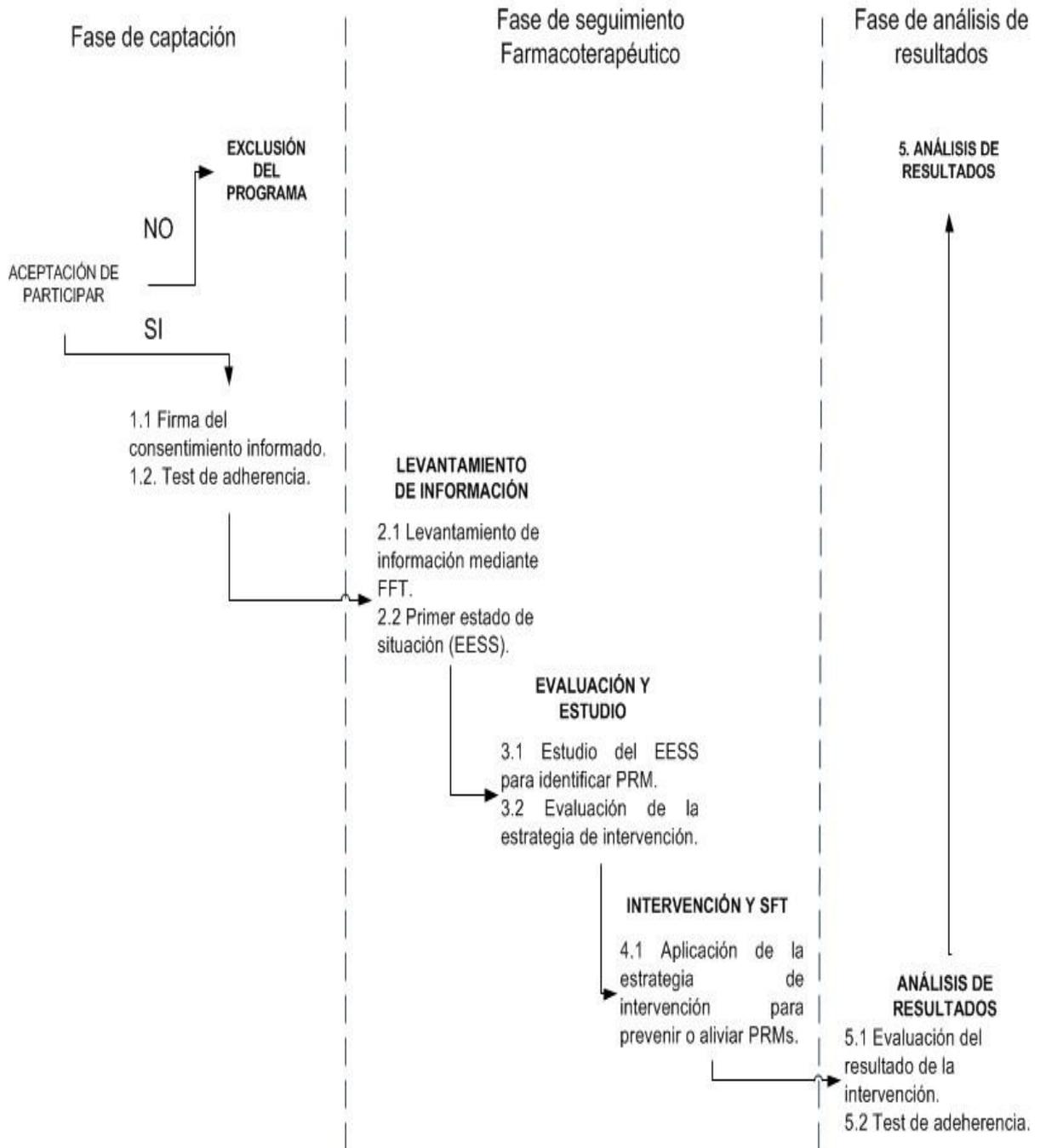
4.4.3.1. Procedimiento para oferta del servicio y captación de los pacientes.

Dando sí se logró que al servicio a todos los pacientes con diabetes mellitus tipo II que asistieron a la Botica MiFarma Chimbote en los meses de Mayo – Julio 2017; inclusive conseguir 12 pacientes. Aquellos usuarios lograron firmar su consentimiento de informar por práctica en un instrumento infirmado (Anexo N° 02).

El documento de consentimiento menciona explícitamente el compromiso Farmacéuticos en cuidado ante el inadecuado alcance de medicamentos, la prudencia por los fundamentos del paciente, la facilidad que se da al servicio, la venta o donación de ningún tipo de medicina.

Logrando lo igual la aprobación facultada al Farmacéutico de intervenir mediante el médico a dar soluciones de los problemas complicados y/o inminentes que se conciernan con el uso de medicamentos. Por otro lado, exige al paciente a conceder toda la información referida a enfermedades y uso de medicamentos que pueda ser útil para el dictamen de PRMs.

Figura 4. Flujograma de las actividades de seguimiento farmacoterapéutico.



Elaborado por: Ocampo P⁵⁶.

4.4.3.2. Levantamiento de información.

Teniendo en cuenta que ante informaciones se inspeccionó en la Ficha Farmacoterapéutica (FFT) (Anexo N° 03). Al ser notado ciertas informaciones generales del usuario, 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 fármacos¹.

En determinación también logramos además registrar el uso de medicamentos y el uso de géneros naturales sin prescripción. Por lo que al paciente se le pidió todos los medicamentos que el adquiría en su domicilio ya sea para su enfermedad adquirida o lo que pueda usar habitualmente. Es por ello que el tiempo estimado sea de setenta y dos horas.

4.4.3.3. Fase de estudio y evaluación de la información.

Al ser analizados cada uno detenidamente antes los equipos y materiales a ser desarrollados por un análisis absoluto de cada caso. Es por ello que en dicha situación fue provisionado de teléfono, internet, materiales de escritorio y Material Bibliográfico.

Por lo que pretende estudiar redactar dichas informaciones registradas en la FFT para hacia poder interrelacionarlas ante ciertas versátiles en la búsqueda de PRMs:

enfermedades diagnosticadas, morbilidad sentida, medicamentos prescritos, automedicación, preocupaciones de reacciones adversas, adherencia al tratamiento, etc. para determinar problemas con el uso de los medicamentos (PRMs) como principio de morbilidad farmacoterapéutica o RNMs. Ante ello se usa material bibliográfico de apoyo para certificar los descubrimientos del PRMs y RNMs ^{4,86}.

Teniendo en cuenta que ante las dificultades determinado por el Farmacéutico aprenderá la mejor destreza ante la evolución reportará en la hoja 5 de FFT. Es por ello que las habilidades pueden sujetar labores encaminadas verdaderamente por el usuario o al prescriptor ¹. Ante ello los PRM y sus tácticas de recurso se buscó el mejor canal de comunicación que pudo dirigirse al paciente y al médico. Teniendo en cuenta para cada usuario puede confirmar un diagnóstico con más de un PRM. Dando tales resultados de esta fase surge el diagnóstico de los PRMs, los objetivos que deben lograr los pacientes y el practicante. Los canales de comunicación que se lograron utilizar se evidencian en el siguiente cuadro:

CUADRO 7. Tipos de canales para comunicar las recomendaciones del farmacéutico para la solución de PRMs ¹.

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

4.4.3.4. Fase de intervención y seguimiento farmacoterapéutico.

Sabiendo que para notificar concretamente ciertos objetivos y los plazos que deben verificar el paciente y/o médico para la solución de PRMs. La interposición detallada es dando entrevistas domiciliarias, contacto telefónico, correos electrónicos y/o redes sociales.

Unas estrategias de salida ante el usuario se usó las entrevistas personales y recomendaciones escritas. Por lo que la socialización de las estrategias dirigidas al usuario, el Farmacéutico hará uso del lenguaje verbal y en cualesquiera casos, cuando sea inevitable fijar claramente algún aspecto se dejarán recomendaciones escritas ¹.

4.4.3.5. Evaluación del impacto de la intervención.

Se logró averiguar que los pacientes ya establecidos ante ciertas pautas asignadas ante la solución del PRM o si el médico puso en prácticas las indicaciones de reforma de la terapia. Tanto así libremente por la aprobación de la sugerencia para la solución, se le preguntó si consideraba resueltos cada problema concerniente con medicamentos que fue diagnosticado.

Es por ello calcularon ciertas elevaciones finales de adherencia y las medidas clínicas por la enfermedad.

4.5. El Plan de análisis de datos.

Durante investigación en las fichas farmacoterapéuticas, el test de calidad de vida relacionada con la salud SF-12 y ante cálculos de las medidas clínicas se trasladó a tablas en MS Excel. Dando así la contribución de los datos:

- Una Información frecuente de los usuarios (Edad, sexo, dirección, teléfono) y tiempos de interposición según canales de comunicación manejados.
- Una Etapa de contexto con datos sobre: problemas de salud y medicamentos manejados, PRM, RNM asociados, estrategias de intervención usada y las vías de comunicación. También se apuntó si el PRM fue o no decidido y la percepción final del paciente sobre la solución de la dificultad.
- Los resultados antes y después del SFT de la intervención del test de calidad de vida relacionada con la salud SF-12.
- Las tablas lo los niveles de los parámetros clínicos y subsiguientemente del SFT.

Sin embargo, “Día a día tomando informe ante dichas fichas almacenados en MS Acces, se fabricaron tablas de consecuencias de doble y simple ingreso con frecuencias relativas, absolutas y porcentajes. Por lo que fundaron tablonos y gráficos sobre los tipos de los pacientes intervenidos, problemas de salud, frecuencias de los fármacos usados, tipo y frecuencia de PRMs”¹.

Es por ello que ante demostrar las actividades y consecuencias por interposición se edificaron tablas que dan la frecuencia de los conductos de comunicación utilizados, el tipo y frecuencia de PRM diagnosticados y el porcentaje de los solucionados. Por lo que asimismo los resultados sobre la diferencia entre el grado de autopercepción de la CVRS, tanto antes como después de la interposición.

Sabiendo que determinado caso el parecido entre los números diagnosticados ante los medicamentos consumidos y entre los medicamentos usados y los PRMs diagnosticados por cada paciente. Se han elaborado gráficos de regresión lineal para encontrar la linealidad de la reciprocidad y para la determinación de la correlación entre las variables se utilizó el estadístico de Spearman.

Sabiendo que ante el resultado de cada paciente se examinaron en una matriz de cambio en MS Excel con la que se obtuvo el puntaje de cada dimensión para cada paciente. Se contrastaron los obtenidos antes y después de la intervención y se midió el nivel de significancia de las diferencias de las medias ante el ensayo estadístico T de Student. Asumimos la elevación de significancia con resultados menores de 0.05.

4.6. Matriz de consistencia.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN	VARIABLES E INDICADORES	ANÁLISIS DE RESULTADOS
¿Cuál es el impacto de un programa de seguimiento fármaco terapéutico dirigido a pacientes diabetes implementado desde la Botica MiFarma ubicada en la Av Manuel Ruiz 304-chimbote?	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar el impacto de un programa de seguimiento Farmacoterapéutico sobre los problemas relacionados con el uso de los medicamentos ante los valores de glicemia sobre los pacientes diabéticos intervenidos desde la Botica MiFarma ubicada en Av. Manuel Ruiz 304 del Distrito de Chimbote.</p> <p>Objetivo Específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar un programa de seguimiento farmacoterapéutico dirigido a los pacientes Diabéticos intervenidos y agrupados por sexo ante el promedio de edad, desde la Botica MiFarma ubicada en Av. Manuel Ruiz 304. 2. Analizar los Medicamentos prescritos y automedicados utilizados por los pacientes durante el proceso de intervención. Programa de SFT a pacientes diabéticos. 3. Determinar la clasificación de los PRM diagnosticados, con el Programa de SFT a usuarios diabéticos. 	<p>H₀: Ante los estudios previos ya realizados se afirma que un programa de seguimiento farmacoterapeutico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, tienen un impacto negativo ante los niveles de glicemia.</p> <p>H₁: Ante los estudios previos ya realizados se afirma que un programa de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, tienen un impacto positivo ante los niveles de glicemia.</p>	<p>El nivel de la investigación es Experimental. El diseño es pre experimental.</p>	<p>Variable independiente: El programa de SFT</p> <p>Variable dependiente: Glicemia.</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. Principios éticos.

Es por ello que “La world Medical Association refiere, El estudio se llevó a cabo siguiendo las normas éticas de la Declaración de Helsinki. Se realizó con el consentimiento de los responsables del Servicio Farmacéutico de referencia. Se reportaron a los responsables del tratamiento las incidencias de las visitas de manera inmediata si se identifican factores de riesgo agravados que originen la inmediata atención del paciente”⁷⁷.

Siendo así el químico farmacéutico Ocampo alude que siendo preservada por el instante el anónimo de los usuarios. Ante aquellos datos particulares inscritos en la ficha fármaco terapéutica no figuran en la tabla de análisis de datos sólo un número de caracterización, sexo y edad. Las intervenciones es ineludible conocer su nombre y apellidos y su dirección de correo electrónico de ser posible. Por lo que ciertos Datos serán ilustres por el investigador y por un auxiliar encargado de la aleatorización. Dichos los datos persistirán en la base de datos informática hasta la finalización del estudio y será destruida posteriormente al término de la averiguación.

Para que los usuarios se les comunicará del estudio solicitándoles el consentimiento escrito para su inclusión en el mismo, la hoja de consentimiento informado (Ver Anexo N° 02) relata los compromisos del farmacéutico y las del paciente. Por lo que se modificaría la terapia prescrita sin la aprobación del profesional prescriptor. Tanto así que dicho formato está apto ante el Comité de Investigación de la Escuela Profesional de Farmacia de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote

IV. RESULTADOS

5.1 Resultados

5.1.1. EFECTO ANTE LA INTERVENCIÓN FARMACEUTICA SOBRE LOS NIVELES DE GLICEMIA.

Tabla 1: Resultados del efecto de un programa de seguimiento Farmacoterapéutico sobre problemas relacionados con el uso de los medicamentos ante los valores de glicemia sobre los pacientes diabéticos

PACIENTE	Glicemia 1 (mg/dl)	Glicemia 2 (mg/dl)	Glicemia 3 (mg/dl)	Glicemia 4 (mg/dl)
1	236	131	146	135
2	313	280	230	224
3	125	119	130	124
4	144	140	137	130
5	173	170	160	158
6	290	264	285	279
7	230	280	173	155
8	125	139	117	129
9	170	163	159	156
10	200	199	200	190
11	155	174	170	150
12	210	174	190	196
PROMEDIO	197.58	186.08	174.75	168.83
S	61.15	57.87	46.86	46.17

Fuente: Tabla de Estado de Situación, anexo N° 4.

Significancia ($P < 0.05$) = 0.020, anexo N° 5.

5.1.2. CARÁCTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES Y TIEMPOS INTERVENIDOS DURANTE LA INTERVENCIÓN.

Tabla 2. Medicamentos prescritos y automedicados utilizados por los pacientes durante el proceso de intervención. Programa de SFT a pacientes diabéticos.

ORIGEN DEL MEDICAMENTO	MORBILIDAD	DENOMINACIÓN EN DCI	fi	Fi	%
PRESCRITOS		Metformina	9		
	Diabetes Mellitus tipo 2	Glibenclamida	4	15	28.9
		Glimepirida+Metformina	2		
		Hipertensión arterial	Losartan	2	2
	Osteoporosis	Calcio+Vitamina D3	1	1	1.9
	Prostata	Tansulosina	1	1	1.9
		Fenazopiridina	2		
	ITU	Ibuprofeno	1	4	7.7
		Ciprofloxacino	1		
	Depresión	fluoxetina	1	1	1.9
		sub total		24	46.2
	Problemas cardiacos	acido acetilsalicilico	1	1	1.9
	Ardor al orinar	Norfloxacino	1	2	3.8
		Ciprofloxacino	1		
	Insomnio	Clonazepan	1	1	1.9
	Infección de la piel y tejido blando	Cefalexina	1	1	1.9
		Infección del tracto respiratorio	Amoxicilina	1	1
	Hongos	Clotrimazol	1	1	1.9
	Inflamación de amigdalas	Dexametazona	1	2	3.8
		Amoxicilina	1		

**NO
PRESCRITOS**

Fiebre	Metamizol	2	3	5.8	
	Ibuprofeno	1			
Dolor musculoesqueléti co	Naproxeno	3			
	Loxoprofeno	1			
	Carvedilol	1			
	Diclofenaco	1			
	Ibuprofeno	1	10	1 9 . 2	
	Meloxicam	1			
	Orfenadrina (citrate)	1			
	Glucosamine	1			
	Dolor y ardor de cuerpo	Gabapentina	1	1	1 . 9
	Dolor de cabeza	Paracetamol + cafeína	1		3
Paracetamol		1	2	. 8	
Ardor de estómago	Subsalicilato de bismuto	1		3	
	Buscapina	1	2	. 8	
Alergia	Clorfenamina	1	1	1 . 9	
	Subtotal		28	3 . 8	
	total	5 2	52		

Fuente: Tabla de Estado de Situación, anexo N° 4.

DCI: Denominación común internacional.

5.1.3. DESENLACE FINAL ANTE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS Y RESULTADOS NEGATIVOS DE LA MEDICACION DURANTE LA INTERVENCION FARMACEUTICA.

Tabla 3. Clasificación de PRM diagnosticados con el Programa de SFT en pacientes diabéticos.

CODIGO	DESCRIPCIÓN	fi	%
PRM			
9	Incumplimiento	12	30.0
8	Error de Prescripción	12	30.0
3	Conservación Inadecuada	10	25.0
2	Actitudes Negativas	3	7.5
1	Adm. Errónea del Med.	3	7.5
	Total	40	100.0

Fuente: Tabla de Estado de Situación, anexo N° 4.

5.2. Análisis de resultados.

Tiene como propósito valorar el efecto del programa de Seguimiento Farmacoterapéutico ante los niveles de glicemia en los pacientes con Diabetes Mellitus II, en que se trazaron resultados por ende se dieron la interpretación de acuerdo a la variable ya obtenida

5.2.1: EFECTO DE LA INTERVENCION DE LOS NIVELES DE GLICEMIA.

El efecto de seguimiento farmacoterapéutico asociados a los niveles de glicemia se utilizó un instrumento de suma importancia en las cuales se logran medir los promedios indicados a los pacientes, el instrumento fue un glucómetro de marca NIPRO TRUE METRIX. Al ser ya las respectivas muestras de por los usuarios se han procedido a unas visitas a domicilio en las cuales fueron 4 intervenciones por las mañanas para saber el grado de la enfermedad y el control que se debe hacer diario. Entre los niveles de glicemia fueron 197.6 mg/dl, 186.1 mg/dl, 174.4 mg/dl y 168.8 mg/dl mostrándose así un descenso en cada uno de los usuarios en los niveles de glicemia ante la visita. (Tabla 1)

Sin embargo, en la segunda visita se obtuvieron resultados favorables de 186.1 mg/dl por lo que la disminución se dio en un 11.5 mg/dl una gran comparación a la primera visita. Por lo que los pacientes estaban recibiendo una adecuada administración de sus medicamentos al momento de consumirlo ya sea por iniciativa propia o por algún familiar cercano. Sin embargo, esto se dio los resultados más resaltantes en los pacientes 1, 5, 7, 9, 11 y 12 fueron los que más destacaron con respecto a la toma de sus medicamentos. (Tabla 1)

Ya en la tercera visita se obtuvieron los resultados de 174.8 mg/dl dando como promedio de 11.3 mg/dl por lo que no fue tan favorable en algunos pacientes que se esperaba que destacaran más en la toma de sus medicamentos que si no lo hacían era por el olvido o el trabajo secular que tenían entre ellos fueron los usuarios 2, 3, 4, 6, 8 y 10. Pero no obstante que cada paciente no logren tomar su medicamento es que también las visitas no eran muy seguidas por el corto tiempo que se le podía brindar al paciente pero la mejora se dio en los trascurros de los días ya que cada uno de ellos en particular era que se querían mejorar o tomar una vida menos dolorosa y seguir con su ritmo de vida como era antes no talvez al 100% pero amenos una mejora para el bienestar de ellos.

En la cuarta visita al domicilio de los pacientes el promedio de los niveles de glicemia fueron 168.8 mg/dl dando como mejora a la disminución de 6 mg/dl, esto se dio como resultado ya que los pacientes supieron el gran error y lo que les perjudica al no tomar sus medicamentos, ellos pusieron de su parte para que no solo cumplan con el programa de seguimiento farmacoterapéutico sino para que tengan una mejor vida de aquí en adelante y poder contar con ellos no solo en el ámbito profesional sino en el entorno que nos rodea.

La opinión ya analizada y evaluada por ciertos resultados derivados de los pacientes gracias al seguimiento farmacoterapéutico se determinó la disminución de los valores de glicemia en cada uno de ellos como grado de significancia es de 0.020 por lo que demuestra un resultado favorable gracias al beneficio de los pacientes diabéticos.

Ocampo, P en 2010, en una investigación para medir el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes diabéticos: “Dicho resultado manifiesta

que el resultado es significativo (0.031). Es por ello que el programa aumentó sobre todo la actitud de los pacientes en tomar los medicamentos cotidianamente ($p = 0.003$)⁷¹.

5.2.2. RESULTADOS SOBRE LOS DIAGNÓSTICOS Y MEDICAMENTOS UTILIZADOS ANTE EL SFT.

Tabla 2. Dando como promedio relacionado al SFT es que los pacientes suelen consumir a menos 2 medicamentos prescritos y sin prescripción 3 por la automedicación. Donde la morbilidad de Diabetes Mellitus tipo II arroja como resultados (28.9%) a medida que las otras morbilidades estipulan (46.2%) incluidas en el estadio final, sabiendo ya ante mano que los antiinflamatorios dan como resultado (19.2%) siendo así la auto medicación hoy en día una de las más frecuentes ante la población (53.8%) de pacientes auto medicados.

Según “Alvarado N y Vargas D⁸⁸, reafirman estos datos en su investigación sobre las características de la automedicación; concluyendo que el 95.7% de la muestra se auto médica y los principales síntomas de automedicación fueron; el dolor (cabeza, manos, menstrual, estomacal, corporal, etc.). De igual forma se menciona el tipo de medicamentos de mayor consumo por automedicación; los cuales fueron los analgésicos y antiinflamatorios (13,4%). Resultados que son semejantes a lo reportado en nuestro estudio.”

5.2.3. BASE DE “RESULTADOS NEGATIVOS ASOCIADOS A LA MEDICACIÓN POR PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS”.

Tabla 3. Un gran objetivo de esta investigación es poder diagnosticar los PRM y al alcance de nuestro tiempo poder solucionarlas y dejar en claro las consecuencias ante ello durante la experiencia de los 12 items se indicaron 40 problemas diferentes dando así el incumplimiento PRM más frecuente (30.0%) ya detallado. Resaltando que el segundo problema frecuente es la prescripción errónea (30.0%) y tercero la conservación inadecuada (25.0%), lo que indica la falta ante el paciente para poder instruirle y dar consejos apreciables y detallados para un mejor uso del medicamento.

Según Pizarro D, Toma en cuenta que Establecer medicamentos en pacientes con edad avanzada no es sencillo. Sin embargo, diversos estudios demuestran que las personas mayores usan al menos tres veces más medicamentos, hay estudios que demuestran que aproximadamente un 40% de los pacientes entre 75 y 84 años tienen más de 10 fármacos prescritos⁸⁹.

Según “Tafur E, a su vez la correlación al número de PRMs se halló un promedio de 1.92 resultado disímil al encontrado por Duran. Por lo cual en el estudio realizado por los problemas relacionados con medicamentos son resueltos en farmacia comunitaria, en el cual obtuvo un promedio de casi 2 PRMs por paciente ⁹⁰. Cabe resaltar que dichos resultados poseen mucho contraste a los datos obtenidos por Campos. Por lo que su estudio estudio de SF, en pacientes iniciados en el servicio de medicina interna del hospital infante, obtuvo un promedio de casi 3 PRMs remediados” ⁹¹.

Ya sabiendo que en su mayoría se da mención a olvidar frecuentemente tomar los medicamentos a la hora indicada, principalmente por diferentes motivos; por lo que es más frecuente el sexo femenino habitualmente por los hábitos en el hogar, siendo así el sexo masculino por motivos laborales y en ambos sexos reportaron olvidar seguir con las indicaciones cuando se trataba de ir viajar.

VI. CONCLUSIONES

6.1 conclusiones.

6.1.1. realizando los niveles de glicemia a los pacientes diabéticos se dieron porcentajes elevados en la captación de la primera visita domiciliaria por ende se les dieron pautas y una correcta administración de sus medicamentos para ello puedan establecer una vida más favorable, ya en el transcurso de los días el porcentaje fue favorable dado a ellos una administración agradable para el paciente y satisfactoria para el profesional que lo estaba asesorando.

6.1.2. Se resolvieron todos los problemas relacionados con medicamentos diagnosticados. “La intervención farmacéutica mediante seguimiento farmacoterapéutico fue significativo en solucionar la mayoría de los problemas relacionados con medicamentos diagnosticados.”

6.1.3. El SFT que se realizado a los pacientes con diabetes mellitus ha permitido detectar PRMs realizándose distinto tipo de intervenciones, por lo que en la clasificación de los PRM diagnosticados con el programa de SFT se estableció que hay un 7.5% de una administración errónea de medicamento por el cual se estimó que en los trascursos de los días fuese más práctico.

6.2. Recomendaciones

6.2.1. Así como también instruirlos darle pautas para evitar que recaigan y para ello darles charlas y sobre la dieta y hábitos de vida saludable elaborando una dieta adecuada, motivando a la reducción del sobrepeso y realización de ejercicio y sobre la adherencia a los tratamientos.

6.2.2. Se recomienda dar pautas para la correcta cura de las heridas en caso que lo tuvieran por su mismo grado de enfermedad diagnóstica.

6.2.3. Se debería asesorar en los hospitales sobre los horarios correctos de toma de medicación. Por último, se deben establecer los planes de seguimiento con futuros controles de los parámetros analíticos.

6.2.4. Con la investigación realizada se ha logrado entender que el incumplimiento es un problema de gran magnitud en especial en pacientes con enfermedades crónicas por lo que se recomienda: Desarrollar el programa de SFT en todas las Farmacias y Boticas, con la finalidad de asegurar el uso correcto de los medicamentos, mejorar la calidad de vida del paciente y la reducción de los costes finales de su enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ocampo, P. "Impacto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico, dirigido a pacientes Hipertensos, sobre los problemas relacionados con medicamentos, la adherencia al tratamiento y la percepción del paciente sobre la actividad profesional del farmacéutico". ULADECH católica. 2012. Tomado desde:
<http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2012/01/08/000180/00018020140211103040.pdf>
2. Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *Ars Pharm* 2007; 48 (1): 5-17.
3. Reyes C. Seguimiento Farmacoterapéutico sobre los niveles de glicemia en pacientes diabéticos [tesis doctoral] Perú, Servicios de publicaciones, Universidad Uladech 2017.
4. Faus M. Pharmaceutical Care as a response to social need. *Ars Pharmaceutica*, 41: 1; 137-143, 2000.
5. Locia J. Ortega A. Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un hospital de Xalapa, Veracruz [Interne] *Rev Mex Cienc Farm* 48 (1) 2017 disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/579/57956614005.pdf>
6. Lee K. Grace A. Taylor J. Effect of a Pharmacy Care Program on Medication Adherence and Persistence, Blood Pressure, and Low-Density Lipoprotein

- Cholesterol. A Randomized Controlled Trial. JAMA, Published online November 13, 2006.
7. Kheir M. Foppe J. Shaw P. Sheridan L. Health-related quality of life measurement in pharmaceutical care Targeting an outcome that matters. Pharmacy World & Science. Springer Netherlands. ISSN0928-1231 (Print) 1573-739X (Online). 2004; 26 (3): 125-128.
 8. Tafur E. García E. Aproximación del rol de farmacéutico en la calidad de vida relacionada con la salud. Pharmacy Practice 2006; 4(1): 18-23.
 9. Pickard S. Johnson A. Farris B. The impact of pharmacist interventions on health- related quality of life. Harvey Whitney Books Company. The Annals of Pharmacotherapy: 1999; 33(11): 1167-1172. DOI 10.1345/aph.18460.
 10. Armando P, Uema S, Solá N. Valoración de la satisfacción de los pacientes con el Seguimiento Farmacoterapéutico. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3(4): 205- 212.
 11. Faus M. Método Dáder. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada, 2016; on-line ISSN 2340-9894.
 12. Study Commission on Pharmacy & American Association of Colleges of Pharmacy. (1975). Pharmacists for the future: The report of the Study Commission on Pharmacy: commissioned by the American Association of Colleges of Pharmacy. Ann Arbor: Health Administration Press.
 13. Andrés NF. Atención farmacéutica en farmacia comunitaria: ¿es ya realidad o todavía un proyecto de futuro?. Discurso de ingreso como académico de

- número. Academia de Farmacia de Galicia. España. Santiago de Compostela, 2006.
14. Brodie DC. Drug use control: keystone to pharmaceutical service. *Drug Intell Clin Pharm.* 1966; 20(2): 116-117.
 15. Study Commission on Pharmacy & American Association of Colleges of Pharmacy. (1975). *Pharmacists for the future: The report of the Study Commission on Pharmacy :commissioned by the American Association of Colleges of Pharmacy.* Ann Arbor: Health Administration Press.
 16. Mikeal RL, Brown TP, Lazarous HL, Vinson MC. Quality of pharmaceutical care in hospitals. *Am J Hosp Pharm* 1975;32:567-576.
 17. Garcia M. Programa de seguimiento Farmacoterapéutico adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos, Farmacia Delgado [tesis doctoral] Perú. Servicios de publicaciones Universidad Uladech 2016.
 18. Brodie DC, Parish PA, Poston JW. Societal needs for drugs and drug related services. *Am J Pharm Educ.* 1980;44:276-278.
 19. Heno A. Nuevos tiempos de atención. *Farmacia Integral pacientes diabéticos* ISSN 0122-137X, 2018 julio 23 N°(2) pg. 80.
 20. Gastelurrutia M.A., Soto E. “Pharmaceutical Care: ¿Atención Farmacéutica o Seguimiento de los tratamientos farmacológicos?”. *Rev. 2016 Pharm. Care Esp.* .1: 323-328.
 21. Ministerio de Salud del Perú. La Política Nacional de Medicamentos en el Perú. Consejo Nacional de Salud. Comité de Medicamentos. Resolución Ministerial N° 1240-2004-MINSA. Tomado desde:

- <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/destacados/archivos/65/RM1240-2004.pdf> el 19/08/2014.
22. Congreso de la República del Perú. Ley 29459, Ley de productos farmacéuticos dispositivos médicos y productos sanitarios. Diario Oficial el Peruano. Lima 26 de Noviembre de 2009.
23. Presidencia de la república. Aprueban Reglamento de Registro Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, Decreto Supremo N°016-2011-TR. El Peruano. Lima 27 de Julio de 2011.
24. Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Atención Farmacéutica en el Perú (1). Boletín Centro de Atención Farmacéutica - Año 1 Número 1 Enero – Febrero 2008. Tomado desde: www.digemid.minsa.gob.pe El 28/07/2012.
25. Álvarez A. Zegarra E. Solis Z. Mejía N. Matos E. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud del Perú. Boletín (Cent. Aten. Farm.). Año 5 - Número 3 – Mayo-Junio 2012. ISSN 2221-4259. Tomado desde: http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Boletines/AtencionFarmaceutica/B09_2012_03.pdf El 19/08/2014.
26. Hepler C, Strand L. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm. 1990; 47 (3):533–43.
27. Sindicato Médico del Uruguay. El valor del medicamento: realidades y esperanzas de futuro. El Diario Médico N°65. Mayo de 2005. Tomado desde:

<http://www.smu.org.uy/publicaciones/eldiariomedico/n65/pag15.pdf>. El 28/08/2012.

28. Fernández F. Faus M. Gastelurrutia A. Baena I. Martínez F. Evolución del concepto de problemas relacionados con medicamentos: resultados como el centro del nuevo paradigma. *Seguimiento farmacoterapéutico* 2005; 3(4):167-188.
29. Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *Ars Pharm* 2007; 48(1):5-17.
30. Strand M. Morley C. Cipolle J. Ramsey R. Lamsam D. Drug-related problems: their structure and function. *Drug Intell Clin Pharm* 1990; 24:7-1093.
31. Blasco P, Mariño E, Aznar M, Pol E, Alós M y et al. Desarrollo de un método observacional prospectivo de estudio de errores de Medicación para su aplicación en hospitales. *Farm Hosp* 2001; 25:253-273.
32. Paredes A. Intervención Farmacéutica para solucionar problemas relacionados con medicamentos en pacientes con diabetes mellitus tipo II [tesis doctoral] Perú. Servicios de publicaciones Universidad Uladech 2016.
33. Álvarez F. Arcos P. Eyaralar T. Abal F. Dago A. et al Atención farmacéutica en personas que han sufrido episodios coronarios agudos (Estudio TOMCOR). Ministerio de Sanidad y Consumo de España Madrid. *Rev Esp. Salud Pública*. 2001; 75(4): 375-388.

34. Faus M, Fernández F. Problemas Relacionados con Medicamentos: como factores de riesgo. Seguimiento Farmacoterapéutico 2003; 1(3): 147-148. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3713399>
35. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. PRM y RNM Conceptos. Portal Farma.com Organización Farmacéutica Colegial. FARMACÉUTICOS N° 315 - Octubre 2006. Tomado desde: http://www.portalfarma.com/inicio/atencionfarmaceutica/forodeattfarma/Document s/28_29_Atencion_farma.pdf. Tomado el 14/07/2012.
36. Hall V. Atención farmacéutica. Seguimiento del tratamiento farmacológico. Universidad de Costa Rica. Centro Nacional de Información de Medicamentos. Enero de 2003. Tomado desde: <http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed14.pdf>. El 20/08/2014.
37. Culbertson L. Larson A. Cady S. Kale M. Force W. "A conceptual framework for defining pharmaceutical diagnosis," Am. J.Pharm. Educ. 1997; 61:12-18. Tomado desde: <http://archive.ajpe.org/legacy/pdfs/aj610112.pdf>. El 20/08/2014
38. Hurley C. A Method of Documenting Pharmaceutical Care Utilizing Pharmaceutical Diagnosis. American Journal of Pharmaceutical Education Vol. 62, Summer 1998.
39. Ferriols R. Valoración de la Atención Farmacéutica en los problemas relacionados con los medicamentos. Presentado en XLIV Congreso Nacional SEFH. Septiembre 1999. Pamplona.

40. Calvo V. Alós M. Giraldez J. Grupo de Trabajo Atención Farmacéutica. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Bases de la Atención Farmacéutica en Farmacia Hospitalaria. FarmHosp 2006; 30:120-3.
41. Sabater D. Silva M. Faus M. Método Dáder. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. Tercera edición, 2007.
42. Presidencia de la república. Aprueban reglamento de establecimientos farmacéuticos, Decreto Supremo N°014-2011-SA. El Peruano. Lima 27 de Julio de 2011.
43. Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Norma Técnica de Buenas Prácticas de Dispensación. Tomado desde: www.digemid.minsa.gob.pe. El 13 de Julio de 2012.
44. Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Manual de Buenas Prácticas de Prescripción. 2005. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. Lima. Tomado desde: <http://www.minsa.gob.pe/infodigemid>.
45. Basterra M. El cumplimiento terapéutico. Pharm care. Esp 1999; 1: 97-106. Tomado desde: <http://www.cqfperu.org/af/artInteres/af200511cumpliTerape.pdf> El 16/07/13
46. Morisky E. Green W. Levine M. Concurrent and Predictive Validity of a Self-Reported Measure of Medication Adherence. Medical Care. 1986; 24 (1):67-74.

47. Fulmer T. Feldman H. Kim S. Carty B. Beers M. Molina M. Putnam M. An intervention study to enhance medication compliance in community-dwelling elderly individuals. *J Gerontol Nurs* 1999 Aug; 25(8):6-14.
48. Rodríguez A. Atención farmacéutica en farmacia comunitaria: ¿es ya realidad o todavía un proyecto de futuro? Discurso de ingreso como académico de número. Academia de Farmacia de Galicia. España. Santiago de Compostela, 2006. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de España. Consenso sobre Atención Farmacéutica. *Ars Pharmaceutica*, 42:3-4; 221-241, 2001.
49. Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *Ars Pharm* 2007; 48(1):5-17.
50. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de España. Consenso sobre Atención Farmacéutica. *Ars Pharmaceutica*, 2001; 42:3-4; 221-241.
51. Comité de Consenso: Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM). *Ars Pharmaceutica*, 43:3-4; 179-187, 2002.
52. Gonzales G. Fundamentos de Atención Farmacéutica Cap 11. Pontificia Universidad
53. Católica de Chile. Tomado desde: http://cursos.puc.cl/unimit_qim_0021/almacen/1220552779_ggonzale_sec4_pos0.pdf. El 16/08/2012.
54. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. Seguimiento farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). *Pharmacy Practice* 2006; 4(1): 44-53.

55. Boswort H, Olsen M, Gentry P, Orr M, Dudley T y et al. Nurse administered telephone intervention for blood pressure control: a patient-tallored multifactorial intervention. *Patient Educ Couns* 2005; 57: 5-16.
56. Ocampo P. Impacto de un programa de atención farmacéutica sobre el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes hipertensos. in *crescendo* 1(2) 2010. Tomado desde: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S2222-30612010000200006&script=sci_abstract. El 02/03/2016.
57. Cella F, Wiklund I, Shumaker A, Aaronson K. Integrating health-related quality of life in clinical trials. *Qual Life Res.* 1993; 2: 433-40.
58. Ferriols R. Valoración de la Atención Farmacéutica en los problemas relacionados con los medicamentos. Presentado en XLIV Congreso Nacional SEFH. Septiembre 1999. Pamplona.
59. Ministerio de salud. Guía clínica diabetes mellitus tipo 2. Santiago: Minsal, 2010.
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c3e23d1e04001011f011398.pdf> (ultimo acceso 23 de septiembre del 2016).
60. Castro K. “implementación y evaluación de un programa de atención farmacéutica en pacientes diabéticos tipo 2 atendidos en el centro de salud familiar Gil de castro de valdivia”.Tesis para título profesional. Universidad Austral de Chile.2007.
61. Ruiz M, Pairdo A. (PDF) Calidad de vida relacionada con la salud: Definición y utilización en la práctica médica. [Página de Internet]Available from: [acceso Jul 02 2018]. URL disponible en:

- https://www.researchgate.net/publication/231315825_Calidad_de_vida_relacionada_con_la_salud_Definicion_y_utilizacion_en_la_practica_medica.
62. Martínez J. Baena I. La Atención Farmacéutica como método para mejorar la salud de los pacientes y la coordinación entre los profesionales médicos y farmacéuticos. *Pharm Care Esp*. 2001; 3:135-9.
63. Sistema de Información Científica, Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal [internet]. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: CONCEPTO Y MEDICIÓN / Recibido en agosto 4 de 2015, aceptado en abril 18 de 2016. [Fecha de acceso 2 de julio del 2018]. URL disponible en: <http://www.redalyc.org/html/3091/309146733010/>.
64. Martínez M. El concepto atención farmacéutica. sus influencias gnoseológicas en el contexto de la profesión. *Revista del Centro de Investigación. Universidad La Salle. México*. 2000. 4(14):83-85.
65. Iñesta A. Atención Farmacéutica. Estudios sobre uso de medicamentos y otros. *Rev Esp. Salud Pública* 2001; 75: 285-290 N° 4 - Julio-Agosto 2001.
66. Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS). Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO Cuestionario de Salud SF-12. Versión española del Cuestionario de Salud SF-12 adaptada por J. Alonso y cols. Tomado desde: www.iryss.imim.es/iryss/PDFs/Descripcion_SF-12_BiblioPRO.pdf. 19/10/07.
67. Quintana S, Fernández J. Adherencia terapéutica farmacológica anti-hipertensiva en adultos de atención primaria y factores relacionados con su incumplimiento. *Rev Cubana Invest Biomed* 2009; 28-96.

68. National longitudinal surveys. Nlsy79 Appendix 19: Sf-12 Health Scale Scoring. US Department of Labor. Bureau of labor statistics. 2002. Tomado desde: www.bls.gov/nls/79quex/r19/y79r19append19.pdf El 11/02/08.
69. Márquez E. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico en la diabetes mellitus. Centro de Salud la Orden, Huelva, España. Tomado desde: <http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/c053/marquez> PDF El 06/02/13
70. Silva J. Seguimiento de pacientes con Diabetes mellitus tipo 2, atendidos en el Hospital de Rengo [Internet]. Santiago, Chile: Universidad de Chile - Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas; 2012 [citado: 2015, noviembre]. Disponible en: <http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/105226>.
71. Cairo Toledano J., Laura Avila J., Sara García J. Seguimiento farmacoterapéutico en una población ambulatoria con Diabetes mellitus tipo 2 . 1Facultad de Farmacia de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos , Rev Mex Cienc Farm 43 (2) 2012 disponible en : <http://asociacionfarmaceuticamexicana.org.mx/revistas/2012/RMCF%20V43%20ARTICULOS%20PDF/SEGUIMIENTO%20FRAMACOTERAPEUTICO%20EN%20UNA%20POBLACION%20AMBULATORIA%20CON%20DIABETES%20MEL LITUS%20TIPO%202.pdf>
72. Andrade R, Pelá I. Seguimiento farmacéutico diabéticos tipo 2. y su impacto sobre los resultados glucémicos en pacientes. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3(2): 112-122. Disponible en <http://www.cipf-es.org/sft/vol-03/112-122.pdf>

73. Comité de Consenso: Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM). *Ars Pharmaceutica*, 43:3-4; 179-187, 2002.
74. García M. Puig M. Mateu S. Bonet M. Fuentes de información de medicamentos. En: Carnicero J (Coordinador). *La gestión del medicamento en los Servicios de Salud. Informes SEIS (8)*. Pamplona: Sociedad Española de Informática de la Salud, 2008. Tomado desde: <http://www.seis.es>
75. University of Michigan Health System. Comprehensive Cancer Center. Scoring Instructions for the Expanded Prostate cancer Index Composite (EPIC) University of Michigan. 2002. Tomado desde: www.roadrunner.cancer.med.umich.edu/epic/EPICScoring-2.2002.pdf.
76. National longitudinal surveys. Nlsy79 Appendix 19: Sf-12 Health Scale Scoring. US Department of Labor. Bureau of labor statistics. 2002. Tomado desde: www.bls.gov/nls/79quex/r19/y79r19append19.pdf
77. World Medical Association. Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subject. Edinburgh: 52nd WMA General Assembly (on line) URL disponibilidad in: http://www.wma.net/e/policy/17-c_e.html. El 15/07/15.
78. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. Seguimiento Farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). *Pharmacy Practice* 2006; 4(1): 44-53
79. Tomemos control de la Diabetes. [internet] Perú: Ministerio de salud, 2010. [Citado 22 Abr 2019]. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/Especial/2010/diabetes/presentacion.asp>

80. Diabetes. [internet]. Organización mundial de la salud. [Citado 22 Abr 2019].
Disponibile en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>.
81. García M, Puig M, Mateu MS, Bonet M. Fuentes de información de medicamentos. En: Carnicero J (Coordinador). La gestión del medicamento en los Servicios de Salud. Informes SEIS (8). Pamplona: Sociedad Española de Informática de la Salud, 2008.
82. Jameson JP, Van Noord G, Vanderwoud K. The impact of a pharmacotherapy consultation on the cost and outcome of medical therapy. *J Fam Pract* 1995; 41(5):469-72.
83. University of Michigan Health System. Comprehensive Cancer Center. Scoring Instructions for the Expanded Prostate cancer Index Composite (EPIC) University of Michigan 2002. Desde: www.roadrunner.cancer.med.umich.edu/epic/EPIC-Scoring-2.2002.pdf. Tomado el 11/02/08.
84. National Cancer Institute. Morisky 4-Item Self-Report Measure of Medication-Taking Behavior (MMAS-4). Tomado desde: <https://www.gembeta.org/public/MeasureDetail.aspx?mid=1133&cat=2>. El 28/08/2017.
85. García M. Puig M. Matéu MS. Bonet M. Fuentes de información de medicamentos. En: Carnicero J (Coordinador). La gestión del medicamento en los Servicios de Salud. Informes SEIS (8). Pamplona: Sociedad Española de Informática de la Salud, 2008. <http://www.seis.es>
86. American Diabetes Association. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 1997;

- 20:1183-1197. Tomado desde:
http://care.diabetesjournals.org/content/27/suppl_1/s5.full. El 14/09/2014.
87. De la Paz K, Proenza L, Gallardo Y, Fernández S, Mompié A. Factores de riesgo en adultos mayores con diabetes mellitus. MEDISAN [Internet]. 2012 Abr [citado 2017 ene 17] ; 16(4): 489-497. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000400001.
88. Alvarado N. Vargas D. Características de la Automedicación en Estudiantes de Facultad de Farmacia y Bioquímica-UNAP. [tesis pre grado] Iquitos. 2013.
89. Pizarro D. La polimedición y prescripción inadecuada en adultos mayores. Revista médica de costa rica y centroamerica LXXIII. 2016; 619. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/619/art34.pdf> (último acceso el 10 de Diciembre de 2016).
90. Tafur E. García E. Aproximación del rol de farmacéutico en la calidad de vida relacionada con la salud. Pharmacy Practice 2006; 4(1): 18-23.
91. Esmatjes E, Vidal J. Repercusión cardiaca de la diabetes mellitus. RevEsp Cardiol 1998;51: 661-670.
92. Ministerio de salud. Guía clínica diabetes mellitus tipo 2. Santiago: Minsal, 2010. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c3e23d1e04001011f011398.pdf>.
93. Dolores M, Fernández L, Tuneu L. Guía de seguimiento Farmacoterapéutico Sobre Diabetes. Granada-España. Espai Gràfic Anagrafic, S.L; 2010. http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_DIABETES.pdf (último acceso 23 septiembre 2016).

VII. ANEXOS

ANEXO 1: SOLICITUD DE PERMISO DIRIGIDO AL ESTABLECIMIENTO DE FARMACÉUTICO



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

Chimbote, 23 de Junio de 2017

Señorita
Q.F. Ingrid Loyola Lara
BOTICA "MIFARMA" #16
CHIMBOTE
Pte.

Asunto: Facilidades para realizar una investigación sobre Seguimiento Farmacoterapéutico.

De mi especial consideración.

Me dirijo a Usted de manera cordial para solicitarle por su intermedio las facilidades para que el Alumno **Anthony Daniel Valderrama Ramírez**, Cod N° 0108141037, 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


Ingrid L. Loyola Lara
QUÍMICO Farm. CHIMBOTE
C.O.F. 10000


UNIVERSIDAD CATÓLICA
LOS ÁNGELES - CHIMBOTE
DPTO. ACAD. DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA
Mg. Percy Ocampo Rujel
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN EN FARMACIA

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

ANEXO 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.
- 6.- Me comprometo a que toda la información entregada por mí sea fidedigna.
- 6.- Toda información que entregue a los investigadores será absolutamente confidencial y no podrá ser divulgada a terceros sin mi autorización.
- 6.- Autorizo que el Farmacéutico encargado del SFT llame en mi nombre al médico tratante para intercambiar puntos de vista sobre mi tratamiento.
- 6.- Autorizo para que los resultados de las encuestas y fichas de información que responda como parte de la investigación puedan analizarse y presentarse como resultados dentro de un informe final, manteniendo mi anonimato.
- 7.- La firma de este consentimiento no tiene fin comercial o contractual de ningún tipo.

*NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DIRECCION: _____

*TELEFONO: _____

FIRMA: _____

DNI: _____

*NOMBRE DEL QUIMICO FARMACÉUTICO Jr: _____

*TELÉFONO: _____

FIRMA: _____

DNI: _____

FECHA: ____/____/____

ANEXO 3.

FICHA 01. INFORMACION PERSONAL DEL PACIENTE. Programa de Atención Farmacéutica.
EEFF/Centro/Puesto de Salud de.....

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

1.1.- DATOS PERSONALES

NOMBRE: _____ SEXO:

DIRECCIÓN: _____ ZONA: _____

TELÉFONO DOMICILIO: _____ OTRO _____ (MAIL): _____

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

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

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

OTRO CUAL?:

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

1.2.- PARÁMETROS DE SEGUIMIENTO:

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

OTRO				
------	--	--	--	--

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

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

Nº	NOMBRE DEL MEDICO	ESTABLECIMIENTO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO

1.4.-PROBLEMAS DE SALUD QUE SUFRE O PERCIBE EL PACIENTE AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA (diagnosticadas y/o no diagnosticadas):

CIE 10	NOMBRE DEL PROBLEMA DE SALUD, SIGNO O SINTOMA PERCIBIDO POR EL PACIENTE	Receta? Si/No	QUIEN LE DIAGNOSTICO?	TELÉFONO
I10	Hipertensión			
E11	diabetes			
1	Alergias			
2	Dolor			
3	Insomnio			

Insistir con el paciente para que declare TODAS Problemas de Salud diagnosticados que sufre al momento de la entrevista.

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

Cod. CIE 10	NOMBRE DEL MEDICAMENTO (tal cual fue prescrito comercial o DCI)	DCI del prescrito	NOMBRE DEL MEDICAMENTO (tal cual fue dispensado)	DCI del dispensado	Forma Farmacéutica	A: DOSIS (mg)	B: FREC. DE DOSIS x DIA(h)	C: Total Días que debe tomarse el med. (días).	Total de medicamento Prescrito:	FECHA DE PRESCR.
I10				Hidroclorotiazida						
I10	Capoten									
I10				Ácido acetil salicílico						
E11	Metformina									
E11	Glibenclamida									

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

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

Nº	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA, MALESTAR, SENSACIÓN U OTRO.	ACCIONES DEL PACIENTE PARA SOLUCIONAR ESTOS PROBLEMAS

Preguntar sobre malestares, sensaciones, percepciones negativas que tiene el paciente luego de tomar alguno de los medicamentos de la lista anterior. Para este propósito usar 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 en el EEFF desde donde se hace el SFT.

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 algún problema percibido? Si No

Si la respuesta anterior fue Si, entonces procede:

Cual fue el problema o necesidad?

.....

Pudo comunicarse? Si No

Si es no, Por qué?

.....

Cómo resolvió el problema? A quien recurrió?

.....

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

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

Nº	NOMBRE DE LOS REMEDIOS CASEROS	DESCRIPCIÓN DE LA FORMA DE USO	DOSIS	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 LE DIAGNOSTICO?	TELÉF	Molesta ahora? Que hace para solucionar la molestia.	Toma medicamentos para esto?*

**Las enfermedades del pasado, cirugías, accidentes, traumas, etc. Pueden dejar secuelas, signos o síntomas que podrían ser el origen de medicamentos en el presente. Si es así, reportarlo como enfermedad actual no diagnosticado en la tabla 1.4.*

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

1.10.- ANTECEDENTES FAMILIARES DE MORBILIDAD:

ENFERMEDAD	MADRE	PADRE	HERMANOS	OTROS
HIPERTENSIÓN				
DIABETES				
COLESTEROL				
OTRA:				

Observaciones:

.....

Los antecedentes de morbilidad en los parientes cercanos podría ser la relación con signos, síntomas o malestar actuales en el paciente.

1.11.- HABITOS DE VIDA:

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

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

COD INTERV:

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

PACIENTE COD. Nº:

FECHA:

NOMBRE:

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

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

5.¿desde cuándo lo toma?	10.¿siente algo extraño luego de tomarlo?
--------------------------	---

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

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

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

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

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

COD INTERV:

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

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

3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 6:	
1. ¿lo toma? 3. ¿para qué?	4. ¿cómo le fue? 10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 7:	
1. ¿lo toma? 3. ¿para qué?	4. ¿cómo le fue? 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. En esta lista están los medicamentos que el Farmacéutico recomendó no tomar y los dejó en una bolsa negra lacrada.

COD INTERV:

FICHA 03. GUÍA ANATÓMICA DE REPASO PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS DE SALUD.

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

.....

PACIENTE COD. Nº:

FECHA:

NOMBRE:

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

-PELO:

-CABEZA:

-OIDOS, OJOS, NARIZ, GARGANTA:

-BOCA (llagas, sequedad...):

-CUELLO:

-MANOS (dedos, uñas...):

-BRAZOS Y MÚSCULOS:

-CORAZÓN:

-PULMÓN:

-DIGESTIVO:

-RIÑÓN (orina...):

-HÍGADO:

-GENITALES:

-PIERNAS:

-PIÉS (dedos, uñas):

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

-PIEL (sequedad, erupción...):

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

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

- TABACO:

- ALCOHOL:

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

COD INTERV:

FICHA 04. HOJA GUIA DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA.

Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Establecimiento
Farmacéutico/Centro/Puesto de Salud de Chimbote/Trujillo 2009.

PACIENTE COD N°:

NOMBRE:

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

N°	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:	El utiliza erroneamente dos antihistamínicos generando duplicidad de uso	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:	El paciente no entiende la receta	16. Problemas económicos:	

COD INTERV:

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

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

		inseguridad no cuantitativa de un medicamento.	
6		Inseguridad cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad cuantitativa de un medicamento.	

Fecha final de la Intervención:

COMENTARIO:

4.4. QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRM.

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

TABLA N°4.4. CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS

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

COMENTARIO:

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

1. Verbal farmacéutico – paciente

2. Escrita farmacéutico – paciente

3. Verbal farmacéutico – paciente – médico

4. Escrita farmacéutico – paciente – médico

5. Directa farmacéutico – Médico

COD INTERV:

4.6. RESULTADO:

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

--	--	--

¿QUÉ OCURRIÓ CON LOS PRMs QUE NO SE RESOLVIERON?

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

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

COD INTERV:

ANEXO 4: TABLA DE ESTADO DE SITUACIÓN.

COD Paciente	COD CIE 10	DIAGNÓSTICO	ATC	nombre comercial	dci	fp	dosis (mg)	frecuencia (día)	días	COD PRM	Descripción del PRM	RNM	Acción realiz. por el qf	COD. INTERVENCIÓN	COD CANAL DE COMUNICACIÓN	aceptación	solución	Descripción de la NO solución	
1	E11	Diabetes Mellitus tipo 2	A10BA02		Metformina clorhidrato	Ta b	850	1	60	3	Conservacion inadecuada de sus medicamentos, los mantiene desordenados.	1	Brindarle una cajita con distribuciones para sus medicamentos indicando la hora de administracion con letra legible y clara.	10	1	1	1		
1	E11	Diabetes Mellitus tipo 2	A10BA02		Metformina clorhidrato	Ta b	850	1	60	8	La receta no cuenta como debe tomar sus medicamentos(horarios de la medicació).	1	Orientarle en la manera adecuada al pasiente en referencia a la dosis del medicamento.	9	1	1	1		
1	E11	Diabetes Mellitus tipo 2	A10BA02		Metformina clorhidrato	Ta b	850	1	60	9	El paciente se olvida de tomar sus medicamentos frecuentement e.	1	Concientizar mediante pequeñas charlas lo importante que es llevar y no olvidar tomar sus medicamentos a la hora establecida.	9	1	1	1		
1		Dolor de cabeza	N02BE01	Panadol forte	Paracetamol + cafeína	Ta b	50/65	1	2										
1	N39.0	ITU	G04BX06	Pyridium	Fenazopiridina	Ta b	100	2	5										
1	N39.0	ITU	J01MA02	Ciprolin	Ciprofloxacino	Ta b	500	2	5										
1	N39.0	ITU	MO1AE01	Flamadol	Ibuprofeno	Ta b	400	2	3										
2	E11	Diabetes Mellitus tipo 2	A10BD02	Amaryl M	Glimepirida+ Metformina	Ta b	4/100	1	30	1	El paciente refiere que sus medicamento	1	Orientarle al pasiente que tome adecuadamente el medicamento.	9	1	1	1		

											s(horarios de la medicació).							
3	E11	Diabetes Mellitus tipo 2	A10BA02		Metformina clorhidrato	Ta b	850	1	30	9	El paciente se olvida de tomar sus medicamentos frecuentemente.	1	Concientizar mediante pequeñas charlas lo importante que es llevar y no olvidar tomar sus medicamentos a la hora establecida.	9	1	1	1	
3		Garganta inflamada	J01CA04	Amoxil	Amoxicilina	Ta b	500	2	5									
3		Fiebre	M01AE01	Flamadol	Ibuprofeno	Ta b	400	2	3									
3		Dolor columna	M03BC01	Norflex	Orfenadrina (citrato)	Ta b	30	2	5									
4	E11	Diabetes Mellitus tipo 2	A10BA02		Metformina clorhidrato	Ta b	850	2	60	3	Conservacion inadecuada de sus medicamentos, los mantiene desordenados.	1	Brindarle una cajita con distribuciones para sus medicamentos indicando la hora de administracion con letra legible y clara.	10	1	1	1	
4	E11	Diabetes Mellitus tipo 2	A10BA02		Metformina clorhidrato	Ta b	850	2	60	8	La receta no cuenta como debe tomar sus medicamentos(horarios de la medicació).	1	Orientarle en la manera adecuada al pasiente en referencia a la dosis del medicamento.	9	1	1	1	
4	E11	Diabetes Mellitus tipo 2	A10BA02		Metformina clorhidrato	Ta b	850	2	60	9	El paciente se olvida de tomar sus medicamentos frecuentemente.	1	Concientizar mediante pequeñas charlas lo importante que es llevar y no olvidar tomar sus medicamentos a la hora establecida.	9	1	1	1	
4	N39.0	ITU	G04BX06	Pyridium	Fenazopiridina	Ta b	100	1	1									

4		Fiebre	N02bb02	Antalgina	Metamizol	Ta b	50 0	2	5									
4		Ardor del estomago	A02BX05	Bismutol	Subsalicilato de bismuto	Ta b	26 2	1	3									
4		Alergia	R06AB04	Cloro Alergan	Clorfenamina	Ta b	4	2	3									
4		Dolor de garganta	A01AC02	Dexacort	Dexametazona	Ta b	0.5	1	3									
5	E11	Diabetes Mellitus tipo 2	A10BA01		Glibenclamida	Ta b	5	1	30	3	Conservacion inadecuada de sus medicamentos, los mantiene desordenados.	1	Brindarle una cajita con distribuciones para sus medicamentos indicando la hora de administracion con letra legible y clara.	10	1	1	1	
5	E11	Diabetes Mellitus tipo 2	A10BA02		Metformina clorhidrato	Ta b	85 0	2	60	8	La receta no cuenta como debe tomar sus medicamentos(horarios de la medicació).	1	Orientarle en la manera adecuada al pasiente en referencia a la dosis del medicamento.	9	1	1	1	
5	E11	Diabetes Mellitus tipo 2	A10BA02		Metformina clorhidrato	Ta b	85 0	2	60	9	El paciente se olvida de tomar sus medicamentos frecuentement e.	1	Concientizar mediante pequeñas charlas lo importante que es llevar y no olvidar tomar sus medicamentos a la hora establecida.	9	1	1	1	
5		Dolor de huesos	A10BA02	Meloflez	Meloxicam	Ta b	15	1	30									
5		Fiebre	N02BB02	Antalgina	Metamizol	Ta b	80	2	5									
6	E11	Diabetes Mellitus tipo 2	A10BB01		Glibenclamida	Ta b	5	1	30	3	Conservacion inadecuada de sus medicamento	1	Brindarle una cajita con distribuciones para sus medicamentos	10	1	1	1	

											s, los mantiene desordenados.		indicando la hora de administracion con letra legible y clara.					
6	E11	Diabetes Mellitus tipo 2	A10BA02		Metformina clorhidrato	Tablet	850	2	60	8	La receta no cuenta como debe tomar sus medicamentos(horarios de la medicació).	1	Orientarle en la manera adecuada al pasiente en referencia a la dosis del medicamento.	9	1	1	1	
6	E11	Diabetes Mellitus tipo 2	A10BA02		Metformina clorhidrato	Tablet	850	2	60	9	El paciente se olvida de tomar sus medicamentos frecuentement e.	1	Concientizar mediante pequeñas charlas lo importante que es llevar y no olvidar tomar sus medicamentos a la hora establecida.	9	1	1	1	
6		Dolor de estomago	AO3BB01		Buscapina	Tablet	10	1	3									
6		Dolor muscular	M01AE02	Apronax	Naproxeno	Tablet	500	2	3									
6		ITU	J01MA02	Ciprolin	Ciprofloxacino	Tablet	500	2	5									
6		ITU	S01AX12	Norquino 1	Norfloxacino	Tablet	800	2	5									
7	E11	Diabetes Mellitus tipo 2	A10BA02		Metformina clorhidrato	Tablet	850	2	60	3	Conservacion inadecuada de sus medicamentos, los mantiene en frasco de vidrio y desordenados.	5	Brindarle una cajita con distribuciones para sus medicamentos indicando la hora de administracion con letra legible y clara.	10	1	1	1	
7	E11	Diabetes Mellitus tipo 2	A10BA02		Metformina clorhidrato	Tablet	850	2	60	8	La receta no cuenta como debe tomar sus medicamento	1	Orientarle en la manera adecuada al pasiente en referencia a la dosis del medicamento.	9	1	1	1	

9		Para descansar	N03AE01	Neuryl	Clonazepan	Tab	0.5	1	5									
10	E11	Diabetes Mellitus tipo 2	A10BB01	Euglucon	Glibenclamida	Tab	5	3	30	3	Sus medicamentos se encuentran de manera desordenada.	5	Brindarle una cajita con distribuciones para sus medicamentos indicando la hora de administracion con letra legible y clara.	10	1	1	1	
10	E11	Diabetes Mellitus tipo 2	A10BB01	Euglucon	Glibenclamida	Tab	5	3	30	8	La receta no cuenta como debe tomar sus medicamentos(horarios de la medicació) por hojas separadas.	1	Orientarle en la manera adecuada al pasiente en referencia a la dosis del medicamento.	9	1	1	1	
10	E11	Diabetes Mellitus tipo 2	A10BB01	Euglucon	Glibenclamida	Tab	5	3	30	9	Incumplimiento, el paciente olvida tomar sus medicamentos mañana, tarde y noche.	3	Reforzar en la importancia que es cumplir el tratamiento de manera adecuada sin incumplir el tratamiento.	9	1	1	1	
10		Dolor de rodilla	M01AX05		Glucosamine	Cr	2	1	7									
10		Dolor de pierna	M01AB05	Diclac.ge 1 topico	Diclofenaco Dietilamina	Cr	##	1	7									
11	E11	Diabetes Mellitus tipo 2	A10BD02	Amaryl M	Glimepirida+ Metformina	Tab	4/100	1	60	1	El paciente no tiene sus medicamntos guardados especificamente.	1	Orientarle al pasiente que tome adecuadamente el medicamento.	8	1	1	1	
11	E11	Diabetes Mellitus tipo 2	A10BD02	Amaryl M	Glimepirida+ Metformina	Tab	4/100	1	60	2	El paciente refiere querer dejar su tratamiento, no se acostumbra al cambio de estilo de vida.	6	Reforzar la importancia de seguir y no abandonar su tratamiento.	9	1	1	1	

11	E11	Diabetes Mellitus tipo 2	A10BD02	Amaryl M	Glimepirida+ Metformina	Tab	4/100	0	1	60	3	Sus medicamentos se encuentran de manera desordenada.	6	Brindarle una cajita con distribuciones para sus medicamentos indicando la hora de administracion con letra legible y clara.	10	1	1	1
11	E11	Diabetes Mellitus tipo 2	A10BD02	Amaryl M	Glimepirida+ Metformina	Tab	4/100	0	1	60	8	La receta no cuenta como debe tomar sus medicamentos(horarios de la medicació) por hojas separadas.	1	Orientarle en la manera adecuada al pasiente en referencia a la dosis del medicamento.	9	1	1	1
11	E11	Diabetes Mellitus tipo 2	A10BD02	Amaryl M	Glimepirida+ Metformina	Tab	4/100	0	1	60	9	El paciente se olvida de tomar sus medicamentos frecuentement e.	1	Concientizar mediante pequeñas charlas lo importante que es llevar y no olvidar tomar sus medicamentos a la hora establecida.	9	1	1	1
11	I10	Hipertensión arterial	C09CA01	Solvass	Losartan	Tab	50	2	10									
11		Probelmas del corazón	N02BA01	Cardio Aspirina	acido acetilsalicilico	Tab	100	2	3									
11		Dolor muscular	C07AG02	Carveditas	Carvedilol	Tab	13	2	7									
11		Dolor y ardor de cuerpo	N03AX12	Neuropentin	Gabapentina	Tab	300	1	3									
12	E11	Diabetes Mellitus tipo 2	A10BA02		Metformina clorhidrato	Tab	850	3	60	2	El paciente refiere querer dejar su tratamiento, no se acostumbra al cambio de estilo de vida.	2	Reforzar la importancia de seguir y no abandonar su tratamiento.	9	1	1	1	

12	E11	Diabetes Mellitus tipo 2	A10BB01	Euglucon	Glibenclamid a	Tab	5	1	60									
12	E11	Diabetes Mellitus tipo 2	A10BA02		Metformina clorhidrato	Tab	850	3	60	8	La receta no cuenta como debe tomar sus medicamentos (horarios de la medicación) por hojas separadas.	2	Orientarle en la manera adecuada al paciente en referencia a la dosis del medicamento.	9	1	1	1	
12	E11	Diabetes Mellitus tipo 2	A10BB01	Euglucon	Glibenclamid a	Tab	5	1	60									
12	E11	Diabetes Mellitus tipo 2	A10BA02		Metformina clorhidrato	Tab	850	3	60	9	Incumplimiento, el paciente olvida tomar sus medicamentos mañana, tarde y noche.	1	Concientizar mediante pequeñas charlas lo importante que es llevar y no olvidar tomar sus medicamentos a la hora establecida.	9	1	1	1	
12	E11	Diabetes Mellitus tipo 2	A10BB01	Euglucon	Glibenclamid a	Tab	5	1	60									
12	F32	Depresión	N06AB03		Fluoxetina	Tab	20	1										
12	N41	Prostata	G04CA02	Veltam	Tansulosina Clorhidrato	Tab	0.4	2	3									

ANEXO 5. NIVELES DE GLICEMIA.

Grafico 1: Evolución de valores de glicemia de los pacientes intervenidos antes y después de la intervención mediante SFT.

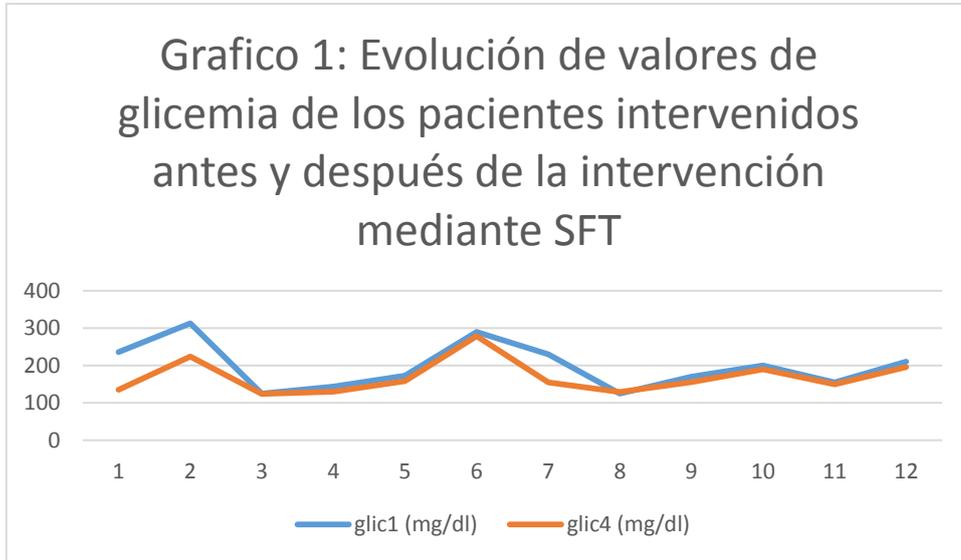
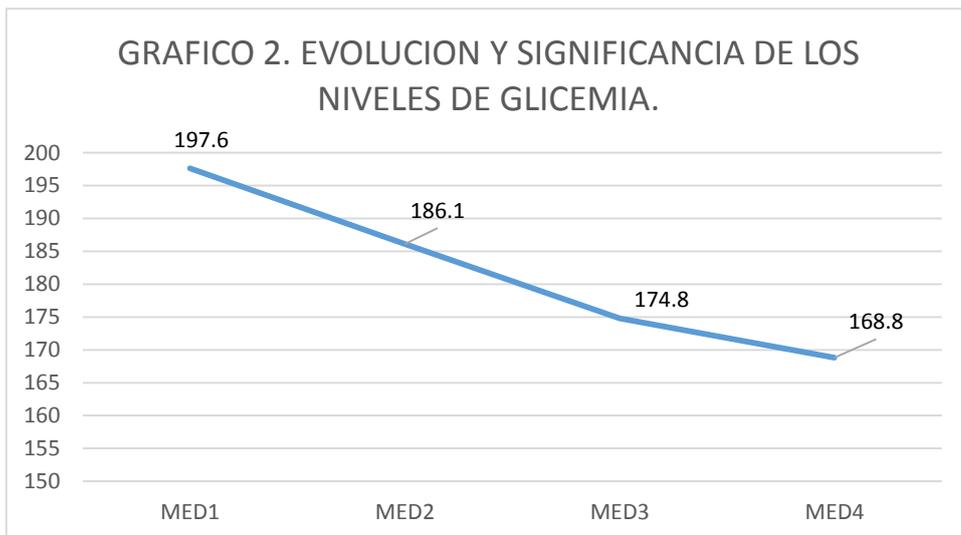
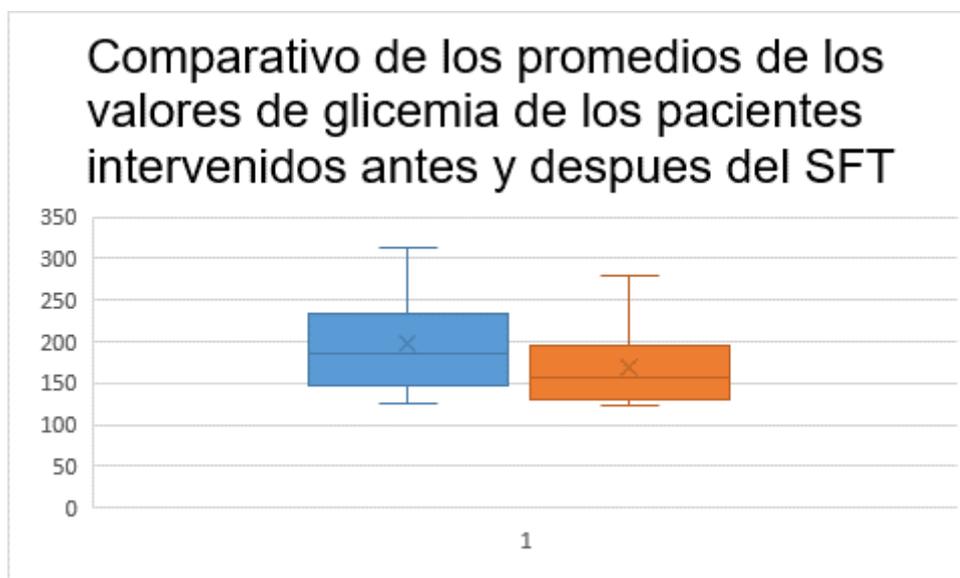


Gráfico 2: Efecto del programa de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre los niveles de glicemia a los usuarios en la intervención del programa de SFT destinados a los usuarios Diabéticos.



SIGNIFICANCIA ($P < 0.05$) = 0.020

Gráfico 3: Comparativo de los promedios de los valores de glicemia de los pacientes intervenidos antes y después del SFT.



SIGNIFICANCIA SIST ($P < 0.05$) = 0.0204496622724109

ANEXO 6. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO O CENTRO DE SALUD



ANEXO 7: TABLAS DE REGISTRO DE DATOS.

Tabla 4. Análisis de un programa de seguimiento farmacoterapéutico dirigido a los pacientes Diabéticos intervenidos y agrupados por sexo ante el promedio de edad.

GENERO	PROM EDAD (AÑOS)	FI	%
F	59.1	7	58.3
M	51.8	5	41.7
total	55.5	12	100
s	7.3		

Tabla 5. Número de contactos y tiempos de intervención para el desarrollo del piloto de SFT. Piloto de SFT a pacientes diabéticos.

PAC	EF numer o de contact o	Duraci ón de tiempo s (min)	DOMICI LIO contactos realizados en domicilio	Tie mp o (mi n)	TELEFO NOS Número de contacto	Duraci ón de tiempo (min)	OTR AS VIAS conta ctos	Dura ción de tiemp o (min)	TOT AL Núme ro de conta cto	Tie mp o (mi n)
1	1	5	5	75	3	4	0	0	9	84
2	1	5	5	15	2	3	0	0	8	15
3	1	5	5	75	2	3	0	0	8	83
4	1	5	5	75	0	0	0	0	6	80
5	1	5	5	10	0	0	0	0	6	10
6	1	5	6	12	2	4	0	0	9	12
7	1	5	5	75	2	3	0	0	8	83
8	1	5	5	10	3	4	0	0	9	10
				0						9

9	1	5	6	12 0	0	0	0	0	7	12 0
10	1	5	6	18 0	0	0	0	0	7	18 5
11	1	5	5	15 0	0	0	0	0	6	15 5
12	1	5	5	75	2	3	0	0	8	83
Tota l	12	60	63	12 95	16	24	0	0	91	13 74
□	1	5	5.25	20. 6	1.3	2	0	0	7.5	15. 1
□ x CO NT		5		3.9		1.5		0		2

Tabla 6.- Problemas de Salud diagnosticados y autopercebidos por los pacientes intervenidos. Piloto de SFT a pacientes diabéticos.

MORBILIDAD	CIE10	DIAGNOSTICO	FI	%
DIAGNOSTICADA	N41	Prostata	1	2.3
	N39.0	ITU	2	4.5
	M80	Osteoporosis	1	2.3
	I10	Hipertensión arterial	2	4.5
	F32	Depresión	1	2.3
	E11	Diabetes Mellitus tipo 2	12	27.3
Sub total			19	43.2
NO DIAGNO STICADA		Dolor musculoesquelético	8	18.2
		Fiebre	3	6.8

Inflamación de amígdalas	2	4.5
Dolor de cabeza	2	4.5
Ardor de estómago	2	4.5
Problemas cardíacos	1	2.3
Ardor al orinar	1	2.3
Insomnio	1	2.3
Infección del tracto respiratorio	1	2.3
Infección de la piel y tejido blando	1	2.3
Hongos	1	2.3
Dolor y ardor de cuerpo	1	2.3
Alergia	1	2.3
Sub total	25	56.8
Total	44	100

Tabla 7. La Distribución de la frecuencia y tipo de intervenciones realizadas de acuerdo al Problema Relacionado con Medicamento (PRM) diagnosticado. Programa de SFT a pacientes diabéticos.

N°	DESCRIPCIÓN	fi	INTERVENCION	Fi	%
	PRM		DESCRIPCIÓN		
1	Adm. Errónea del Med.	2	Disminuir Inc. Involuntario	2	5

9	Incumplimiento	12			
8	Error de Prescripción	12	Disminuir Inc. Voluntario	28	70
2	Actitudes Negativas	3			
1	Adm. Errónea del Med.	1			
3	Conservación Inadecuada	10	Medidas no Farmacológicas	10	25

Tabla 8. Estructuración de los Canales de Comunicación para detallar y resolver los PRMs en usuarios diabéticos.

N	INTERVENCION	fi	CANAL DE COMUNICACIÓN	Fi	%
1	Disminuir Inc. Voluntario	28			
2	Medidas no Farmacológicas	10	Verbal Farm - Paciente	40	100
3	Disminuir Inc. Involuntario	2			
TOTAL				40	100

Tabla 9. Adjudicación ante la frecuencia de los resultados intervenidos realizados ante la aceptación del usuario y la formulación del PRM del programa seguimiento farmacoterapéutico en usuarios diabéticos.

Nº	INTERVENCION	fi.	ACEPTACION	SOLUCIÓN	Fi	%
1	Disminuir Inc. Voluntario	28				
2	Medidas no Farmacológicas	10	SI	SI	40	100
3	Disminuir Inc. Involuntario	2				
Total					40	100

Tabla 10. Partición ante la frecuencia del canal sobre la comunicación y aceptación con la solución de los PRMs. SFT en usuarios diabéticos.

Nº	CANAL DE COMUNICACIÓN	fi	ACEPTACIÓN.	SOLUCIÓN.	Fi	%
1	Verbal Farm - Paciente	40	aceptado	solucionado	40	100
					40	100

Tabla 11. Derivaciones perjudiciales ante la medicación (RNM) y los (PRM) en usuarios diabéticos.

PRM	PRM.DESCRIPCIÓN	CUENTA DE RNM1	RNM.DESCRIPCIÓN	CUENTADERNM	%
8	Error de Prescripción	1	Toma lo que no necesita	1	2.5

2	Actitudes Negativas	1	Toma lo que no precisa	1	2.5
9	Incumplimiento	11	No recibe lo que precisa	11	27.5
8	Error de Prescripción	11	No recibe lo que necesita	11	27.5
3	Conservación Inadecuada	6	No recibe lo que necesita	6	15
1	Adm. Errónea del Med.	3	No recibe lo que necesita	3	7.5
3	Conservación Inadecuada	2	Inseguridad no cuantitativa	2	5
3	Conservación Inadecuada	2	Inseguridad cuantitativa	2	5
2	Actitudes Negativas	1	Inseguridad cuantitativa	1	2.5
9	Incumplimiento	1	Ineficacia no cuantitativa	1	2.5
2	Actitudes Negativas	1	Ineficacia no cuantitativa	1	2.5
				40	100

Gráfico 4: Porcentaje del tipo de medicamentos utilizados por los pacientes durante el SFT. Programa de SFT a pacientes Diabéticos.

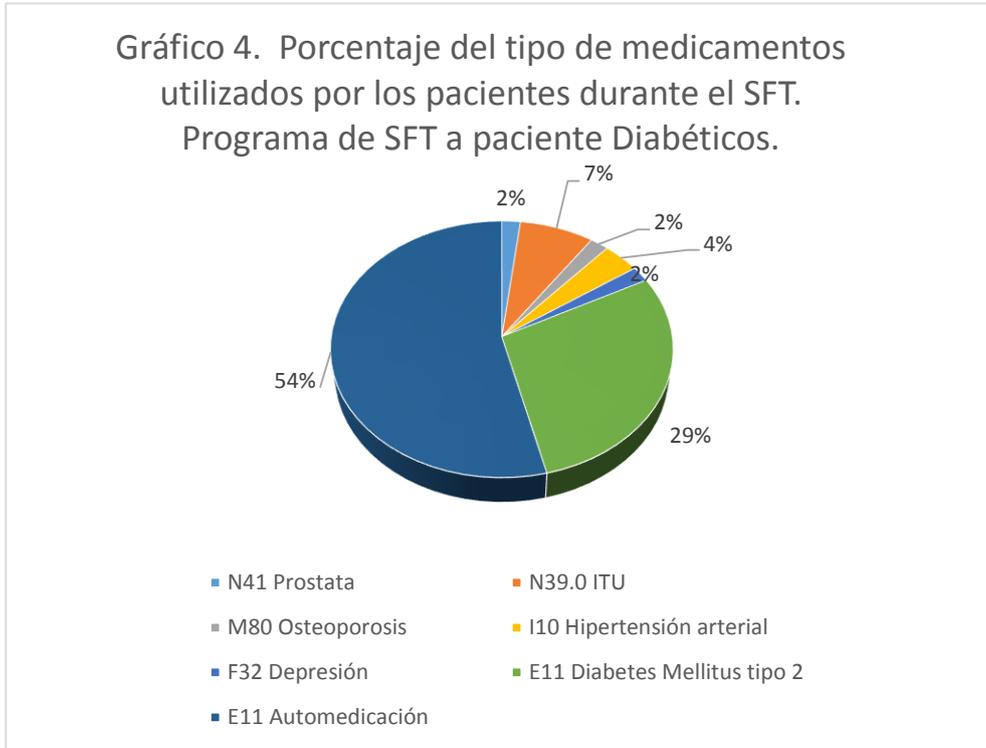


Gráfico 5: Verificación ante los PRMs sea resultado o no resueltos que han sido la causa del potencial de RNM. Ante los programas de SFT en usuarios diabéticos.

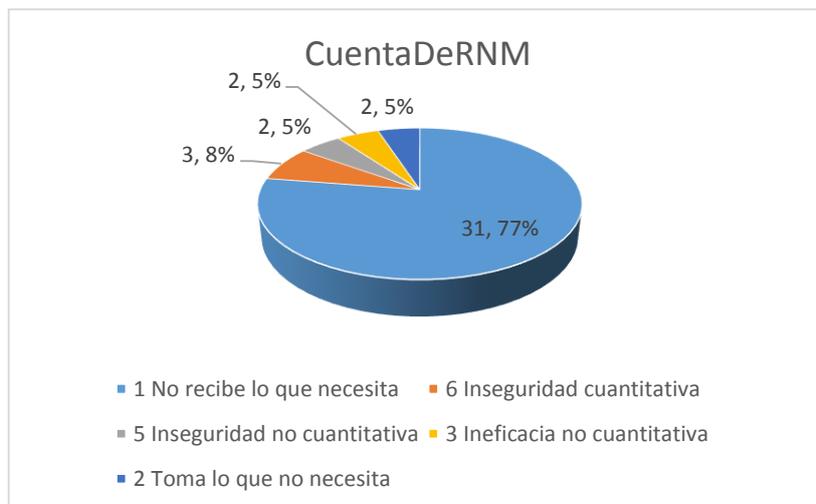


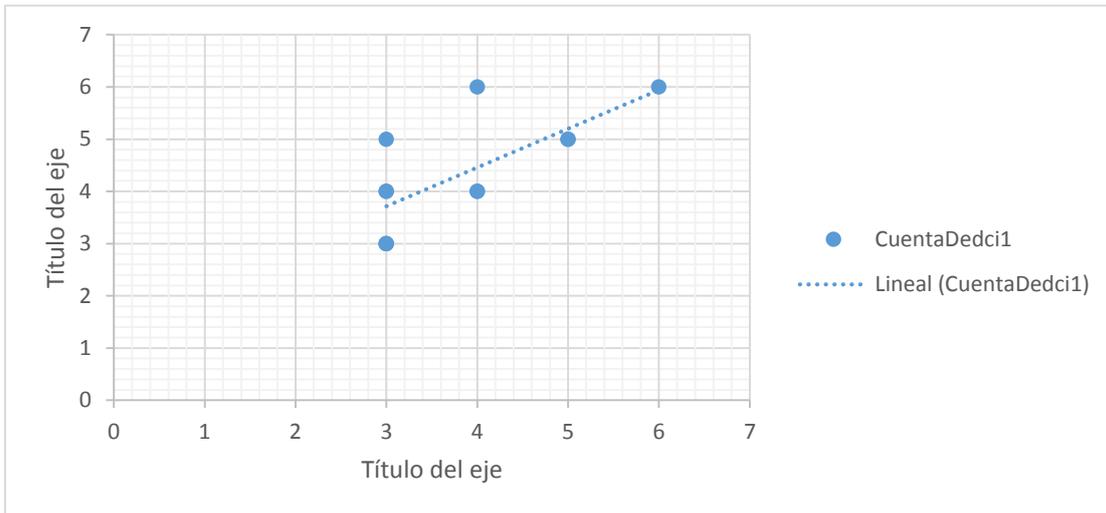
Tabla 12. Relativo de la edad, cantidad de diagnósticos, cantidad de medicamentos, PRMS y PRMS remediados por paciente intervenido. Programa de SFT a pacientes diabéticos.

PAC	SEXO	EDAD	DX	MED	PRMS	SOL
1	F	55	3	5	3	3
2	F	64	4	4	4	4
3	F	54	4	4	3	3
4	M	51	6	6	3	3
5	M	56	3	4	3	3
6	F	46	4	6	3	3
7	M	48	5	5	3	3
8	M	50	3	3	3	3
9	F	62	3	3	4	4
10	F	63	3	3	3	3
11	F	70	5	5	5	5
12	M	54	3	4	3	3
TOTAL			46	52	40	40
PROM		56.08	3.83	4.33	3.33	3.33

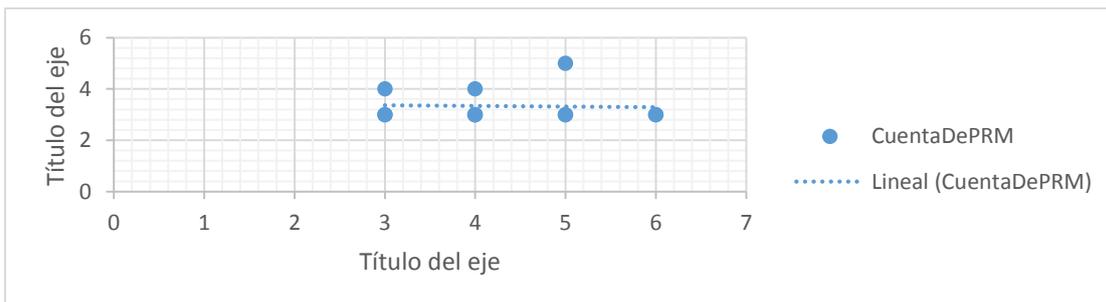
Tabla 13. Impacto del SFT en términos de la cantidad y porcentaje de PRMs solucionados y no solucionados y los pacientes expuestos a sufrir por lo menos un RNM. Programa de SFT a pacientes diabéticos.

PACIENTE	PRM	PRM SOL	PRM NO SOL
1	3	3	0
2	4	4	0
3	3	3	0
4	3	3	0
5	3	3	0
6	3	3	0
7	3	3	0
8	3	3	0
9	4	4	0
10	3	3	0
11	5	5	0
12	3	3	0
TOTAL	40	40	0
%	100	100	0

Gráfico 6: Correlación entre la cantidad de medicamentos usados y los PRMS identificados por paciente. Programa de SFT a paciente Diabéticos.



Correlación = 0.71293105



Correlación = -0.0433555

ANEXO 8: EVIDENCIAS.

