



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

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

EFFECTO DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO SOBRE LOS
PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS DE
PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN LA FARMACIA
AGUIRRE – TRUJILLO, 2013.

TESIS PARA OBTAR TITULO DE QUIMICO
FARMACEUTICO

AUTOR

Bach. AGUIRRE AGUIRRE BETZY ELIZABETH

ASESOR

Dr. Esp. Q.F. ERICSON FELIX CASTILLO SAAVEDRA

TRUJILLO - PERÚ

2015

**EFFECTO DEL SEGUIMIENTO ARMACOTERAPÉUTICO
SOBRE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON
MEDICAMENTOS DE PACIENTES HIPERTENSOS
ATENDIDOS EN LA FARMACIA AGUIRRE -
TRUJILLO, 2013.**

JURADO DEL INFORME

Mgtr. Q.F. Alfredo Bernard Claudio Delgado

PRESIDENTE

Mgtr. Q.F. Teodoro Walter Teodoro Ramírez

SECRETARIO

Mg. Q.F. María Isabel Palacios Palacios

MIEMBRO

Dr. Esp. Q.F. Ericson Félix Castillo Saavedra

ASESOR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA
ACTA N°.....-2015 DE SUSTENTACIÓN DEL INFORME DE TESIS

Siendo las.....horas del día 18 de junio del 2015, y estando conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Promoción y Difusión de la Investigación Científica- ULADECH – Católica, en sus Artículos 48° y 52°, los miembros del Jurado de Sustentación de la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica, conformado por :

Mg. Q.F. Alfredo Bernardo Claudio Delgado	Presidente
Mg. Q.F. Teodoro Walter Ramirez Romero	Secretario
Mg. Q.F. Maria Isabel Palacios Palacios	Miembro

Se reunieron para evaluar la sustentación del informe de tesis titulado:

Efectos del seguimiento farmacoterapéutico sobre los problemas relacionados con medicamentos de pacientes hipertensos atendidos en la farmacia Aguirre – Trujillo, 2013

Presentado por: Bach. Aguirre Aguirre Betzy Elizabeth

Código del estudiante:1808092020

Asesorado por: Dr. Esp. Q.F. Ericson Felix Castillo Saavedra

Luego de la presentación del autor y las deliberaciones, el Jurado de Sustentación acordó: Por..... la Tesis, con el calificativo de....., quedando expedito/a

el/la bachiller para optar el Título Profesional de Farmacia y Bioquímica.

Los miembros del Jurado de Sustentación firman a continuación, dando fe de las conclusiones del Acta:

Mg. Q.F. Alfredo Bernard Claudio Delgado
PRESIDENTE

Mg. Q.F. Teodoro Walter Ramirez Romero
SECRETARIO

Mg. Q.F. Maria Isabel Palacios Palacios
MIEMBRO

Dr. Esp. Q.F. Ericson Felix Castillo Saavedra
ASESOR

DEDICATORIA

A DIOS

*Por Dar-me Fuerza y
Voluntad Para Seguir y
Concluir Mi Carrera
Profesional.*

*Acompañarme siempre,
bendecirme Guiar Mis
Pasos En todo Momento.*

*A mi papa Samuel Aguirre
Tarazona quien me ha apoyado
para poder llegar a esta instancia
de mis estudios, siendo mi ejemplo
de responsabilidad y deseos de
superación, ya que el siempre han
estado presente para apoyarme le
agradezco sus consejos y por
inculcar en mí valores, la
perseverancia que ha sido mi
motivación constante para ser
una persona de bien..*

Betzy Elizabeth

AGRADECIMIENTOS

Principalmente a Dios por quien me ha guiado y me ha dado la fortaleza de seguir adelante.

A mis Padres, por su apoyo incondicional en toda mi vida y más aún durante toda mi carrera profesional darme la oportunidad para lograr esta meta aspirada después de tantos esfuerzos, gracias a su amor, cariño y comprensión, por sus consejos inculcados a lo largo mi vida, por su persistencia y confiar en mí.

Un agradecimiento especial a mí Asesor y Docentes:

Por sus enseñanza, consejos, asesoría brindada durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación, y de esta manera formando profesionales competentes y capaces de desempeñarse en cualquier ámbito que nos compete como futuros químicos farmacéuticos.

*A todos mi eterno
agradecimiento*

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar el impacto de un programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico dirigido a pacientes hipertensos en términos de la detección y resolución de PRMs, su efecto sobre la adherencia y sobre las presiones arteriales. Los criterios para la inclusión de pacientes en el programa fueron pacientes hipertensos entre 50 - 73 años que acudían regularmente a la farmacia AGUIRRE. Todos los pacientes aceptaron participar en el programa voluntariamente. Se contó con un total de 15 pacientes entre hombres y mujeres con diagnóstico de hipertensión. En el primer contacto en la farmacia se levantó información mediante una ficha de seguimiento farmacoterapéutico. Cada paciente fue evaluado con el fin de diagnosticar y tratar cada PRM encontrado de manera particular. Posteriormente se siguió al paciente mediante visitas para reforzar el cumplimiento de las indicaciones. Los resultados informaron que la mayor prevalencia de hipertensión arterial se encontró en el sexo femenino (80%), así mismo se encontró que el 6.35% de los pacientes presentan enfermedades concomitantes a hipertensión arterial, además también se pudo evidenciar que el Problema Relacionado con Medicamento (PRM) más frecuente fue el PRM 9 (65%) (PRM Incumplimiento); y que el PRM 2 (PRM de Actitudes negativas del paciente) se presenta en un 35%. La adherencia comparada antes – después de la intervención indicaría un impacto significativo del Seguimiento Farmacoterapéutico. Se concluye que el programa de Seguimiento Farmacoterapéutico sirvió como medio para la interacción de farmacéutico - paciente y así brindar una adecuada orientación al paciente, asegurar el eficiente diagnóstico de PRMs y en la prevención de RNMs.

Palabras clave: Seguimiento Fármaco terapéutico (SFT), Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM), Resultados negativos de la Medicación (RNM), Hipertensión.

ABSTRACT

The research aimed to determine the impact of a pilot program aimed at Pharmacotherapy follow hypertensive patients in terms of the detection and resolution of DRPs, its effect on adherence and blood pressures. The criteria for inclusion of patients in the program were hypertensive patients between 50-73 years regularly attending the AGUIRRE pharmacy. All patients agreed to participate in the program voluntarily. He had a total of 15 patients between men and women diagnosed with hypertension. In the first contact in the pharmacy information it rose by a record of pharmaceutical care. Each patient was evaluated in order to diagnose and treat each PRM found particularly. Then the patient will be followed by visits to reinforce follow directions. The results reported the highest prevalence of hypertension was found in females (80%), also it found that 6.35% of patients have concomitant hypertension diseases, and could also show that the problem related to drug (PRM) PRM most frequent was 9 (65%) (PRM Failure); and that the PRM 2 (PRM negative attitudes of the patient) occurs in 35%. Adherence compared before - after intervention indicate a significant impact of Pharmacotherapy follow. It is concluded that the program served Pharmacotherapy follow as a means of interaction pharmacist - patient and thus provide adequate guidance to the patient, ensure efficient DRP diagnosis and prevention of MRIs.

Keywords: Therapeutic Drug Monitoring (SFT) Drug-Related Problems (DRP), negative results Medication (MRI), hypertension.

ÍNDICE GENERAL

	Pag.
Dedicatoria.....	iii
Agradecimientos.....	iv
Resumen.....	v
Abstract.....	vi
I.INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Enunciado del Problema.....	11
1.2. Objetivos de la investigación.....	11
II.REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	12
2.1. Bases teóricas.....	12
2.2. Antecedentes.....	35
III. METODOLOGÍA.....	46
3.1. Tipo y nivel de la investigación.....	46
3.2. Diseño de la investigación.....	46
3.3 Poblacion y muestra.....	46
3.4. Técnicas e instrumentos.....	48
3.5. Procedimiento de recolección de datos.....	51
3.6. Plan de análisis de datos.....	55
IV.RESULTADOS.....	58
4.1. resultados.....	58
4.2. análisis de resultados.....	66
V.CONCLUSIONES.....	80
VI.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
VII. ANEXOS.....	98

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1:	Distribución de frecuencias y porcentajes de los pacientes de la muestra por sexo y edad promedio. Programa de SFT dirigido a pacientes hipertensos. Farmacia “AGUIRRE”–Trujillo, 2013.	58
Tabla 2:	Evaluación y valoración del tiempo invertido por el Farmacéutico en el Programa de SFT a paciente hipertensos. Farmacia “AGUIRRE”–Trujillo, 2013.	59
Tabla 3:	Distribución de la frecuencia y porcentajes de los Problemas de Salud identificados en los pacientes intervenidos. Farmacia “AGUIRRE”–Trujillo, 2013.	60
Tabla 4:	Distribución de la frecuencia de uso de medicamentos para las enfermedades que padecieron los pacientes. Programa de SFT a paciente hipertenso. Farmacia “AGUIRRE”–Trujillo, 2013.	60
Tabla 5:	Distribución de la frecuencia y porcentaje de los PRM Identificados. Programa de SFT a paciente hipertenso. Farmacia “AGUIRRE”–Trujillo, 2013.	61
Tabla 6:	Distribución de la frecuencia del tipo de intervenciones realizadas de acuerdo al Problema Relacionado con Medicamento (PRM) identificados. Programa de SFT a paciente hipertenso. Farmacia “AGUIRRE”–Trujillo, 2013.	61

Tabla 7:	Distribución de la frecuencia y porcentajes de los Canales de Comunicación utilizados por el Farmacéutico para llevar a la práctica la intervención para resolver los PRMs identificados. Programa de SFT a paciente hipertenso. Farmacia “AGUIRRE”–Trujillo. 2013	62
Tabla 8:	Distribución de la frecuencia del resultado de intervenciones realizadas en términos de su aceptación por parte del paciente y la solución de PRM. Programa de SFT a paciente hipertenso. Farmacia “AGUIRRE”–Trujillo. 2013	62
Tabla 9:	Impacto del SFT en términos de la cantidad y porcentaje de PRMs solucionados y no solucionados. Programa de SFT a pacientes hipertensos. Farmacia “AGUIRRE”–Trujillo. 2013	63
Tabla 10:	Pacientes hipertensos cumplidores y no cumplidores según el test de Morisky-Green-Levine (MGL). Farmacia “AGUIRRE”–Trujillo. 2013	63
Tabla 11:	Impacto del SFT sobre la Adherencia al Tratamiento. Programa de SFT a pacientes hipertensos. Farmacia “AGUIRRE”–Trujillo. 2013	64
Tabla 12:	Percepción del paciente sobre Impacto del Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) sobre los valores promedio de presión arterial. Programa de SFT a pacientes hipertensos. Farmacia “AGUIRRE”–Trujillo. 2013	65

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°01:	Gráfico N° 01. Análisis Porcentual Del Tipo de PRM identificado durante el seguimiento farmacoterapeutico Farmacia “AGUIRRE”–Trujillo. 2013	111
Gráfico N°02:	Proporción de problemas relacionados con el uso de medicamentos solucionados y no solucionados durante el proceso de SFT.Farmacia “AGUIRRE”–Trujillo. 2013	112
Gráfico N°03:	Porcentaje del resultado del tratamiento percibido por el propio paciente. Farmacia “AGUIRRE”–Trujillo. 2013	112

LISTADO DE ABREVIATURAS

AINEs: Antiinflamatorio no esteroideos.

CP: Centro poblado.

COX: Ciclooxygenasa.

COX-1: Isoforma 1 de la ciclooxygenasa.

COX-2: Isoforma 1 de la ciclooxygenasa.

EUM: Estudios utilización de medicamentos.

FDA: Administración de Alimentos y Drogas.

INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

MINSA: Ministerio de Salud.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OTC: Venta libre.

PBI: Producto bruto interno.

PRM: Problema relacionado al medicamento.

RAMs: Reacciones adversa a medicamentos.

URM: Uso racional de medicamentos.

PRM.Problemas relacionados medicamento

I. INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Arterial (HTA) continúa siendo una de las enfermedades cardiovasculares de más alta incidencia a nivel mundial que afecta principalmente a la población adulta, siendo sus consecuencias una importante causa de mortalidad e incapacidad ⁽¹⁾, se encuentra distribuida en todas las regiones del mundo atendiendo a múltiples factores de índole económicos, sociales ambientales y étnicos, en todos los continentes se ha producido un aumento de la prevalencia, evidentemente relacionado con patrones diversos que van desde la alimentación inadecuada hasta los hábitos tóxicos y el sedentarismo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que la hipertensión arterial es una patología de evolución crónica que se ha observado su crecimiento a nivel mundial; siendo un problema grave de salud que afecta a 600 millones de personas y causa 3 millones de muertes al año en todo el mundo, así también el Ministerio de Salud (MINSA) reporta que un tercio de la población mundial padece de la enfermedad y lo desconoce. En el mundo, cada segundo fallece una persona por problemas cardiovasculares, mientras que en Latinoamérica la estadística es de una muerte por cada minuto; de igual forma, se estima que para el año 2020, se espera que estas cifras asciendan a 73% de morbilidad y 60% de mortalidad, respectivamente.

En el 2008 la prevalencia mundial de hipertensión arterial en adultos de 25 o más años es de 29,2% y 24,8% en hombres y mujeres respectivamente; en la región de las Américas en el año 2008 la prevalencia de hipertensión arterial en adultos de 25 o más años es de 26,3% en hombres y 19,7 % en mujeres.

En este mismo orden de ideas, según la Organización Panamericana de Salud (OPS), la presión arterial elevada afecta a más de 140 millones de personas en la región, con el agravante de que más del 50% de ellas ni siquiera lo sabe. Esto se deba probablemente a que esta enfermedad, es una afección silenciosa que no siempre presenta síntomas. Asimismo, la OPS, señala que este carácter silencioso y la ausencia de síntomas que en muchos casos acompaña la hipertensión arterial, constituye uno de los uno de los principales factores de riesgo para la aparición de enfermedades cardiovasculares como

los eventos cerebro vasculares o la enfermedad isquémica del corazón, principales causas de muerte prematura en la mayoría de los países.

En concordancia con lo señalado por OPS, los datos obtenidos por la Organización Mundial de la Salud, revelan que las enfermedades cardiovasculares son un problema de salud prioritario en América, con enormes repercusiones sociales y económicas. Esto es aún más evidente si se considera el hecho que más de un 30% de pacientes, cuando buscan atención médica por presión arterial elevada o son detectados por el equipo de salud en centros de atención, ya presentan complicaciones y daño de los órganos blanco, (específicamente sobre el corazón, riñón y el endotelio vascular, traducido como hipertrofia ventricular, insuficiencia renal, y disfunción endotelial), lo que se explica en parte por ausencia de sintomatología en sus fases iniciales, de ahí su connotación de “asesino silencioso”.

En América Latina según Journal of Hypertension indica que se vive una transición epidemiológica, con coexistencia de enfermedades infecciosas agudas y enfermedades cardiovasculares crónicas. La mortalidad cardiovascular representa el 26% de las muertes por todas las causas. Factores demográficos, como el envejecimiento poblacional, y sociales, como la pobreza y el proceso de aculturación, condicionan una alta prevalencia de hipertensión arterial. Aproximadamente la mitad de los hipertensos ignoran que lo son, y sólo una pequeña fracción de los tratados están controlados.

Del mismo modo, los datos sobre HTA para países latinoamericanos indican prevalencias de 22,8% en Chile, 26,1% en Argentina, 26,8% en Brasil, 32,4% en Venezuela y 33% en Uruguay. En el Perú existen aproximadamente un 25% de los adultos sufren hipertensión arterial, estimándose que la mayor prevalencia de hipertensión arterial se da en la costa (27.3%) y la menor en la sierra (18.8%). Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) indica que el 25,2 % de personas son hipertensos. En Lima metropolitana el 32,5% de los varones y 24,4% de las mujeres son hipertensos.

Así mismo, según datos de ESSALUD se indica que en el país la hipertensión arterial se encuentra entre las 12 causas de mortalidad con una tasa de 4,5%, siendo diferente para

cada departamento teniendo como mayor índice de muerte por hipertensión Chiclayo, Iquitos y Trujillo.

En Perú según los reportes estadísticos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) que en el año 2012, el 29,7% de la población adulta mayor fue informada, por un médico o profesional de salud que padecía de presión alta o hipertensión arterial. Sin embargo, del total de adultos mayores a quienes se les midió la presión arterial, un 34,4% presentaban presión alta. Un mayor porcentaje de hipertensos se presentó en mujeres adultas mayores, representando un tercio es decir, el 33,3%. En el caso de los hombres esta dolencia afectó al 25,4%. Según los estudios realizados se informa en los resultados del estudio indican que las ciudades de mayor incidencia de hipertensión arterial en personas de 60 años a más se registra en San Martín (42.7 %), Ica (41.4 %), Tumbes (40.4 %) y Lima y Callao (39.9 %).

Según cifras publicadas por el INEI (último censo de población y vivienda 2007) el Perú tiene una población total de 27 412 200 de los cuales 1 764 700 son personas de 65 años a más las cuales son las más propensas a sufrir hipertensión; este grupo de personas representa el 6,4% de la población. La región La libertad cuenta con una población de 1 617 100 (fuente INEI), el grupo de edad de 65 a más representa el 6.7% del total de la población de la región con un total de 108 723 siendo esta la población más vulnerable a sufrir las patologías de la enfermedad antes mencionada.

En la Libertad se reportan 1734 casos de hipertensión en adultos de 30 a 59 años, mientras que en adultos mayores (de 60 a más) la cifras con elevadas, siendo de 4 325 casos según MINSA (enero – junio 2012). La provincia de Trujillo según el censo del 2007 cuenta con una población de 811 979 de las cuales la población adulta (45 a 59 años) es de 106930 y la adulta mayor (mayores de 60 años) es de 77749; estas personas son las que presentan mayor probabilidad de sufrir hipertensión.

El incumplimiento del tratamiento farmacológico es un fenómeno complejo, en el que influyen múltiples factores. Aunque hasta el momento no se ha definido un perfil claro del paciente incumplidor, en la práctica resulta frecuente encontrar en un mismo paciente períodos de su vida durante los que sigue las pautas de tratamiento establecidas

por su médico y otros en los que no. En estos casos influyen factores laborales, familiares y de salud. La edad es otra de las variables que afecta en este aspecto. De hecho, es más frecuente el incumplimiento y el abandono de la medicación en los pacientes más jóvenes, debido a la falta de concienciación de los riesgos de la enfermedad.

Las consecuencias sanitarias que se derivan del incumplimiento son importantes: la ineficacia del fármaco, que provoca un aumento de las dosis o la suma de alguno nuevo, y el aumento de la morbimortalidad con numerosos reingresos hospitalarios y eventos cardiovasculares y el consiguiente incremento de los costes. En definitiva, se produce un descenso de la eficacia y la efectividad de las medidas terapéuticas.

Cabe destacar que el estilo de vida, es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. En este sentido, las personas de clase media y alta tienen la facultad de elegir el medio en donde están situados sus hogares, la calidad y tipo de alimentos que consumen y la clase de atención médica que reciben; por el contrario, los que viven en pobreza tienen sus opciones fuertemente restringidas por la limitación de sus recursos económicos.

Asimismo, debe destacarse la presencia de algunas condiciones patológicas que pudieran incrementar el riesgo de enfermedades cardiovasculares, el sobrepeso u obesidad, la inadecuada alimentación, el tabaquismo, consumo de bebidas alcohólicas, la inactividad física o sedentarismo y el estrés.

Al respecto, es evidente la escasa información que tiene la población peruana sobre promoción de la salud y prevención de enfermedades, el bajo nivel de educación para la salud conducen a los individuos a adoptar una alimentación inadecuada, la inactividad física, lo cual genera en las personas sobrepeso y obesidad. En este orden de ideas, uno de los problemas principales que afecta a la población peruana, es la escasa prevención en salud y deficiencia en los estilos de vida saludable, lo cual incrementa los factores de riesgo y la incidencia de la presión arterial elevada en la población. A la vez, esto

fomenta en la población adulta ausentismo laboral, aumento en los costos de salud y por ende, deterioro de la calidad de vida.

Por consiguiente, la prevención de las complicaciones de la hipertensión arterial debe hacerse a través de programas o intervención Educativa orientada a difundir información sobre la enfermedad y a la prevención de los factores de riesgo modificables, a través de un seguimiento farmacoterapéutico, educación nutricional, actividad física, eliminación del consumo de sustancias tóxicas y control del estrés. Asimismo, la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, son dos temas que deberían tener alta prioridad en las políticas y acciones de salud pública en nuestro país.

En nuestro país la realidad muestra que el problema intenta resolverse a través de esfuerzos aislados y de manera muy lenta. Desde el sector de Salud se objeta la falta de apoyo institucional y la ausencia de delegación de autoridad formal a organismos públicos como la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (DIGEMID).

Vásquez y Álvarez ⁽⁶⁾ señalan que la detección y prevención de problemas relacionados con medicamentos en el Perú es básicamente un problema legal y de marcos regulatorios que sin embargo ya tienen referentes en ciertos artículos de la Ley de Salud del año 1997, en la Política Nacional de Medicamentos aprobada en el año 2004 y sobre todo en la Ley de Medicamentos N°29459 y sus reglamentos. En los documentos regulatorios citados se introducen aspectos relacionados con el manejo de los medicamentos, dispositivos médicos y productos sanitarios en toda la cadena logística como responsabilidades profesionales del Químico Farmacéutico y su interacción con los pacientes y los profesionales prescriptores. Se plantea la necesidad de que las Oficinas Farmacéuticas, ámbito laboral de los profesionales del medicamento, mantengan certificaciones no solo de buen almacenamiento o distribución, si no de atención farmacéutica, seguimiento fármaco terapéutico, farmacovigilancia, en suma de las Buenas Prácticas de Farmacia.

Estos cambios sientan las bases para empezar a proponer programas y estrategias con el objetivo de controlar la farmacoterapia, que motiven un seguimiento de los tratamientos farmacológicos de los pacientes, para evitar la aparición de problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) y de Resultados Negativos Asociados con la Medicación (RNM).

Por otro lado y desde un punto de vista más comercial, si las empresas farmacéuticas desarrollan estos programas podrían servirles de estrategias para fidelización de clientes y como marketing de servicio que impulsaría su posicionamiento en el mercado de Farmacias Comunitarias.

Jácome en 1999 como evidencia de la tendencia de introducir la contribución del farmacéutico en ámbitos sanitarios, se han generado numerosas investigaciones en Países sobre todo Europeos y Norteamericanos con el objetivo de probar la utilidad de la Atención farmacéutica en el manejo de diversas patologías y situaciones clínicas. Tal como lo señalan Bonal y col. lamentablemente, y a pesar de la abundante literatura generada, no se han producido progresos muy importantes en cuanto a la investigación de resultados de la atención farmacéutica, probablemente por las dificultades para diseñar instrumentos de medición, inherentes a la práctica farmacéutica en Oficinas de Farmacia (OF) y por la aún reducida disponibilidad de instrumentos metodológicos específicos para la Atención Farmacéutica.

La presente investigación pretende describir las amenazas, debilidades, fortalezas y oportunidades que se presentan en la farmacia comunitaria para la implementación de un servicio de seguimiento fármaco terapéutico. Así mismo desarrollar la adaptación de un modelo de intervención farmacéutica ya probado en pacientes crónicos y determinar su utilidad en dos variables: la adherencia al tratamiento y la identificación o detección de problemas relacionados con medicamentos. Toda la información que se pretende obtener durante el desarrollo de la investigación es actualmente muy escasa para nuestro medio y son muy limitados los aportes en cuanto a modelos de vigilancia sanitaria que puedan servir como modelo para su implementación en los servicios farmacéuticos de diferente nivel.

Los resultados de la presente investigación servirán para construir un marco teórico práctico que tome en cuenta las dificultades propias de los servicios de farmacia tanto públicos como privados de la región. Servirán como una descripción válida de las dificultades que se presentan en las farmacias comunitarias para adecuarse a este requisito reglamentario dado por la nueva Ley de Medicamentos 29459. En este sentido los hallazgos de la investigación podrían contribuir también con los esfuerzos de la Autoridad Regulatoria Nacional de Medicamentos empeñada en desarrollar un manual práctico sobre

este tema. La caracterización de la adherencia al tratamiento en enfermedades agudas es complejo y una de las dificultades son las herramientas y oportunidades para determinarlas (26). Existen múltiples trabajos de investigación que concluyen con los factores que afectan la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedades crónicas (29), pero pocos datos sobre aquellos que afectan negativamente la adherencia en enfermedades de trámite agudo. La presente investigación propondrá una caracterización de la actitud de los pacientes sobre la adherencia al tratamiento en enfermedades agudas que podrían servir de referencia para implementar acciones sanitarias que limiten los factores potencialmente adversos para el cumplimiento de las prescripciones facultativas.

Así mismo la presente investigación describirá cuales son los problemas relacionados con medicamentos que afectan directamente el éxito de las terapias. A través de la metodología y los instrumentos a utilizar, que son una adaptación del método Dáder de SFT (36) para problemas crónicos, se recolectará información para identificar los PRM más frecuentes asociados con la medicación que se prescribe para los problemas de salud que se seleccionen en cada una de las investigaciones derivadas del proyecto de línea.

Los enfermos que usan medicamentos asumen su medicación como una eventualidad y como una de muchas opciones que pudieron elegirse para dar solución a sus problemas de salud. Los pacientes generalmente no reconocen las características de los medicamentos, sus beneficios y los requisitos de uso para alcanzarlos, sus potenciales reacciones adversas, las limitaciones idiosincráticas y la necesidad de seguir al pie de la letra las pautas terapéuticas dadas por el facultativo. Los pacientes luego de la dispensación en la Farmacia asumen con todas estas debilidades el cumplimiento de su medicación. Ni los médicos ni los farmacéuticos asumen, por lo menos hasta hoy, la responsabilidad de la vigilancia terapéutica. Como resultado son muy altos los índices de fracasos de la medicación tanto para enfermedades crónicas como agudas debido a la no adherencia a las indicaciones médicas, aparición de problemas relacionados con medicamentos que originan cese del consumo y a otros factores de diversa categoría que terminan por alterar las posologías recomendadas.

Como es evidente, esta situación es grave para los enfermos que muchas veces sin asignar la causa a la falta de adherencia a la medicación, terminan regresando a los servicios de salud con el mismo problema pero más grave o con signos y síntomas propios del sub uso, uso inapropiado o simplemente cese de la medicación. Las consecuencias también son previsibles para el sistema: servicios de salud con sobre demanda de atención ambulatoria ocupada por un alto porcentaje de pacientes que regresan por problemas que pudieron prevenirse a través del monitoreo de la medicación por parte de algún profesional de la salud y sobre costos de personal, equipos, dispositivos médicos y servicios que originan gasto a la salud pública o a los servicios de salud privados ⁽⁸⁸⁾. Los gastos que debe asumir el paciente por causa del incumplimiento de las prescripciones están ampliamente descritos.

En este marco las conclusiones de la presente investigación servirán para tener un modelo de referencia para la implementación de servicios de Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico con el objetivo de contener los factores de riesgo alrededor de un paciente que usa medicamentos. La implementación de modelos de SFT disminuirá los riesgos de PRM, aumentarán los índices de cumplimiento y mejorarán los conocimientos por parte de los pacientes de los medicamentos que consumen asumiendo con mayor responsabilidad su medicación.

La atención farmacéutica es una oportunidad para los profesionales farmacéuticos. El histórico desentendimiento de las necesidades de los pacientes incluyendo a la fría imagen ofrecida durante el intercambio netamente comercial en el que se convirtió la dispensación originó un vacío y una necesidad en las expectativas de la comunidad de tener un personal sanitario que se responsabilice de sus necesidades acerca de cómo usar apropiadamente los medicamentos y lo instruya sobre sus características intrínsecas y la advertencia sobre el potencial dañino que subyace a toda farmacoterapia ⁽³⁷⁾.

La atención farmacéutica, la dispensación activa, el seguimiento farmacoterapéutico, la farmacovigilancia y otras disciplinas aparecidas en los últimos 30 años e incluidas con éxito dentro de las responsabilidades comunes de los farmacéuticos de países de alta vigilancia sanitaria, están contribuyendo al reposicionamiento social y profesional del farmacéutico en la sociedad empoderándolo en todos los aspectos relacionados con el

medicamento, desde su manufactura hasta la vigilancia del uso por parte de los pacientes (84). Esta nueva expectativa debe empezar a gestionarse en sociedades como las nuestras.

De todos los profesionales sanitarios, el más adecuado para realizar el seguimiento farmacoterapéutico es el farmacéutico asistencial, el farmacéutico de hospital mientras dure el internamiento del paciente y el farmacéutico comunitario durante el resto de su vida. Las razones de la idoneidad de los farmacéuticos asistenciales son en primer lugar sus conocimientos, ya que son los expertos en medicamentos formados en la universidad, en segundo lugar su gran accesibilidad para los pacientes y en tercer lugar su actual desaprovechamiento profesional⁽³⁾.

Los Químicos Farmacéuticos desde sus establecimientos farmacéuticos que logren implementar este proceso conseguirán un mejor control de sus pacientes dando una alta imagen de servicio y preocupación, generando fidelización que retribuye económicamente. Los Servicios Farmacéuticos podrían, de esta forma, contribuir a prevenir usos inadecuados que originen fallas terapéuticas y recaídas posteriores que pocas veces se atribuyen al mal uso de medicamentos y que originan visitas a los servicios de salud originando congestión y pérdida de confianza de parte de los usuarios.

Se pretende desarrollar un modelo de atención desde farmacias comunitarias que puntualice las fortalezas y debilidades de los farmacéuticos de atención primaria para desarrollar atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéuticos desde sus establecimientos, elaborar un listado de las dificultades que se presentan para la implementación y desarrollo de las actividades y las complejidades con los tipos de pacientes que usan medicamentos para las diferentes enfermedades sobre todo las de curso agudo y de tratamiento ambulatorio. El cumplimiento de estos objetivos abonará al fortalecimiento del posicionamiento social del farmacéutico.

Para la investigación se tomó como muestra los pacientes que adquieren sus medicamentos en la farmacia AGUIRRE, ubicada en Av. América norte n°690 - Trujillo Región la Libertad Perú; por un lapso de 3 meses que inicio el 06 de setiembre del 2013 hasta el 26 de

diciembre del 2013. Entre las características de la ubicación de la farmacia se debe destacar que se encuentra en una zona donde el ingreso es inferior al promedio nacional, se toma como base de comparación el PIB per cápita por habitante el cual a nivel nacional se estima en \$ 8,500 y el del distrito se estima que es de \$9800 (ver BCRP). Las principales actividades económicas que se desarrollan, en 10 cuadras a la redonda de la farmacia; bodegas, universidades, institutos, talleres de mecánica, restaurantes, cadena de farmacias y boticas.

El nivel educativo, según datos del INEI, la mayor parte de la población tiene estudios superiores y secundaria completa lo que nos indica el nivel intermedio cultural de la zona.

La farmacia, dado que es relativamente nueva en el sector respecto a la competencia existente, atiende a un número reducido de pacientes, en promedio se estima entre 20 – 50 personas diarias, de las cuales el mayor número de consultas se registran por resfríos, problemas digestivos. En los registros de ventas de la farmacia, las ventas de medicamentos para hipertensión arterial son con una frecuencia aproximada de 3 a 5 pacientes por semana, en los cuales se observa la característica de que obtienen sus medicamentos para un tratamiento semanal, quincenal. Lo que explicaría en cierto modo la no concurrencia diaria de los pacientes con este tipo de patología.

1.1 Enunciado del Problema

La presente investigación se orientó básicamente a evaluar ¿Cuál es el efecto del seguimiento farmacoterapéutico sobre la resolución de problemas relacionados con medicamentos de pacientes hipertensos atendidos en la farmacia AGUIRRE, durante el periodo setiembre - diciembre 2013?

1.2. Objetivos de la investigación

1.2.1. Objetivo General:

Determinar el efecto de seguimiento Farmacoterapéutico sobre los problemas relacionados con el uso de los medicamentos, la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en la farmacia AGUIRRE, durante el periodo setiembre - diciembre 2013.

1.2.2. Objetivos Específicos:

1.2.2.1. Diagnosticar e intervenir en los Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs).

1.2.2.2. Evaluar el efecto del SFT de acuerdo a los PRMs diagnosticados y solucionados.

1.2.2.3. Evaluar el efecto específico del SFT sobre la adherencia al tratamiento.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. BASES TEÓRICAS

2.1.1. MARCO NORMATIVO PARA EL DESARROLLO DE LA FARMACIA Y EL USO DE MEDICAMENTOS EN EL PERÚ

La evolución del marco normativo vigente se muestra en el cuadro N°01. Los criterios generados a partir del marco de Política de medicamentos del 2004 ⁽¹⁴⁾ desembocaron en la Ley N ° 29459 de 2009. ⁽²⁶⁾ Ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios. En ella se establece un marco regulatorio más estricto sobre todo en cuanto a la calidad de los medicamentos y la utilización por parte de los usuarios finales. Se introducen términos armonizados internacionalmente dejando sin efecto aspectos cuestionados sobre esta materia en la Ley de Salud N.º 26842 de 1997. ⁽²⁷⁾

El Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos promulgado por DS 016-2011-SA ⁽²⁸⁾ define los ámbitos en los cuales debe desarrollarse la atención farmacéutica y el SFT en el Perú. Por Atención Farmacéutica se define: “Actos del profesional Químico Farmacéutico para la mejora y el mantenimiento de la calidad de vida del paciente los cuales se realizan mediante prácticas correctas de dispensación y SFT. Ambos aspectos son de cumplimiento obligatorio para la certificación de los Establecimientos Farmacéuticos en el Perú.

CUADRO 1. Base Legal vigente para el manejo de medicamentos en el Perú.

NOMBRE DE LA NORMA	RANGO	N°	AÑO
Política de Medicamento del Perú ⁽¹⁵⁾	RM	1240-2004/MINSA	2004
Ley de Medicamento del Perú ⁽²⁶⁾	Ley	15266	2009
Reglamento sobre Establecimientos Farmacéuticos ⁽²⁸⁾	DS	014-2011-SA	2011
Reglamento para el Registro, Control y vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios ⁽²⁹⁾ .	DS	016-2011-SA	2011
Modificatoria del DS 014-2011, Sobre Establecimientos Farmacéuticos.	DS	001-2012-SA	2012
Modificatoria del DS 016-2011, Sobre Registro, Control y vigilancia Sanitaria de Medicamentos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios	DS	002-2012-SA	2012

Fuente: Elaboración Propia

El mismo documento define al Seguimiento Farmacoterapéutico, como: “El acto profesional en el cual el profesional químico farmacéutico orienta y supervisa al paciente en relación al cumplimiento de su farmacoterapia, mediante intervenciones farmacéuticas dirigidas a prevenir, identificar y resolver problemas relacionados con los medicamentos”.

Además el Reglamento faculta al profesional Farmacéutico a desarrollar y evaluar el Seguimiento Fármaco Terapéutico a nivel comunitario y hospitalario e informar los resultados de sus intervenciones a la Autoridad de Salud pertinente. ⁽²⁸⁾

Por el lado gremial, la Ley de Trabajo del Químico Farmacéutico Ley 28173 y su reglamento emitido el 2006 ⁽³⁰⁾, le otorga al profesional la responsabilidad de la dispensación, de la información y de la orientación al usuario sobre la administración, uso y dosis del producto farmacéutico, su interacción con otros medicamentos, sus reacciones adversas y sus condiciones de conservación. Asimismo, le otorga facultades para ofrecer al usuario alternativas de medicamentos química y farmacológicamente equivalentes al prescrito en la receta, en igual forma farmacéutica y dosis. El marco legal para el desarrollo profesional del farmacéutico se muestra en el siguiente cuadro.⁽³⁰⁾

CUADRO 2. Base legal para el desarrollo de las actividades profesionales de los químicos farmacéuticos en el Perú.

NOMBRE DE LA NORMA	RANGO	N°	AÑO
Ley del Colegio Químico Farmacéutico ⁽³¹⁾	Ley	15266	1965
Ley modificatoria de la 15266 ⁽³²⁾	Ley	26943	1998
Reglamento de la ley 15266 ⁽³³⁾	DS	006-99-SA	1999
Modificatoria del reglamento de la Ley 15266 ⁽³⁴⁾	DS	022-2008-SA	2008
Ley de Trabajo del Químico Farmacéutico ⁽³⁰⁾	Ley	28173	2004
Reglamento de la Ley 28173 ⁽³⁵⁾	DS	008-2006-SA	2006

Fuente: Elaboración Propia

2.1.2. PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL USO DE MEDICAMENTOS

(PRMS) Y RESULTADOS NEGATIVOS DE LA MEDICACIÓN (RNM)

La consideración del medicamento como bien económico no siempre va en el mismo sentido que su percepción como bien social lo que ocasiona que los intereses económicos se antepongan a los sanitarios. Esto origina que frecuentemente se perjudique o ponga en riesgo la salud de las personas, en particular de las más vulnerables, creándose una permanente tensión entre atender las necesidades terapéuticas reales y la ampliación del mercado farmacéutico. ⁽³⁶⁾

El verdadero valor social del medicamento radica, sin embargo, en sus efectos más intangibles, imponderables y sensibles a las emociones humanas: la disminución del sufrimiento y su contribución a la vida y a la felicidad de las personas. La aportación del medicamento y su industria a la ciencia médica y su aplicación en los sistemas asistenciales salva vidas, alivia el dolor y el sufrimiento físico y psíquico de los pacientes y de sus familias, haciendo posible el desarrollo humano y la integración social de las personas.

Sin embargo con el uso de medicamentos no siempre se consiguen resultados positivos. En ocasiones la farmacoterapia falla provocando daños adicionales directos o indirectos cuando no se consiguen los objetivos terapéuticos buscados. Estos fallos de la farmacoterapia tienen un coste en la salud de los pacientes y un coste en recursos sanitarios y sociales, lo que los convierten en un auténtico problema de salud pública.

Strand y Hepler ^(2,39), definen la Drug Related Problems o 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. Para que un suceso sea calificado de PRM deben de existir al menos dos condiciones: 1) el paciente debe estar experimentando o debe ser posible que experimente una enfermedad o sintomatología, y 2) esta patología debe tener una relación identificable o sospechada con la terapia farmacológica.

Blasco y cols ⁽⁴⁰⁾ definen Error de Medicación (EM) a cualquier actuación prevenible que puede causar daño al paciente o morbilidad farmacoterapéutica (MFT). ⁽⁴⁰⁾ 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 el propio paciente.

Los EM, según el Tercer consenso de Granada ⁽³⁷⁾, están dentro de las categorías de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM). En su acepción mayor los PRMs son además cualquier suceso durante el proceso de uso de medicamentos que pueden incluir problemas no prevenibles como las idiosincrasias, las reacciones adversas o interacciones desconocidas (Cuadro N°03). ⁽³⁷⁾

CUADRO 3. Listado de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM)

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

Tomado de: Tercer Consenso de Granada 2007. ⁽³⁷⁾

Los Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) son la causa de resultados Negativos asociado al uso de medicamentos (RNM) ⁽⁴¹⁾ y los RNM son considerados por la OMS como Morbilidad Farmacoterapéutica (MFT). ⁽⁴²⁾

En el 2007 el Tercer Consenso de Granada ^(37, 42, 43,44) definió como sospecha de RNMs. a la situación en la que el paciente está en riesgo de sufrir un problema de salud asociado al uso de medicamentos, generalmente por la existencia de uno o más PRM, los que se consideran como factores de riesgo o causas de este RNM (Cuadro N° 04).

CUADRO 4. Clasificación de Resultados Negativos Asociados con la Medicación (RNM). Tercer Consenso de Granada. 2007 (Clasificación que le correspondía a los PRMs hasta el Segundo Consenso de Granada).

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

Tomado de: Tercer Consenso de Granada 2007 (37, 42,43)

Se admite que los PRMs como causas de RNMs, pueden ser múltiples, aceptando por tanto la existencia de un listado inicial que no es exhaustivo ni excluyente (Cuadro N°03), y que por tanto puede ser modificado con su utilización en la práctica clínica y en diversas condiciones sociales. (37)

Los PRM se pueden dividir en: potenciales o no manifestados, cuando el paciente potencialmente puede llegar a experimentar algún suceso indeseable (RNM) que podría interferir en los resultados deseados y reales cuando el paciente experimenta de hecho un suceso indeseable relacionado con la farmacoterapia que genera un resultados negativo de la medicación (RNM).

Con la definición clara de la actividad que identifica y sistematiza a estos eventos puede afirmarse que los farmacéuticos al identificar un PRMs para prevenir un RNMs o MFT realizan efectivamente un diagnóstico. Desde este punto de vista la definición de PRM y RNM puede ser el origen de un nuevo posicionamiento profesional. (43)

En la práctica, lo que ha ocurrido es que los farmacéuticos hemos evitado utilizar la palabra diagnóstico para referirnos finalmente a la actividad profesional de prevenir RNMs a través de la identificación y el tratamiento de sus causas, los PRMs. Si para los Profesionales Médicos es clara la labor diagnóstica en función de las enfermedades que son capaces de identificar para los Farmacéuticos deben quedar claros cuáles son los PRMs que son capaces de diagnosticar para evitar la aparición de RNMs. (44)

Culbertson y col. en 1997 (45) definieron como Diagnóstico Farmacéutico (DF) al proceso cognitivo centrado en la identificación de problemas específicos originados en el uso de medicamentos por parte de los pacientes. El DF debe estar basado en evidencia suficientes que permita sostener que la causa del problema de salud que enfrenta el paciente es efectivamente el uso de los medicamentos. (43,45)

Ferriols (46) afirma que con una elevada frecuencia, los PRM se originan en la forma en que los medicamentos son seleccionados, prescritos o indicados, dispensados, administrados y, principalmente, monitorizados. Por tanto, además de la obligada calidad intrínseca de los medicamentos que se manejan es imprescindible una correcta selección, prescripción, indicación, preparación, dispensación y administración. (47)

2.1.3. DIAGNÓSTICO DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS (PRM).

El alcance de las definiciones de los problemas relacionados con medicamentos (PRM) (Cuadro N°03) que se utilizan en la presente investigación se explican a continuación según el orden de identificación propuesto por el comité de consenso de Granada

(Figura N° 01) y la Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico de la metodología DADER.

a) Errores de prescripción (PRM 8): El investigador revisará los medicamentos prescritos para la enfermedad e identificará si están de acuerdo al diagnóstico declarado por el paciente. Se revisará la receta para identificar si contiene los datos mínimos requeridos normativamente para que el paciente use apropiadamente los medicamentos. ⁽⁴⁹⁾ Se revisará:

- Datos claros del prescriptor: Nombre, Colegiatura, Dirección, Teléfonos.
- El Nombre del paciente.
- La descripción clara de los medicamentos en denominación común internacional (DCI), formas de presentación y cantidad.
- Indicaciones especiales si el medicamento lo requiere.
- No observar las precauciones, incompatibilidades y advertencias de los medicamentos por la condición fisiopatológica del paciente.

b) Errores de dispensación (PRM 7): Se revisará si todos los medicamentos prescritos fueron dispensados y si están de acuerdo a las características de la receta. Se anotará si se dispensó el mismo medicamento en nombre y forma farmacéutica o si se realizó una

sustitución autorizada normativamente por consejo del farmacéutico. ⁽⁵⁰⁾ El paciente deberá comprender la naturaleza del cambio.

c) Incumplimiento o No Adherencia al tratamiento prescrito (PRM 9): En la presente investigación se utiliza la definición de Haynes ⁽⁵¹⁾ que definió a la adherencia como: “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”. ⁽⁵¹⁾

Durante el desarrollo del trabajo se utilizará manera indistinta los términos cumplimiento terapéutico, cumplimiento de la prescripción, adherencia al tratamiento y adherencia terapéutica con el mismo significado semántico. ^(51,52)

La no-adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran magnitud. Esto se refleja estadísticamente en que en los países desarrollados, la adherencia a la terapéutica, promedia el 50%, mientras que en los países en vías de desarrollo, las tasas son inclusive menores. ⁽⁵²⁾

Esta realidad tiene como consecuencia el incumplimiento de las metas sanitarias, mayores costos en salud, mayor incidencia de las complicaciones propias de la enfermedad, y finalmente agudización de la enfermedad y muerte. ⁽⁵³⁾

Se ha demostrado que la falta de adhesión al tratamiento que ocurre entre los pacientes crónicos, como los hipertensos, implica una mayor probabilidad de agravamiento de la enfermedad, aumento de los gastos de salud y disminución de la calidad de vida de los pacientes, entre otros efectos. ^(54,55)

En la presente investigación el nivel de adherencia pre y post intervención farmacoterapéutica servirá como un indicador de la eficacia del SFT sobre la resolución de

PRM. El perfil de la adherencia se evaluará a través de la aplicación del test denominado Medication Adherence Scale ⁽⁵⁶⁾ que se describe en las definiciones operacionales.

d) Otros problemas de salud que afectan al tratamiento (PRM 11): Son problemas de salud diagnosticados o no, diferente a la morbilidad objetivo. Esta condición puede poner en riesgo el uso de los medicamentos prescritos o motivar al paciente a automedicarse. Dentro de estos problemas de podemos identificar alergias, estrés, dolores, depresión, sensaciones extrañas u otro para las cuales es necesario tomar precauciones de uso o que sean desfavorables para el uso de los medicamentos prescritos. ⁽⁵¹⁾

e) Actitudes negativas del paciente (PRM 2): Es la conducta negativa del paciente a asumir las indicaciones terapéuticas motivadas por conceptos erróneos de los efectos de su medicación, convencimiento que los medicamentos no son necesarios o por alguna razón externa al tratamiento tales como: creencias religiosas, culturales, consejos erróneos de terceros, etc. Estas actitudes pueden ser detectadas cuando el farmacéutico pregunta: ¿Cree Usted que puede tener problemas con la toma de alguno de estos medicamentos?

f) Duplicidad (PRM4): Es la concomitancia en el uso de dos medicamentos que farmacológicamente cumplirían la misma función o si la asociación de dos medicamentos no brinda ventajas terapéuticas comparativas y que por el contrario pudieran causar problemas negativos debido a la sobre dosificación o interacción. ⁽⁵²⁾

g) Dosis, pauta y/o duración no adecuada (PRM 5): Error asociado a la prescripción de medicamentos no conforme a las pautas posológicas remendadas: la dosis, la vía de administración, la frecuencia de administración y los días estipulados para el tratamiento. ⁽⁵¹⁾

h) Contraindicaciones (PRM 6): Condiciones actuales de salud del paciente o la toma concomitante de algún otro medicamento que condicione negativamente al paciente para no usar el medicamento prescrito. (48)

i) Interacciones (PRM 10): Incompatibilidad farmacológica en la concomitancia del uso de dos o más medicamentos en un paciente por razones que afectan negativamente el resultado de la medicación y aún puedan poner en riesgo la salud del paciente. (51)

La evaluación de la interacción es compleja y debe primar el criterio de costo beneficio de la administración conjunta frente a otras alternativas terapéuticas.

En este ítem se considera la interacción con productos naturales o alimentos que el paciente suele consumir de manera regular junto con los medicamentos que pudieran interactuar de manera negativa con la medicación. (48)

j) Potenciales Reacciones Adversas (PRM 12): Son aquellos problemas de salud que pueden estar causados y/o agravados por el medicamento. Conviene revisar la evidencia que existe sobre la manifestación de un determinado efecto indeseado (probabilidad de que aparezca), así como la importancia que puede tener (gravedad del problema).

En cualquier caso, es preciso establecer cuales son aquellas variables clínicas (si las hubiera) que permiten monitorizar los efectos indeseados de cada medicamento. También es conveniente revisar aquellas pruebas analíticas que puedan estar alteradas por el medicamento. (48)

k) Conservación inadecuada (PRM 2): Condiciones en las que se mantienen los medicamentos que afectan directa o indirectamente la calidad de los medicamentos. Si están en lugares inseguros, al alcance de niños, expuestos a luz solar, en ambientes

húmedos, expuestos temperaturas excesivas, en lugares expuestos a maltrato físico por accidente u otro. (52)

l) Problema de salud insuficientemente tratado (PRM 13): Problema de salud diagnosticado que mantiene signos o síntomas clínicos en el paciente que presumen ineffectividad del tratamiento prescrito que puede deberse a subdosificación, ineffectividad o la falta de un medicamento dentro de la terapia del paciente. (48)

m) Administración errónea del medicamento (PRM 1): Problemas asociados directamente con el uso de medicamentos automedicados y sus problemas derivados. Automedicación de productos bajo automedicación estricta, Automedicación con errores de posología, Interpretación errónea de la receta, etc. (51)

n) Influencias negativas del entorno (PRM 14): Actitudes asumidas por los pacientes por influencia del entorno social o cultural en el que vive. Influencias de las amistades, vecinos o familiares que sufren problemas similares, grupos religiosos, propaganda negativa, etc.

o) Medicamentos ilegales (PRM 15): Uso de medicamentos sin registro sanitario vigente de origen espurio o ilegal que suele reconocerse por que el registro sanitario no es legal.

p) Problemas económicos (PRM 16): Problema que se evidencia cuando el paciente no toma su medicación por que no la puede adquirir,

2.1.4. LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y EL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO: CONTRIBUCIÓN DEL FARMACÉUTICO AL MANTENIMIENTO DE LA SALUD PÚBLICA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) definieron que la misión de la práctica farmacéutica debe ser: suministrar medicamentos, otros productos y servicios para el cuidado de la salud y ayudar a la sociedad para que sean usados de la mejor manera posible. ⁽⁵⁸⁾

Una parte de la misión señalada por la OMS se contiene en la definición del término Pharmaceutical Care. En España país donde se ha incorporado el término a la asistencia sanitaria, El 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.

^(37, 59,60)

En el ámbito comunitario, según Andrés Rodríguez ⁽⁸⁾ las actividades de AF podrían esquematizarse según el Cuadro N°05, donde destacan aquellas orientadas hacia el paciente, mayores en número a aquellas tradicionales orientadas exclusivamente hacia el aseguramiento de la calidad del medicamento. Las actividades centrales relacionadas con Atención Farmacéutica son: Dispensación, Asesoramiento Farmacéutico, Farmacovigilancia y Seguimiento Farmacoterapéutico.

Aquellas actividades que no están directamente relacionadas con el uso de medicamentos pueden contribuir también con este objetivo pero al no estar vinculadas directamente con el paciente son consideradas más como actividades para el aseguramiento de la calidad del medicamento. 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.

Las actividades directamente relacionadas con AF: Las 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 (Cuadro N°03).

Lo más 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 ambos términos. El diccionario define “atención” como “la responsabilidad individual de alguien para entregar bienestar y seguridad”, mientras que un servicio implica simplemente funciones o actividades. (15)

Cuadro 5. 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>ACTIVIDADES ORIENTADAS AL PACIENTE: ATENCIÓN FARMACÉUTICA</p>	<p>DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS. FORMULACIÓN MAGISTRAL.</p>
	<p>INDICACIÓN FARMACÉUTICA. FORMACIÓN EN USO RACIONAL. EDUCACIÓN SANITARIA. FARMACOVIGILANCIA.</p>
	<p>SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.</p>

Tomado de Andrés Rodríguez (8)

Al introducir el término “atención” el farmacéutico se iguala con otros profesionales de la salud que también entregan atención al paciente y colocamos a éste, en el centro de nuestro quehacer profesional. Hay tres elementos básicos que caracterizan el ejercicio de la atención farmacéutica: Responsabilidad, el compromiso de trabajar con el paciente para alcanzar las metas terapéuticas y el mejoramiento de la calidad de vida.

El mayor problema del concepto de Atención Farmacéutica es llevarlo a la práctica en términos de una actividad proactiva independiente de las percepciones del paciente y de las expectativas del prescriptor con el objetivo de detectar problemas complejos en el proceso de uso de medicamentos que solo pueden ser diagnosticados por la experiencia profesional del Farmacéutico. Es decir una actividad en la cual el farmacéutico asume de manera integral la responsabilidad de evaluar a los pacientes que consumen medicamentos con el fin de detectar PRMs y resolverlos.

Se han propuesto para este fin una serie de actividades concretas que permitan obtener resultados medibles que evidencien la utilidad del trabajo profesional farmacéutico para la prevención, solución o amenguamiento de los problemas asociados al uso de los medicamentos (PRM). Una respuesta a esta necesidad es la implementación de modelos basados en seguimiento fármaco terapéutico (SFT).

Las actividades del SFT están orientadas a la detección de problemas relacionados con medicamentos (PRM) para la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM). Este servicio implica un compromiso, y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente. (65,66)

La definición de Seguimiento fármaco terapéutico (SFT), tal como se propone en el tercer consenso sobre Atención Farmacéutica de Granada en España en 2007 ⁽³⁷⁾, es “La práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente que usa medicamentos”.

Tal como lo señala Machuca ⁽⁶⁷⁾ actualmente los términos: atención farmacéutica (AF), intervención farmacéutica (IF) y seguimiento fármaco terapéutico (SFT) se usan indistintamente en las diferentes investigaciones sobre el tema para indicar una misma actividad orientada a asegurar calidad en el consumo de medicamentos por parte de los pacientes.

Según Martí y Jiménez ⁽⁶⁸⁾, de manera general los programas de AF o SFT deben soportarse en métodos o sistemas que permitan, de un modo general, dar respuesta a los siguientes aspectos:

- a. Identificación temprana de pacientes que se beneficiarían con su implantación, Registrar las categorías y las causas que originan los problemas relacionados con los medicamentos y su documentación,
- b. Generar alertas para solucionar los fallos del sistema,
- c. Evaluar la utilidad clínica de los procesos asistenciales en curso y
- d. Facilitar la propuesta de mejoras en la calidad de la gestión farmacoterapéutica.

A través de los años se han desarrollado varios métodos para este fin, entre ellos los más conocidos son: The Therapeutic Outcomes Monitoring (TOM) ⁽⁸⁾ aplicable a grupos de pacientes que sufren enfermedades de alto riesgo propuesto por Charles Hepler, El Método del Global Pharmaceutical Care de Linda Strand y Cols. Y El método de Seguimiento Farmacoterapéutico Dáder de la Dra. María José Faus Dáder desarrollada desde la Universidad de Granada en España. ⁽⁴⁸⁾ Existen así mismo otros métodos propuestos como el método IASER desarrollado por Climenti y Jiménez.

En esta investigación se utiliza como modelo de SFT una modificación del método Español DADER de seguimiento fármaco terapéutico. ^(48,57) Desarrollado por Ocampo ⁽⁶⁹⁾ aplicado

por primera vez con el objetivo de medir el impacto del SFT sobre el uso de medicamentos y la prevención y solución de PRMs y RNMs en pacientes hipertensos.

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. El método intenta ser un modelo universal para la prestación del seguimiento fármaco terapéutico en cualquier ámbito asistencial, independientemente del tipo de paciente y por cualquier fármaco.

El método ha demostrado ser exitoso en la prevención, detección y resolución de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) desde el nivel de atención primaria sin embargo tal como lo propone el grupo de Investigación de la Universidad de Granada y Deselle y col. Es necesario evaluar su utilidad en escenarios sociales diferentes que permitan establecer estándares de actuación en situaciones particulares para medir en ellos el impacto real de la atención farmacéutica.

Estas particularidades se han introducido en el método modificado por Ocampo ⁽⁶⁹⁾ en el que se han modificado los términos en las herramientas de recojo de información para hacerlas más fáciles de aplicar por el profesional y más entendibles para el paciente. Así mismo se han introducido procedimientos y herramientas que permiten detectar rápidamente problemas de no adherencia al tratamiento que en nuestra realidad alcanzan cifras mayores al 40%.⁽¹⁰⁾

Tanto en el método DADER ^(48,66) como en la versión modificada por Ocampo pueden identificar como fases centrales del proceso de seguimiento farmacoterapéutico:

- a) La elaboración del primer estado de situación del paciente, la evaluación e identificación de sospechas de PRMs.
- b) La intervención para resolver los PRMs y potenciales RNMs
- c) La evaluación del nuevo estado de situación del paciente (Figura N°02).

d) En la presente investigación se aplica un modelo desde el Establecimiento Farmacéutico con un primer contacto en el Establecimiento, para la oferta del servicio y el levantamiento de información general y contactos sucesivos en la fase de intervención a través de llamadas por teléfono, citas domiciliarias o citas en la farmacia comunitaria.

Un aspecto crucial es desarrollar un modelo que no solo agregue valor a la asistencia sanitaria e impacto positivo en las actividades del profesional farmacéutico, sino que además genere valor económico al establecimiento farmacéutico. La presente investigación pretende desarrollar un modelo que permita, con las adaptaciones necesarias, contribuir a la salud pública sin dejar de otorgar valor a la cadena logística de medicamentos.

El objetivo del SFT es dar solución a los PRMs a través de intervenciones farmacéuticas efectivas. Sabater y col. ⁽⁷⁶⁾ plantean una clasificación de las intervenciones farmacéuticas que podrían surgir durante el proceso de del Seguimiento Fármaco terapéutico (Ver Cuadro N°06).

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

De manera general las acciones para intervenir en las dimensiones 1 y 2 que tienen que ver directamente con cambios en la terapia, deberían pasar a través de una interconsulta con el médico. Mientras que las acciones de la tercera dimensión son responsabilidad directa del farmacéutico con el paciente.

Cuadro 6. Clasificación de intervenciones farmacéuticas destinadas a prevenir o resolver resultados clínicos negativos de la farmacoterapia.

1	Intervenir sobre la calidad de medicamento	Modificar la dosis	Ajuste de la cantidad de fármaco que se administra de una vez
		Modificar la dosificación	Cambio en la frecuencia y/o duración de tratamiento
		Modificar la pauta de administración (redistribución de la cantidad)	Cambio del esquema por el cual quedan repartidas las tomas del medicamento a lo largo de un día
2	Intervenir sobre la estrategia farmacológica	Añadir medicamento(s)	Incorporación de un nuevo medicamento que no utilizaba el paciente
		Retirar un medicamento	Abandono de la administración de un determinado(s) medicamento(s) que los que utiliza el paciente
		Sustituir un medicamento(s)	Reemplazo de algún medicamento de los que utilizaba el paciente por otros de composición diferente. O bien de diferente forma farmacéutica o vida administrativa

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

Tomado de Sabater y Cols.

2.1.5. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica. ⁽⁷⁷⁾ Según la la Sociedad Europea de Hipertensión (SEH) - Sociedad Europea de Cardiología (SEC) para el manejo de la hipertensión arterial y el sétimo reporte del Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure de los Estados Unidos (JNC VII) ⁽⁷⁸⁾ ,se considera que un individuo adulto mayor de 18 años es hipertenso cuando se produce una elevación persistente de la PAS (presión arterial sistólica) mayor o igual de 140 mm Hg y/o una elevación de la PAD (presión arterial diastólica) mayor o igual de 90 mm Hg. Los valores referenciales de presión arterial (PA) se muestran en el cuadro 7.

Cuadro 7. Valores referenciales de presión arterial

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

Tomado de la Sociedad Europea de Hipertensión (SEH) - Sociedad Europea de Cardiología (SEC) y del JNC VII. ⁽⁷⁸⁾

La HTA sólo se diagnostica en dos de cada tres individuos hipertensos (68,4%). De estos, el 53,6% recibe el tratamiento adecuado, pero el control sólo se logra en el 27% de los casos diagnosticados ^(79,80). Más aún, y tal como reportan Agusti ⁽¹⁰⁾ en Perú y Rojas ⁽⁸⁰⁾ en Chile un 55 y 40% respectivamente de pacientes que poseen valores de presión arterial elevados no son conscientes de ello ya que en la mayoría de los casos la HTA cursa sin síntomas.

Los factores reconocidos influyentes sobre el nivel medio de la hipertensión arterial son la edad, el sexo (con la edad más elevado en las mujeres), la raza (mayor en negros que en blancos) y nivel socio económico (prevalente en niveles socioeconómicos bajos). Así mismo se han estudiado los efectos del sobre peso, la ingesta de sal, el sedentarismo y el consumo excesivo de alcohol entre otros factores. ^(81,82) Justamente las acciones que conducen a prevenir y controlar estos factores de riesgo son las recomendaciones iniciales más útiles para evitar distorsiones de la presión arterial por sobre la media de los valores normales.

Sin embargo el enfoque del manejo de la hipertensión arterial ha pasado de ser un objetivo por sí mismo a convertirse a su vez en un factor de riesgo que debe prevenirse y controlarse para evitar la aparición de enfermedades que involucran daño cardiovascular, cerebral, renal u ocular.

El objetivo primario del tratamiento antihipertensivo es mantener los valores de tensión arterial por lo menos por debajo de 140/90 mm. Hg. para prevenir riesgos de morbimortalidad cardiovascular asociada, incluidos episodios cardíacos, cerebrales, enfermedad renal y vascular periférica, para lo cual es necesario, además, tratar los factores de riesgo modificables y las comorbilidades.

En cuanto al manejo farmacológico, el Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión

e Iza recomiendan flexibilidad. Se valoriza la idoneidad y responsabilidad del médico actuante para decidir si tratar o no y qué fármacos emplear inicialmente. Se acepta como

válido iniciar el tratamiento con diuréticos tiacídicos, β -bloqueantes, antagonistas del calcio, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), antagonistas del receptor AT-1 de la angiotensina II, bloqueantes α -adrenérgicos, agentes de acción central o combinaciones fijas de fármacos a dosis bajas.

Si bien se ha cuestionado la seguridad de los α -bloqueantes, antagonistas del calcio y β -bloqueantes, no pueden ser descartados del uso cotidiano, ya que de acuerdo a las características fisiopatológicas del paciente, son de utilidad para el tratamiento en ciertos casos.

En el Perú, Agusti ⁽¹⁰⁾ sostiene que la gran mayoría de hipertensos (82,2%) reciben inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, seguidos por los calcio antagonistas dihidropiridínicos (12%) y luego otros hipotensores.

2.1.6. FARMACIA AGUIRRE

La presente investigación se llevó a cabo en la Farmacia AGUIRRE, que se encuentra ubicada en el Av. América norte n° 690 - Trujillo. La población de la zona de influencia puede catalogarse como del nivel socioeconómico intermedio.

Para el servicio profesional la Farmacia AGUIRRE cuenta con la presencia de 1 Químico Farmacéutico y 2 técnicos en farmacia.

La Farmacia AGUIRRE ofrece la dispensación de medicamentos genéricos, de marca, medicamentos con receta médica y otros artículos relacionados. Asimismo, atiende diariamente un promedio de 30 pacientes. Las patologías más frecuentes para las cuales se dispensan los medicamentos son: hipertensión, diabetes, enfermedades respiratorias, enfermedades gastrointestinales, infecciones urinarias.

2.2. ANTECEDENTES

En Perú, los hogares son la primera fuente de financiamiento de los servicios de salud, y los que mayoritariamente pagan los medicamentos. En el año 2005, el 34% del gasto en salud fue realizado por los hogares y alrededor del 70% de ese gasto se dedicó a la compra de medicamentos. Este hecho afecta a los más pobres de una sociedad donde el 50% de la población se encuentra en situación de pobreza ⁽⁶⁸⁾.

Hasta el año 2005, las farmacias eran la fuente principal de abastecimiento de salud. Tal como lo muestra un estudio del MINSA los pacientes acuden principalmente a establecimientos privados farmacéuticos antes que a otro servicio de salud, tendencia que se ha revertido levemente en los últimos años, gracias probablemente a la presencia de las llamadas cadenas de farmacia dentro de los prestadores de salud privados.

En cuanto a los grupos de riesgo en el uso de medicamentos, según el Ministerio de Salud, en el Perú las personas adultas mayores por efecto del propio proceso de envejecimiento son vulnerables a las enfermedades y a las reacciones adversas por los medicamentos. Este grupo poblacional consume 2 a 3 veces más medicamentos que el promedio de la población general, teniendo por ello mayor posibilidad de sufrir reacciones adversas e interacciones medicamentosas perjudiciales para su salud.

El empleo de medicamentos, productos naturales u otros remedios por iniciativa propia o su entorno, han sido las prácticas más empleadas durante años para el tratamiento de las enfermedades del adulto mayor, sin tomar en cuenta los efectos o daños que puedan originar en la salud, tales como el enmascaramiento de la enfermedad, su prolongación o agravamiento, resistencia a los fármacos utilizados, o incluso la dependencia.

Al inicio de la década de 1990, la regulación de medicamentos sufrió cambios radicales; de ser una actividad altamente regulada, con control de precios y múltiples barreras al ingreso (se registraron menos de 200 medicamentos al año) se convirtió en otro sin regulaciones, con precio libre, más aun cuando se promulgó la Ley General de Salud N.º 26842, cuyo

capítulo III, específicamente, en su artículo 50.º, establecía que la inscripción en el Registro Sanitario (RS) de medicamentos era automática, esta se otorgaba con la simple presentación de una declaración jurada sobre la calidad, seguridad y eficacia del producto, adjuntando, entre otros documentos, un certificado de libre venta emitido por la autoridad sanitaria de cualquier lugar del mundo, cuando el producto es importado, es decir, era un registro por referencia, pudiendo ya ser registrado en el país sin la posibilidad de una evaluación de la eficacia y seguridad de los productos ni de las condiciones necesarias para evaluar su calidad.

En cuanto al mercado de medicamentos y la Industria farmacéutica, luego de casi una década de regresión 1994 – 2002 en donde el mercado nacional disminuyó su valor desde US\$ 438 millones a US\$ 314 millones el 2000, el sector se vislumbra con una marcada tendencia al crecimiento. Desde aquella fecha el mercado farmacéutico peruano ha crecido hasta US\$ 1100 millones el 2008, es decir casi 400% en 8 años y se estima que seguirá creciendo a un ritmo no menor al 15% anual hasta el 2016 donde se estima que tendrá un valor de US\$ 3000 millones. El crecimiento sobre todo se registra en los medicamentos tipo genérico de marca y genéricos en DCI, gracias al impulso marcado por las políticas sanitarias en prescripción, dispensación y el impulso del sector industria hacia la fabricación de genéricos en el Perú .

Es fácil prever que esta tendencia de crecimiento del mercado se acompañe de una relación directa con el acceso e inversa a la racionalidad del consumo. Las cadenas de Farmacias concentran el 64% de los productos farmacéuticos comercializados en un mercado distorsionado que se concentra en cinco cadenas farmacéuticas, estrechamente vinculadas con laboratorios o distribuidoras. Existen más de 1300 farmacias de este tipo y cuya principal política es vender primero el medicamento más rentable o aquel de los laboratorios relacionados

En cuanto al uso de medicamentos, en un trabajo para determinar la situación en tres regiones del Perú, Barillas y col. determinaron que solamente el 44% de pacientes entrevistados llevó el tratamiento prescrito en su totalidad. La falta de adherencia y las

adquisiciones frecuentes y en pequeños montos resultan en un mayor costo de los productos, el cual, finalmente, se traslada al usuario que paga por los medicamentos.

Según este estudio sin embargo existen avances importantes que parecen haberse logrado en términos de prácticas de prescripción: Hay mayor adherencia al Petitorio Nacional en la prescripción ambulatoria (72%); se emplea el nombre genérico en las prescripciones (70%). Estos resultados aparentemente son contradictorios con los esfuerzos del estado para orientar las prescripciones de medicamentos hacia la prescripción utilizando de la denominación común internacional para promover el uso de medicamentos genéricos que deberían tener la misma seguridad y eficacia pero a un costo muy inferior.

Otras características de la prescripción que subsiste en los servicios sanitarios ambulatorios del Perú es que el número de medicamentos promedio por encuentro médico es de 3; y la prescripción de inyecciones está por el 36%. Otra brecha importantes por cubrir es particularmente en relación al uso de antimicrobianos. El 60% de los encuentros médico-pacientes en consulta ambulatoria resultaron en la prescripción de un antimicrobiano, lo que amerita un análisis más detallado de esta práctica. Además, la mayoría de los pacientes que recibieron la prescripción de antimicrobianos, no habían recibido instrucciones adecuadas de las dosis y duración de su uso.

Las intervenciones farmacéuticas o fármaco terapéuticas han logrado éxitos en el manejo y control de diversas entidades patológicas en ámbitos clínicos, humanísticos y económicos, En los resultados de diversas investigaciones se evidencia la regularización de los indicadores clínicos del estado de las enfermedades por ejemplo la mejoramiento de la adherencia o cumplimiento de las indicaciones médicas (ambos en el ámbito clínico) (. Además se han reportado éxitos en los niveles de población del trabajo que realiza el farmacéutico a nivel comunitario (ámbito humanístico).

Así mismo como resultado de las Intervenciones farmacéuticas se han observado mejoras significativas en el conocimiento por parte del paciente sobre los factores de riesgo de la enfermedad, sobre la medicación y en la satisfacción con el servicio. También, se

encontraron mejorías significativas en la función física y un empeoramiento de las funciones sociales, emocionales y de salud mental (atribuido a una mayor conciencia de la enfermedad).

La habilidad de los farmacéuticos para asumir un mayor rol en la detección, manejo y control de los pacientes hipertensos depende de las características del Sistema y del grado de su integración dentro del equipo de salud. ⁽⁸⁾ En instancias hospitalarias, por ejemplo, el manejo de la hipertensión por parte de farmacéuticos clínicos ha resultado muy efectiva. Ejemplos de ello son los programas de manejo de pacientes hipertensos en clínicas de veteranos en los Estados Unidos, en las que mediante la vigilancia por parte de los farmacéuticos clínicos se han obtenido resultados significativos en el manejo de la enfermedad y los medicamentos usados. Tales avances incluyen mejoras en el cumplimiento terapéutico (72% contra 20% del grupo control, $p < 0.001$), reducción de drogas duplicadas ($p < 0.001$), disminución de costos ($p < 0.05$) y mejoras en la documentación acerca del consumo de medicamentos ($p < 0.025$). ⁽⁸⁾ Más importante aún son los resultados referidos al control de las presiones sanguíneas que en los pacientes del grupo control fueron del 29%, mientras que en el grupo intervenido alcanzó al 69%, en aquellos pacientes seguidos por 9 meses, y del 90% en pacientes con un seguimiento de 4 años.

Sabater y col. en una investigación para clasificar los tipos de intervenciones farmacéuticas utilizando seguimiento fármaco terapéutico definieron nueve tipos de intervención farmacéutica que a su vez fueron agrupadas en tres categorías: cantidad de medicamento, estrategia farmacológica, educación al paciente. Se analizaron 2361 hojas de intervención farmacéutica y se excluyeron de los resultados 491 de ellas.

Las intervenciones farmacéuticas más prevalentes fueron aquellas encaminadas hacia la sustitución del medicamento (23,6%), seguidas por aquellas destinadas a la adición de un medicamento al paciente (23,5%). También destacaron las intervenciones dirigidas hacia la disminución del incumplimiento voluntario (14,8%), hacia la retirada de un medicamento (14,6%) y hacia la modificación de la dosis (13,4%). El resto de los tipos de intervención

definidos fueron: educación en medidas no farmacológicas (3,4%), disminución del incumplimiento involuntario (3,4%), modificación de la dosificación (2,2%) y modificación la pauta de administración (1,2%). Conclusiones: Es posible establecer clasificación universal donde queden reflejadas y definidas todas las intervenciones que un farmacéutico puede realizar para resolver o prevenir resultados clínicos negativos de la farmacoterapia.

Silva y cols revisaron 49 publicaciones entre 1999 y 2006 para verificar el éxito de la incorporación del SFT a las actividades asistenciales de los servicios de farmacia, concluyen que hubo éxito en la incorporación de estas estrategias y sugieren que deben plantearse abordajes conjuntos para vincular a la Farmacia Clínica y al SFT .

Armando y cols en un estudio en el que participaron 38 farmacéuticos reportaron 208 intervenciones fármaco terapéuticas, con 218 PRM resueltos (efectividad del 77,9%; intervalo de confianza [IC] del 95%, 70,6-86,2). Un 25% de los PRM se resolvieron entre el farmacéutico y su paciente y un 75% requirieron la participación del médico, lográndose una aceptación de las IF del 74,6% (IC del 95%, 67,8-82,6). El elevado porcentaje de resolución de PRM aceptados por parte de los médicos demuestra la factibilidad de insertar a los farmacéuticos comunitarios en el equipo de salud y la posibilidad de que éstos puedan efectuar una aportación significativa a las disminuciones de la morbilidad y mortalidad relacionadas con medicamentos por medio de la realización de actividades de SFT.

Vásquez y cols en un estudio retrospectivo realizado en una farmacia comunitaria española se analizan 50 pacientes en seguimiento farmacoterapéutico según el Método Dáder, luego de 125 intervenciones sobre los 50 pacientes encontró que un 20,8% de los PRM fueron causados por incumplimiento. El 85,6% de las intervenciones fueron aceptadas y el 81,6% de los problemas de salud resueltos y La vía de comunicación más utilizada fue la Escrita Farmacéutico-Paciente-Médico, concluyenso que el método Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico es eficaz para la detección, prevención y resolución de los PRM y optimizar la farmacoterapia de los pacientes.

Rodríguez en un estudio para determinar el grado de satisfacción de los pacientes con el SFT encontró que el 91% de los pacientes desconocía el seguimiento farmacoterapéutico antes de su oferta. Un 26% aceptó el seguimiento buscando la mejoría de sus enfermedades, mientras que el 74% por confianza en su farmacéutico. El 89% cree que ha supuesto una mejoría de sus enfermedades, igualmente el 83% afirma que la relación Farmacéutico-Paciente-Médico no se ha visto afectada, incluso un 4% piensa que ha mejorado mucho. Más del 94% considera que ha recibido un trato personal y profesional excelente. El 74% manifiesta encontrarse muy satisfecho con el servicio de seguimiento farmacoterapéutico y un 94% cree que sus enfermedades están mejor tratadas. Concluyen que Los pacientes en seguimiento farmacoterapéutico conocen y valoran positivamente este servicio. La confianza en su farmacéutico fue la causa más importante para aceptarlo. Los pacientes están bastante satisfechos con el seguimiento farmacoterapéutico, valoran la profesionalidad y accesibilidad del farmacéutico, así como los resultados en salud obtenidos.

En este mismo sentido Armando ⁽⁸⁸⁾, en una investigación para valorar el grado de la satisfacción de los pacientes con el seguimiento fármaco terapéutico fundamentalmente reportan que se percibieron mejoras en el conocimiento de los medicamentos y en el cumplimiento de los tratamientos prescritos por el médico; del cual se concluye que todos los ítems consultados obtuvieron altas calificaciones por parte de los pacientes.

Fontana adaptó la metodología DADER para estudiar el efecto del SFT a 21 pacientes pediátricos hospitalizados. El 71,4% de los mismos presentó al menos 1 PRM durante el ingreso y se identificaron 27 PRM en el total de casos estudiados. El 51,9% de los PRM fueron problemas de efectividad, el 37,0% de seguridad y el 11,1% de necesidad. El 55,6% de los problemas de salud se resolvieron. La elaboración de un Procedimiento Normalizado de Trabajo permitió adaptar la metodología Dáder al ámbito hospitalario. El plan piloto fue de gran utilidad para realizar seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes pediátricos hospitalizados, evidenciando la necesidad de la participación del farmacéutico en el equipo de salud a fin de mejorar la calidad de los tratamientos farmacológicos de los pacientes hospitalizados.

La implementación de la Atención Farmacéutica en el Perú se ha basado en la identificación de las características que tienen los tipos de establecimientos de salud existentes y las estrategias que se requerirían en cada uno para la implementación de este servicio.

Knauth en un estudio efectuado en barrios marginales de Chimbote determinó que tan sólo el 34,5% de los sujetos que empleaban medicamentos para curarse habían recibido una consulta médica privada o en centros de salud del estado, y 2,5% correspondían a medicina tradicional. El 63% restante correspondía a automedicación. Sostiene que la mitad de los medicamentos tomados (50,5%) se adquirieron sin receta médica. El 86% de los medicamentos empleados para tratar la gripe, el 65% de los analgésicos y el 36% de los antibióticos se utilizaron como automedicación. Este autor plantea que la automedicación es corriente porque a menudo es difícil o imposible llegar a los centros de salud (largos recorridos, altos costos de transporte, prolongado tiempo de espera, etc) y porque las consultas privadas son caras.

Andino en el año 2013 realizó un estudio que tuvo como propósito realizar el seguimiento farmacoterapéutico a pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa en la ciudad de Cotacollao (Ecuador), para lo cual utilizó el método Dáder como herramienta para el seguimiento farmacoterapéutico donde se pudo detectar los resultados asociados a la medicación que afectan a la población con hipertensión arterial, encontrándose 71% de efectividad y el 29% de seguridad.

Velasco realizó un estudio prospectivo con el objeto de realizar el seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hipertensos ambulatorios, en la Caja de Salud de Caminos y R.A-Oruro (Bolivia) en un periodo de 11 meses donde utilizó el método Dáder para la identificación de Problemas Relacionados a la Medicación (PRMs), donde las causas de los Problemas Relacionados con Medicamentos fueron por problemas de salud no resueltos, por efectos adversos de los medicamentos, por incumplimiento del tratamiento farmacológico y por otras causas. Se concluyó que el seguimiento farmacoterapéutico en

hipertensión arterial es una práctica posible, capaz de producir resultados positivos, mejorando la calidad de vida del paciente, la comprensión de su enfermedad para una adhesión al tratamiento farmacológico.

Flores, Segura, Quesada y Hall realizaron una investigación donde tuvo como propósito determinar la incidencia de problemas relacionados con los medicamentos en pacientes hipertensos mayores de 18 años que acuden a la Farmacia Tres Ríos y a la Farmacia D'María (Costa Rica), durante un período de 12 semanas, utilizando el Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico. Se concluye que la utilización del Método Dáder para realizar el seguimiento farmacoterapéutico en los pacientes hipertensos que acuden a las farmacias de comunidad del estudio, permite identificar los resultados negativos de la medicación y realizar las intervenciones convenientes para resolver los problemas de salud. Arias y Santamaría realizaron un estudio con la finalidad de evaluar Mejora de los resultados de la farmacoterapia de pacientes hipertensos en una farmacia comunitaria, donde se analizan las consecuencias de la actividad asistencial del farmacéutico en un grupo de pacientes hipertensos de una oficina de farmacia en Granada (España) . Se han estudiado los diferentes Problemas Relacionados con la Medicación (PRM) que podrían dar lugar a la aparición de Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). Se concluye que la implantación del servicio de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hipertensos, se ha logrado resultados positivos respecto a la detección, prevención y resolución de PRMs.

Torres y cols realizaron un estudio para evaluar la efectividad de un programa de atención farmacéutica en la mejora del control de la presión arterial en pacientes hipertensos mal controlados, encontrando una disminución de los niveles de presión arterial , mayor grado de cumplimiento y un elevado número de problemas relacionados con el medicamento (PRM) detectados y corregidos.. Se concluye que la atención farmacéutica en pacientes hipertensos mal controlados se asocia a un aumento del nivel de control y de la adherencia al tratamiento y una mayor detección y corrección de PRM.

Rosinach y García realizaron un estudio cuyo propósito fue analizar el efecto del SFT en la optimización de la farmacoterapia de pacientes hipertensos no controlados, para la adecuación de los valores de presión arterial (PA) a su situación clínica; donde se obtuvo al final del estudio una reducción media de PAS permitiendo alcanzar el control en un 70% de los pacientes y una reducción en el límite al 5% de significación para el riesgo cardiovascular (RCV) total. Se concluye que la realización de SFT por el farmacéutico comunitario, en colaboración con el médico de familia, reduce estadísticamente los valores de presión arterial sistólica y diastólica y RCV alcanzando un grado de control de la patología similar al obtenido en unidades de hipertensión hospitalarias.

Galán realizaron un estudio que tuvo como fin realizar seguimiento farmacoterapéutico para determinar la incidencia de PRM en pacientes con hipertensión arterial de la ciudad de Cuenca (Ecuador), donde se tuvo como resultado el problema de salud resuelto, intervención aceptada 67%; problema de salud no resuelto intervención aceptada 18%; problema de salud no resuelto intervención no aceptada 15%. Se concluye que la intervención más importante por parte del farmacéutico en este trabajo fue disminuir el incumplimiento voluntario mediante inducción al paciente a involucrarse en su enfermedad.

Novoa realizó un estudio que tuvo como propósito realizar el seguimiento farmacoterapéutico a pacientes hipertensos de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia San Rafael de Santa Ana (San Salvador), utilizando el método Dáder que permitió caracterizar la población en estudio, encontrando la reducción del problema de Salud a causa de la ineffectividad cuantitativa de la medicación en un 45%. Se concluye que el seguimiento farmacoterapéutico ayuda en la mejora de los problemas relacionados a la medicación mejorando la salud de los pacientes.

Ayala y Condezo realizaron un estudio cuyo propósito fue evaluar el impacto que genera la intervención del farmacéutico en la calidad de vida relacionado con la salud de pacientes con hipertensión arterial esencial en Lima Metropolitana, para lo cual utilizaron método Dáder, resolviéndose 24 PRM que se encontraron en la intervención. Se concluye que el

SFT brindado permitió identificar, prevenir y solucionar PRM, siendo el de necesidad el que se presentó con mayor frecuencia.

Lugo de Ortellado, Rodríguez, Chávez y Pérez realizaron un estudio para valorar el efecto de un Programa de Atención Farmacéutica en Paraguay, para lo cual se realizó un estudio prospectivo controlado, dirigido a pacientes hipertensos, en farmacias comunitarias, encontrando que el promedio de presión arterial sistólica disminuyó al finalizar el estudio. Se concluye que la práctica de la Atención farmacéutica en la hipertensión arterial es totalmente posible y capaz de producir numerosos resultados positivos, tanto para el paciente como para el farmacéutico, que ve la posibilidad de ejercer una función social más acorde a su formación académica.

Rosinach realizó un estudio para analizar el efecto del SFT en la optimización de la farmacoterapia de pacientes hipertensos no controlados para la adecuación de los valores de PA a su situación clínica, donde se demuestran que la realización de seguimiento farmacoterapéutico realizado en farmacia comunitaria en pacientes hipertensos, reduce de forma estadísticamente significativa los valores de presión arterial sistólica y diastólica sin provocar cambios significativos en la frecuencia cardíaca. Se concluye que la labor del farmacéutico comunitario que realiza seguimiento farmacoterapéutico ha permitido mantener la persistencia del cumplimiento a lo largo de los dos años de duración del estudio.

Ponce realizó un estudio que tuvo como propósito realizar el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con el fin de prevenir, detectar y resolver los problemas relacionados con medicamentos (PRM) en Riobamba (Ecuador), para lo cual utilizó el método Dáder en la recolección de datos del paciente, encontrando que los pacientes lograron disminuir sus valores de presión arterial. Se concluye que la aplicación de este programa SFT permitió aportar en el conocimiento por parte del paciente sobre sus terapias farmacológicas, lo que se vio reflejado en la adherencia al tratamiento y corroborado con los valores alcanzados al finalizar las intervenciones.

Ocampo realizó la investigación que tuvo como objetivo determinar el impacto de un programa domiciliario de atención farmacéutica sobre el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas de un grupo de pacientes hipertensos del sector Las Brisas, del distrito de Nuevo Chimbote, en la provincia del Santa, Departamento de Ancash (Perú), para medir el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas se midió mediante el test de Morisky-Green-Levine, donde el programa aumentó sobre todo la actitud de tomar los medicamentos cotidianamente.

III. METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue de tipo prospectiva, longitudinal, aplicada y cuantitativa que evaluó el impacto del seguimiento farmacoterapéutico sobre la resolución de problemas relacionado con medicamentos.

3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la presente investigación fue de tipo preexperimental, con evaluación pretest y postest, mediante el seguimiento farmacoterapéutico.

3.3 POBLACION Y MUESTRA

3.2.1. POBLACION

La población estuvo conformada por todos los pacientes hipertensos atendidos de manera regular en la farmacia AGUIRRE durante los meses de setiembre a diciembre del 2013, que al momento del levantamiento de la información tenían diagnóstico definitivo de hipertensión arterial, tomaban de manera regular por lo menos un medicamento para la enfermedad prescrito por el médico y hallan registrado visita al establecimiento por alguna causa en los últimos dos meses.

3.2.2. MUESTRA

La muestra estuvo conformada por 15 pacientes, y se basó en el estudio de casos como estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares (pacientes hipertensos), que podría tratarse del estudio de un único caso o de varios casos, combinando distintos métodos para la recogida de evidencia cuantitativa con el fin de describir, verificar o generar teoría. El número

de pacientes que participaron en el estudio fueron seleccionados por muestreo no probabilístico de sujetos voluntarios y por conveniencia.

El muestreo no probabilístico de sujetos voluntarios se basó en proponer a los pacientes que se atendían de manera regular en el establecimiento farmacéutico de estudio durante los meses de setiembre a diciembre del 2013 a formar parte de un programa de atención farmacéutica para paciente hipertenso, siguiendo los lineamientos de la línea del estudio quedó registrada a través de un consentimiento escrito. La prescripción de los medicamentos utilizados por los pacientes estuvo determinada por la práctica habitual de la medicina y claramente dissociada de la intención de ser incluido al paciente en el estudio.

El muestreo no probabilístico por conveniencia se realizó después de haber seleccionado a los pacientes por el método de sujetos voluntarios, y consistió en escoger a aquellos pacientes más convenientes para el estudio, teniendo en consideración los criterios de inclusión y exclusión.

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

- Adultos entre 50 y 73 años con tratamiento por hipertensión arterial y que regularmente consumieron por lo menos un medicamento antihipertensivo, como resultado de un diagnóstico y prescripción facultativa.
- Hubieran pasado consulta en el Servicio en los últimos dos meses anteriores a la búsqueda.
- Aquellos que aceptaron en forma escrita de participar en la experiencia.

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

- Proceso de gestación.
- Capacidad disminuida para comprender o comunicarse.
- Diagnóstico de hipertensión secundaria.

- Alguna otra enfermedad crónica sujeta a uso regular de medicamentos.
- Pacientes cuya situación patológica pueda interferir con el desarrollo del estudio.
- Imposibilidad de otorgar su consentimiento informado.
- Pacientes participantes en otros estudios de investigación en marcha.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.4.1. Técnica

El seguimiento fármaco terapéutico se condujo a través de las técnicas de la entrevista personal, la conversación telefónica y la visita domiciliaria, apoyadas en todos los casos en hojas de recolección de datos denominadas fichas farmacoterapéuticas . El procedimiento para el registro de la información fue el recomendado por la Guía de

3.4.2. Instrumentos

3.4.2.1. Hojas para el registro de datos del seguimiento farmacoterapéutico

El instrumento base para el desarrollo del trabajo fueron las fichas farmacoterapéuticas, documento que contiene 5 hojas de información sobre el paciente, los medicamentos que consume, los hallazgos sobre problemas en su medicación y las acciones realizadas por el profesional farmacéutico para resolverlas. Se utilizó este instrumento en las 5 fases del SFT. El registro de la información en las FFT se realizó de acuerdo a las indicaciones de la Guía para el Seguimiento Farmacoterapéutico del método DADER.(48)

3.4.2.2. Instrumento para medir la adherencia al tratamiento (ANEXO N°7.3) (CUADRO N°09)

Denominado Medication Adherent Scale (MAS) el test es una herramienta para la medición indirecta de la adherencia al tratamiento. Consiste en una escala de 5 ítems con SI y NO como opciones de respuesta. Sumando las respuestas de todos los ítems conduce a un score total que puede ir desde 0 a 5. Cero representa un muy alto cumplimiento o baja no adherencia, mientras que 5 sugiere una no adherencia muy alta o bajo cumplimiento

La categorización que arroja el test es rigurosa. Un paciente que responde Si a alguna de las cuatro preguntas es considerado incumplidor. Los pacientes cumplidores deberían responder No a las 4 preguntas.

Se aplica durante el inicio de la primera entrevista y en el medio de la conversación como parte de la misma para evitar respuestas positivamente sesgadas.

CUADRO 8. ESCALA DE ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN (MAS) DE MORISKY- GREEN – LEVINE.

PREGUNTA	VALOR DE LA RESPUESTA	
	SI	NO
¿Con que frecuencia se olvida usted de tomar su medicación? Olvido >/= a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.		
¿Cuántas veces a la semana se olvida de tomar sus medicamentos la hora indicada? eventos >/= a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.		
¿Con que frecuencia deja de tomar su medicación Cuando se encuentra bien? eventos >/= a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.		
¿Cuántas veces ha dejado de tomar sus medicamentos por que ha sentido que le caen mal? eventos >/= a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.		

Modificado de ⁽¹³¹⁾ Morisky 4-Item Self-Report Measure of Medication-Taking Behavior (MMAS-4).

3.4.2.3. Instrumento para medir la presión arterial

Se utilizó un tensiómetro anerode marca RISTER y estetoscopio marca RISTER (Ver Anexo N° 5). El equipo fue calibrado y validado. El instrumento arroja datos de presión arterial en milímetros de mercurio. Los valores de presión arterial normales se muestran en el Cuadro N°07. Para medir la tensión se infla el manguito; después se desinfla paulatinamente. El momento en el que, a través de un estetoscopio, se escucha el primer sonido corresponde a la presión arterial sistólica. Los ruidos se hacen más suaves entonces hasta que llegan a desaparecer. Es en este punto, cuando los ruidos han desaparecido totalmente, cuando se establece la presión arterial diastólica.

La presión arterial fue medida en cuatro oportunidades. En el momento de la captación del paciente, durante el levantamiento de información, en la intervención y en la visita de cierre. Los valores de presión arterial se anotaron en la parte correspondiente de la ficha farmacoterapéutica (Ficha 1, hoja 2)

3.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se recolectaron los datos mediante un proceso de SFT modificado del método DADER (que se esquematiza en la Figura N°04. En esencia se sigue el procedimiento sugerido con la modificación de la terminología y otros datos que son útiles asociados a nuestra realidad.

Las etapas del proceso fueron:

1. Captación de pacientes
2. Levantamiento de información. Primer estado de situación.
3. Estudio y Evaluación.
4. Intervención.
5. Análisis de Resultados.
6. Segundo Estado de Situación.

3.5.1. OFERTA DEL SERVICIO Y CAPTACIÓN DE LOS PACIENTES

Se ofertó el servicio a todos los pacientes hipertensos que acudieron al EEFF del mes de setiembre -Diciembre 2013. El paciente que cumplió los criterios de inclusión y decide formar parte de la experiencia deja expresado su consentimiento mediante la firma de una declaración sobre los alcances de la intervención (ver Anexo N°7.2).

La hoja de consentimiento informado declara que el Farmacéutico reservará de manera absoluta los datos del paciente, la gratuidad del servicio y que el programa

no incluye la donación ni la venta de ningún tipo de medicamento por parte del EEFF. El paciente delega en el farmacéutico la responsabilidad de dialogar con el médico si identificara algún PRM complejo o urgente.

El paciente, por su parte, se obliga a entregar toda la información referida a enfermedades y uso de medicamentos que pueda ser útil para la prevención de PRMs. En este primer contacto se midieron datos basales de presión arterial, el test de adherencia al tratamiento, y la percepción del paciente de la actuación profesional del farmacéutico. (Ver anexo N°7.3). Luego del primer contacto, farmacéutico y paciente fijarán las fechas, horas y los canales de comunicación que serán más fáciles y eficientes para el seguimiento.

3.5.2. Levantamiento de información

En la primera cita el farmacéutico utiliza la Ficha Farmacoterapéutica (FFT) (Anexo N°7.3) para el registro de información general del paciente y datos específicos sobre: enfermedades, profesionales que diagnosticaron, medicamentos utilizados, hábitos de vida, antecedentes familiares y percepción de signos y síntomas de problemas de salud que el paciente asocie con el uso de medicamentos.

Se registra además el uso de productos naturales y se revisa el botiquín de medicamentos que el paciente tiene en casa y que puede usar tras la aparición de algún signo o síntoma.

En las FFT el farmacéutico registra todos los factores de riesgo y los potenciales problemas relacionados con el uso de medicamentos. Revisa permanentemente la lista de PRMs y anota cualquier sospecha asociada a la morbilidad o al uso de algún medicamento.

Como consecuencia de esta etapa el Farmacéutico elabora un reporte de estado de situación en el que aparecen interrelacionados los problemas de salud del paciente

hayan sido diagnosticados o no y los medicamentos que se utilizan para cada una de estas condiciones (Anexo N°7.5). El tiempo dedicado al levantamiento de información programado fue una semana.

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

En esta etapa el farmacéutico estudia e interrelaciona todos los factores: enfermedad, medicamentos y factores de riesgo, para encontrar evidencia de problemas en el uso de los medicamentos (PRMs) que puedan generar potencial morbilidad farmacoterapéutica o RNMs (Anexo N°7.3). Todos los problemas de salud, tanto los diagnosticados como aquellos percibidos por el paciente y para los cuales toma medicamentos serán evaluados uno a uno.

Para esta etapa el farmacéutico utilizó material bibliográfico y de internet sobre farmacología y Farmacoterapia que permita tener la certeza sobre los hallazgos del PRMs y RNMs.

Para cada problema encontrado el Farmacéutico evaluó la mejor estrategia de abordaje que se reportó en la hoja 5 de las FFT. Cada paciente pudo tener uno o más de un PRM identificado. Se evaluó la mejor estrategia de intervención por cada PRM. La estrategia pudo contener una serie de acciones dirigidas directamente al paciente o al prescriptor. Los canales de comunicación utilizados se muestran en el cuadro siguiente.

CUADRO 9. TIPOS DE CANALES PARA COMUNICAR LAS RECOMENDACIONES DEL FARMACÉUTICO PARA LA SOLUCIÓN DE PRMs

Nº	Tipos de 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.

La duración de esta etapa se planificó en no más de dos días por paciente.

3.5.4.Fase de intervención: actividades de seguimiento farmacoterapéutico

La intervención pudo ser mediante visitas domiciliarias o través del contacto telefónico con el médico o directamente al prescriptor. El farmacéutico se abocará a explicar al paciente los problemas encontrados y la estrategia de solución propuesta. Para la comunicación de las estrategias dirigidas al paciente, el Farmacéutico hará uso del lenguaje verbal y en algunos casos, cuando sea necesario fijar claramente algún aspecto se dejarán recomendaciones escritas.

Cuando la intervención tenga por objetivo modificar las dosis, añadir, retirar o sustituir un medicamento de prescripción vigente, el Farmacéutico se pondrá en contacto con el médico prescriptor a fin de sugerir la modificación en la terapia. La comunicación del diagnóstico y tratamiento propuesto para el PRM se hará de acuerdo al cuadro 6. La duración de esta etapa se planificó en dos semanas.

3.5.5. Determinación del segundo estado de situación. evaluación del impacto de la intervención

El contacto final para evaluación de los resultados fue conducido por un investigador diferente al que realizó el SFT. Se midieron nuevamente las variables de estudio asociadas con el impacto del SFT: adherencia y Test de Purdue y se preguntó acerca de la aceptación y el efecto de la recomendación para modificar los PRM dejados por el farmacéutico. Así mismo se preguntó al paciente si considera que el tratamiento para su enfermedad fue efectivo para mejorar su estado de salud.

3.6. Plan de análisis de datos

Las tablas para el análisis de data se construyeron con la información registrada en las fichas farmacoterapéuticas. Las tablas fueron confeccionadas en MS Excel:

1. Tabla de información general de los pacientes, tiempos de intervención y canales de comunicación utilizados.
2. Tabla de Primer estado de situación, con datos sobre problemas de salud y medicamentos utilizados, Así mismo PRM detectados, RNM potenciales, estrategia de intervención usada y vía de comunicación.
3. Tabla de segundo estado de situación con datos sobre aceptación de la intervención y la solución del PRM tratado.
4. Tabla de resultados del test de Morisky

Como resultado, el acumulado de la información puede hacerse por pacientes, morbilidad, medicamentos, PRMs, Acciones realizadas por el Farmacéutico, resultados de las intervenciones, etc. Este análisis consolidado por variable se realizó utilizando Microsoft Access 2010. Las escalas para la consolidación de las variables utilizadas estuvieron de

acuerdo a convenciones internacionales sobre prácticas de seguimiento Farmacoterapéutico: Clasificación de PRMs y RNMs, acciones realizadas por el Farmacéutico, canales de comunicación utilizados y resultados de las intervenciones.

A partir de los datos consolidados, se elaboraron tablas multivariantes con las frecuencias relativas y absolutas de: características de los pacientes intervenidos, los problemas de salud, los medicamentos más utilizados para el problema de salud, los PRMs más comunes, la asociación entre medicamento y PRM, las acciones tomadas por el profesional farmacéutico para solucionar los problemas. Así mismo se reportaron los Resultados Negativos a la Medicación (RNM) que pudieron preverse o los que se solucionaron, los canales de comunicación utilizados para la comunicación con el paciente.

El impacto de la intervención se midió a través de: el porcentaje de PRM diagnosticados y solucionados; los resultados de la diferencia del nivel de adherencia antes y después de la intervención y los resultados de la diferencia del nivel de percepción positiva en los pacientes de la actuación profesional del farmacéutico.

La cuantificación de los resultados de adherencia se hizo de acuerdo al criterio del instrumento. Las respuestas negativas son favorables a la adherencia y se puntúan con 0. Las respuestas asertivas a las preguntas del test son consideradas negativa para la adherencia y se puntúan con 1. De las cuatro preguntas del test basta un solo 1 para tipificar a los pacientes como no adherentes.

Para la determinación de la significancia estadística de los resultados de adherencia antes después de la intervención se aplicó el test de McNemar para datos dicotómicos de muestras pareadas mediante el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) de IBM versión 20. El nivel de significancia estadístico para todos los análisis fue de 0,05.

CUADRO 10. VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA SEGÚN EL TEST DE MORISKI GREEN.

IMPACTO	ANTES	DESPUÉS	IMPACTO	INTERPRETACIÓN
Positivo (I +)	1	0	1	La intervención farmacéutica podría ser la Causa del mejoramiento en la adherencia terapéutica.
Negativo (I -)	0	1	-1	La intervención farmacéutica podría ser la Causa del empeoramiento en la adherencia terapéutica.
Sin Cambios	0	0	0	La intervención farmacéutica no supuso cambios en el estado anterior y posterior de la adherencia.
	1	1	0	

Fuente: Elaboración propia

La valoración de los resultados de la percepción del paciente de la actividad profesional del farmacéutico se hizo a través del análisis de los resultados del test de Purdue antes y después de la intervención. Se comparó el promedio de los puntajes de las respuestas obtenidas, cuantificadas de acuerdo a la escala de Likert, antes y después de la intervención por cada una de las preguntas. La significancia del resultado del test de Purdue se determinó utilizando el test de Wilcoxon para promedios de mediciones no paramétricas de muestras dicotómicas mediante el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) de IBM versión 20. El nivel de significancia estadístico para todos los análisis fue de 0,05.

IV. RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de frecuencias y porcentajes de los pacientes de la muestra por sexo y edad promedio. Programa de SFT dirigido a pacientes hipertensos. Farmacia “AGUIRRE” –Trujillo. 2013

SEXO	N°	PROM. EDAD (Años)	PORCENTAJE %	D.E. EDAD
MUJER	12	66.17	80	6.91
HOMBRE	3	63	20	9.54
Total y promedios	15	64.59	100	8.23

Fuente: Cuadro 1 del anexo

7Leyenda:4

PROM = Promedio

DE = Desviación estándar

Tabla 2. Evaluación y valoración del tiempo invertido por el Farmacéutico en el Programa de SFT a paciente hipertensos. Farmacia “AGUIRRE” Trujillo, 2013.

cod pac.	duración de la primera Visita (min)	duración de la segunda Visita (min)	duración de la tercera visita (min)	total t de interv. (min)	Valor x paciente* (s/.)
1	30	25	30	85	11.05
2	20	30	25	75	9.75
3	25	30	20	75	9.75
4	30	30	30	90	11.7
5	30	30	20	80	10.4
6	20	30	25	75	9.75
7	25	25	30	80	10.4
8	25	30	30	85	11.05
9	30	30	25	85	11.05
10	25	25	30	80	10.4
11	30	30	20	80	10.4
12	30	30	30	90	11.7
13	25	25	25	75	9.75
14	30	30	30	90	11.7
15	25	25	30	80	10.4
total	400	425	400	1225	159.25
Total prom.	26.67	28.33	26.67	81.67	10.62

Fuente: Base de datos de las intervenciones realizadas a los pacientes hipertensos según las visitas.
Farmacia “AGUIRRE” Trujillo,2013.

*para el cálculo del valor de la atención farmacéutica por paciente se ha multiplicado el tiempo total invertido en minutos por 0.13, que es una alícuota del pago promedio por 8 horas de jornada de trabajo mensual de un Farmacéutico en Farmacia Comunitaria de cadena.

Tabla 3. Distribución de la frecuencia y porcentajes de los Problemas de Salud identificados en los pacientes intervenidos. Farmacia “AGUIRRE” Trujillo – 2013.

N°	Diagnostico/Síntoma	Frecuencia	%	% acumulado
1	Hipertensión Arterial	15	93.75	93.75
2	Dolor de espalda	1	6.25	100.00
	Total	16	100.00	

Tabla 4. Distribución de la frecuencia de uso de medicamentos para las enfermedades que padecieron los pacientes. Programa de SFT a paciente hipertenso. Farmacia “AGUIRRE” Trujillo – 2013.

N°	Diagnostico/Síntoma	DCI del Medicamento	Frecuencia	%
1	HTA	Enalapril	8	50.00
		Captopril	7	43.75
2	Dolor de espalda	Naproxeno Sódico	1	6.25
		Total	16	100.00

Tabla 5. Distribución de la frecuencia y porcentaje de los PRM identificados. Programa de SFT a paciente hipertenso. Farmacia “AGUIRRE” Trujillo – 2013.

Nº	COD. PRM*	DESCRIPCIÓN	FREC.	%
1	9	Incumplimiento	13	65.00
2	2	Actitudes negativas del paciente	7	35.00
TOTAL			20	100.00
Prom. de PRMS por paciente			1.33	

Fuente: Base de datos de las respuestas valoradas de los pacientes. Farmacia Aguirre 2013

*El tipo de PRM corresponde al Tercer Consenso de Granada (37)

Tabla 6. Distribución de la frecuencia del tipo de intervenciones realizadas de acuerdo al Problema Relacionado con Medicamento (PRM) identificados. Programa de SFT a paciente hipertenso. Farmacia “AGUIRRE” Trujillo, 2013.

Nº	COD. DE PRM	PRM	FREC.	TIPO DE INTERV	DESCRIPCIÓN	FREC	%
1	9	Incumplimiento	13	8	Disminuir el incumplimiento involuntario	13	65.00
2	2	Actitudes negativas del paciente	5	8	Disminuir el incumplimiento voluntario	5	25.00
3	2	Actitudes negativas del paciente	2	9	Educación en medidas no farmacológicas	2	10.00
TOTAL						20	100

Fuente: Datos de la ficha 04. Anexo 7.3

Tabla 7. Distribución de la frecuencia y porcentajes de los Canales de Comunicación utilizados por el Farmacéutico para llevar a la práctica la intervención para resolver los PRMs identificados. Programa de SFT a paciente hipertenso. Farmacia “AGUIRRE” – Trujillo.2013.

N° DE PACIENTES	TIPO DE CANAL
15	Verbal Farmacéutico-paciente

Tabla 8. Distribución de la frecuencia del resultado de las intervenciones realizadas en términos de su aceptación por parte del paciente y la solución de PRM. Programa de SFT a paciente hipertenso. Farmacia “AGUIRRE” Trujillo, 2013.

N°	COD. INTERV.	INTERVENCIÓN	FREC.	ACEPTACIÓN	SOLUCIÓN	FREC.	%
1	8	Disminuir el incumplimiento involuntario	13				
2	8	Disminuir el incumplimiento voluntario	3	ACEPTADO	SOLUCIONADO	17	85.00
3	9	Educación en medidas no farmacológicas	1				
4	9	Educación en medidas no farmacológicas	1	ACEPTADO	NO SOLUCIONADO	3	15.00
5	8	Disminuir el incumplimiento voluntario	2				
TOTAL						20	100

Fuente: Base de datos de las respuestas valoradas de los pacientes. Farmacia Aguirre 2013

Tabla 9. Impacto del SFT en términos de la cantidad y porcentaje de PRMs solucionados y no. Programa de SFT a pacientes hipertensos. Farmacia “AGUIRRE” Trujillo, 2013.

Paciente	Cantidad de PRM	Solución	No solución
1	2	2	0
2	1	1	0
3	2	2	0
4	1	1	0
5	1	1	0
6	1	1	0
7	1	0	1
8	2	2	0
9	1	1	0
10	1	1	0
11	1	1	0
12	2	1	1
13	2	2	0
14	1	0	1
15	1	1	0
TOTAL	20	17	3
%	100	85	15

Fuente: Datos de la ficha 04. Anexo 7.3

Tabla 10. Pacientes hipertensos cumplidores y no cumplidores según el test de Morisky-Green-Levine (MGL). Farmacia “AGUIRRE” Trujillo, 2013.

Categorización	N	%
Muy incumplidor	3	20.00
Incumplidor	9	60.00
Ligeramente incumplidor	1	6.67
Cumplidor	2	13.33
Total	15	100.00

Fuente: Resultados del test de MGL aplicado a 15 pacientes hipertensos

Tabla 11. Impacto del SFT sobre la Adherencia al Tratamiento. Programa de SFT a pacientes hipertensos. Farmacia “AGUIRRE” Trujillo, 2013.

Cod. Paciente	Adherencia	Adherencia	Impacto*
	antes	Después	
1	1	0	1
2	1	0	1
3	1	1	0
4	1	0	1
5	1	0	1
6	1	0	1
7	1	0	1
8	1	0	1
9	1	0	1
10	1	0	1
11	1	0	1
12	0	0	0
13	1	1	0
14	1	0	1
15	0	0	0
Frec. Adherencia	2	13	
No adherencia	13	2	
% No Adher.	86.67	13.33	
Total (+)			11
% Total (+)			73.33

Fuente: Resultados del test de MGL aplicado a 15 pacientes hipertensos. Farmacia Aguirre 2013

En las columnas de adherencia, los 0 significan adherencia, los 1 significan no adherencia En la columna impacto, los 0 significan sin impacto, los 1 impacto +, los -1 impacto - *El total en la columna impacto indica la suma de impactos positivos y negativos

Tabla 12. Percepción del paciente sobre Impacto del Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) sobre los valores promedio de presión arterial. Programa de SFT a pacientes hipertensos. Farmacia “AGUIRRE” Trujillo, 2013.

N°	Percepción	Frec.	%
1	igual	2	13.3
2	mejor	13	86.7
3	curado	0	0
	Total	15	100

Fuente: Base de datos de las respuestas valoradas de los pacientes. Farmacia Aguirre 2013

4.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS

La tabla 1 muestra el acumulado de pacientes por sexo y edad del Programa de SFT a pacientes hipertensos realizados en la farmacia AGUIRRE – Trujillo, durante el periodo setiembre - diciembre 2013, en la cual se observa un total de 15 pacientes entre hombres y mujeres. De los cuales 12 pacientes son del sexo femenino y 3 pacientes son del sexo masculino. Observándose que la mayor prevalencia de HTA se encontró en el sexo femenino (80%), a diferencia del masculino (20%). Los resultados que se muestran coinciden con los estudios que se sustentan en que la hipertensión arterial predomina en mayor porcentaje al sexo femenino. Torres ⁽¹³³⁾ en un estudio realizado encontró datos semejantes en un 62,5% y del mismo modo Pinchi ⁽¹³⁴⁾ reporto cantidades similares, con un 22,2%. Estos resultados explicaron que las mujeres tienen mayor predisposición a padecer hipertensión arterial.

En el trabajo de Oca - Rodríguez ⁽¹³⁵⁾ denominado “Epidemiología de la Hipertensión Arterial”, el sexo femenino destacó como el grupo de mayor frecuencia, lo cual está basado en el predominio de factores de riesgo en este sexo por el aumento del tono vascular de las arterias periféricas y que provoca en la mujer posmenopáusica una mayor incidencia de HTA; además, se encuentra la caída en la producción de hormonas esteroideas como causa de la disfunción que origina el incremento de factores de riesgo.

Pacheco refiere que conforme la mujer adquiere mayor edad existe activación del sistema nervioso simpático y del sistema renina-angiotensina-aldosterona, acompañado de disfunción endotelial, incremento de la endotelina y del estrés oxidativo, y de otros factores de la enfermedad cardiovascular y de la HTA.

En cuanto a la edad promedio de los pacientes fueron 64.59 años, donde el sexo femenino es de 66.17 años y el sexo masculino 63 años; ambos con una desviación estándar de 8.23 años. (Tabla 1). Dichos resultados concuerdan con el trabajo de Oca – Rodríguez en donde el mayor número de pacientes se ubicó en el grupo etario de 60 y 64 años, 42 pacientes (42,87%), seguido de 65 a 69 años, 21 pacientes (21,43%); de 70

a 74 años, 16 pacientes (16,32%); de 75 a 79 años, 13 pacientes (13,26%); de 80 años o más, 6 pacientes (6,12%) .

En la tabla 2 se muestran los tiempos empleados en el proceso de seguimiento a los pacientes durante las visitas. El trabajo se realizó haciendo tres visitas a los pacientes, en las cuales se hizo el recojo de información, en la segunda visita se hicieron las recomendaciones sobre el uso adecuado de los medicamentos en su tratamiento y los posibles PRM, así como las orientaciones sobre hábitos de vida saludable que debe poner en práctica para evitar complicaciones en su enfermedad. Durante el proceso se emplearon un total de 1225 minutos (aprox. 20 horas) en los 15 pacientes entrevistados, con un tiempo no mayor de 30 minutos en cada visita, que vendría a ser 400,425 y 400 minutos en la primera, segunda y tercera visita respectivamente. (Ver tabla 2), también se muestra el tiempo promedio invertido por paciente que fue de 26.67 minutos en la primera visita, de 28.33 minutos en la segunda y 26.67 en la tercera. Además se puede observar el valor por paciente que se debería recibir por el trabajo realizado, sumando una totalidad de 159.25 nuevos soles por los 15 pacientes con los que se trabajó que representa un valor promedio de 10.62. Estos resultados concuerdan con los estudios realizados por Ocampo (2010) que indica que durante la intervención se tuvo especial cuidado con las estrategias de comunicación con los pacientes en cuanto al tratamiento y hábitos de vida saludables, además muestra los tiempos de intervención que hacen a un total de 4800 minutos (80 horas) de trabajo farmacéutico dedicado al seguimiento farmacoterapéutico.

Por otro lado Buck , en una revisión sobre trabajos que se dedican a desarrollar y difundir instrucciones escritas sobre los tratamientos a pacientes, destaca el abundante uso de materiales escritos sobre información de medicamentos para los pacientes y familiares. Llama la atención sobre la necesidad de estandarizar el contenido de la información y el nivel de lectura de los materiales escritos, frecuentemente diseñados a un nivel más alto de lo que puede leer el paciente.

Así mismo, Caelles , dice que la entrevista tiene como objetivo identificar las necesidades relacionadas con la medicación del paciente y conseguir la información necesaria para

poder identificar problemas, manifestados o no, relacionados con la medicación, así como, conseguir una relación con el paciente adecuada en un clima de confianza y cooperación. La entrevista debe realizarse en un ambiente adecuado sin interrupciones ni barreras a la comunicación.

En el Corpus Hipocraticum encontramos referencias a las necesidades de crear un clima de confianza. Los primeros instantes de la entrevista marcan el tono emocional y de concentración, por lo que es conveniente recibir al paciente cálidamente, saludarle y a poder ser llamarle por su nombre.

En la tabla 3 y 4 se identificaron 2 enfermedades. Tal como se evidenció en la tabla cada paciente pudo tener más de 1 enfermedades. Aproximadamente el 93,75% de éstas fueron diagnósticos médicos respaldados por una prescripción. Los restantes (6,35%) fueron signos, síntomas, percepciones, malestares, disconformidades u otro similar no diagnosticado que el paciente sentía al momento del levantamiento de la información y que pudo ser el origen de uso automedicado y/o no adherencia a tratamiento.

Evidentemente el diagnóstico de hipertensión arterial esencial fue el más frecuente por ser pacientes objetivos de esta investigación. Por criterio inherente al SFT el farmacéutico durante el proceso se hace responsable de todas las enfermedades para las cuales el paciente usa o potencialmente puede usar medicamentos. Por esta razón fue un objetivo del proceso, durante la fase de levantamiento de información, identificar todas las enfermedades diagnosticadas o no que padecía el paciente. Por muy simple que pareciera o por eventual que fuera el uso de medicamentos asociados.

De manera general, la enfermedad más prevalente después de la hipertensión es la diabetes lo cual se confirma en la Revista hospitalaria clínica de la Universidad de Chile ⁽¹⁴⁰⁾, dice con la edad disminuye el control metabólico de la glicemia y su mantención se hace más difícil debido a la disminución de la sensibilidad a la insulina, así por ejemplo, se estima que en América la prevalencia de diabetes mellitus (DM) en mayores de 60 años es superior al 20%. En el anciano, existen diferencias en la percepción y respuesta al dolor, así

por ejemplo, las personas adulto mayor poseen una respuesta reducida al dolor moderado, pero mayor sensibilidad al dolor severo.

Esta tendencia es similar a la de Mino León , quien refiere que en el 2005, en México había 8.4 millones de personas con 60 o más años de edad, lo que representó 8.1% de la población total; se ha descrito que las enfermedades con mayor prevalencia en este grupo de edad son las crónicas –hipertensión arterial sistémica (HAS), osteoporosis y artrosis, padecimientos que repercuten en los ámbitos físico, mental y social del individuo y que pueden manifestarse como una disminución en su funcionalidad, lo que produce un cambio en sus actividades diarias de la vida.

Los medicamentos en DCI más utilizados fueron captopril de 25 mg y enalapril a la dosis de 10 mg como antihipertensivos. Por el tipo de pacientes los medicamentos más utilizados tuvieron relación con la enfermedad cardiovascular. Del total de medicamentos analizados el 88.23% fueron antihipertensivos. Los antiinflamatorios fueron usados por los pacientes para tratar dolencias musculo esqueléticas y dolores de diversa etiología. Los AINES usados son los más comunes (ácido acetilsalicílico, diclofenaco, naproxeno, etc).

Los antihipertensivos más usados fueron los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) enalapril y captopril. Constituye la primera línea de prescripción para pacientes con diagnóstico de hipertensión incipiente. Como lo reporta Lema ⁽¹⁴⁶⁾, son el grupo de medicamentos que deben usarse como primera elección junto con bloqueadores alfa, vasodilatadores y bloqueadores alfa que en nuestra investigación también fueron utilizados.

Según la Guía Española de Hipertensión Arterial ⁽¹⁴⁷⁾, los IECA son fármacos seguros y ofrecen una prevención cardiovascular primaria similar a los fármacos clásicos en el paciente hipertenso y probablemente superior en casos con HTA y diabetes y en pacientes hipertensos de edad avanzada.

En un estudio realizado por Regueiro , reporta que los hipertensos representaron un 51,0 % de la población. En el caso de los hombres hipertensos el 53,6 % de estos estaba tratado con un medicamento, siendo el más usado el atenolol (39,3 %), seguido por enalapril y losartán. El 28,6 % empleaba dos antihipertensivos y el 10,7% ninguno. Un 61,4 % de las mujeres hipertensas estaba bajo tratamiento, siendo los medicamentos más empleados losartán y enalapril en iguales proporciones. El 27,0 % consumía dos medicamentos y un 12,0 % se encontraba sin tratamiento.

Estos datos concuerdan con un estudio realizado en el Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú —Augusto B. Leguía ⁽¹⁴⁸⁾, entre los 865 pacientes estudiados se prescribieron 522,360 unidades de medicamentos, siendo el fármaco más utilizado el IECA enalapril con 293,580 unidades prescritas (56.2% del total de la prescripción), siguiéndole los calcio antagonistas dihidropiridínicos con un 21.8% (amlodipino 17.2% y nifedipino 4.7%), los betabloqueadores con 10.13% (atenolol 9.9% y propranolol 0.2%) y los diuréticos tiazídicos (hidroclorotiazida) con 9.3%.

Según la tabla 4, después de los antihipertensivos se encuentran los AINES, como el grupo de medicamentos más usados en los ancianos. Esto se debe a que el consumo de AINEs se ha incrementado en los últimos años por el crecimiento de la población de la tercera edad y el fácil acceso a ellos, aún sin prescripción médica.

En el Perú la adquisición de medicamentos sin receta médica supera el 60%, de éste grupo el 30-40% se automedica y el 24% es persuadido por la recomendación del que despacha en la farmacia. En los establecimientos de salud peruanos (MINSA, EsSALUD y clínicas particulares) los AINEs son los medicamentos más recetados.

Respecto a los adultos mayores, en España y Japón representan el 20% y el 17% de la población respectivamente; en Cuba, Argentina y Chile son aproximadamente el 13% de la población. Un millón y medio de peruanos son mayores de 65 años y significan el 5% de la población. Del 11 al 15% de los ancianos ingieren AINEs, lo que corresponde al 50% del

total de las prescripciones; en ellos los AINEs representan el 10% de los analgésicos prescritos y el 40% de los no prescritos (149).

Los datos también concuerdan con González-Juanatey ⁽¹⁵⁰⁾, en donde el total de los pacientes incluidos en su estudio, 3.477 pacientes (92,5%) tomaban AAS exclusivamente, 224 otros AINE distintos de AAS y sólo 56 (1,4%) ambos.

En la tabla 5 se presenta la Distribución de la frecuencia de los PRMs por tipo, según el Tercer consenso de Granada ⁽³⁷⁾. El PRM más frecuente estuvo asociado al incumplimiento de las indicaciones médicas que pueden afectar alcanzar el objetivo terapéutico. El incumplimiento puede ser voluntario o involuntario. En este caso, esta frecuencia está asociada con el incumplimiento involuntario, es decir el paciente quiere cumplir pero tiene una serie de razones o motivos que le impiden hacerlo ya sea por el trabajo, el estrés, la falta de horario. El incumplimiento voluntario se consideró más bien dentro de las actitudes negativas. Esto debido a que el paciente toma decisiones conscientes de no seguir las recomendaciones e instrucciones aportadas sobre el tratamiento farmacológico prescrita por el médico. El segundo PRM más frecuente fue Actitudes negativas del paciente, el cual puede afectar al tratamiento del paciente.

El PRM más relevante en el estudio es el incumplimiento al tratamiento farmacológico por lo que los pacientes aluden que es por diferentes motivos como olvidarse la hora, realizar sus actividades, trabajo, etc. Según Arias (2008) indica que el incumplimiento terapéutico ha sido el PRM de mayor incidencia, dato que pone de manifiesto la importancia de intervenir activamente desde la farmacia comunitaria en adhesión terapéutica de los pacientes. De otro lado averiguar las razones para el alto grado de incumplimiento terapéutico no fue un objetivo concreto del presente trabajo; pero se percibió de las entrevistas personales que las principales causas podrían ser la falta de asociación entre uso frecuente de medicamentos y el control de la enfermedad y por otro lado la limitación económica para el acceso a los medicamentos. Aunque este último factor, como intentamos demostrarlo en las actividades educativas, no es en la práctica un factor importante por el actual bajo costo de los medicamentos prescritos para la hipertensión y por la proporción de

pacientes asegurados; quienes los reciben de manera gratuita según Ocampo (2010). Además la OMS en el (2010) indica que las variables que pueden influir en mayor grado en el incumplimiento son las actitudes y creencias del paciente respecto a la enfermedad padecida y al tratamiento prescrito. Si el paciente realmente cree que el tratamiento le mejorará la salud y que le sentará bien, será mejor cumplidor. Por ello, es necesario que el paciente conozca de forma amplia diferentes aspectos sobre la enfermedad que se padece y sobre el tratamiento que el médico le ha prescrito, influyendo este conocimiento en la mejora del cumplimiento. Se ha observado que mejora el cumplimiento si se favorece el auto eficacia del paciente y si el paciente asume que es responsable de sus actos y que éstos pueden repercutir en una mejora de su salud.

Así mismo, el PRM 2 (Actitudes negativas del paciente) tuvo una frecuencia de 8. Ocampo indica que la conducta negativa del paciente a asumir las indicaciones terapéuticas son motivadas por conceptos erróneos de los efectos de su medicación, convencimiento que los medicamentos no son necesarios o por alguna razón externa al tratamiento tales como: creencias religiosas, culturales, consejos erróneos de terceros, etc.

En la Tabla 6 se muestran los resultados de la intervención del profesional farmacéutico para solucionar el problema de incumplimiento trabajo que se realizó recurriendo a la intervención verbal farmacéutico – paciente, tanto para el incumplimiento involuntario en un 65%, para el incumplimiento voluntario 25% y en Educación en medidas no farmacológicas el 10% (ver tabla 06), según Arias (2008) Consideramos que este aspecto es de elevada importancia debido a que el paciente tiene una gran facilidad para abandonar el tratamiento de una enfermedad, cuya sintomatología no aprecia fácilmente. Esta labor del farmacéutico contra el incumplimiento terapéutico tiene una crucial importancia ya que, diversos estudios ponen de manifiesto la dificultad de lograr niveles normalizados de presión arterial en pacientes hipertensos bajo tratamiento. Así mismo Sánchez, Orueta establece que la importancia del problema del incumplimiento, se hace indiscutible si se analizan las repercusiones que este tiene desde el punto de vista clínico, medico, económico y psicosocial y se demuestra que afecta cuestiones que tienen que ver con la calidad de la atención, con la relación médico- paciente, con el uso racional de los

recursos y los servicios de salud, entre otros. De ahí que se convierta en un asunto serio para la salud pública contemporánea.

De la misma manera Márquez indica que el incumplimiento voluntario es por la propia decisión del paciente para incumplir. Actualmente se asiste a un porcentaje importante de pacientes que incumplen, porque presentan una serie de motivos razonados por ellos mismos, que le llevan a tomar la decisión de incumplir en la toma de la medicación, una de las cuales es que cuando se produce la enfermedad, los pacientes intentan curarla siguiendo sus creencias y opiniones de los que le rodean.

Castro y Delgado refieren que las razones por la cuales los pacientes son incumplidores puede deberse al grado de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación con los medicamentos que toma, las recomendaciones de los profesionales de la salud que lo atienden, y al bajo grado de instrucción; asimismo el porcentaje de cumplidores puede deberse a los cambios en su estilo de vida que hicieron; además de corregir y tomar conciencia de los factores mencionados que podrían estar comprometidos dentro del incumplimiento.

Tal como se muestra en la tabla 7 la acción realizada para todos los pacientes fue la de disminuir el incumplimiento, el cual se ejecutó a través de la comunicación verbal farmacéutico – paciente en donde se orientaba al paciente acerca de la importancia de la toma de sus medicamentos a la vez se arreglaba los medicamentos del paciente y sobre todo le hacíamos el horario de la toma de sus medicamentos, el cual se colocaba en un lugar que se encuentre siempre visible para el paciente.

En la tabla 8 muestra los resultados según fueron aceptadas/no aceptadas solucionadas independientemente del tipo de intervención que se plantearon en cada uno de los casos.

Particularmente todas las intervenciones fueron aceptadas aunque no todas fueron solucionadas. El 85% de las intervenciones fueron aceptadas- solucionadas, entre las cuales está el disminuir el incumplimiento voluntario como ante la mejoría dejan de tomar su

medicación y/o el paciente toma decisiones conscientes de no seguir las recomendaciones e instrucciones aportadas sobre el tratamiento farmacológico prescrita por el médico, disminuir incumplimiento involuntario es decir el paciente quiere cumplir pero tiene una serie de razones o motivos que le impiden hacerlo ya sea por el trabajo, el estrés, la falta de horario y la educación en medidas no farmacológicas como dejar de tomar café.

En relación al café El investigador Z. Zhang y sus colegas informaron en una publicación de marzo de 2011 de “American Journal of Clinical Nutrition”, que beber diferentes cantidades de café aumentaba el riesgo de la hipertensión. Cuando el consumo de café aumenta a 3 tazas por día de 1 inicial, no hubo cambio en el riesgo de desarrollar hipertensión. Pero de 1 a 3 tazas por día parecía tener un riesgo un poco más elevado de hipertensión. Pero otro informe de marzo de 2002 publicado por “Archives of Internal Medicine” concluyó que el café sólo juega un pequeño papel en la hipertensión, aunque no tienda a aumentar un poco la presión arterial con el tiempo. Pero el Dr. James Lane, un psicofisiólogo del Duke University Medical Center, ha estado estudiando a la cafeína por más de 25 años y tiene un punto de vista diferente, él dice que la cafeína en el desayuno y en el almuerzo eleva la presión arterial y que la mantiene elevada hasta alrededor de las 10 pm.

En las intervenciones aceptadas – no solucionadas tuvo como resultado un 15%, entre las que se mencionan educación en medidas no farmacológicas (el paciente no dejaba de fumar) y el disminuir el incumplimiento voluntario paciente refería que como no tenía ningún malestar o síntoma dejaba de tomar su medicación.

En relación al tabaquismo Morillo refiere que se sabe que inmediatamente después del primer cigarrillo ocurre un aumento de las catecolaminas circulantes, aumenta la frecuencia cardíaca, los niveles de presión, el débito cardíaco y aumenta también la vasoconstricción periférica. (22,23). La nicotina estimula la producción de diversos neurotransmisores, como epinefrina, norepinefrina, dopamina, acetilcolina y vasopresina . Actúa simultáneamente en receptores centrales y periféricos (ganglios periféricos, glándulas suprarrenales y uniones

neuromusculares), esto aumenta los niveles de presión y las alteraciones en el sistema de conducción ventricular.

En la tabla 9 se evidencian los resultados según el impacto del SFT en términos de la cantidad y porcentaje de PRMs solucionados y no solucionados, donde el 85% fueron solucionados y el 15% no se solucionaron, los PRMs no solucionados fueron el

incumplimiento y actitudes negativas del paciente, donde las intervenciones realizadas fueron disminuir el cumplimiento voluntario y educación en medidas no farmacológicas

en el paciente N° 3 y N° 13 respectivamente, en el primero seguía incumpliendo porque refería que al sentirse mejor ya no era necesario tomar su medicación y el segundo caso informaba que fumaba de vez en cuando y que no sentía que le hiciera daño.

En la tabla 10 se presentan los pacientes hipertensos cumplidores e incumplidores según el test de Morisky – Green – Levine de la Farmacia Aguirre, y se observa que el alto porcentaje de pacientes incumplidores (60%) y el porcentaje mínimo de pacientes cumplidores (13,33%), revela que el incumplimiento está influenciado por distintos factores que surgen en la vida cotidiana de cada paciente en particular, los cuales pueden estar relacionados con las actitudes de los pacientes, con las características del tratamiento, con la enfermedad, con los servicios de salud o con las condiciones sociales y económicas. Por otro lado, el porcentaje de cumplimiento terapéutico encontrado está relacionado con las circunstancias personales del paciente, al tratarse de un tratamiento antihipertensivo que se ha iniciado hace pocos meses, o han sufrido un accidente cerebro vascular lo que ha propiciado una mayor adherencia a su medicación.

El ámbito geográfico de “Trujillo” es urbano y está asfaltado en un 90%, quedando el 10% como vía terrestre en proyecto y asfaltado, sin embargo sus habitantes pueden acceder a la oficina farmacéutica a pie, como también en vehículos motorizados de servicio público que transitan diariamente por la zona y que pueden demorar de 12 minutos a más dependiendo de la lejanía del usuario. La actividad económica predominante en la población es el

comercio, transportistas y otros oficios y otros trabajos eventuales no especificados, y según esta realidad se puede deducir que influye en gran manera sobre la adherencia al tratamiento farmacológico de cada paciente, ya que para acceder a la compra medicamentos, se cuenta con el establecimiento de salud propio del lugar, y algunas farmacias y/o boticas aledañas.

La revisión en la literatura acerca de la influencia de la intervención farmacéutica sobre el cumplimiento terapéutico evidencia resultados diferentes y paradójicos. Las razones podrían estar en la metodología utilizada y en las condiciones de medición ^(49, 76,77). Así, García ⁽⁷⁶⁾ sostiene que el test de Morisky – Green – Levine sobreestima el no cumplimiento y no aconseja su utilización en la práctica clínica. Por otra parte, Nichols y Poirier ⁽⁷⁵⁾ concluyen una alta especificidad del método sobre todo en la evaluación del paciente hipertenso.

En el mismo sentido, se observó la calificación del incumplimiento de los pacientes hipertensos según las preguntas del test de Morisky-Green-Levine, con un número de mayor para el tipo de paciente incumplidor (8 de 15), por lo que se puede inferir múltiples razones para no cumplir correctamente con las recomendaciones prescritas por los médicos, y éstas varían de unos estudios a otros y en relación con los distintos tratamientos. Entre las más frecuentes están el olvido, la aparición de efectos adversos, la falta de necesidad del tratamiento que considera el paciente, no disponer de medicamentos, falta de información acerca de la administración apropiada, porque perciben que toman demasiados medicamentos.

Otras de las razones de incumplimiento estarían relacionadas a la falta de tiempo en las consultas, la existencia de otras enfermedades crónicas, barreras de instituciones sanitarias, el rechazo a sentirse enfermo por parte del paciente. Asimismo podemos observar que es alarmante la cantidad de pacientes que incumplen su terapia en base a los fármacos.

Así tenemos que los aspectos sociales y culturales del paciente, así como sus diferentes creencias, costumbres y hábitos de vida en relación a la alimentación, los excesos en las reuniones sociales, manejar el estrés del trabajo influyen significativamente en la adherencia farmacológica, siendo necesario cambiar aquellos malos hábitos y costumbres que se interpongan en el progreso hacia una mejor calidad de vida, intervienen en la adherencia a su tratamiento; además está la influencia del entorno familiar en cuanto al apoyo o el desinterés por su familiar hipertenso, ya que la hipertensión es una enfermedad silenciosa que debe ser tratada con mucho cuidado, paciencia y tener mucha voluntad para sobrellevar las diferentes situaciones que un paciente puede vivir y sobreponerse a la adversidad.

Otra de las razones no menos importante son los problemas económicos que pueda tener el paciente, la realidad política en que se desenvuelve el ser humano, las carencias y necesidades no solo del paciente, sino también de los familiares. Por otro lado, la adherencia al tratamiento se ve influenciada con respecto a los servicios de salud, ya que el paciente quiere estar seguro de que el médico conoce su medicación crónica y le asegure la inexistencia de interacciones, lee el prospecto y se asusta con el apartado de efectos secundarios.

Del mismo modo, se observa que el paciente incumplidor, es una persona que tiene deseos y ganas de cumplir con las indicaciones médicas, pero le falta fuerza de voluntad para crear un ritmo de vida disciplinado en el que pueda comprometerse y ser responsable consigo mismo para tomar su medicación. Si bien es cierto, el paciente incumplidor ha comprendido que su enfermedad no tiene cura y la debe afrontar de por vida para mantenerse estable y con una PA controlada, sin embargo siempre existen pretextos para justificar su incumplimiento terapéutico, exponiendo que si contara con el respaldo familiar necesario cumpliría con las prescripciones del médico, pero alega que las circunstancias no le permiten tal cumplimiento, porque a menudo realiza labores que no son de su responsabilidad directa, como por ejemplo el cuidado de nietos o sobrinos, pero las realiza a manera de apoyo a su familia, de ese modo descuida su salud al olvidar o no tomar a tiempo sus medicamentos antihipertensivos.

En un estudio conducido por Navarrete y Cartes en varias comunidades chilenas para evaluar factores de riesgo para la prevalencia de la hipertensión encontraron que el 70% de los pacientes no consumían medicamentos y se presumió que las razones para el cumplimiento de las recomendaciones podrían estar relacionadas a que los pacientes no toman conciencia de su enfermedad o por que eventualmente no sienten o no diferencian los síntomas particulares de la hipertensión.

En la tabla 11 muestra el cumplimiento o adherencia terapéutica, medido por el Test de Morisky-Green-Levine el cual consiste en una serie de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica si/no, fueron aplicadas durante las conversaciones con el paciente al inicio y final del seguimiento farmacoterapéutico. En la cual se pretende valorar si el enfermo adopta actitudes correctas en relación al tratamiento para su enfermedad, se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Se considera buen cumplidor al paciente que contesta con negación a las cuatro preguntas, mientras que a partir de una respuesta afirmativa se califica como incumplidor.

Se observa que si bien hubo un cambio porcentual importante, este resultado fue significativo (73.33%), es decir, se logró alcanzar el objetivo de ser adherente al final del estudio. Esto significa que la actuación farmacéutica produjo un cambio porcentual importante, pues solo 2 de 15 eran adherentes y luego se obtuvo una proporción de 13/15 pacientes adherentes, siendo el impacto positivo en 11 pacientes no adherentes anteriormente

Se encuentra que si existe una relación estadísticamente significativa entre ser un paciente cumplidor al final del estudio y los logros de objetivos terapéuticos antes/después en las variables de logro de objetivos de cifra de Hipertensión Arterial , por lo tanto la realización del Seguimiento Farmacoterapéutico mejora la adherencia farmacoterapéutico conseguida mediante la intervención farmacéutica, ya sea mediante la atención habitual en la farmacia comunitaria mejorada con educación sanitaria.

Por otro lado, Castrillón realizó un estudio para evaluar la evolución del incumplimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria; obteniendo como resultados a 68 pacientes incumplidores (51,52%), mientras que en el tiempo de la realización del SFT este número disminuyó hasta 1 (0,76%; $p= 0,0001$; $OR= 0,007$; IC del 95%: 0,001-0,053), concluyendo que la realización del SFT mejora drásticamente la no adherencia al tratamiento.

En la tabla 12 se muestran los resultados de percepción del paciente del tratamiento recibido para la HTA donde se evidencia que un paciente expresa que sigue igual después de haber seguido el tratamiento que representa el 20% y el 80% que vienen a ser 12 pacientes expresan su mejoría, en cuanto a la percepción del paciente al tratamiento se puede apreciar que el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial ha demostrado su eficacia al reducir la morbilidad y la mortalidad los pacientes, independientemente de la edad, sexo y raza, logrando disminuir los episodios coronarios, la insuficiencia cardiaca, los accidentes cerebrovasculares, el deterioro de la función renal y de la progresión de la HTA (Psaty et al, 1997; Staessen et al, 2003). El estudio integral de los pacientes hipertensos es de suma importancia al ingresar a los programas de atención, pues al menos en este grupo el entorno familiar es el factor que más directamente influye en su adhesión a las recomendaciones terapéuticas, especialmente cuando el tratamiento es auto administrado. Según Velazco (2008), con la aplicación de este tipo de estudio el paciente podrá mejorar la calidad de vida, pues el mismo se convierte en participante activo de su tratamiento médico al obtener autonomía y habilidad para aceptar las recomendaciones médicas con responsabilidad y voluntad. Como la hipertensión arterial es una patología crónica es necesario que el paciente no sea un simple cumplidor de recomendaciones, sino protagonista de su propio tratamiento. La práctica profesional del farmacéutico dentro de la sociedad debe concebir la idea de que es parte del equipo multidisciplinario en salud, y que su aporte es fundamental e importante para mejorar la atención a la población a la cual servimos. Esta práctica de seguimiento farmacoterapéutico es un mecanismo para que el farmacéutico pueda realizarse aplicando el vasto conocimiento en el área de los medicamentos. Claro está que este es el principio de otros trabajos que evalúen el seguimiento farmacoterapéutico y su aplicación.

CONCLUSIONES

- Todos los pacientes intervenidos sufrieron 1.33 Problemas Relacionados con Medicamentos en promedio.
- El proceso de Seguimiento Farmacoterapéutico tuvo un efecto significativo sobre la solución de Problemas Relacionados con Medicamentos identificados (85%)
- El proceso de Seguimiento Farmacoterapéutico tuvo un efecto significativo sobre el nivel de adherencia terapéutica 73.33%.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Faus, M.J. *Pharmaceutical Care as a Response To Social Need*. Ars Pharmaceutica; 137-143, 2000.
2. Vásquez S, Álvarez S. *La Farmacovigilancia en el Perú*. Boletín de Farmacovigilancia. Grupo de Farmacovigilancia INVIMA / UN. Colombia. ISSN-1909-602X / AÑO 4 / SEPTIEMBRE - NOVIEMBRE 2006.
3. Congreso de la República. *Ley de Trabajo del Químico Farmacéutico*. Lima Febrero del 2004. En: Ministerio de Salud. Normas legales y administrativas que regulan el trabajo y la carrera de los profesionales de la Salud en el sector Salud. Oficina de Capacitación y Normas N°02. 2005. Tomado desde: http://bvs.minsa.gob.pe/local/RRHH/92_profsalud.pdf. El 17/08/2012.
4. Sookaneknun P., Richards R., Sanguansermisri J. *Pharmacist Involvement in Primary Care Improves Hypertensive Patient Clinical Outcomes*. The Annals of Pharmacotherapy: Vol. 38, No. 12, pp. 2023-2028. DOI 10.1345/aph.1D605. Published Online, 2 November 2004, www.theannals.com, DOI 10.1345/aph.1D605.
5. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada.
Seguimiento Farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). Pharmacy Practice 2006; 4(1): 44-53.
6. Organización Panamericana de Salud. *El Papel del Farmacéutico en el Sistema de Atención de Salud*. Informe de La Reunión de la OMS Tokio, Japón, 31 de agosto al 3 de septiembre de 1993. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de La Organización Mundial de la Salud.

7. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de España. *Consenso sobre Atención Farmacéutica*. *Ars Pharmaceutica*, 42:3-4; 221-241, 2001.
8. Comité de Consenso: *Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM)*. *Ars Pharmaceutica*, 43:3-4; 179-187, 2002.
9. Martínez Sánchez A. *El Concepto atención farmacéutica. Sus influencias gnoseológicas en el contexto de la profesión*. *Revista del Centro de Investigación. Universidad La Salle*, enero, año/vol. 4, número 014 Universidad La Salle Distrito Federal, México. pp. 83-85.
10. Van Mil J. *Pharmaceutical Care, the Future of Pharmacy. Theory, research and practice. Dissertation*. Druk: Drukkerij De Volharding, Groningen. J.W.F. van Mil, Zuidlaren, 1999. Gezet uit Monotype Spectrum (J. v. Krimpen/S.L. Hartz). ISBN: 90-9013367-4.
11. Ministerio de Salud. *Política Nacional de Medicamentos*. Consejo Nacional de Salud. Comité Nacional de Medicamentos. Tomado desde: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js18052es/>. El 13/09/2012.
12. 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.
13. Congreso de la República del Perú. *Ley General de Salud N°26842*. Lima Julio 1997. En: Ministerio de Salud. Normas legales y administrativas que regulan el trabajo y la carrera de los profesionales de la Salud en el sector Salud. Oficina de Capacitación y Normas N°02. 2005. Tomado desde: http://bvs.minsa.gob.pe/local/RRHH/92_profsalud.pdf. El 17/08/2012.

14. Presidencia de la república. *Aprueban reglamento de establecimientos farmacéuticos*, Decreto Supremo N°014-2011-SA. El Peruano. Lima 27 de Julio de 2011.

15. 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.

16. Congreso de la República. *Ley de Trabajo del Químico Farmacéutico*. Lima Febrero del 2004. En: Ministerio de Salud. Normas legales y administrativas que regulan el trabajo y la carrera de los profesionales de la Salud en el sector Salud. Oficina de Capacitación y Normas N°02. 2005. Tomado desde: http://bvs.minsa.gob.pe/local/RRHH/92_profosalud.pdf. El 17/08/2012.

17. Diaz K. López J. *Cumplimiento terapéutico en el paciente hipertenso/Terapeutic compliance in patients with hypertension*. Med. fam. (Caracas);7(2):47-51, jul.-dic. 1999 Congreso de la República del Perú. Ley de Creación del Colegio Químico Farmacéutico del Perú. Diario Oficial El Peruano. Diciembre de 1964.

18. Congreso de la República del Perú. *Ley modificatoria de la Ley No. 15266, que crea el Colegio Químico Farmacéutico del Perú*. Ley 26943. Diario Oficial El Peruano. 16 de Abril de 1998.

19. Ministerio de Salud. *Reglamento de la ley de Creación del Colegio Químico Farmacéutico del Perú*. Decreto Supremo N° 006-99-SA. Diario Oficial El Peruano. Diciembre de 1999.

20. Presidencia de la República. Reglamento de la Ley Ley 28173, *Ley de Trabajo del Químico Farmacéutico del Perú*. DS 008-2006-SA. Diario Oficial El Peruano. Octubre de 2006.

21. Sindicato Médico del Uruguay. *El valor del medicamento: realidades y esperanzas de futuro*. Mayo 2005. El Diario Médico N°65. Mayo de 2005. Tomado desde: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/eldiariomedico/n65/pag15.pdf>. El 28/08/2012.
22. 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.
23. Fernández-Llimós F, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Martínez Martínez F. *Evolución del concepto de problemas relacionados con medicamentos: resultados como el centro del nuevo paradigma*. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(4): 167-188.
24. Blasco P, Mariño EL, Aznar MT, Pol E, Alós M, Castells M et al. *Desarrollo de un método observacional prospectivo de estudio de errores de Medicación para su aplicación en hospitales*. *Farm Hosp* 2001; 25:253-273.
25. Gaspar Carreño M. *Seguimiento de la Intervención Farmacéutica en un hospital dedicado a la cirugía ortopédica traumatológica tras el establecimiento e implantación de un programa de atención farmacéutica*. TESIS DOCTORAL. Universidad CEU Cardenal-Herrera Facultad de Farmacia. Departamento de Fisiología, Farmacología y Toxicología. Valencia España 2011.
26. Álvarez de Toledo F, Arcos González P, Eyaralar RT et al. *Atención farmacéutica en personas que han sufrido episodios coronarios agudos (Estudio TOMCOR)*. *Revista Española de Salud Pública*, julio-agosto, año/vol. 75, número 004. Ministerio de Sanidad y Consumo de España Madrid, España pp. 375-388.
27. Consejo General de colegios Oficiales de Farmacéuticos. PRM y RNM Conceptos. Portal Farma.com *Organización Farmacéutica Colegial*.

FARMACÉUTICOS N.º 315 - Octubre 2006. Tomado desde:
http://www.portalfarma.com/inicio/atencionfarmaceutica/forodeatffarma/Documents/28_29_Atencion_farma.pdf. Tomado el 14/07/2012

28. Faus MJ, Fernández-Llimós F. *Problemas Relacionados con Medicamentos: como factores de riesgo*. Seguimiento Farmacoter 2003; 1(3): 147-148.

29. Hurley SC. *A Method of Documenting Pharmaceutical Care Utilizing Pharmaceutical Diagnosis*. American Journal of Pharmaceutical Education Vol. 62, Summer 1998.

30. Ferriols R. *Valoración de la Atención Farmacéutica en los problemas relacionados con los medicamentos*. Presentado en XLIV Congreso Nacional SEFH. Septiembre 1999. Pamplona.

31. Calvo MV, Alós M, Giraldez J. *Grupo de Trabajo Atención Farmacéutica. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Bases de la Atención Farmacéutica en Farmacia Hospitalaria*. Farm Hosp 2006; 30:120-3

32. Sabater Hernández D, Silva Castro MM, Faus Dáder MJ. *Método Dáder. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico*. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. Tercera edición, 2007.

33. 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. Disponible desde: <http://www.minsa.gob.pe/infodigemid>.

34. 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.

35. Basterra G. *El cumplimiento terapéutico*. Pharm Care Esp 1999; 1: 97-106, 97 tomado desde:<http://www.cqfperu.org/af/artInteres/af200511cumpliTerape.pdf> el 16/07/13
36. Osterberg L. Blaschke T. *Adherence to medication*. N Engl J Med 2005;353:487-97. Downloaded from www.nejm.org on November 18, 2009.
37. Libertad MA. *Acerca del concepto de adherencia terapéutica*. Rev Cubana Salud Publica 2004;30(4) Tomado de <http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol130-4-04/spu08404.htmE1> 18/07/2013.
38. Márquez E. *Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial*. Centro de Salud la Orden, Huelva, España. En <http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/c053/marquez.PDF>. Tomado el 06/02/13.
39. Tapia M. *Adhesion al tratamiento farmacológico antihipertensivo en el Hospital de Chaiten 2005*. Universidad Austral de Chile. Facultad de Medicina. Valdivia Chile 2006. <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/fmt172a/doc/fmt172a.pdf> Tomado 23/07/13.
40. Sookaneknun P. Richards RME. Sanguansermisri J. Teerasut Ch. *Pharmacist Involvement in Primary Care Improves Hypertensive Patient Clinical Outcomes*. *The Annals of Pharmacotherapy*: Vol. 38, No. 12, pp. 2023-2028. DOI 10.1345/aph.1D605. Published Online, 2 November 2004, www.theannals.com, DOI 10.1345/aph.1D605.
41. Organización Panamericana de Salud. *El Papel Del Farmacéutico En El Sistema De Atención De Salud*. Informe de La Reunión de la OMS Tokio, Japón, 31 de agosto al 3 de septiembre de 1993. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de La Organización Mundial de la Salud.
42. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de España. *Consenso sobre Atención Farmacéutica*. *Ars Pharmaceutica*, 42:3-4; 221-241, 2001.

43. Comité de Consenso: *Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM)*. *Ars Pharmaceutica*, 43:3-4; 179-187, 2002.
44. Andrés Rodríguez. *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.
45. Gonzales G. *Fundamentos de Atención Farmacéutica Cap 11*. Pontificia Universidad Católica de Chile. Tomado desde: http://cursos.puc.cl/unimit_qim_002-1/almacen/1220552779_ggonzale_sec4_pos0.pdf. El 16/08/2012.
46. Martínez Sánchez AM. 2000. *El concepto atención farmacéutica. sus influencias gnoseológicas en el contexto de la profesión*. Revista del Centro de Investigación. Universidad La Salle, enero, año/vol. 4, número 014 Universidad La Salle Distrito Federal, México. pp. 83-85.
47. Van Mil J.W.F. *Pharmaceutical Care, the Future of Pharmacy*. Theory, research and practice. Dissertation. Druk:Drukkerij De Volharding, Groningen. J.W.F. van Mil, Zuidlaren, 1999. Gezet uit Monotype Spectrum (J. v. Krimpen/S.L. Hartz). ISBN: 90-9013367-4.
48. World Health Organization. Europe: Pharmacy-Based *Hypertension Management Model: Protocol and Guidelines*. A joint CINDI/EuroPharm Forum project 2005. EUR/04/5049481. ISBN WHOLIS: E85730.
49. Iñesta GA. Atención Farmacéutica, *Estudios Sobre Uso De Medicamentos Y Otros*. Rev Esp Salud Pública 2001; 75: 285-290 N.º 4 - Julio-Agosto 2001.
50. Espejo J. Fernández-Llimós F, Machuca M. Faus MJ. *Problemas relacionados con medicamentos: Definición y propuesta de inclusión en la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) de la WONCA*. *Pharmaceutical Care España* 2002; 4: 122-127.

51. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. Seguimiento farmacoterapéutico: *Método Dáder* (3ª revisión: 2005). *Pharmacy Practice* 2006; 4(1): 44-53.
52. Machuca GM. *Atención Farmacéutica, seguimiento fármaco terapéutico, Pharmaceutical care: es lo mismo?*. Farmacoterapia Social. España 2006. Disponible desde: www.farmacoterapiasocial.es/local/capitulo1.pdf.
53. Climenti Martí M. y Jiménez Torres NV. *Manual para la Atención Farmacéutica*. Tercera edición. Edita: AFAHPE. Hospital Universitario Dr Peset. Valencia, 2005.
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. Ocampo Rujel P. A. *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 02/03/20013.
56. Barris D. Faus M J. *An initiation in Dáder methodology in the pharmacotherapeutic monitoring in a community pharmac*. *Ars Pharmaceutica*, 44:3; 225-237, 2003.
57. Vázquez V. Chacón J. Espejo J. Faus MJ. *Resultados del seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria*. *Pharmacy Practice*, july-september, año/vol. 2, número 003. 2004. Centro de Investigaciones y Publicaciones armacéuticas Granada, España pp. 189-194.
58. Fajardo PC, Baena MI, Alcaide Andrade J, Martínez Olmos J, Faus MJ, Martínez-Martínez F. *Adaptación del Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico al nivel asistencial de atención primaria*. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(3): 158-164

59. Desselle S. Schwartz M. Rappaport HM. *The Identification of Pharmaceutical Care Practice Standards in the Community Pharmacy Setting. Journal of Pharmaceutical Care*, published by the School of Pharmacy of Northeast Louisiana University at Monroe LA. Volume 1, Article 3. February 1997.
60. Régulo Agusti C. *Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. Acta Médica Peruana*. Lima. Mayo - Agosto. 2006; 23(2): 71-75. Disponible: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000200005. El 10/07/13.
61. Garnet WR, Davis LJ, Mckenney JM, Steiner KC. *Effect of telephone follow-up on medication compliance*. Am J Hosp Pharm 1981; 38: 676-679.
62. Bosworth HB, Olsen MK, Gentry P, Orr M, Dudley T, Mcant F. *Nurse administered telephone intervention for blood pressure control: a patient-tallored multifactorial intervention*. Patient Educ Couns 2005; 57: 5-14.
63. Sabater D, Fernandez-Llimos F, Parras M, Faus MJ. *Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico*. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3(2): 90-97.
64. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*. NIH Publication No. 03 - 5233.
65. Páez O. Majul C. *Riesgo cardiovascular y su relación con las presiones arteriales sistólica, diastólica y diferencial (o presión del pulso)*. Boletín del consejo argentino de hipertensión arterial. Bs Aires. 2002, boletín N°02.

66. *Patient-reported adherence to guidelines of the Sixth Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure.* Pharmacotherapy. 2001, 21(7):828-41.
67. Rojas DA. *Atención farmacéutica en pacientes hipertensos adultos mayores.* Informe de práctica prolongada para optar al título de Químico Farmacéutico. Universidad de Chile. Santiago de Chile 2005.
68. U.S. Department of Health and Human Services. *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure.* Bethesda, Md: National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health; 2003 NIH Publication 03-5233 Desde: www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7.pdf. Tomado el 30/01/08.
69. Tuesca MR. Guallar CP. Banegas BJ. Graciani Para. *Factores asociados al control de la hipertensión arterial en personas mayores de 60 años en España.* Revista Española de Salud Pública, mayo-junio, año/vol. 80, número 003 Ministerio de Sanidad y Consumo de España Madrid, España. pp. 233-242.
70. Pascuzzo LC. Mariagne CN. *Terapia farmacológica en hipertensión arterial.* *Farmacología Básica.* Libro de edición digital. Desde: <http://www.geocities.com/carminepascuzzolima/>. Tomado el 28/01/08.
71. Iza-Stoll A. Tratamiento de la hipertensión arterial primaria. Acta Med Per. 23(2) 2006 93
72. Congreso de la República del Perú. *Ley General de Salud N°26842.* Lima Julio 1997. En: Ministerio de Salud. Normas legales y administrativas que regulan el trabajo y la carrera de los profesionales de la Salud en el sector Salud. Oficina de Capacitación y Normas N°02. 2005. Tomado desde: http://bvs.minsa.gob.pe/local/RRHH/92_profsalud.pdf. El 17/08/2012.

73. Universidad Nacional mayor de San Marcos. *Editorial: La Atención Farmacéutica. Ciencia e Investigación*. Lima. Vol V(2)-2002. Tomado desde: sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/ciencia/v05_n2/Pdf/a01.pdf.
74. Bonal y cols. *Farmacia Clinica y Atención Farmacéutica*. En: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. *Farmacia Hospitalaria Tomo I*. Tomado desde: <http://www.sefh.es/sefhpublicaciones/fichalibrolibre.php?id=4>. El 16/08/2012
75. Brodie DC. *Drug use control: keystone to pharmaceutical service*. *Drug Intell Clin Pharm*. 1966; 20(2): 116-117.
76. OMS. OPS. *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 2004.
77. Armando P, Uema S, Sola N. *Valoración de la satisfacción de los pacientes con el seguimiento farmacoterapéutico*. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(4): 205-212.
78. Fontana RD, Soláthurry N. *Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes pediátricos hospitalizados: adaptación de la metodología Dáder*. Arán ediciones 2003, s. L. *Farmacia hospitalaria. Farm hosp (Madrid)* Vol. 27. N.º 2, pp. 78-83, 2003.
79. Knauth C. *El uso de medicamentos en los distritos pobres del Perú*. *Boletín de Medicamentos Esenciales, Investigaciones* 1993: p 13.
80. Prats MR. *Registro y Evaluación de Todas las Actuaciones Profesionales demandadas en la farmacia comunitaria*. Universidad de Granada Facultad de Farmacia Programa de Doctorado de Farmacia Asistencial. Granada – España. 2010.
81. Velasco Valda. *Seguimiento farmacoterapéutico ambulatorio en pacientes hipertensos de la Caja de Salud de Caminos y R. A. –Oruro*.

BIOFARBO v.16 n.1 La Paz dic. 2008. Disponible en:
http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S1813-53632008000100013&script=sci_arttext&tlng=es

82. Higby GJ. *The continuing evolution of American pharmacy practice 1952-2002*. J Am Pharm Assoc 2002;42(1):5-12. Tomado desde:
<http://japha.org/article.aspx?articleid=1034045>, El 23 de Julio de 2012

83. Torres A., Fité B., Gascón P., Barau M., R. Guayta-Escolies, M. Estrada-Campmany, C.Rodríguez. *Efectividad de un programa de atención farmacéutica en la mejora del control de la presión arterial en pacientes hipertensos mal controlados. Hipertensión y Riesgo Vascular* Volume 27, Issue 1, January– February 2010, Pages 13–22. Published by Elsevier España S.L. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1889183709000634>

84. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. *Método DADER para el seguimiento Farmacoterapéutico*. Ars Pharm 2005; 46 (4): 309-337.

85. Galán A. N. *Seguimiento farmacoterapéutico a pacientes ambulatorios con hipertensión arterial en la farmacia salud y vida – SÍGSIG*". [Tesis magister]. Ecuador: Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Químicas; 2010.

86. Novoa de Fuentes. *Seguimiento farmacoterapéutico a pacientes hipertensos de la unidad comunitaria de salud familiar intermedia San Rafael de Santa Ana*. 2013. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/4843/1/16103395.pdf>

87. Ayala & cols. *Ciencia e Investigación* 2010; 13(2): 77-80 Facultad de Farmacia y Bioquímica UNMSM 2010. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2611/1/ayala_ll.pdf

88. Lugo de Ortellado G., Rodríguez de Bittner M., Chávez G. H., Pérez S. *Implementación de un Programa de Atención Farmacéutica en Farmacias Comunitarias para la Detección de la Hipertensión Arterial y su Seguimiento Farmacoterapéutico*. Latin American Journal of Pharmacy (formerly Acta Farmacéutica Bonaerense) Lat. Am. J. Pharm. 26 (4): 590-5 (2007)
89. Rosinach Bonet. *Optimización de la farmacoterapia en pacientes hipertensos no controlados mediante el seguimiento farmacoterapéutico*. Universidad de Granada, Junio 2008. Disponible en: http://www.farmaciahuecija.es/wp-content/uploads/2013/04/Jordi_Rosinach_Bonet.pdf
90. Ponce Altamirano. *Implementación de un programa de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial del centro de atención ambulatorio del IESS de santo domingo de los Colorados*. Riobamba – Ecuador 2012. Disponible en: <http://dspace.espoch.edu.ec/bitstream/123456789/2597/1/56T00374.pdf>
91. Ramalho de Oliveira D, Dupotey D. *La investigación cualitativa en Farmacia. Aplicación en la Atención Farmacéutica*. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas. Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences vol. 44, n. 4, out./dez., 2008.
92. Márquez C. Casado M. Márquez C. *Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico*. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Tomado de <http://www.ub.edu/farmaciaclinica/projectes/webquest/WQ1/docs/marquez.pdf>. El 26/09/09
93. Márquez E.C. *Métodos de medida del cumplimiento terapéutico. Cumplimiento terapéutico en la HTA*. Actualizaciones.Vol. 1.Núm. 1. Abril 2004.Tomado desde <http://www.seh-lelha.org/cumplimien/algoritmo1.pdf>. El 23 de julio de 2012.

94. García Pérez AM y col. *¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria?* Medicina de Familia (And) Vol. 1, Nº 1, Junio 2000.
95. National Cancer Institute. Morisky 4-Item Self-Report *Measure of Medication-Taking Behavior* (MMAS-4). US National Institutes of Health. Tomado desde: www.gem-beta.org/public/MeasureDetail.aspx?mid=1133&cat=2, El 12/03/2013.
96. 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. <http://www.seis.es>.
97. Buck ML. *Providing patients with written medication information*. Ann Pharmacother 1998; 32: 962-969.
98. Caelles N, Ibáñez J, Machuca M, Martínez – Romero F, Faus MJ. *Entrevista farmacéutico – paciente en el Programa Dáder se seguimiento farmacoterapéutico*. Pharm Care Esp 2002; 4: 55-59.
99. Portal Iberoamericano De Marketing Farmacéutico. PMFARMA. *Las redes sociales ayudan a los pacientes crónicos a no abandonar su tratamiento*. 24 Feb. 2012. Tomado desde: <http://www.pmfarma.es/noticias/14501-las-redes-sociales-ayudan-a-los-pacientes-chronicos-a-no-abandonar-su-tratamiento>. El 15/07/2013
100. Bermúdez P. Valmore. *Prevalencia del síndrome metabólico en la población adulta Añú de la laguna de Sinamaica del municipio Páez, estado Zulia*. Rev. Latinoamericana de hipertensión Caracas sep. 2009;4 (3). Disponible en: http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1856-45502009000300002&nrm=iso. El: 30/06/2013.

101. Torres A., Fité B., Gascón P., Barau M., R. Guayta-Escolies, M. Estrada-Campmany, C. Rodríguez. *Efectividad de un programa de atención farmacéutica en la mejora del control de la presión arterial en pacientes hipertensos mal Controlados. Hipertensión y Riesgo Vascular* Volume 27, Issue 1, January–February 2010, Pages 13–22. Published by Elsevier España S.L. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1889183709000634>

102. Oca Rodríguez A., Yralys Naranjo Herrera. *Características clínico-epidemiológicas de la hipertensión arterial con relación a variables modificables y no modificables*. Rev.Soc.Perú. Med. Interna Enero – Diciembre 2012; 25 (2), 70 – 73.

103. Pacheco-Romero J. *Hipertensión arterial en diferentes edades de la mujer*.

Anales de la Facultad de Medicina. Versión impresa ISSN 1025-5583 An. Fac. med. v.71 n.4 Lima dic. 2010

104. Padilla M, Ros N, Raventos A, Escribano V, Luengo C, Fabrellas N, Marti M.

Seguimiento telefónico a paciente con insuficiencia cardiaca. Metas de Enferm. Abr 2011; 14 (3):22-26. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/33806/1/606877.pdf>. El 15/07/2013.

105. García Jiménez E. *Incumplimiento Como Causa de Problema Relacionado con Medicamentos en el Seguimiento Farmacoterapéutico*. [Tesis doctoral] .Granada. ISBN: 84-688-3356-8. Jul 2003.

106. Benno de Keijzer. *Programa de hombres que renuncia a su violencia*. Universidad Cayetano Heredia. Perú. Disponible en: <http://hombressinviolencia.org/documentacion.htm> El: 30/06/2013.

107. Jódar F, García L, Martín JJ, López del Amo M, Karlsdotter K. *Evaluación económica del seguimiento farmacoterapéutico en los mayores institucionalizados en Andalucía*. XXXV Reunión Anual Estudios Regionales. Valencia, 25 a 28 de noviembre de 2009. [citado 22 Ene 2010]. Disponible en <http://www.reunionesdeestudiosregionales.org/valencia2009/htdocs/pdf/p113.pdf> El: 10/07/2013.

108. Cabiedes Miragaya L., Eyaralar Riera T., Arcos González Pedro, Álvarez de Toledo Flor, Álvarez Sánchez Gabriela. *Evaluación económica de la atención farmacéutica (AF) en oficinas de farmacia comunitarias (Proyecto Tomcor)*.

Rev. Esp. Econ. Salud 2002; 1(4):45-59. Disponible en: http://www.economiadelasalud.com/Ediciones/04/pdf/04_Originales.pdf El: 21/07/2013

109. Arias JL. Santamaria- López JM. *Mejora de los resultados de la farmacoterapia de pacientes hipertensos en una farmacia comunitaria*. Ars Pharm 2008; 49 (1):

110. Márquez Domínguez F. *Seguimiento farmacoterapéutico sobre el control de la presión arterial en el centro asistencial de san Rafael las Flores departamento de Santa Rosa – Guatemala*. [Tesis]. Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala. 2012.

111. Delgado E. *Implementación de un Plan de Atención Farmacéutica para Pacientes Hipertensos en Atención Primaria en Salud*. [Tesis]. Universidad de Chile. 2008.

112. Ehow en español. Revisado en http://www.ehowenespanol.com/beber-cafe-contribuye-presion-arterial-alta-diabetes-info_119156/

113. Galán Morillo M., Campos Moraes M. y Pérez Cendon S. *Efectos del tabaquismo sobre la presión arterial de 24 h - evaluación mediante monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA)*. Post Graduación de Clínica Médica de la Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP)
114. Diaz K.López J. *Cumplimiento terapéutico en el paciente hipertenso / Therapeutic compliance in patients with hypertension*. Med. fam. (Caracas);7(2):47-51, jul.-dic. 1999. tab.

VII. ANEXOS.

VII.1. SOLICITUD DE PERMISO DIRIGIDO AL EST. FARMACÉUTICO

CARTA DE PRESENTACIÓN AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD. Programa de Atención Farmacéutica para paciente hipertenso.

Trujillo 5 de setiembre de 2013

Señor: Q.F. Samuel Aguirre Tarazona

FARMACIA “AGUIRRE”Trujillo

Pte.

Asunto: Permiso para realizar trabajo de campo con pacientes hipertensos que pertenecen al ámbito de influencia del establecimiento.

De mi especial consideración.

Me dirijo a Usted de manera cordial para solicitar por su intermedio las facilidades para que el alumno: AGUIRRE AGUIRRE BETZY ELIZABETH, pueda acceder a los registros de pacientes diagnosticados con que regularmente se atienden en su servicio y programar con ellos una visita, dentro del marco de un proyecto de Seguimiento farmacoterapeutico que tiene por objetivo identificar razones potenciales o reales que inciden sobre el cumplimiento de las indicaciones médicas acerca del uso de medicamentos.

Específicamente necesitamos revisar en su servicio los datos registrados de los pacientes para luego visitarlos en su domicilio y proponerles dos horas de diálogo acerca de su enfermedad en la que se aplicarán dos instrumentos y se dejarán recomendaciones acerca del uso apropiado de medicamentos y consejos generales sobre hábitos de vida saludables. Los resultados de la intervención serán reportados a su despacho con recomendaciones para la acción que podrían servir para mejorar la calidad en la atención desde el punto de vista farmacéutico en este tipo de pacientes

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

Atentamente

VII.2. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FICHA PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL
PACIENTE. Programa de Atención Farmacéutica para paciente hipertenso.

Declaración del paciente:

Declaración del paciente:

1. Acepto libremente participar de este programa de Seguimiento Fármaco Terapéutico desarrollado por el Establecimiento Farmacéutico Farmacia Aguirre y que forma parte de una estrategia para mejorar el estado integral de mi salud.
1. Estoy en conocimiento que este servicio de Atención Farmacéutica es gratuito durante el tiempo que dure este estudio y que tengo la libertad de abandonarlo cuando lo estime conveniente.
2. 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.
3. Me comprometo a que toda la información entregada por mí sea fidedigna.
4. Toda información que entregue a los investigadores será absolutamente confidencial y no podrá ser divulgada a terceros sin mi autorización.
5. Autorizo que el Farmacéutico encargado del SFT llame 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.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ COD° _____
DIRECCION: _____
TELEFONO: _____ FIRMA: _____
FECHA: _____ / _____ / _____
FECHA DE PRIMERA VISITA: _____ / _____ / _____

VII.3. FICHAS FARMACOTERAPEUTICAS.

ANEXO 7.3.1: HOJA 1 DE LA FICHA FARMACOTERAPÉUTICA. REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE, DE SU ENFERMEDAD DE SUS MEDICAMENTOS Y DEL MEDICO PRESCRIPTOR.

FICHA 01. INFORMACION PERSONAL DEL PACIENTE. Programa de Atención Farmacéutica.

ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO "AGUIRRE"- TRUJILLO 2013

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

1. DATOS PERSONALES

NOMBRE: _____

SEXO: _____

DIRECCIÓN: _____ ZONA: _____

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

TELÉFONO DOMICILIO: _____ OTRO _____

(MAIL): _____

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

TIENE SEGURO SI: __N0: __ SEGURO INTEGRAL (SIS):ESSALUD: ____

PRIVADO: _____ CUAL: _____

EL SEGURO PRIVADO CUBRE LOS MEDICAMENTOS TOTALEMENTE

SI: ____ NO: ____

VII.3. FICHAS FARMACOTERAPEUTICAS.

ANEXO 7.3.1: HOJA 1 DE LA FICHA FARMACOTERAPÉUTICA. REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE, DE SU ENFERMEDAD DE SUS MEDICAMENTOS Y DEL MEDICO PRESCRIPTOR.

FICHA 01. INFORMACION PERSONAL DEL PACIENTE. Programa de Atención Farmacéutica.

ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO "AGUIRRE"- TRUJILLO 2013

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

1. DATOS PERSONALES

NOMBRE: _____

SEXO: _____

DIRECCIÓN: _____ ZONA: _____

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

TELÉFONO DOMICILIO: _____ OTRO _____

(MAIL): _____

GRADO DE ESTUDIOS: ANALFABETO PRIMARIA

SECUNDARIA SUPERIOR.....

TIENE SEGURO SI: __ N0: __ SEGURO INTEGRAL (SIS): __ ESSALUD: __

PRIVADO: _____

CUAL:

EL SEGURO PRIVADO CUBRE LOS MEDICAMENTOS

TOTALMENTE SI: NO:

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

N ^o	NOMBRE DEL MEDICO	ESTABLECIMIENTO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO

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

NOMBRE DE LA ENFERMEDAD	QUIEN LE DIAGNOSTICO?	TELÉFONO

4. SIGUE ALGUN TRATAMIENTO CON REMEDIOS CASEROS O NATURALES?

0 N	NOMBRE DE LOS REMEDIOS CASEROS	DESCRIPCION	DOSIS	FRECUENCIA	INICIO
				A	CIO

5. PARÁMETROS DE SEGUIMIENTO:

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

6. QUE OTRAS ENFERMEDADES O ACCIDENTES HA SUFRIDO PREVIAMENTE?

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____

7. ANTECEDENTES FAMILIARES:

ENFERMEDAD	MADRE	PADRE	HERMANOS	OTROS
DIABETES				
COLESTEROL				
OTRA:				

OBSERVACIONES:

.....

HÁBITOS:	DESCRIBIR:	INDICACION DEL MEDICO AL RESPECTO
USO DE ACEITE ALCOCINAR		
USO DE SAL AL COCINAR		
CONSUMO DE ALCOHOL	VECES POR SEMANANO	
FUMAR 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	SI: ___ NO: ___ TAZAS DIARIAS:	
HACE DIETA:	SI ___ NO ___ QUE TIPO:	

COD INTERV:

**ANEXO 7.3.2.: HOJA 2 DE LA FICHA FARMACOTERAPÉUTICA.
REGISTRO DE LOS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE CONSUME
PARA OTRAS ENFERMEDADES CONCOMITANTES.**

**FICHA02. HOJA DE INFORMACION FARMACOTERAPÉUTICA.
ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO “AGUIRRE”- TRUJILLO 2013**

PACIENTE COD. N°:

FECHA:

NOMBRE:

**MEDICAMENTOS QUE TOMA EN ESTE MOMENTO PARA OTRA
ENFERMEDAD**

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

ANEXO 7.3.3.: HOJA 3 DE LA FICHA FARMACOTERAPÉUTICA. GUÍA ANATÓMICA DE REPASO PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA TOMAS DE LOS MEDICAMENTOS.

FICHA 03. GUÍA ANATÓMICA DE REPASO PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA TOMA DE LOS MEDICAMENTOS.

ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO “AGUIRRE”- TRUJILLO 2013

PACIENTE COD. N°:

FECHA:

NOMBRE:

Cuando Usted toma sus medicamentos siente que tiene problemas con:

- 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:.....

ANEXO 7.3.4.: HOJA 4 DE LA FICHA FARMACOTERAPÉUTICA. REPORTE DE LAS ACCIONES REALIZADAS POR EL FARMACÉUTICO AL IDENTIFICAR PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS.

FICHA04. HOJA GUIA DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA.

ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO “AGUIRRE”- TRUJILLO
 2013 PACIENTE COD N°:
 NOMBRE:

1.- MEDICAMENTOS INVOLUCRADOS EN EL POTENCIAL PRM.

N ⁰	NOMBRE DEL MEDICAMENTO*	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.

2.- DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL PRM:

PRM	Descripción	PRM	Descripción
1. Administración errónea del medicamento:	8. Errores en la prescripción:	
2. Actitudes negativas del paciente:		9. Incumplimiento:	El paciente en el test de Moriskiresp si a la pregunta 1 y 2
3. Conservación inadecuada:		10. Interacciones:	
4. Contraindicación:		11. Otros problemas de salud que afectan al tratamiento:	
5. Dosis, pauta y/o duración no adecuada:		12. Probabilidad de efectos adversos:	
6. Duplicidad:		13. Problema de salud insuficientemente tratado:	
7. Errores en la dispensación:		14. Otros:	

COD INTERV:

3. QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRM:

.....

Categoría	Nº	Intervención	Acción
Intervenir sobre cantidad de medicamento	1	Modificar la dosis	Ajuste de la cantidad de fármaco que se administra de una vez.
	2	Modificar la dosificación	Cambio en la frecuencia y/o duración del tratamiento.
	3	Modificar la pauta de administración (redistribución de la cantidad)	Cambio del esquema por el cual quedan repartidas las tomas del medicamento a lo largo de un día.
Intervenir sobre la estrategia farmacológica	4	Añadir 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)	Replazo de algún medicamento de los que utilizaba el paciente por otros de composición diferente, o bien de diferente forma farmacéutica o vía de administración.
Intervenir sobre la educación al paciente	7	Disminuir el incumplimiento involuntario (educar en el uso del medicamento)	Educación en las instrucciones y precauciones para la correcta utilización y administración del medicamento.
	8	Disminuir el incumplimiento voluntario (modificar actitudes respecto al tratamiento)	Refuerzo de la importancia de la adhesión del paciente a su tratamiento.
	9	Educar en medidas no Farmacológicas	Educación del paciente en todas aquellas medidas higiénico-dietéticas que favorezcan la consecución de los objetivos terapéuticos.

4. VÍA DE COMUNICACIÓN UTILIZADA PARA COMUNICAR LA SOLUCIÓNAL PROBLEMA:

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

5. RESULTADO:

Estado	Problema de salud Resuelto	Problema de salud no resuelto
Intervención aceptada		
Intervención no aceptada		

COD INTERV:

ANEXO 7.3.5.: HOJA 5 DE LA FICHA FARMACOTERAPÉUTICA. REPORTE DE LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE DEL RESULTADO FINAL DE SU MEDICACIÓN.

FICHA05. HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA.

ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO “AGUIRRE”- TRUJILLO 2013

COD° PACIENTE:

FECHA: / _ / _

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

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

2. NÚMERO DE CONTACTOS UTILIZADOS DURANTE LA INTERVENCIÓN:

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

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

Clave	Medio de Comunicación
1	Oral cara a cara
2	Escrito
3	Correo electrónico
4	Oral por teléfono
5	Otros:

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

COD INTERV:.....

ANEXO 7.3.6.: HOJA 6 DE LA FICHA FARMACOTERAPÉUTICA. TEST DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, HEINSS SACKET, MORISKI GREEN Y RECUENTO DE TABLETAS.

FICHA 06. TEST PARA MEDIR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO “AGUIRRE”- TRUJILLO 2013

COD° PACIENTE:

FECHA: /_ /_

1.- ESCALA DE ADHERENCIA A LA MEDICACION (MAS) DE MORISKY- GREEN – LEVINE. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ COD _____

FECHA: / /

PREGUNTA	VALOR DE LA RESPUESTA	
	SI	NO
¿Cuándo le indican tomar medicamentos, con qué frecuencia se olvida de tomarlos? Por ejemplo si se los recetan para 7 días cuantos días deja de tomarlos? SI= por lo menos 1 vez, NO = ninguna vez.		
¿Y en cuanto a la hora de tomarlos, cuántas veces en una semana se olvida de hacerlo a la hora indicada? SI= por lo menos 1 vez, NO = ninguna vez.		
¿Y cuándo se siente bien, antes de terminar el tiempo indicado de uso de tus medicamentos, deja de tomarlos? SI= 1, nunca: NO = 0.		
¿Y cuándo siente que los medicamentos le caen mal, los deja de tomar? SI= 1, nunca: NO = 0.		

OBSERVACIONES:

.....

COD INTERV:

.....

VII.4. CUADRO ANEXO N°01. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS SEGÚN SEXO , EDAD Y MEDICAMENTOS

CÓDIGO	SEXO	EDAD	MEICAMENTO	DOSIS (mg)
1	M	62	Captopril	25
2	M	53	Enalapril	10
3	M	62	Captopril	25
4	M	50	<u>Enalapril</u>	<u>10</u>
5	H	72	Captopril	25
6	M	60	Enalapril	10
7	M	66	Enalapril	10
8	H	68	Captopril	25
9	M	70	<u>Enalapril</u>	<u>10</u>
10	M	65	<u>Enalapril</u>	<u>10</u>
11	M	73	<u>Enalapril</u>	<u>10</u>
12	M	65	<u>Captopril</u>	<u>25</u>
13	H	53	Enalapril	10
14	M	63	<u>Captopril</u>	<u>25</u>
15	M	68	<u>Enalapril</u>	<u>10</u>
TOTAL M	12			
TOTAL H	3			
Promedio M	MUJER	66.17		
Promedio H	HOMBRE	63		
Prom. Total		64.59		
Desv. Stan. M		6.91		
Desv. Stan. H		9.54		
% MUJERES		80		
% HOMBRES		20		

Fuente: Fichas Farmacoterapeuticas de pacientes hipertensos que se atienden en la farmacia Aguirre, 2013.

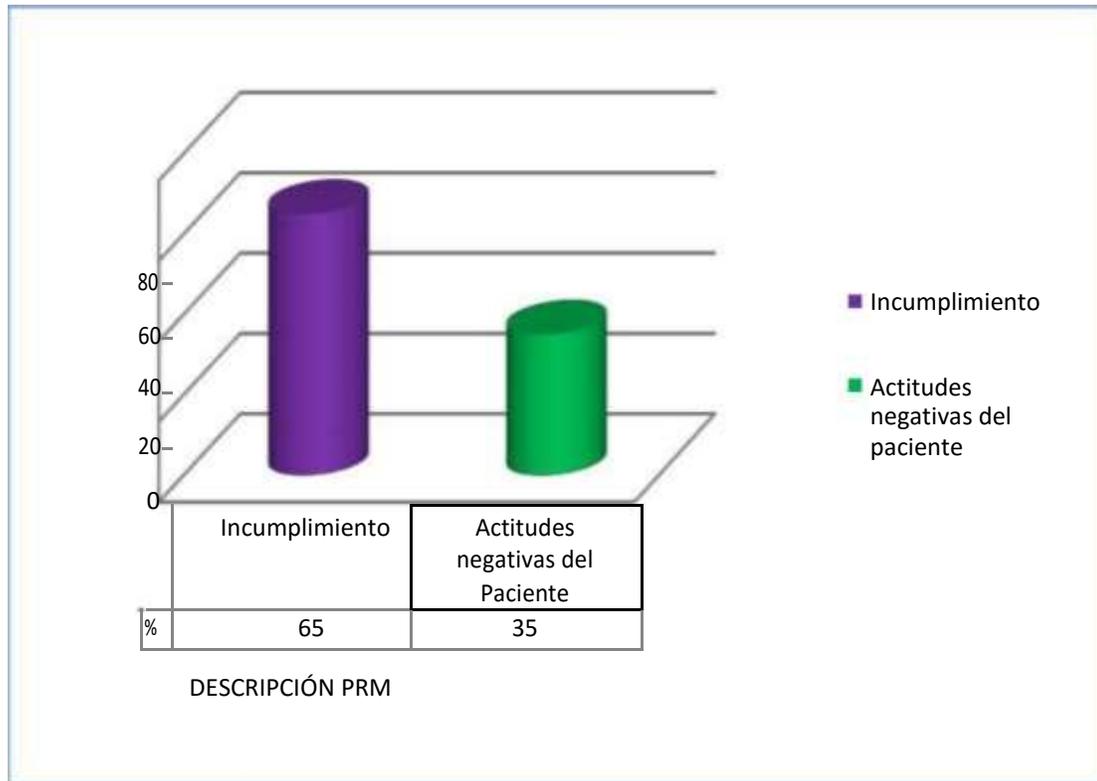
VII.5. CUADRO ANEXO N°02. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS SEGÚN PRESION ARTERIAL.

Paciente	1er Contacto		2da Contacto		3er Contacto	
	PA SIS	PA DIA	PA SIS	PA DIA	PA SIS	PA DIA
1	140	80	140	80	140	70
2	140	95	140	85	135	80
3	150	97	145	92	145	90
4	140	80	135	90	130	70
5	145	92	145	80	140	80
6	140	90	140	80	130	80
7	140	85	140	80	140	80
8	150	90	150	92	147	90
9	145	80	140	80	135	70
10	140	90	140	90	140	70
11	145	93	140	90	145	80
12	140	85	142	80	130	70
13	145	95	140	93	140	90
14	145	90	140	90	140	80
15	140	80	135	85	130	80
<u>Promedio</u>	143	88	141	86	138	79

Fuente: Fichas Farmacoterapéuticas de pacientes hipertensos que se atienden en la Farmacia Aguirre 2013

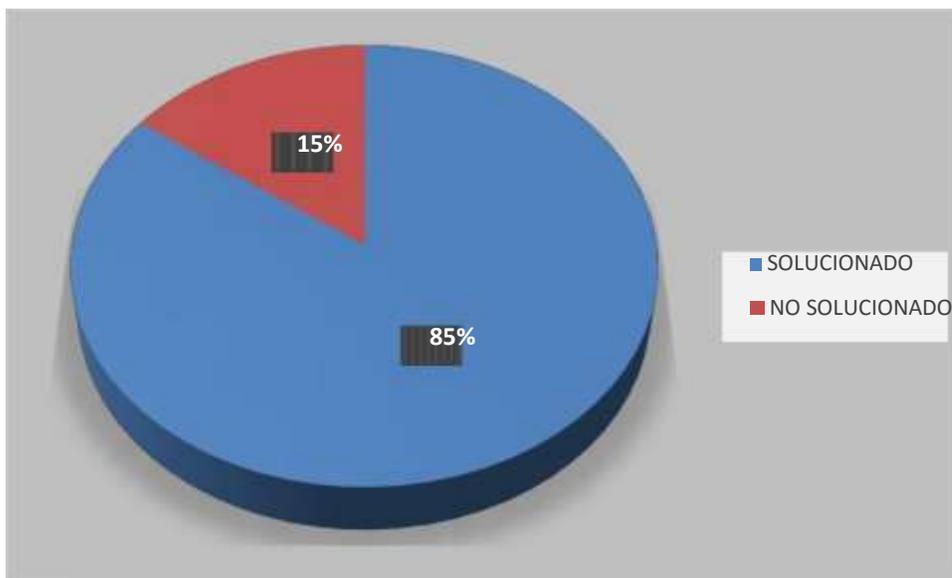
VII.6. GRÁFICOS DE LA APLICACIÓN DEL SFT

Gráfico N° 01. Análisis Porcentual Del Tipo de PRM identificado durante El Seguimiento Farmacoterapeutico.Farmacia “AGUIRRE”–Trujillo, 2013.



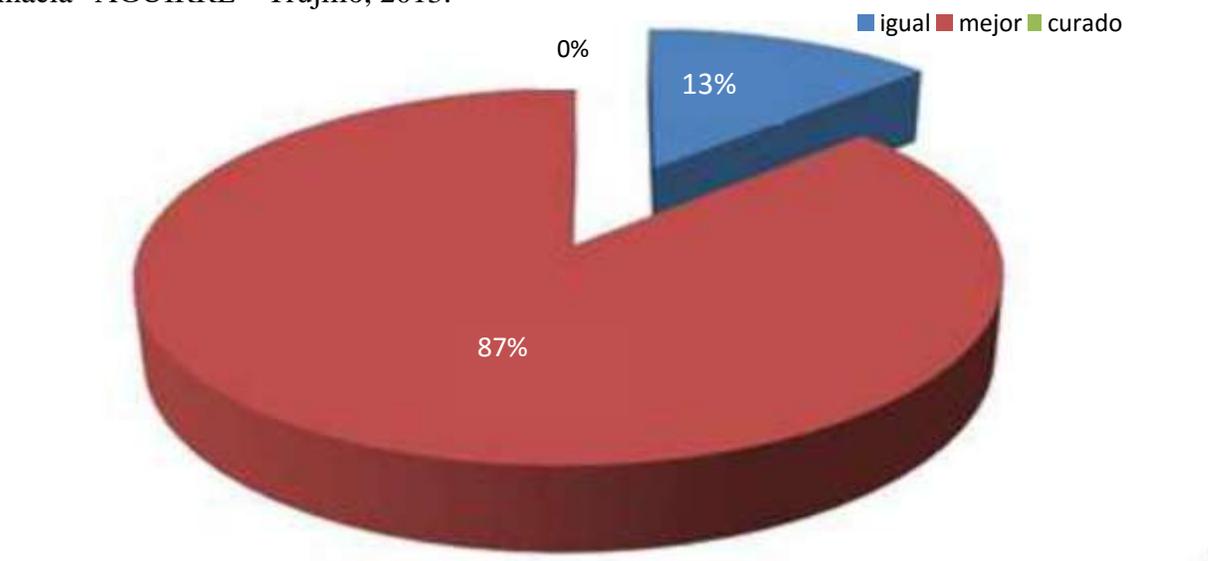
Fuente: Base de datos de las respuestas valoradas de los pacientes. Farmacia Aguirre 2013

Gráfico N°2. Proporción De Problemas Relacionados Con El Uso De Medicamentos Solucionados Y No Solucionados Durante El Proceso De SFT.Farmacia “AGUIRRE”–Trujillo, 2013.



Fuente: Base de datos de las respuestas valoradas de los pacientes. Farmacia Aguirre 2013.

Gráfico N°3. Porcentaje del resultado del tratamiento percibido por el propio paciente. Farmacia “AGUIRRE”–Trujillo, 2013.



Fuentes: Base de datos de las respuestas valoradas de los pacientes. Farmacia Aguirre 2013

VII.7. MAPA DE UBICACIÓN DE LA FARMACIA AGUIRRE – TRUJILLO

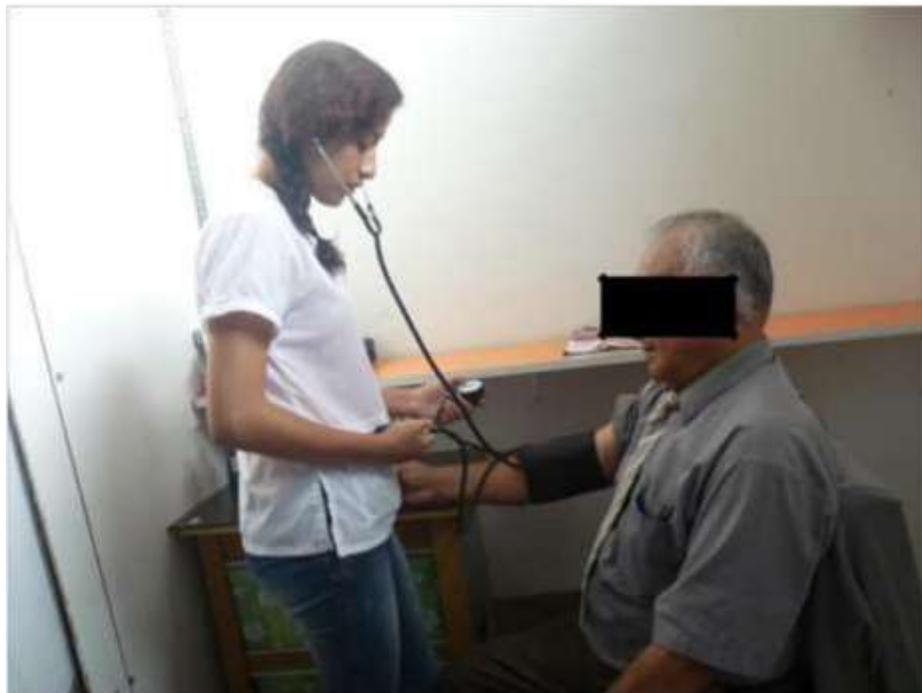


FRONTIS DE LA FARMACIA AGUIRRE



VII.8. ANEXOS DE FOTOS

La toma de presión arterial de los pacientes



Haciendo las preguntas respectivas de los tests

