

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**IMPACTO DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO
FARMACOTERAPÉUTICO SOBRE LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES HIPERTENSOS. BOTICA
INKAFARMA, NUEVO CHIMBOTE. MAYO - JULIO 2017**

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

AUTOR (A):

VÁSQUEZ JARAMILLO, MARÍA ANGELITA

ORCID: 0000-0003-1361-6624

ASESOR:

Mgtr. ZEVALLOS ESCOBAR, LIZ ELVA

ORCID: 0000-0003-2547-9831

CHIMBOTE, PERÚ- 2020

TITULO

IMPACTO DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO
FARMACOTERAPÉUTICO SOBRE LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES HIPERTENSOS. BOTICA
INKAFARMA, NUEVO CHIMBOTE. MAYO - JULIO 2017

EQUIPO DE TRABAJO

AUTOR

María Angelita, Vásquez Jaramillo

ORCID: 0000-0003-1361-6624

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

ASESOR

Mgtr. Liz Elva, Zevallos Escobar

ORCID: 0000-0003-2547-9831

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

JURADO

Díaz Ortega, Jorge Luis

ORCID: 0000-0002-6154-8913

Ramírez Romero, Teodoro Walter

ORCID: 0000-0002-2809-709X

Rodas Trujillo, Karen Justhin

ORCID: 0000-0002-8873-8725

FIRMA DE JURADO EVALUADOR

Dr. Q.F. Jorge Luis Díaz Ortega

PRESIDENTE

Mgr. Q.F. Teodoro Walter Ramírez Romero

MIEMBRO

Mgr. Q.F. Karem Justhin Rodas Trujillo

MIEMBRO

Mgr. Q.F. Liz Elva, Zevallos Escobar

ASESORA

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO

Agradecer a Dios por guiarme, para poder realizar mis labores y así poder realizarme profesionalmente.

Agradezco a mis padres, mi esposo, mis hijos por ayudarme y estar siempre dándome ánimos y fuerzas para seguir y no darme por vencida.

A mis profesores de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote por su excelente enseñanza

RESUMEN

El presente estudio determino el impacto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico sobre la autopercepción de la calidad de vida en pacientes hipertensos. Botica Inkafarma, Nuevo Chimbote, mayo – julio 2017. La muestra consto de 12 pacientes que fueron monitoreada a través de un programa de seguimiento farmacoterapéutico basado en una modificación de método DADER la cual se divide de cinco fases: captación, levantamiento de información, evaluación de la información, intervención, seguimiento y medición de resultados. En cada fase se recogió información en herramientas e instrumentos específicos: Fichas fármaco terapéuticas, midiendo cada momento de las respuestas antes y después de la intervención, con un nivel de cambio en una significancia menor de ($p=0.05$). Como resultados se hallaron 35 problemas de salud y un consumo total de 45 medicamentos. Los PRMS totales fueron 23 y se solucionaron 19. Al comparar antes y después el seguimiento farmacoterapéutico se halló que en la dimensión física vario el promedio del puntaje total de 41.85 a 47.95 (<0.011) y en la dimensión mental el promedio del puntaje total de 42.53 a 49.49 con un cambio significativo (<0.011). Concluyendo que el programa de seguimiento farmacoterapéutico tuvo impacto sobre la autopercepción de la calidad de vida en los pacientes hipertensos intervenidos.

Palabras claves: calidad de vida, impacto, hipertensión, seguimiento farmacoterapéutico.

ABSTRACT

The present study determined the impact of a pharmacotherapeutic follow-up program on self-perception of quality of life in hypertensive patients. Botica Inkafarma, Nuevo Chimbote, May - July 2017. The sample consisted of 12 patients who were monitored through a pharmacotherapeutic follow-up program based on a modification of the DADER method which is divided into five phases: collection, information gathering, evaluation of information, intervention, monitoring and measurement of results. In each phase, information was collected in specific tools and instruments: Therapeutic drug files, measuring each moment of the responses before and after the intervention, with a level of change in a significance less than ($p = 0.05$). As results, 35 health problems and a total consumption of 45 medications were found. The total PRMS were 23 and 19 were solved. When comparing the pharmacotherapeutic follow-up before and after, it was found that in the physical dimension the total score varied from 41.85 to 47.95 (<0.011) and in the mental dimension of the total score from 42.53 to 49.49 with a significant change (<0.011). Concluding that the pharmacotherapeutic follow-up program had an impact on self-perception of quality of life in hypertensive patients undergoing surgery.

Key words: quality of life, impact, hypertension, pharmacotherapeutic follow-up

INDICE

TITULO.....	ii
EQUIPO DE TRABAJO.....	iii
JURADO EVALUADOR.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
DEDICATORIA.....	vi
RESUMEN.....	vii
SUMARY.....	viii
INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS.....	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. REVISION DE LITERATURA.....	8
2.1. Antecedentes.....	8
2.2. Bases Teóricas de la Investigación.....	10
III. HIPOTESIS.....	25
IV. METODOLOGIA.....	26
4.1. Tipo de investigacion.....	26
4.2. Diseño de la investigación:	26
4.3. Población y muestra:	27
4.4. Definición y operacionalización de variables e indicadores:.....	28
4.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:	29
4.6. Plan de análisis:	36
4.7. Matriz de consistencia:	37
4.8. Principios éticos:.....	38
V. RESULTADOS.....	39
5.1. Resultados:	39
5.2. Análisis de Resultados:	44
VI. CONCLUSIÓN:	48
6.1. Conclusión.....	48
6.1. Recomendaciones.....	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	50
ANEXOS	

Índice de cuadros

Pág.

Cuadro N° 01	Listado de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRN).	9
Cuadro N° 02	Clasificación de los Resultados Negativos Asociados con la Medicación (RNM). Tercer consenso de Granada. 2007. (Clasificación que le correspondía a los PRMs hasta el segundo consenso de Granada).	10
Cuadro N° 03	Actividades de atención farmacéutica en el ejercicio profesional del farmacéutico comunitario.	16
Cuadro N° 04	Clasificación de intervenciones farmacéuticas destinadas a prevenir o resolver resultados clínicos negativos de la farmacoterapia.	18
Cuadro N° 05	Tipos de canales para comunicar las recomendaciones del farmacéutico para la solución de PRMs	29

Índice de figuras		Pág.
Figura N° 01	Flujograma de la Etapa de estudio y evaluación tomado de comité de consenso.	15
Figura N° 03	Esquema del modelo de intervención farmacéutica	17
Figura N° 04	Flujograma de las actividades de seguimiento farmacoterapéutico.	27
Figura N° 05	Frontis de Botica Inkafarma	65
Figura N° 06	Ubicación geográfica de EE.FF	66
Figura N° 07	Evidencia del seguimiento farmacoterapéutico	67

Índice de Tablas

	Pág.	
Tabla N° 01	Identificación de los Problemas de Salud durante el programa de seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes hipertensos intervenidos. Botica Inkafarma, Nuevo Chimbote, mayo – julio 2017	39
Tabla N° 02	Medicamentos utilizados durante el programa de seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes hipertensos. Botica Inkafarma, Nuevo Chimbote, mayo – julio 2017	40
Tabla N° 03	Problemas relacionados con medicamentos diagnosticados, RNM y PRMS solucionados durante el programa de seguimiento farmacoterapéutico a pacientes hipertensos intervenidos. Botica Inkafarma, Nuevo Chimbote, mayo – julio 2017	41
Tabla 04	Impacto sobre la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión mental antes y después del programa de seguimiento Farmacoterapéutico a los pacientes hipertensos. Botica Inkafarma, Nuevo Chimbote, mayo – julio 2017.	42
Tabla 04	Impacto sobre la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión mental antes y después del programa de seguimiento Farmacoterapéutico a los pacientes hipertensos. Botica Inkafarma, Nuevo Chimbote, mayo – julio 2017.	43

I. INTRODUCCIÓN

El especialista en medicamentos es el Químico Farmacéutico quien puede asumir un trabajo pertinente en la lucha contra problemas relacionados con los medicamentos, esencialmente a través del monitoreo y orientación del paciente, manejo y revisión de la medicación, en la verificación y el compromiso en el control de los factores de peligro. Se han documentado buenos resultados del farmacéutico en control de la hipertensión. Pues existe un soporte de red más notable en los establecimientos farmacéuticos, ya que parece un modelo hacia una atención más competente, actual, disponible y generalmente disperso en toda la comunidad.¹

La hipertensión arterial (HTA) como una enfermedad incesante infiere una creciente utilización de medicamentos, que en combinaciones pueden generar problemas relacionados entre ellos, de aquí en adelante la atención farmacéutica como acción puede identificarlas, vigilar y mejorar la farmacoterapia que reciben los pacientes con este tipo de patologías. La manera del seguimiento farmacoterapéutico para impactar en la población son armas que se utilizan para lograr una población controlada después de este trabajo, hasta conseguir esa satisfacción personal que buscan.²

Las intervenciones farmacéuticas como conjunto de servicios logran resultados positivos y por su técnica de monitoreo y control de la enfermedad, en el caso de pacientes hipertensos, su tratamiento incluye uno de los más largos que lo acompaña toda su vida, entonces también se necesita un ajuste en la adherencia de farmacológica, estilo de vida que no resulte en una mala calidad de vida relacionada a su estado de salud (CVRS).³

La autopercepción de las condiciones de salud está relacionada de forma particular en pacientes hipertensos ya que esta depende de muchas variables pero se reconocen dos sobre otras, el bienestar físico y psicológico o mental, este último puede afectar mucho el estado de salud de estos pacientes ya que el estrés y la depresión son muy prevalentes en ellos.⁴

Hay contrastes en la visión propia de la salud, las personas pueden tener una impresión comparativa según el sexo, la edad, el peso, actividad física, alimentación sólida, donde las mujeres tienden a una autopercepción más baja, pues dependen de mantener una rutina de cosas muy diferentes a los varones. ⁵

La hipertensión es un factor de riesgo para sus efectos cardiovasculares y el mayor factor de muerte en el planeta, es aún la afección más notable dentro de las 10 enfermedades no transmisibles. Sin embargo, la facultad del bienestar depende del trabajo personal de ellos de prevenir o mejorar sus estados y aquí de nuevo tiene mucho que ver el sexo y la edad para una conducta preventiva de la hipertensión. ⁶

Tomando en cuenta esto hoy en día se ha ilustrado la idea multidimensional de la autopercepción del estado de salud, la alta frecuencia de una calidad de vida negativa se debe a las partes progresivas del aspecto o dimensión física y mental que ocasiona la misma enfermedad. ⁷

La visión del seguimiento farmacoterapéutico va hacia mejorar el cuidado y revisar el tratamiento de la hipertensión en la búsqueda de nuevos compromisos, por ejemplo, observación constante del fármaco, pues la farmacoterapia debe ser evaluada tras visitas en el tiempo, brindando esa ayuda para el sentir de interés y consideración del paciente del profesional y contribuir con su propio cuidado y control desde sus actitud y compromiso. ^{8,9}

En el Perú existe una cercanía de la hipertensión como un factor de riesgo significativo para la caída del bienestar psicológico, por lo que se detalló para el 2017 que después de que aparecen las pesadas indicaciones del estilo de vida y tratamiento, este genera un cambio negativo o mental desde el primer día que conoce de su enfermedad. ¹⁰

De esta manera, controlar la hipertensión en todo el mundo sigue siendo desafío global, ya que su manejo no solo se identifica con la disminución de la tensión circulatoria usando medicamentos antihipertensivos; si no mejorando sus resultados tras adoptar acciones de autocuidado que sean multidimensionales desde las perspectivas física, mental y social. ¹¹

Alrededor de mil millones de adultos en general son hipertensos y la mayoría tienen 60 años o más, la hipertensión entonces es el factor de riesgo más conocido para la mortalidad y la discapacidad. Aproximadamente 7.1 millones de personas en general se le diagnostican como hipertensión por ello es uno de los más influyentes directamente en la satisfacción personal de los individuos. En contraste con individuos más jóvenes, el reconocimiento podría ser el factor principal en algunas prácticas de salud preventiva para disminuir esta prevalencia. ¹²

Con respecto a la calidad de vida, la medición mental en pacientes es discutible a pesar de tener niveles de hipertensión, tratando de vivir tan bien como podría esperarse este puede no ser muy bueno pues si tiene un impacto en la forma de vida. ¹³

Existe un nivel de autoconocimiento de la HTA la cual es deficiente en Perú, aunque ha mejorado en los últimos años, en las poblaciones urbanas es peor que en otras ciudades latinoamericanas y que la adherencia al tratamiento es peor en provincias. ¹⁴

Por tal motivo el seguimiento farmacoterapéutico como herramienta metodológica basada a la creada por Dáder, puede conseguir investigar las acciones negativas, problemas de salud, PRMs, estilo de vida, dimensión mental, física y adherencia al tratamiento que pueden conllevar a conocer que tanta perciben su enfermedad de característica crónica y cuáles de esas dos dimensiones puede tener mejor soporte para conocer el valor de autopercepción relacionado con la calidad y estafo de salud. ¹⁵

Entorno a lo expuesto se puede plantear la siguiente interrogante:

Planteamiento del problema:

¿Cuál será el impacto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico sobre la autopercepción de la calidad de vida en pacientes hipertensos. Botica Inkafarma, Nuevo Chimbote, mayo – julio 2017?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**Objetivo General:**

Determinar el impacto del programa de seguimiento farmacoterapéutico sobre la autopercepción de la calidad de vida en pacientes hipertensos. Botica Inkafarma, Nuevo Chimbote, mayo – julio 2017.

Objetivos Específicos:

- Identificar los problemas de salud y medicamentos utilizados durante del seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes hipertensos. Botica Inkafarma, Nuevo Chimbote, mayo – julio 2017.
- Determinar los PRMS diagnosticados y los PRMS solucionados durante el seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes hipertensos intervenidos. Botica Inkafarma, Nuevo Chimbote, mayo – julio 2017.
- Evaluar el impacto del programa de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física en los pacientes hipertensos. Botica Inkafarma, Nuevo Chimbote, mayo – julio 2017.
- Evaluar el impacto del programa de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión mental en los pacientes hipertensos. Botica Inkafarma, Nuevo Chimbote, mayo – julio 2017.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Alekya P, ¹⁶ el 2020 evaluó el efecto de la actividad del farmacéutico en pacientes hipertensos sobre la calidad de vida relacionada con la salud. Aplicó un estudio observacional prospectivo que se realizó durante un período de 6 meses desde junio de 2019 hasta noviembre de 2019. Los pacientes hipertensos, de cualquier sexo, mayores de 18 años, con o sin comorbilidades y pacientes dispuestos a dar su consentimiento informado. Como resultados mostraron una mejora en el control de la presión arterial en el seguimiento y calidad de vida ($p < 0.05$).

Saleem F, ¹⁷ el 2015 evaluó si la atención farmacéutica puede resultar en una mejor comprensión de la hipertensión, adherencia a la medicación y la calidad de vida relacionada con la salud. Realizó un seguimiento farmacoterapéutico a los participantes. Como resultados halló que 385 pacientes hubo un aumento significativo en los niveles de conocimiento y la adherencia a la medicación después de completar la intervención. Sin embargo, el grupo de intervención informó una disminución de la calidad de vida relacionada con la salud, aunque significativa, al final del programa de intervención. Concluyendo que la intervención farmacéutica puede aumentar significativamente en el control y la adherencia a la medicación en pacientes hipertensos sin encontrar significancia en la calidad de vida relacionada con la salud.

Sharma K, ¹⁸ en Singapur el 2020 evaluó la calidad de vida de pacientes hipertensos tras la intervención farmacéutica. Aplicó el seguimiento farmacoterapéutico a 128 pacientes. Como resultados en salud física, 42 pacientes tienen una salud excelente, 81 pacientes se encuentran bajo un estado de salud moderado y 5 pacientes tienen un mal estado de salud

física. En la evaluación psicológica 36 pacientes tienen una salud excelente 83 pacientes tienen un estado de salud moderado y 9 pacientes tienen un mal estado de salud física. Como conclusión se demostró una calidad de vida moderada general con una media de 3,25 en los pacientes hipertensos.

Lee J,¹⁹ investigó la calidad de vida relacionada con la salud a pacientes con hipertensión. Se aplicó una intervención farmacéutica se aplicó a 1011 pacientes con hipertensión. Se evaluó las medidas de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) durante las visitas de seguimiento (3 - 6 meses). Como resultados en el seguimiento los pacientes con peor CVRS tenían un índice de comorbilidad más alto. Concluyendo que la intervención tiene efecto.

Holihat N, Vitis F,²⁰ estudio el efecto del seguimiento farmacéutico sobre la Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes sometidos a tratamiento de enfermedades crónicas como hipertensión. Fue un estudio transversal, utilizando el instrumento de cinco dimensiones en 349 hipertensos. Como resultado halló que los pacientes hipertensos fueron los cambios en las dimensiones de 0.879 ± 0.116 . La intervención tuvo un efecto significativo en la CVRS de los pacientes ($p = 0,016$).

Saarti S,²¹ en Líbano estudio el 2016 con el objetivo principal de examinar la asociación entre la adherencia a la medicación, la satisfacción con el tratamiento y la percepción de la enfermedad en pacientes hipertensos. Fue un estudio transversal, los pacientes fueron 117 reclutados en farmacias comunitarias, completaron tres cuestionarios. Como resultado el 29.1% tenía una adherencia deficiente a su tratamiento antihipertensivo. La satisfacción del tratamiento fue significativamente ($P < 0,001$). En cuanto a la percepción de la enfermedad no alcanzó significación estadística. En conclusión, se necesitan estudios para determinar si las intervenciones aumentan la satisfacción pueden mejorar la adherencia.

Bajorek B,²² en Australia en su estudio evaluó la implementación de un servicio de gestión de hipertensión dirigido por farmacéuticos. Realizó un estudio prospectivo y controlado dentro del entorno de atención primaria. Los farmacéuticos prestaron un servicio que incluía el cribado y la monitorización de la presión arterial (PA), el control deficiente de la PA a través de ajustes terapéuticos y estrategias de adhesión. Se observaron cambios significativos en las medidas de resultado clave en la reducción de la presión arterial en la visita de 3 meses ($P < 0.01$), mejoría en la adherencia ($P = 0.01$) y una ligera mejoría en las puntuaciones de calidad de vida ($P = 0,91$). Concluyendo que un servicio colaborativo de gestión del farmacéutico puede ayudar a los pacientes hipertensos.

En el ámbito nacional podemos hallar:

El 2018 Rios L,²³ determinó el impacto del seguimiento farmacoterapéutico sobre la autopercepción de la calidad de vida en pacientes hipertensos. Botica Bellavista de Nuevo Chimbote, marzo - julio 2016. La muestra de 12 pacientes fue monitoreada a través de un programa de seguimiento farmacoterapéutico. Como resultados se solucionaron 47 (PRMs) (77%). El impacto del SFT sobre (CVRS) sobre la dimensión física fue significativo ($p=0,009$) (antes 37.56 ± 8.11 puntos; después $43,17 \pm 3.41$ puntos). El impacto sobre la dimensión mental en cambio fue significativo ($p=0,00$) (antes 43.36 ± 6.97 puntos; después 52.45 ± 4.71 puntos). Concluyendo que el seguimiento farmacoterapéutico fue eficiente en mejorar la autopercepción de la calidad de vida de los pacientes hipertensos.

Granados E,²⁴ el 2019 determinó el impacto de un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico dirigido a pacientes hipertensos sobre la autopercepción de la calidad de vida, atendidos en el Centro de Salud Yugoslavia durante los meses de mayo - julio del 2017. La metodología desarrollada fue de tipo aplicada, a 12 pacientes a través de un

programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Se encontraron 31 (PRMs), siendo la conservación inadecuada el PRM más frecuente (54,9%), seguido del incumplimiento (29,0%) y las reacciones adversas (16,1%), de los cuales se logró solucionar cada uno de ellos. Se concluye que el efecto del Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes hipertensos, fue efectivo mediante el diagnóstico de PRMs, en la prevención y solución de RNMs y significativo en mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Sanchez P,²⁵ determino el impacto del Seguimiento Farmacoterapéutico en la calidad de vida de pacientes con hipertensión. Farmacia del Puesto de Salud Nicolás Garatea, Distrito de Nuevo Chimbote, Mayo a Julio del 2017. Se tomó 12 pacientes y a través de un Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico, se diagnosticaron 23 (PRMs), solucionándose 22 con un 95.65%. La calidad de vida relacionada a la salud física paso de 47.25 ± 7.36 antes a 49.88 ± 2.83 puntos después con Prueba T $p = 0.14$. La autopercepción de la dimensión mental es de 44.26 ± 7.27 antes a 52.53 ± 3.08 puntos después, Prueba T $p = 0.0003$. Se concluye que el programa de Seguimiento Farmacoterapéutico fue eficiente en mejorar la autopercepción de la calidad de vida del estado mental de los pacientes, a diferencia del estado físico, siendo no significativo.

Chanduvi M,²⁶ evaluó el impacto de un seguimiento farmacoterapéutico en la autopercepción de la calidad de vida en pacientes hipertensos. Farmacia regional, Nuevo Chimbote, agosto a diciembre de 2017. La prueba F12 se realizó en 12 pacientes con SFT y autopercepción de calidad de vida. Veinte PRM fueron diagnosticados, predominó el incumplimiento (50%), todos resueltos. La autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud física al comienzo de la SFT fue de 41.03 ± 9.16 y después de la SFT de 41.62 ± 7.72 ($p < 0.405$), mientras que la autopercepción relacionada con la salud mental al inicio fue de 42.68 ± 6.33 y después de SFT 48.88 ± 4.10 resultando en la prueba t ($p < 0.0005$).

Concluye que la SFT es eficiente en la autopercepción de la calidad de vida en salud mental en comparación con el estado físico que no era significativo.

2.2. MARCO TEÓRICO.

2.2.1. Seguimiento farmacoterapéutico (SFT)

La idea que actualmente se entiende como "Atención Farmacéutica" se origina en el término Atención Farmacéutica, caracterizada por primera vez en 1975, el término ha sido desarrollado y reconocido por toda la red farmacéutica mundial, en cualquier caso, obteniendo la suscripción de la Organización Mundial de la Salud en el Informe de Tokio Asegurando que en adelante el especialista en medicamentos debe desempeñar las capacidades correspondientes a las personas que se prescriben, a través de actividades de servicios humanos que se suman a la evitación y al avance del bienestar recordado por el uso de la atención farmacéutica y el seguimiento farmacoterapéutico. ²⁷

El seguimiento farmacoterapéutico se caracteriza como "la asistencia experta que planea distinguir los problemas relacionados con la sedación (PRM), para la anticipación y el objetivo de los resultados negativos relacionados con la medicina (RNM). Esta administración sugiere una responsabilidad, y debe darse en una manera persistente, organizada e informada, en un esfuerzo conjunto con el propio paciente y con diferentes expertos en el marco del bienestar, a fin de lograr resultados sólidos que mejoren la satisfacción personal del paciente". ²⁸

El seguimiento farmacoterapéutico, es uno de los ejercicios básicos en el consideración farmacéutica que ha estado creando en todo el mundo en el ocasiones más recientes que incorporan identificación, anticipación e investigación en este plan se aplica a través del sistema Dáder, que se compone de una progresión de etapas como oferta de administración, conversación, estado, etapa de estudio y mediación. ²⁹

2.2.2. Problemas relacionados con medicamentos (PRM)

Una institución que define esos términos es el Foro de Atención Farmacéutica, se describe un problema identificado con un medicamento (PRM) como cada una de esas respuestas o circunstancias que aparecen hacia el inicio, moderado o final de un tratamiento con medicamentos y, además sucede algo que puede causar un resultado negativo para su bienestar. ³⁰

En esta distribución, también dirigen las cosas con todos los PMR que dependen del Tercer Consenso de Granada, y luego los publican en la tabla adjunta:

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

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

Modificado de: Tercer Consenso de Granada 2007.

Ocampo P.³¹ tras su análisis modifico e implemento el 2012 cambios para ajustarse a las circunstancias de su necesidad y combina nuevos PRM para describirlos bien en la verdad de la red de bienestar y su aplicación de esta manera presenta otro primer PRM (impacto de la naturaleza); seguido por otro PRM (utilización de medicamentos de punto de partida ilegal) y el que termina el PRM (problemas monetarios). Cada uno de ellos tiene un trabajo donde se les puede hablar según la condición de las circunstancias de bienestar del trabajo.

2.2.3. Resultado negativo relación con los medicamentos

Las nuevas ideas incrustadas desde el acuerdo de Granda en 2005 dan sentido y no lo agregan como un resultado negativo a un problema identificado con los medicamentos, sin embargo, como un factor de esto para que esto ocurra, por lo que se deben hacer contrastes entre un PRM y un resultado negativo donde el tratamiento se cierra con gran decepción o mortalidad del paciente.³²

En ese momento, las sutilezas del Foro en sinopsis denominan un resultado negativo (RNM) correspondiente al resultado de su medicación de al menos un PRM que lo pone en peligro de no encontrar una recuperación completa o extender su acabado enmarcando todo y dentro de él, solo un PRM es Un factor esencial nada más. Del mismo modo, se ha tomado la tabla declarada por el Tercer Consenso de Granda con respecto a los resultados negativos después de una mediación y prueba distintiva de los PRM que son el factor para detallar un resultado siniestro para la recuperación de los pacientes, que es la determinación de una decepción en la farmacoterapia del paciente.³³

Cuadro N° 02. “Clasificación de Resultados Negativos Asociados con la Medicación (RNM). Tercer Consenso de Granada. 2007 (Clasificación que le correspondía a los PRMs hasta el Segundo Consenso de Granada)”³³

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

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

El farmacéutico tiene la opción de dar una conclusión fuera del campo de un especialista, lo hace en la farmacología y la mejora del paciente, el medicamento ha entregado constantemente en el paciente algo para mejor o más lamentable, pero siempre busca un ideal relación, así que por casualidad que tienen. En ese punto, la determinación debe representar la idea perfecta como una fuente y no confundirse al dar ideas de trabajo y métodos para evitarlos más adelante y abordarlos en el presente. Aquí se sigue el Tercer Consenso de Granada como premisa para caracterizar a todos:³⁴

a) Administración de medicina errónea (PRM 1): los pacientes son los que están de acuerdo con las autoridades terapéuticas en su medicamento, de todos modos, estos

términos calificados son las opciones sobre la utilización que los doctores no respaldan en el control, optando por una alternativa del paciente para utilizar un remedio o una solución, sin requerirlo. ³⁴

b) Actitud negativa (PRM 2): suceden cuando el paciente espera comenzar una conducta en oposición a la prescripción, en un punto de vista equivocado sobre los impactos de las recetas. El paciente es inducido, ya sea por elementos regulares o anormales, por ejemplo, convicciones no profesionales. ³⁴

c) Conservación inadecuada (PRM 3): condiciones sorprendentes en las que los medicamentos se mantienen en poca protección requerida que afecta explícitamente el cambio de su calidad. Estas condiciones pueden ser puntos de peligro, adyacentes, presentación a la luz del día, temperaturas altas o bajas en lugares donde pueden causar maltrato físico. ³⁵

d) Duplicidad (PRM4): es la utilización de dos medicamentos de manera familiar, con una sustancia similar para una consistencia farmacológica comparable, personalidad farmacológica, la semejanza de la actividad útil, en este sentido se considera que dos medicamentos son copiados. ³⁶

e) Dosis, plan y / o intervalo inadecuado (PRM 5): Ocurre cuando la certificación de la parte no está demostrada por los estándares de la guía farmacológica y se propone en las estructuras del programa de bienestar. La incoherencia también puede presentar, durante todo el período, la reiteración de la recurrencia o el tiempo reducido o ampliado para el tratamiento. ³⁶

f) Contraindicaciones (PRM 6): una prescripción está contraindicada cuando un cambio de los estados fisiopatológicos del paciente es anormal, por lo que no es importante usar

un medicamento específico en sus condiciones, en este sentido las contraindicaciones pueden influir en el paciente.³⁷

g) Dispensación errónea (PRM 7): los medicamentos deben, en caso de duda, ser dirigidos, obtenidos o controlados según lo propuesto por el experto, según las directrices actuales, se expresa que el dispensador de medicamentos ofrece al paciente una opción farmacéutica a pesar de la bioequivalencia, se instruye sobre su comparabilidad, por el beneficio del intercambio por otro en DCI.³⁷

h) Errores de prescripción (PRM 8): el error ocurre cuando se realiza el tratamiento o cuando el paciente usa el medicamento avalado, sin evidenciar parte de una receta oficial, tener el nombre del medicamento en DCI, la forma, dosis, frecuencia, fecha, la y así forma del especialista médico.³⁸

I) Incumplimiento o no adherencia al tratamiento recomendado (PRM 9): la importancia de lo que se conoce como "razón inmediata de la conducta del paciente para la consistencia de tomar la receta sin desinteresarse lo cotidiano con la conexión genuina para hacerlo como tal."³⁸

j) Interacciones (PRM 10): desventaja que surge cuando, en cualquier caso, se toman dos recetas juntas que entran en contacto con el objetivo de tener un impacto farmacológico positivo de ambas o de cualquiera de ellas; disminuyen o mejoran asombrosamente sus ejercicios, al igual que arriesgan que el paciente prospere para recuperarse.³⁹

k) Otros problemas terapéuticos que influyen en el tratamiento (PRM 11): estos son problemas restaurativos que están rotos o que tienen un gran impacto para los pacientes que llegan a utilizar arreglos positivos por pseudociencias que producen sensibilidad, estrés y debilitamiento, influencias gastrointestinales inquietantes, contaminaciones

respiratorias , sensaciones extraordinarias, etc. ³⁹

l) Posibles reacciones adversas (PRM 12): estos son problemas inherentes a la medicación aprobada, de esta manera es útil evaluar la prueba que existe sobre la probabilidad de mostrar un impacto indeseable específico y asimismo su gravedad, ya que también es importante obtener información sobre los efectos secundarios de los efectos secundarios. ⁴⁰

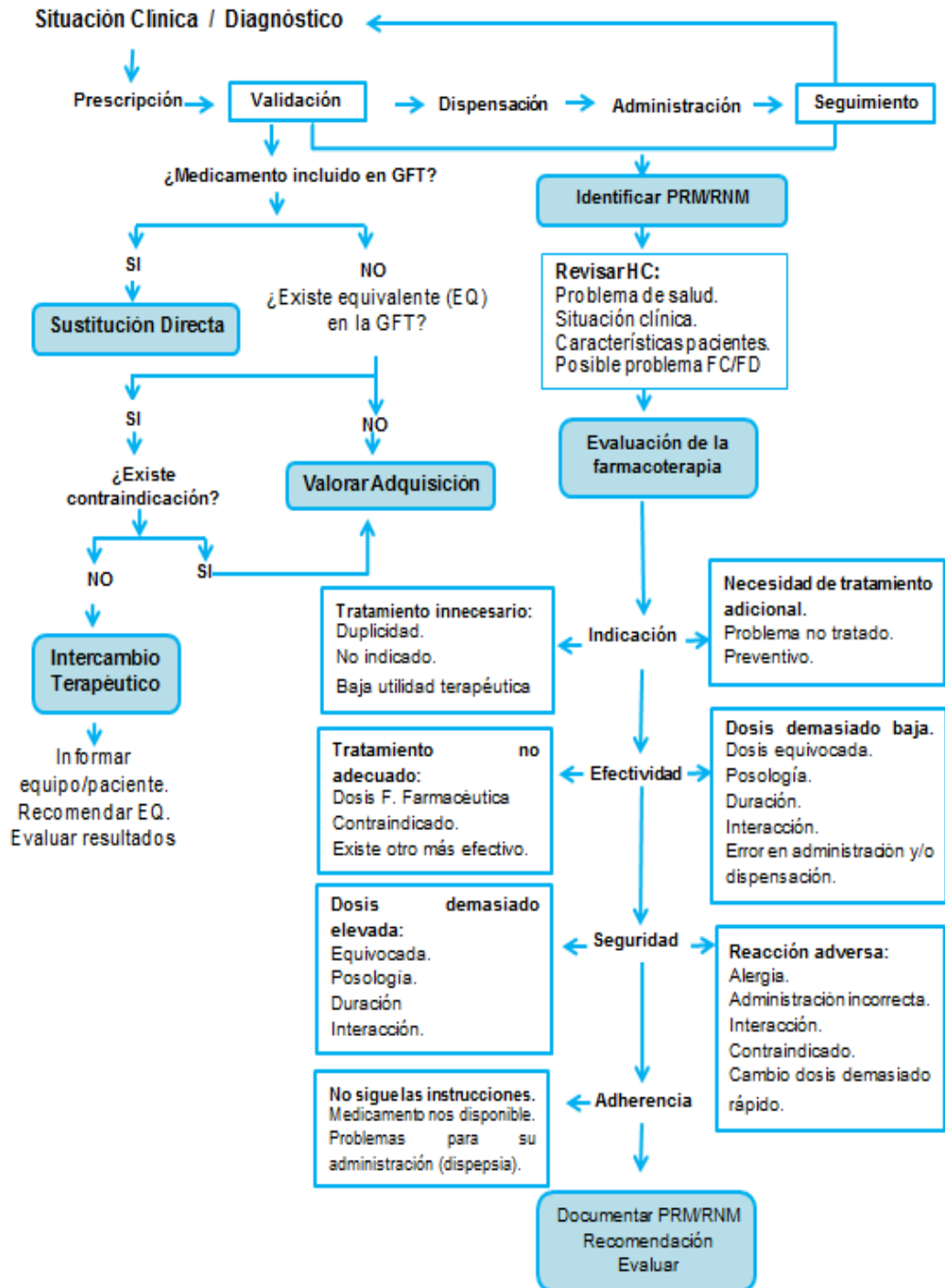
m) Problemas tratados de manera inadecuada (PRM 13): el farmacéutico puede ver estos problemas al realizar consultas para obtener respuestas explícitas para ver si siente mejoría, deber o continúa como antes, por lo tanto, el gran problema de la deficiencia del tratamiento prescrito, se convierte en una fuente de ensayos erróneos para pacientes prósperos, por lo que la autoridad de medicamentos debe ocuparse del problema. ⁴⁰

n) Impacto negativo del entorno (PRM 14): el temperamento de los pacientes debido al impacto de la condición social, familiar y social que se une a su nivel de valor significativo y conducta hacia el día a día consistente en medicamentos. ⁴¹

o) Medicamentos ilegales (PRM 15): utilización de recetas sin inscripción certificada o fuente ilícita, sin una garantía limpia, por ejemplo, selección, deformada, adulterada, robada de afiliaciones, poco cuidado, sin registro, la fecha de vencimiento, el estado físico y la descripción. ⁴²

p) Problemas económicos (PRM 16): el problema se confirma cuando el paciente no toma su medicamento por no tener las condiciones fundamentales una baja disponibilidad para la solución sin contar con el respaldo o el estado en sí. ⁴³

Figura N° 01. “Flujograma de la etapa de estudio y evaluación. Tomado de Comité de Consenso”.³¹



2.2.5. Atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico

La atención farmacéutica es una vocación única y el trabajo del farmacéutico está mejorando con la extensión del alcance de las administraciones y la presentación de nuevas subespecialidades después de algún tiempo. Pasar de ser contenedores de medicamentos a comprender proveedores de consideración enfocados y con resultados; Los farmacéuticos tienen un mayor deber y se comprometerán a mejorar su visión y práctica. Existe información sólida que demuestra que el seguimiento farmacoterapéutico provoca mejores resultados de bienestar y un tratamiento. Se espera que más esfuerzos, estrategias y mano de obra calificada desarrollen una "consideración farmacéutica basada en pruebas" como otra práctica competente día a día. ⁴³

El seguimiento farmacoterapéutico es por medio de unas instrucciones particulares y la preparación para ensayar una metodología basada en pruebas son fundamentales para dar una excelente consideración farmacéutica. Como cifras los especialistas son viables para dar una consideración persistente de primer nivel y la inscripción en grupos clínicos multidisciplinarios es importante para darles la oportunidad de consolidar todo lo hecho. La atención farmacéutica basada en pruebas es una idea característica y creciente en la práctica farmacéutica actual para lograr una consideración farmacéutica de alto calibre y cada vez más convincente, pero aún se espera que más esfuerzo y activos avancen otra disposición hacia una profesión progresivamente competente. ⁴⁴

Cuadro N° 03. “Actividades de atención farmacéutica en el ejercicio profesional del farmacéutico comunitario”.

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

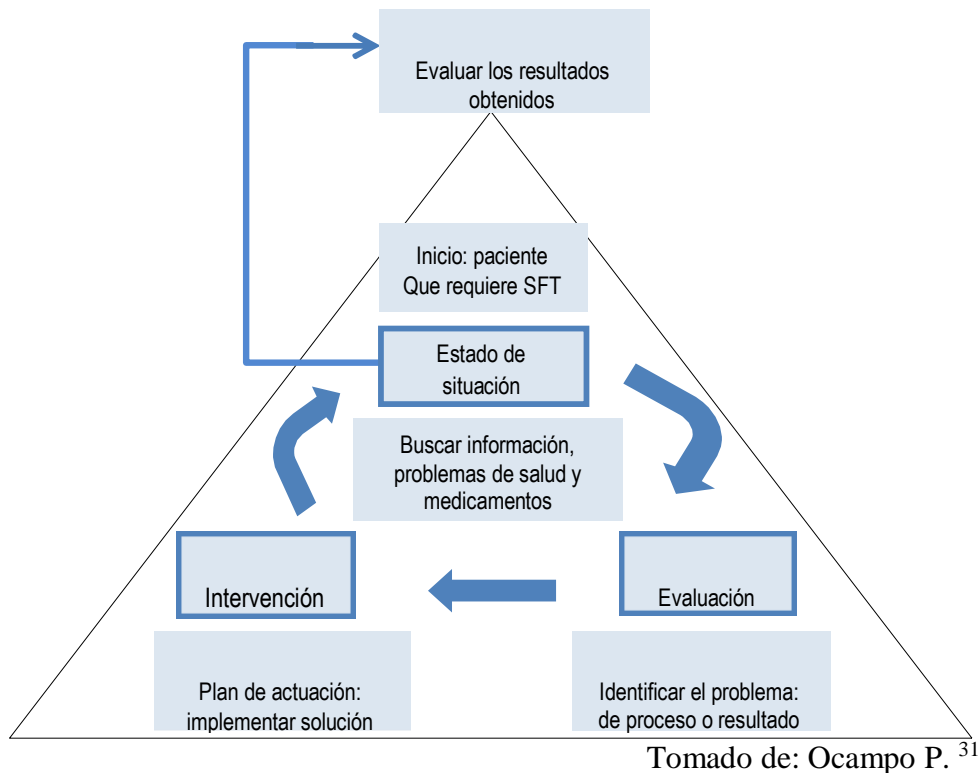
Tomado de Obreli P, et al. ⁴⁴

Como los ejercicios que no requieren tratamiento directo con recetas se han evaluado como el tema de estudio, debe considerarse como un objetivo, de esta manera, el seguimiento interno, los enormes preliminares de difusión, el pensamiento farmacéutico y sus Se recuerda la importancia. Después de un ejercicio decente, esto fortalece las tareas. ⁴⁴

Es el compromiso individual de cada paciente tener un resultado positivo con el tratamiento para que el seguimiento pueda transmitir florecimiento y prosperidad, la organización esencialmente recomienda límites o actividades de expertos en medicamentos en la línea principal de sus pasos y métodos iniciales. ⁴⁵

Los procesos del SFT se configuran para abordar los problemas relacionados con la medicación (PRM) a fin de prever resultados negativos para los fallos, por ejemplo, afiliaciones o conexiones.

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



La Planifican y clasificación de cada uno de los servicios son por medio de intervenciones farmacéuticas que se comienzan con el proceso del seguimiento terapéutico tras la administración de los medicamentos.⁴⁶

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

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

Tomado de Sabater. ⁴⁷

2.2.6. Hipertensión arterial.

La hipertensión es una dolencia descrita por una expansión de la presión dentro de las venas, como resultado, las venas se dañan dinámicamente, generando enfermedades cardiovasculares, daño renal, entre otros. ⁴⁸

Fisiopatología

El marco vascular es un círculo cerrado donde la sangre es controlada por un sifón cardíaco influenciado. En este circuito, los conductos transportan sangre a varios órganos y tejidos, y las venas devuelven sangre al corazón. Cuando hay una expansión de la presión dentro del marco de los vasos sanguíneos, se llama hipertensión. ⁴⁹

Tipos

La hipertensión esencial o idiopática, sin origen definido por ello se le llama hipertensión básica.

Hipertensión secundaria se debe a diferentes enfermedades, estas enfermedades pueden provocar hipertensión ya sea porque favorecen la presencia de una medida de líquido mal representada dentro del circuito o por el hecho de que favorecen la compresión de las rutas de suministro, disminuyendo en consecuencia el límite del circuito para contener sangre. ⁵⁰

Diagnostico

Se requiere una estimación de la tensión circulatoria en el brazo en una posición sentada después de un descanso de 10 minutos, y muestra un aumento en al menos 2 eventos separados después de algún tiempo. En ciertos pacientes, la hipertensión de los vasos sanguíneos también se puede analizar después de la situación de un dispositivo que mide naturalmente la tensión circulatoria durante 24 o 48 horas mientras el paciente desarrolla su vida cotidiana (MAPA; monitoreo ambulatorio de la presión arterial). ⁵¹

Tratamientos

Medidas dietéticas.

Deben seguir una rutina de alimentación rica en productos orgánicos, verduras, verduras y productos lácteos desnatados, que proporcionan una cantidad satisfactoria de calcio, magnesio y potasio. La rutina de alimentación debe tener una sustancia baja en sal (<6 gramos por día).⁵²

Medidas farmacológicas.

Los diuréticos disminuyen la medida del líquido dentro del curso de sangre al avanzar su extracción a través de la orina: se conocen la hidroclorotiazida, amilorida, indapamida, furosemida.

Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE), dentro de esta reunión se encuentra en Captopril, enalapril, ramipril, etc.

Los antagonistas del receptor de angiotensina II (ARA II) losartán, irbesartán, olmesartán.

Calcio antagonistas, entre ellos se encuentran nifedipina, amlodipina, verapamilo y diltiazem.

Bloqueadores beta, entre ellos se encuentran el propanolol, atenolol, etc.

Bloqueadores adrenérgicos A, por ejemplo, doxazosina y tamsulosina.⁵³

2.2.7. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

Los términos bienestar, satisfacción personal o calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y calidad de vida (CV) se utilizan a la inversa. Dado que estos son términos clave se afirma que los significados de la CVRS en la escritura son difíciles debido a que algunas definiciones no reconocen la CVRS y el bienestar o entre CVRS y CV. Una posible disposición es caracterizar la CVRS como la forma en que se evalúa exactamente que el bienestar influye en la satisfacción personal o utilizar el término solo para mostrar la utilidad relacionada con una condición de bienestar.⁵⁴

La satisfacción personal relacionada con el bienestar se entiende como el impacto útil y entusiasta que produce una afección en un individuo, incluido el tratamiento, y cómo el individuo ve este procedimiento, que podría verse afectado por la orientación sexual. La evaluación de la satisfacción personal en un paciente habla del efecto que una enfermedad y su tratamiento resultante tienen en la impresión de prosperidad del paciente, lo caracterizan como el grado en que el valor distribuido a lo largo de la vida se altera dependiendo de la visión de los impedimentos físicos, mentales, sociales y la disminución de las posibilidades debido a la infección, sus secuelas, tratamiento y / o los arreglos de bienestar. ⁵⁵

A pesar de que la unión de las medidas de Calidad de Vida Relacionadas con la Salud habla de uno de los avances más significativos en las evaluaciones de bienestar, todavía falta lucidez con respecto a una premisa teórica mutua. Las evaluaciones de la CVRS aceptan que las personas pueden desglosar partes de su estado de bienestar al desconectarse, aislándolas de diferentes partes de la vida humana. Hay varias confirmaciones de que, a medida que avanza la enfermedad, ocurren cambios internos por lo que podemos descubrir individuos con grados notables de restricción física que piensan en su satisfacción personal. ⁵⁶

III. HIPÓTESIS.

3.1 H_0

El programa de seguimiento farmacoterapéutico no tiene impacto significativo para mejorar la autopercepción de la calidad de vida en los pacientes hipertensos.

3.2 H_1

El programa de seguimiento farmacoterapéutico si tiene impacto significativo para mejorar la autopercepción de la calidad de vida en los pacientes hipertensos.

IV. METODOLOGÍA

4.1. Tipo y el nivel de la investigación:

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

4.1.1. Diseño de la investigación:

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

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



Fuente: Elaborado por Ocampo P.³³

4.2. Población y muestra.

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

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

- Pacientes diagnosticados con hipertensión
- Edad entre 40 y 70 años.
- Con receta vigente para la enfermedad objetivo, de antigüedad no mayor de tres meses.
- Consentimiento explícito a través de un documento informado.
- Capacidad de comunicación en idioma español de manera fluida, escrita y hablada.
- Autosuficientes, es decir la toma de medicamentos no dependió de terceros.

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

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

4.3. Definición y operacionalización de las variables.

Variables	Denominación	Definición teórica	Instrumento	Indicadores
Variable Independiente	Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT)	Es un ejercicio donde el profesional farmacéutico responsable de pacientes y sus problemas identificados con relación a su medicación (PRM), con el fin de lograr analizar, aliviar y / o prevenir algún PRM que produce y en coordinación, paciente y medico prescriptor.	El instrumento SFT es el documento de farmacoterapia (FFT) (Anexo N ° 8.3) en el cual se registra el procedimiento realizado. También se registra, patología o morbilidades, uso de recetas, costumbres y más.	Medicamentos usados. PRMS, tipo de intervenciones aplicadas, tipos de canales de comunicación utilizados.
Variable dependiente	Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs)	A contecimientos durante un tiempo tomado tras la administración de un medicamento recetado, relacionado a un resultado desfavorable o negativo. Se tendrá como referencia el consenso tercero.	La conclusión de los PRM fue cuantitativa debido a la investigación de los datos recopilados en las hojas de farmacoterapia.	Cantidad de PRMs que fueron diagnosticados respectivo a 16 posibles problemas.
	Calidad de vida	Es la suma de las condiciones de vida objetivamente medibles en una persona, tales como salud física, condiciones de vida, relaciones sociales, actividades funcionales u ocupación	El instrumento es el Test de Calidad de vida el cual consta de puntajes de 0 a 3.	Consta de 10 preguntas con respuestas según escala de Lickert cuyo puntaje ordinal va del 0 al 3, puntaje de 30 como de total satisfacción y 0 como total insatisfacción del paciente

4.4. Técnicas e instrumentos

4.4.1. Técnica

La intervención farmacéutica tomo como técnica el seguimiento farmacoterapéutico mediante el método Dáder, este se dirigió a través del sistema de reunión individual y discusión telefónica. La reunión individual se llevó a cabo en la Botica o en la casa del paciente. El procedimiento de metodología y conexión con el paciente en las reuniones fue sugerido por la guía de seguimiento farmacoterapéutico de la técnica Dáder.

4.4.2. Instrumento.

Fichas Farmacoterapéuticas (FFT). (Anexo N° 8.3).

Los registros farmacoterapéuticos son hojas para la inscripción de información de seguimiento farmacoterapéutico. Es el instrumento fundamental para la ocasión social de los datos. Es un registro que consta de 5 partes de datos sobre el paciente: datos generales, datos sobre enfermedades, medicamentos consumidos, problemas con la utilización de medicamentos y los movimientos realizados por el experto farmacéutico para determinarlos. Este instrumento fue utilizado en los 5 periodos de la SFT. El registro de los datos en la FFT se realizó mediante los signos de la guía para el seguimiento farmacoterapéutico de la estrategia Dáder. ²²

Instrumento para medir la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud.

Test (Cuadro N° 6)

Se determina mediante el test de calidad de vida. Las respuestas se valoraron de acuerdo a una escala tipo Likert que van desde 0 a 3, donde 0 significa nunca, 1= alguna vez, 2 = casi siempre, 3 = siempre. Sumando las respuestas de cada ítem obtuvimos la puntuación total 1. La medición se realizó al inicio y al final de la intervención. Como resultado de un ensayo previo se modificaron la sintaxis y las palabras utilizadas en el instrumento original para añadirle mayor comprensión para el paciente. Las preguntas de este instrumento se idearon en la primera y última cita entrevista como etapa de una conversación disimuladamente sin objetivo seguido para evitar las respuestas con sesgos del paciente.

CUADRO N° 6. Test de calidad de vida

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

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ COD* _____
 FIRMA: _____ FECHA: ____/____/____

COD INTERV:

INSTRUCCIONES :

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

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA:

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

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

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

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

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

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

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

1) Sí 2) No

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

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

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

1) Sí 2) No

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

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

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

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

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

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

9. Se sintió calmado y tranquilo?

10. Tuvo mucha energía?

11. Se sintió desanimado y triste?

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

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

Procedimiento de recolección de datos.

Se recolectaron los datos durante el desarrollo del programa de seguimiento farmacoterapéutico, cuyo procedimiento se refleja en la Figura N° 03. En principio se sigue el proceso sugerido de esencia en el método Dáder con las modificaciones de términos y la suma de anexo de otros datos que son indispensables para la mejor realidad.

Las etapas del proceso de recolección de datos:

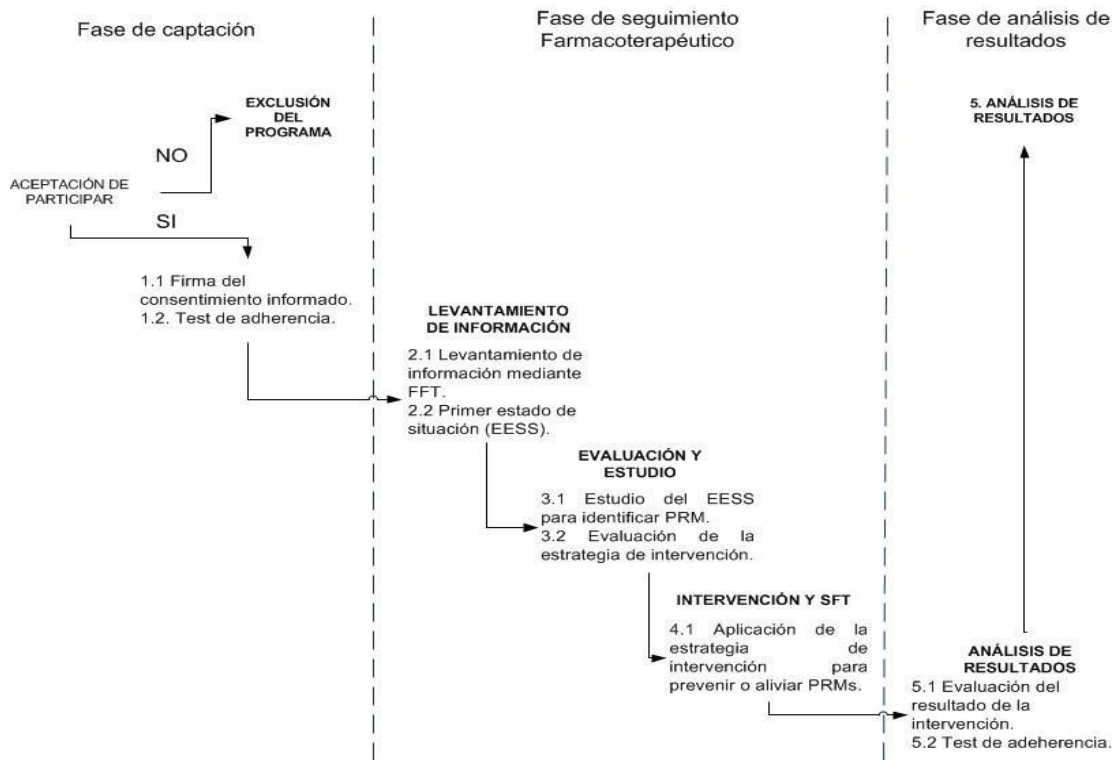
1. Oferta del servicio y la captación de pacientes.
2. Levantamiento de la información. Primer estado de situación.
3. Estudio y evaluación.
4. Intervención y seguimiento.
5. Análisis de los resultados.

Oferta del servicio y captación de los pacientes.

Se ofertó a todos los pacientes con hipertensión que acudieron a la EEFF; hasta lograr obtener los 12 pacientes. Todos los pacientes firmaron su consentimiento de ser participantes del estudio en un documento firmado (Anexo N° 8.2). El documento de consentimiento detalladamente describió la responsabilidad del farmacéutico en suma vigilancia del uso de cada medicamento, la confidencia de los datos del paciente, gratuidad del servicio, ni hacer la venta o donar de algún medicamento.

Así mismo este consentimiento da valor al farmacéutico de interactuar con el médico e intermediar la solución de los problemas encontrados complejos o urgentes en relación con el uso de los medicamentos prescritos. También ordena al paciente la entregar toda la información requerida a enfermedades referidas y uso de todo medicamento que será útil para el real diagnóstico de PRMs.

FIGURA N° 04. Flujograma de las actividades de seguimiento farmacoterapéutico.



Elaboración por Ocampo. ³³

Levantamiento de información.

Los datos se registraron en el registro farmacoterapéutico (FFT) (Anexo N° 8.3). Se registraron los datos generales del paciente, la información sobre enfermedades, los expertos que analizaron, los medicamentos utilizados, las propensiones a la vida, la ascendencia familiar y la impresión de signos y efectos secundarios de los problemas médicos que el paciente asocia con la utilización de medicamentos.

La utilización de elementos comunes y la utilización de medicamentos sin solución también se registraron. Por esta razón, se le solicitó al paciente que demostrara todos los productos farmacéuticos que utilizó de manera constante, independientemente de si se utilizaron para la afección objetivo.

Durante el alistamiento, el paciente es interrogado sobre las variables de peligro y las dudas de los problemas identificados con la utilización de drogas. Se garantizó que el tiempo entre la acumulación y la reunión de datos no supera los 5 días.

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

Los datos se analizaron en una situación con cada uno de los estados buenos de materiales y equipos para desarrollar una investigación exhaustiva de cada caso. El ambiente fue agradable adaptado con teléfono, web, materiales de área de trabajo y material bibliográfico. Todos los datos incluidos en la FFT se concentran para interrelacionar los factores que buscan PRM: análisis de enfermedades, errores, prescripciones aprobadas, automedicación, dudas de respuestas antagónicas, adherencia al tratamiento, etc., para determinar los problemas que se deben solucionar. Medicamentos (PRM) como motivo del desagrado Medicamento terapéutico o RNM. Se utilizó material de ayuda bibliográfica para garantizar los descubrimientos de PRMs y RNMs.

Para cada problema analizado, el farmacéutico contemplará la mejor metodología de arreglo que se contabilizará en la hoja 5 de la FFT. El procedimiento podría contener una progresión de actividades coordinadas directamente al paciente o al prescriptor. Para cada PRM y sus metodologías de respuesta, se buscó el mejor canal de correspondencia que podría haber atendido al paciente o al especialista. Se podría determinar que cada paciente tiene más de un PRM.

Debido a esta etapa, el hallazgo de los PRM emerge, los objetivos que el paciente y / o el especialista deben cumplir para su respuesta y la técnica de correspondencia. Las direcciones de correspondencia utilizadas se muestran en la tabla adjunta:

CUADRO N° 07. Tipos de canales para comunicar las recomendaciones del farmacéutico para la solución de problemas relacionados con medicamentos.

N°	.Canales de comunicación.
1	.Verbal farmacéutico - paciente.
2	.Escrito farmacéutico - paciente.
3	.Verbal farmacéutico - paciente - médico.
4	.Escrito farmacéutico - paciente - médico.
5	.Verbal farmacéutico - médico.

Fase de intervención: actividades de seguimiento farmacoterapéutico.

El objetivo de esta etapa era impartir con confianza los objetivos y las fechas de vencimiento que el paciente y / o especialista deben cumplir para la solución de los PRM. La intercesión fue a través de visitas domiciliarias y contacto telefónico. Se utilizaron reuniones individuales y propuestas compuestas para transmitir las técnicas de respuesta del paciente. Para la correspondencia de los sistemas coordinados con el paciente, el especialista en drogas utilizará el lenguaje verbal y, en ocasiones, cuando sea importante corregir inequívocamente algún punto de vista, se dejarán sugerencias integradas.

A raíz de transmitir la recomendación de acuerdo, se verificó la consistencia a través de nuevas visitas o llamadas telefónicas. El tiempo de control fue siete días máximo, después de lo cual se cerró el procedimiento.

Evaluación del impacto de la intervención

La reunión para la evaluación definitiva de los resultados fue dirigida por un especialista que no era exactamente lo mismo que la persona que realizó el desarrollo de la farmacoterapia. Se preguntó al paciente si ejecutaba las propuestas dadas para la solución del PRM o si el especialista ponía en marcha recomendaciones para cambiar el tratamiento. A pesar del reconocimiento de la propuesta para la solución, se le preguntó si consideraba que todos los problemas identificados con los medicamentos analizados habían sido resueltos. Así mismo

se midió la autopercepción de calidad de vida de los pacientes mediante del test SF-12.

4.5. Plan de análisis de datos.

Los datos en los registros farmacoterapéuticos se trasladaron a las tablas en MS Excel. Las tablas de información se basaron en:

- a. Datos generales de pacientes (sexo, edad, dirección, teléfono) y tiempos de mediación según los canales de correspondencia utilizados.
- b. Estado de la circunstancia con información sobre. Problemas médicos y medicamentos utilizados, PRM, RNM relacionados, sistemas de mediación utilizados y canales de correspondencia. También se señaló si el PRM se resolvió o no y la última impresión del paciente sobre la disposición del problema.
- c. Percepción como lo indica la prueba de Pardue antes y después del desarrollo del seguimiento farmacoterapéutico.
- d. Con las tablas, se produjo una base de datos en MS Acces para la recurrencia total según las variables del participante, medicamentos, morbilidad, PRMs¹, actividades realizadas por el farmacéutico, resultado de la intervención, etc.
- e. A partir de la información recopilada en MS Acces, se expusieron tablas de resultados de pasaje doble y básico con frecuencias relativas, absolutas y tasas. Se realizaron tablas y cuadros sobre las cualidades de los pacientes que experimentaron procedimientos médicos, problemas médicos, frecuencias de las recetas utilizadas, tipo y recurrencia de PRM. Además, las tablas muestran la relación entre la utilización de la prescripción y los PRM, los objetivos de la mediación para abordar los problemas y el sospechoso de resultados negativos para el medicamento (RNM).
- f. Para exhibir las consecuencias de la mediación, se desarrollaron tablas sobre la recurrencia de los canales de correspondencia utilizados, el tipo y recurrencia de PRM analizados y el nivel de los abordados.

g. La medición de los efectos se hizo mediante el uso del el test de calidad de vida. Las respuestas se valoraron de acuerdo a una escala tipo Likert que van desde 0 a 3, donde 0 significa nunca, 1= alguna vez, 2 = casi siempre, 3 = siempre. Sumando las respuestas de cada ítem obtuvimos la puntuación total 1. La medición se realizó al inicio y al final de la intervención. Como resultado de un ensayo previo se modificaron la sintaxis y las palabras utilizadas en el instrumento original para añadirle mayor comprensión para el paciente

Para decidir la gravedad objetiva de los resultados con la intervención, la prueba de Macnemar se conectó, para información dicotómica, de ejemplos combinados que utilizan el Paquete Estadístico de IBM para las Ciencias Sociales (SPSS), versión 20. Para todas las pruebas fácticas se utilizó un nivel de importancia por debajo de 0.05.

Se evaluó el efecto de la SFT en la mentalidad del paciente en cada una de las consultas de la prueba de Pardue y la consecuencia total de los 12 pacientes para cada consulta cuando se contrastó la mediación con el control de la percepción de cada paciente. La centralidad fáctica del cambio se estimó mediante la prueba de Mcnemar explícita a información dicotómica no paramétrica. La conducta de los pacientes también fue evaluada por el conjunto de sus reacciones a las cuatro cosas de la prueba.

4.6. Matriz de consistencia

TITULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN	VARIABLES E INDICADORES	PLAN DE ANÁLISIS
Impacto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico sobre la autopercepción de la calidad de vida en pacientes hipertensos. Botica Inkafarma, Nuevo Chimbote, mayo – julio 2017	¿Cuál será el impacto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico sobre la autopercepción de la calidad de vida en pacientes hipertensos. Botica Inkafarma, Nuevo Chimbote, mayo – julio 2017??	<p>Objetivo General: Determinar el impacto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico sobre la autopercepción de la calidad de vida en pacientes hipertensos. Botica Inkafarma, Nuevo Chimbote, mayo – julio 2017</p> <p>Objetivos específicos: -Identificar los problemas de salud y medicamentos utilizados durante del seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes hipertensos. Botica Inkafarma, Nuevo Chimbote, mayo – julio 2017. -Determinar los PRMS diagnosticados y los PRMS solucionados durante el seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes hipertensos intervenidos. Botica Inkafarma, Nuevo Chimbote, mayo – julio 2017. -Evaluar el impacto del programa de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física en los pacientes diabéticos. Botica Inkafarma, Nuevo Chimbote, mayo – julio 2017. -Evaluar el impacto del programa de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión mental en los pacientes diabéticos. Botica Inkafarma, Nuevo Chimbote, mayo – julio 2017.</p>	<p>H0 El programa de seguimiento farmacoterapéutico o no tiene impacto significativo para mejorar la autopercepción de la calidad de vida en los pacientes hipertensos.</p> <p>H1 El programa de seguimiento farmacoterapéutico si tiene impacto significativo para mejorar la autopercepción de la calidad de vida en los pacientes hipertensos.</p>	Diseño es de tipo pre experimental de una sola casilla, no probabilístico y semi ciego.	<p>Variable Independiente: Seguimiento farmacoterapéutico</p> <p>Variable dependiente: PRM Calidad de vida</p>	<p>Se analizarán resultados con los instrumentos.</p> <p>Se crearan las bases de datos en Acces y Excel.</p> <p>Se formaran tablas de tipo doble y simple entrada.</p> <p>Se aplicarán las herramientas desde la estadística descriptiva y la estadística inferencial. $p < 0.05$</p>

4.7.Criterios éticos.

Los principios éticos de la Declaración de Helsinki son el propósito detrás de este informe de tesis y se respetaron cada línea que se describen en él, utilizando e introduciendo el consentimiento informado de los miembros como muestra de la transparencia. Los datos obtenidos siguieron una confidencialidad y la información proporcionada después de su análisis, fue eliminada. Siguiendo también los lineamientos del Código de ética versión 02 del año 2019 de la Universidad Católica de Los Ángeles, Chimbote donde refiere que en las investigaciones en las que se trabaja con personas, se debe respetar la dignidad humana, la identidad, la diversidad, la confidencialidad y la privacidad. Este principio no sólo implica que las personas que son sujetos de investigación participen voluntariamente y dispongan de información adecuada, sino también involucra el pleno respeto de sus derechos fundamentales, en particular, si se encuentran en situación de vulnerabilidad.⁵⁷

V. RESULTADOS

5.1. Resultados

Tabla 1. Identificación de problemas de salud durante el programa de seguimiento farmacoterapéutico a pacientes hipertensos intervenidos. Botica Inkafarma, Nuevo Chimbote, mayo – julio 2017.

SITUACIÓN	CIE 10*	DIAGNOSTICO	FI	%
DIAGNOSTICADOS	N39.0	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	1	2.9
	M25.5	Dolor articular	1	2.9
	M06.9	Artritis reumatoide, sin especificar	1	2.9
	K12	Estomatitis y lesiones relacionadas	1	2.9
	I87.8	Otros trastornos especificados de la vena	1	2.9
	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)	12	34.3
	E78.0	Hipercolesterolemia pura	2	5.7
	D52.9	Anemia por deficiencia fólica sin especificar	1	2.9
Sub total			20	57.9
NO DIAGNOSTICADOS		Dolor musculoesquelético	5	14.3
		Ardor de estómago	2	5.7
		Alergia	2	5.7
		Malestar del hígado	1	2.9
		Infección del tracto respiratorio	1	2.9
		Hongos	1	2.9
		Estimulante del sueño	1	2.9
		Dolor en las vías urinarias	1	2.9
		Acidez	1	2.9
Sub total			15	42.1
Total			35	100

CIE10: Código Internacional de Enfermedades v10.

Tabla 2. Medicamentos utilizados durante el programa de seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes hipertensos intervenidos. Botica Inkafarma, Nuevo Chimbote, mayo – julio 2017.

Origen del Medicamento	Morbilidad	Denominación en DCI	fi	Fi	%
Prescritos	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	ciprofloxacino paracetamol	1 1	2	4.4
	Dolor articular	frotación solicitada	1	1	2.2
	Artritis reumatoide, sin especificar	hidroxicloroquina	1	1	2.2
	Estomatitis y lesiones relacionadas	Prednisona naproxeno	1 1	2	4.4
	Otros trastornos especificados de la vena	ácido acetil salicílico	1	1	2.2
	Hipertensión arterial esencial (primaria)	Enalapril Losartan Hidroclorotiazida Captopril Ácido acetil salicílico	6 4 3 2 1	16	35.6
	Hipercolesterolemia puro	Atorvastatina gemfibrozilo	2 1	3	6.6
	Anemia por deficiencia fólica sin especificar	ácido fólico	1	1	2.2
		Sub total		27	60
No prescritos	Malestar del hígado	fosfolípidos+vitaminaB1+ vitaminaB2+vitaminaB6+ vitaminaB12+nicotinamida+ Vitamina E	1	1	2.2
	Infección del tracto respiratorio	cefalexina	1	1	2.2
	Hongos	fluconazol	1	1	2.2
	Estimulante del sueño	welton	1	1	2.2
	Dolor musculo esquelético	paracetamol doloneurobión naproxeno meloxicán dolo-gesidol	2 2 1 1 1	7	15.6
	Dolor en las vías urinarias	naproxeno ciprofloxacino	1 1	2	4.4
	Ardor de estómago	su salicilato de bismuto lanzoprazol	1 1	2	4.4
	Alergia	cetirizina	2	2	2.2
	Acidez	omeprazol	1	1	2.2
		Sub total		18	40
		TOTAL	45	45	100

Fuente: Tablas de Estado de Situación.

Tabla 3. Problemas relacionados con medicamentos diagnosticados y PRMS solucionados durante el programa de seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes hipertensos intervenidos. Botica Inkafarma, Nuevo Chimbote, mayo – julio 2017.

Código	Descripción	PRMs	%	PRMs	%
PRM		diagnost.		soluc.	
9	Incumplimiento	13	56.5		
11	Otros PS	3	13.0		
10	Interacciones	2	8.7		
2	Actitudes negativas	2	8.7	19	82.6
1	Administración errónea del medicamento	2	8.7		
4	Contraindicación	1	4.3		
Total		23	100	19	82.6

Fuente: Tablas de Estado de Situación

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

Tabla 04. Impacto sobre la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física antes y después del programa de seguimiento Farmacoterapéutico a los pacientes hipertensos. Botica Inkafarma, Nuevo Chimbote, mayo – julio 2017.

Dimensión física		
Numero de Códigos (12)	Puntaje total antes del SFT	Puntaje total después del SFT
Promedio	41.85	47.95
Desviación estándar	6.71	5.71

*P= 0.011

Leyenda: Significancia *P<0.05

Tabla 05. Impacto sobre la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión mental antes y después del programa de seguimiento Farmacoterapéutico a los pacientes hipertensos. Botica Inkafarma, Nuevo Chimbote, mayo – julio 2017.

Dimensión mental		
Numero de Códigos (12)	Puntaje total antes del SFT	Puntaje total después del SFT
Promedio	42.53	49.49
Desviación estándar	9.24	4.79

* P=0.011

Leyenda: Significancia *P<0.05

5.2. Análisis de resultados.

Los problemas que padecen los pacientes hipertensos son en su mayoría por degeneración orgánica que pueden sufrir de otras enfermedades que pueden hacer que este se auto diagnostique sin acudir al médico y puede ponerlo en el riesgo de la automedicación o un resultado negativo con su tratamiento.

Según la Tabla N° 01 se identificaron luego durante el programa de seguimiento farmacoterapéutico los problemas de salud autodiagnosticadas y con previo diagnosticadas en un total de 35 en los pacientes hipertensos, de los cuales solo fueron 20 enfermedades diagnosticadas equivalentes a 57.9 % a comparación de las enfermedades no diagnosticadas 15 equivalente al 42.1 % y de las cuales dos son mayores el dolor musculo esquelético en 14.3 %.

Datos que coinciden con Rios L,²³ quien halló 35 problemas de los cuales solo 20 fueron diagnosticadas. En tanto que Granados E,²⁴ encontró 27 problemas de salud de los cuales 18 fueron sin diagnóstico. Así mismo Sanchez P,²⁵ halló 32 problemas de los cuales solo 25 fueron diagnosticados.

La automedicación en las personas que sufren diversas patologías se advierte muy frecuentemente, este es un acto en la cual el individuo se administra o adquiere un medicamento sin la supervisión de un profesional de salud y obteniendo en muchos casos efectos negativos.

En la Tabla N° 02, con respecto a los medicamentos utilizados durante programa de seguimiento farmacoterapéutico se halló una cantidad de 45 medicamentos de los cuales solo 27 fueron bajo prescripción igual al 60 %, mientras que los tomados por cuenta propia fueron 18 equivalentes al 40 %, siendo paracetamol, doloneurobión en este problema de

salud y mientras en que en los diagnosticados las más usada por la misma enfermedad de hipertensión son enalapril y Losartan.

Los PRMs según el consenso de grabada es toda reacción tras la medicación de un paciente en su tratamiento este puede clasificarse en un listado que es el resultado de la administración de estos principios activos.

Con respecto a lo observando en la Tabla N° 03, los problemas relacionados con PRMs diagnosticados y PRMS solucionados durante el programa de seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes hipertensos se determinó un total de 23 PRMs y tras el trabajo del programa de seguimiento farmacoterapéutico dedicada se lograron solucionar 19 PRMs equivalente al 82.6 % de ellos, dejando expuesto a un RNM a los pacientes. Entre los tipos de PRMs mas observado está el incumplimiento con 56.5 %, otros problemas de salud 13 %.

Datos que se acercan a lo hallado por Rios L,²³ que identifico 47 PRMs y se solucionaron (77%). Mientras que para Granados E,²⁴ encontró 31 (PRMs), siendo la conservación inadecuada el PRM más frecuente (54,9%) y logró solucionar el 100 %. Asi mismo Sanchez P,²⁵ diagnostico 23 (PRMs) y soluciono 22 con un 95.65%.

La calidad de vida está relacionada con la salud (CVRS) pues en un individuo, podría verse afectado por la dimensión física o mental como social, entonces se auto evalúa resultando en una idea buena o mala de su satisfaccion como experiencia de su padecimiento.⁵⁵

En la siguiente tabla N° 04, se midió el efecto sobre la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física antes y después del programa de seguimiento Farmacoterapéutico a los pacientes hipertensos de acuerdo a lo observado antes de del

SFT existía un promedio de Score total de 41.85736 y luego del SFT este Score total promedio vario a 47.95129 con una significancia de $p= 0.011$ favorable en la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física.

Datos que se asemejan a lo hallado por Mientras que Lee J, ¹⁹ tras el seguimiento los pacientes con peor CVRS tenían un índice de comorbilidad más alto. También para Holihat N, Vitis F, ²⁰ hallo que los pacientes hipertensos fueron los cambios en las dimensiones de 0.879 ± 0.116 con una nivel significativo ($p = 0,016$).

En tanto para Saarti S, ²¹ en cuanto a la percepción de la enfermedad no alcanzó significación estadística. Otro autor como Bajorek B, ²² hallo una ligera mejoría en las puntuaciones de calidad de vida ($P = 0,91$).

En tanto que en la tabla N° 05, el efecto sobre la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión mental antes y después del seguimiento Farmacoterapéutico a los pacientes hipertensos de acuerdo a lo observado antes de del SFT existía un promedio de Score total de 42.53360 y luego del SFT este Score total promedio vario a 49.49002 demostrando poca efectividad por una significancia $p= 0.011$ desfavorable en la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión mental.

En tanto que los datos de Sharma K, ¹⁸ demostro una calidad de vida moderada general con una media de 3,25 en los pacientes hipertensos luego de su intervención. Asi mismo los datos de Rios L, ²³ observo un impacto sobre la dimensión física ($p=0,009$) (antes 37.56 ± 8.11 puntos; después $43,17 \pm 3.41$ puntos) y la dimensión mental ($p=0,00$) (antes 43.36 ± 6.97 puntos; después 52.45 ± 4.71 puntos). Otro autor como Granados E, ²⁴ el hallo un valor significativo en mejorar la calidad de vida de los pacientes. Mientras tanto Sanchez P, ²⁵ hallo que calidad de vida relacionada a la salud física paso de 47.25 ± 7.36 antes a 49.88 ± 2.83 puntos ($p = 0.14$) y la dimensión mental de 44.26 ± 7.27 antes a 52.53 ± 3.08 puntos después ($p = 0.0003$). Asi también hallo Chanduvi M, ²⁶ la autopercepción

de la calidad de vida relacionada con la salud física al comienzo 41.03 ± 9.16 y después 41.62 ± 7.72 ($p < 0.405$), la salud mental fue de 42.68 ± 6.33 y después a 48.88 ± 4.10 ($p < 0.0005$).

Estos datos hallados en el estudio demuestran el buen impacto que se ha logrado con el programa de SFT y que se pudo lograr esto a pesar de los factores que pueden intervenir en este grupo de pacientes para obtener mejores resultados, pues aquí pueden afectar otras variables como la edad, economía, sexo, actividad física entre otras que se detallan en estudios realizados en este tipo de pacientes con esta patología., así este estudio puede servir a la población y los estudiantes que traten investigar aplicando el mismo diseño. ¹⁶

VI. CONCLUSIONES

6.1. Conclusiones.

- El programa de seguimiento farmacoterapéutico tuvo impacto sobre la autopercepción de la calidad de vida en los pacientes hipertensos intervenidos en la Botica Inkafarma, Nuevo Chimbote, agosto a julio 2017
- Se identificaron 35 problemas de salud y 45 medicamentos usados durante el programa seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes hipertensos.
- Se diagnosticaron un total de 23 tipos de PRMs de los cuales se solucionaron 19 PRMs durante el programa seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes hipertensos.
- Antes y después el impacto del programa de seguimiento farmacoterapéutico sobre la autopercepción de la calidad de vida en los pacientes hipertensos, en la dimensión física vario el puntaje total de 41.85 a 47.95 mostrado una significancia (<0.011).
- Antes y después el impacto del programa de seguimiento farmacoterapéutico sobre la autopercepción de la calidad de vida en los pacientes hipertensos, en la dimensión mental vario el puntaje total de 42.53 a 49.49 mostrado una significancia (<0.011).

6.2. Sugerencias y recomendaciones

Se debe mejorar el método para medir la auto percepción de la calidad de vida ya que sería necesaria medir otras dimensiones para encontrar resultados más precisos en este tipo de pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Omboni S; caserini M. Efectividad de la intervención farmacéutica en el manejo de enfermedades cardiovasculares. *Open heart* , 2018;5(1): Disponible en: <https://openheart.bmj.com/content/5/1/e000687.abstract>
2. García D. Atención farmacéutica en adultos mayores hipertensos. Una experiencia en la atención primaria de salud en cuba. *Ars pharmaceutica*, 2018;59(2): 91-98. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s2340-98942018000200005&script=sci_arttext&tlng=en
3. Pires E, Peuker A; castro E. Breve intervención para el manejo del estrés y el cambio en la percepción de la enfermedad entre trabajadores hipertensos y normotensos: estudio piloto y protocolo. *Psicologia: reflexão e crítica*, 2017; 30(1): 26. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s41155-017-0080-x>
4. Hossain, S. Autopercepción de las condiciones de salud física y su asociación con la depresión y la ansiedad entre los estudiantes universitarios de bangladesh. *Journal of affective disorders*, 2020;263(1): 282-288. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032719312881>
5. Sood R. Diferencias de género en la autopercepción de la salud en un centro de bienestar. *Revista estadounidense de comportamiento de salud*, 2019;43(6): 1129-1135. Disponible en: <https://www.ingentaconnect.com/content/png/ajhb/2019/00000043/00000006/art00010>
6. Rahardjo S. Análisis de regresión lineal sobre los determinantes del comportamiento de prevención de la hipertensión. *Journal of health promotion and behavior*. 2019;4(1): 22-31. Disponible en: <https://www.cabdirect.org/globalhealth/abstract/20193449369>

7. Ribeiro R; Rodrigues P. Autopercepción del estado de salud de las personas hipertensas. *Revista de enfermería ufpe / revista de enfermagem ufpe*, 2018;12(7): Disponible en: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231768>
8. Isaac V. Estado de hipertensión y asociaciones con la salud autocalificada y la búsqueda de salud del médico general en una cohorte rural australiana. *Revista de desarrollo cardiovascular y enfermedad*, 2018;5(4): 53. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2308-3425/5/4/53>
9. Balduino A. Experiencia de pacientes hipertensos con autogestión de la atención sanitaria. *Revista de enfermería avanzada*. 2016;72(11): 2684-2694. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.13022>
10. Villarreal D; Bernabe A. Asociación entre hipertensión arterial y síntomas depresivos: resultados de encuestas poblacionales en Perú. *Psiquiatría de Asia y el pacífico*, 2020;12(2): 2385. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/appy.12385>
11. Dwairej A. El proceso de cumplimiento del autocuidado entre pacientes con hipertensión: un estudio de teoría fundamentada. *Open journal of nursing*. 2020;10(5): 534. Disponible en: https://www.scirp.org/html/5-1441385_100509.htm
12. Hou Y. La asociación entre la autopercepción del envejecimiento y la adherencia a la medicación antihipertensiva en adultos mayores chinos. *Investigación clínica y experimental sobre el envejecimiento*. 2016; 28(6): 1113-1120. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40520-015-0516-z>
13. Alencar C, Lima A. Personas mayores hipertensas: evaluación de la calidad de vida. *Acta scientiarum. Ciencias de la salud*. 2019;41(1): 44652. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/f84b/ca3b713865ccf22a19bfc266120141fd519f.pdf>

14. Herrera P. Autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en el Perú: una revisión narrativa. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 2017;34(1): 497-504. <https://www.scielo.org/article/rpmesp/2017.v34n3/497-504/>
15. Monsalve D, García A; Amariles P. Evaluación económica de los programas de seguimiento farmacoterapéutico: propuesta metodológica y proceso para su realización. *Pharmacoeconomics spanish research articles*. 2017;14(4): 67-75. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40277-017-0072-3>
16. Alekya A. Efecto del consejero medicado medicamentos clínicos en pacientes hipertensivos en la calidad de vida relacionada con la salud. *World journal of current medical and pharmaceutical Research*. 2020: 246-250. Disponible en: <https://wjcmpr.com/index.php/journal/article/view/137>
17. Saleem F. Intervención farmacéutica para mejorar el conocimiento relacionado con la hipertensión, el cumplimiento de la medicación del tratamiento y la calidad de vida relacionada con la salud: un ensayo controlado aleatorio no clínico. *Expectativas de salud*. 2015;18(5): 1270-1281. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/hex.12101>
18. Sharma K. Evaluación de la calidad de vida de pacientes hipertensos en un hospital de enseñanza terciaria en Jaipur. *Journal of drug delivery and Therapeutics*. 2020;10(3): 73-75. Disponible en: <http://jddtonline.info/index.php/jddt/article/view/4074>
19. Lee J. Relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y el control de la presión arterial en pacientes con hipertensión no controlada. *The journal of clinical hypertension*. [Internet] 2020. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jch.13941>

20. Sholihat K, Vitis F. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes sometidos a tratamiento de enfermedades crónicas: un estudio transversal. *Revista de ciencias farmacéuticas aplicadas*. 2020;10(3): 075-079. Disponible en: https://japsonline.com/admin/php/uploads/3095_pdf.pdf
21. Saarti S. Asociación entre adherencia, satisfacción con el tratamiento y percepción de la enfermedad en pacientes hipertensos. *Revista de hipertensión humana*. 2016;30(5): 341-345. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/jhh201586>
22. Bajorek B. Implementación y evaluación de un servicio de gestión de hipertensión dirigido por farmacéuticos en atención primaria: resultados y desafíos metodológicos. *Práctica de farmacia (granada)*. 2016;14(2): 0-0. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1885-642x2016000200010
23. Ríos L. Impacto de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico sobre la autopercepción de la calidad de vida en pacientes hipertensos. *Botica bellavista-districto de nuevo Chimbote, marzo-julio 2016*. [Tesis] Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. 2018. Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/3901>
24. Granados E. Impacto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico sobre autopercepción de la calidad de vida, en pacientes hipertensos. *Centro de salud yugoslavia, nuevo chimbote. Mayo-julio del 2017*. [Tesis] Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. 2019. Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/14912>
25. Sanchez P. Impacto del seguimiento farmacoterapéutico en la calidad de vida de pacientes hipertensos puesto de salud Nicolás Garatea, nuevo Chimbote. *Mayo-julio 2017*. [Tesis] Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. 2019. Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/11607>

26. Chanduvi M. Impacto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico dirigido a pacientes hipertensos sobre la autopercepción de su calidad de vida. Farmacia regional, distrito de Nvo Chimbote, agosto–diciembre 2017. [Tesis] Universidad Católica los Ángeles de Chimbote.2019. Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/11727>
27. Jaramillo C. Validación del método DADER adaptado para pacientes hipertensos o diabéticos del Centro de Salud “La Vicentina”. 2019. [Tesis de Licenciatura]. Quito: Universidad de Cuenca Ecuador. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/19285>
28. Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC: OPS, 2013. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/SerieRAPSANo6-2013.pdf>
29. Valdivieso M. "Atención Farmacéutica en la bibliografía nacional e internacional." *Pharmaceutical Care España*. 2019;21(4): 230-241. Disponible en: <https://www.pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/519>
30. BLUNDELL, D. Barris. Evaluación de la gestión directiva en farmacia comunitaria mediante el análisis de los resultados negativos asociados al uso de medicamentos detectados y atendidos. *Pharmaceutical Care España*, 2014, vol. 16, no 1, p. 11. <http://www.farmaciazarzuelo.com/wp-content/uploads/2014/09/archivo182.pdf>
31. Ocampo, P. "Impacto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico, dirigido a pacientes hipertensos, sobre los problemas relacionados con medicamentos, la adherencia al tratamiento y la percepción del paciente sobre la actividad profesional del farmacéutico". Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. 2012. Disponible en: <https://docplayer.es/10335500-Facultad-de-ciencias-de-la-salud-escuela->

profesional-de-farmacia-y-bioquimica-departamento-de-metodologia-de-la-investigacion.html

32. Goienetxea E. Seguimiento farmacoterapéutico: competencia del farmacéutico. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2017; 30; 9(4):14-17. Disponible en: <https://www.farmacuticoscomunitarios.org/es/journal-article/seguimiento-farmacoterapeutico-competencia-del-farmaceutico>
33. Castrillon C. Implantación generalizada del Servicio de seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria y evaluación de sus resultados en salud: evaluación clínica, económica y humanística del servicio. [Tesis]. España. Universidad de Granada. 2014. Disponible en: <http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/31314/22785115.pdf?sequence=1>
34. Ojeda M. Método Avenzoar para la implantación racional de la atención farmacéutica en la farmacia comunitaria. *Farmacéuticos Comunitarios*, 2015; 7(2): 37-44. Disponible en <https://www.raco.cat/index.php/FC/article/view/320956>
35. Gasterrutina M. Resultados negativos asociados a la medicación. *Ars Pharmaceutica*. 2016; 57(2):89-92. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2340-98942016000200007&script=sci_arttext&tlng=en
36. Sousa I. Identificación de problemas potenciales relacionados con productos medicinales: una experiencia de integración del servicio docente en formación farmacéutica. *Revista Electrónica de Farmacia*. 2012; 9(1):9-9. Disponible en: <https://www.revistas.ufg.br/REF/article/view/17741>
37. Ospina S. Problemas de proceso y resultado relacionados con los medicamentos: evolución histórica de sus definiciones. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 2015; 23(3): 329-340. <https://www.redalyc.org/pdf/120/12021452013.pdf>


38. Oscanoa T. Diagnóstico de problemas relacionados con medicamentos en adultos mayores al momento de ser hospitalizados. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 2015; 28(2):256-263. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342011000200012&script=sci_arttex
39. Menéndez C. Resultados negativos asociados al uso de medicamentos que motivan ingreso hospitalario. *Farmacia Hospitalaria*, 2015; 35(5): 236-243. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130634311000389>
40. Samartin M. Análisis de los problemas relacionados con los medicamentos tras la integración de un farmacéutico en un servicio de urgencias. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 2012;24(2): 96-100. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3893777>
41. Romero E. Equipos multidisciplinares comprometidos: detección de problemas relacionados con los medicamentos a través de la continuidad asistencial. *Farmacia Hospitalaria*, 2016;40(6): 529-543. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-63432016000600008&script=sci_arttext&tlng=en
42. Ferrandez O. Análisis de los problemas relacionados con los medicamentos en un hospital de tercer nivel de Barcelona. *Gaceta Sanitaria*. 2019;33(4): 361-368. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S02139111183004384>
43. Fernández L; Fernández N. Elaboración de una guía de Seguimiento Farmacoterapéutico en el paciente con epilepsia. *Ars Pharmaceutica*. 2019;60(1):35-40. Disponible en: <http://revistaseug.ugr.es/index.php/ars/article/view/8019>

44. Obreli P. Evaluación económica de un programa de atención farmacéutica para pacientes diabéticos e hipertensos de edad avanzada en atención primaria de salud: un ensayo clínico aleatorizado controlado de 36 meses. *Revista de atención administrada y farmacia especializada*. 2015; 21(1): 66-75. Disponible en: <https://www.jmcp>
45. Moreno L. Día Mundial del Farmacéutico: una fecha para reivindicar una profesión global. *Farmacéuticos Comunitarios*,2017;9(3):3-4. Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/FC/article/view/330162>
46. De Toledo F. La cronicidad, ¿reto o estímulo para la atención farmacéutica?. *El farmacéutico: profesión y cultura*. 2015;25(1):24-30. Disponible en: <http://elfarmacéutico.es/index.php/atencion-farmacéutica/item/6279-la-cronicidad-reto-o-estimulo-para-la-atencion-farmacéutica#.Xar4SuhKjIU>
47. Sabater M. Silva P. Faus A. Documentación de las actividades asistenciales del farmacéutico: la historia farmacoterapéutica.2008; 32(1): 56-57. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-hospitalaria-121-articulo-documentacion-las-actividades-asistenciales-del-S1130634308728113>
48. Caucanas C; Blacher J. Tratamiento inicial de la hipertensión arterial esencial del adulto. *Emc-tratado de medicina*, 2018;;22(3): 1-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1636541018914224>
49. García A. Fisiopatología de la hipertension arterial esencial. En i congreso virtual de ciencias básicas biomédicas de granma. 2020. Disponible en: <http://cibamanz2020.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2020/paper/viewpaper/436>
50. Ayazo B. Hipertension arterial secundaria. *Acta médica colombiana*, 2019;44(2): 40-47 Disponible en: <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/2019/01s-2019-rev.pdf#page=40>

51. Mainegra O; Miranda J, Blanco R. Un programa de capacitación comunitaria: experiencia preventiva en la hipertensión arterial. *Mendive. Revista de educación*, 2019;17(2): 240-253. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=s1815-76962019000200240
52. Arellano A; Rodríguez F Actualización farmacológica de los mecanismos de acción y el manejo de la hipertensión arterial. Artículo de revisión. *Acta académica*, 2019;95(1): 81-104. Disponible en: <http://revista.uaca.ac.cr/index.php/actas/article/view/168>
53. Mazón P. Comentarios a la guía esc/esh 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Revista española de cardiología*, 2019;72(2): 104-108. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300893218306766>
54. Karimi B. Salud, calidad de vida relacionada con la salud y calidad de vida: ¿cuál es la diferencia? *Farmacoeconomía* , 2016;34(7): 645-649. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40273-016-0389-9>
55. López F. Comparación de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud en hombres y mujeres adultos mayores. *Enfermería global*, 2019;18(54): 410-425. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=s1695-61412019000200015
56. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 2003;9(2): 09-21. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=s0717-95532003000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
57. Comité institucional de ética en investigación. Código de ética para la investigación. Versión 2 [artículo en línea] chimbote, Perú. 2020 [citado 02 de agosto del 2020]. Disponible en: <https://erp.uladech.edu.pe/sigec/moduloinvestigacion/?Dom=03&mod=012>

ANEXOS

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


**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**
ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

Chimbote, 24 de Junio de 2017

Señor:
Dr. Teodoro Walter Ramírez Romero
Centro de Salud Yugoslavia
CHIMBOTE
Pte.

Asunto: Facilidades para realizar una investigación sobre
Seguimiento Farmacoterapéutico.

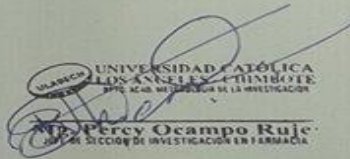
De mi especial consideración.


Me dirijo a Usted de manera cordial para solicitarle por su intermedio las facilidades para que la Alumna *Elkjaer Preben Granados Diego*, Cod N° 0108140015, pueda desarrollar actividades de Seguimiento Farmacoterapéutico como parte de un proyecto de investigación que tiene por objetivo evaluar la utilidad de este servicio en la prevención, detección e intervención de problemas relacionados con medicamentos que pueden sufrir los pacientes que se atienden en el Servicio Farmacéutico que Usted dirige.

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

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

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

Atentamente:

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
LOS ÁNGELES - CHIMBOTE**
PERCY OCAMPO RUJE
CATEDRÁTICO DE INVESTIGACIÓN EN FARMACIA

 **MINISTERIO DE SALUD**
PERÚ
CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA
CHIMBOTE

OF. MS. Teodoro Walter Ramírez Romero
Teléfono de Contacto: 943788829

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

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

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

Declaración del paciente:

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

* NOMBRE DEL PACIENTE: (DE PUÑO Y LETRA DEL PACIENTE): _____

* DIRECCION: _____

* TELEFONO: _____

*FIRMA: _____

* DNI: _____

* NOMBRE DEL QUIMICO FARMACÉUTICO Jr: _____

* TELÉFONO: _____

*FIRMA: _____

*DNI: _____

*FECHA: ____ / ____ / ____

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

Anexo N° 03. Fichas farmacoterapéuticas

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

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

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

1.1.- DATOS PERSONALES

NOMBRE: _____ SEXO: ____

DIRECCIÓN: _____ ZONA: _____

TELÉFONO DOMICILIO: _____ OTRO _____ (MAIL): _____

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

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

TIENE SEGURO SI: ___ N0: ___ SEGURO INTEGRAL (SIS): ___ ESSALUD: ___ PRIVADO: _____

¿OTRO CUAL?: _____

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

1.2.- PARÁMETROS DE SEGUIMIENTO:

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

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

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

Nº	NOMBRE DEL MEDICO / INSTITUCIÓN	ESTABLECIMIENTO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.7. REGISTRO DE PROBLEMAS DURANTE EL USO DE MEDICAMENTOS.

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

Si la respuesta anterior fue Si, entonces:

¿Cuál fue el problema o necesidad?

¿Pudo comunicarse? Si No

¿Si es NO, Por qué?

¿Cómo resolvió el problema? ¿A quién recurrió?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.10.- ANTECEDENTES FAMILIARES DE MORBILIDAD:

ENFERMEDAD	MADRE	PADRE	HERMANOS	OTROS
HIPERTENSIÓN				
DIABETES				
COLESTEROL				
OTRA:				

Observaciones:

.....

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

1.11.- HABITOS DE VIDA:

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

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

COD INTERV:

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

FICHA 02. HOJA DE INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA.

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

PACIENTE COD. N°:

FECHA:

NOMBRE:

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

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

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

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

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

REGISTRO DE LOS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE MANTIENE EN SU BOTIQUÍN

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

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

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

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

COD INTERV:

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

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

PACIENTE COD. N°:

FECHA:

NOMBRE:

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

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

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

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

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

COD INTERV:

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

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

PACIENTE COD N°:

NOMBRE:

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

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

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

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

4.2.- DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL PRM:

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

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

COD INTERV:

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

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

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

Fecha final de la Intervención:

COMENTARIO:

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

4.4. QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRM.

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

TABLA. CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS

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

COMENTARIO:

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

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

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

4.6 RESULTADO:

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

¿QUÉ OCURRIÓ CON LOS PRMs QUE NO SE RESOLVIERON?

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

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

COD INTERV:

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

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

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

5.1. NÚMERO DE CONTACTOS UTILIZADOS DURANTE LA INTERVENCIÓN:

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

Referencia:

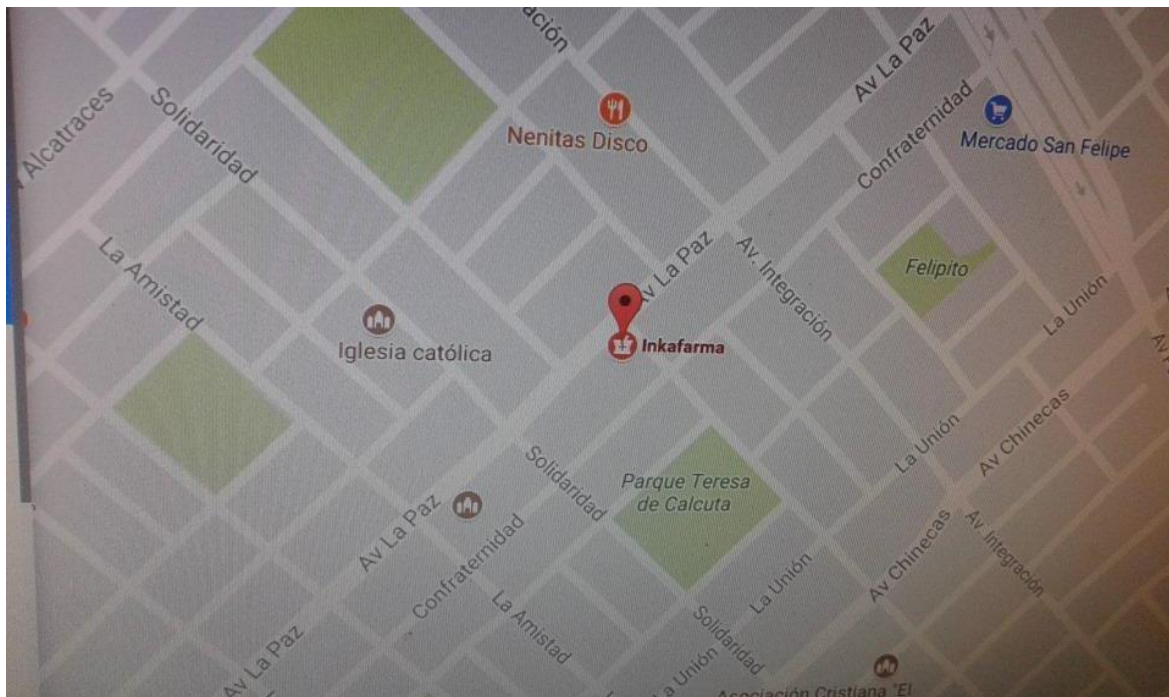
Clave	Lugar donde encontraba el paciente
1	Est. Farmacéutico
2	Domicilio
3	Otro:

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

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

COD INTERV:

5. Anexo. FIGURA 5. Ubicación geográfica de Botica Inkafarma Nuevo Chimbote



6. ANEXO. FIGURA 6 Frontis de botica Inkafarma



ANEXO. FIGURA 7. Ejemplos Paciente contando como se siente con su tratamiento de hipertensión.



Antes



Después



ANEXOS TABLAS Y CUADROS

Tabla 01. Edad de los pacientes hipertensos intervenidos

SEXO	PROM EDAD (AÑOS)	N	%
F	54.2	12	10 0
M	0.0	0	0.0
=	54.2	12	10 0.0
S	7.0		

Tabla 02. Número de contactos y tiempos de intervención para el desarrollo del programa de SFT a pacientes hipertensos.

N°	FAMACIA		DOMICILIO		TELEFONO		OTRAS VIAS		TOTALES	
	Co nt act os	Tiemp o (min)	contac tos	Tiemp o (min)	contact os	Tiem po (min)	Contac tos	Tiem po (min)	CONT ACTOS	Tiempo (min)
1	1	30	3	30	0	0	0	0	4	60
2	1	30	3	25	0	0	0	0	4	55
3	1	30	3	20	0	0	0	0	4	50
4	1	30	3	20	1	15	0	0	5	65
5	1	30	3	30	0	0	0	0	4	60
6	1	30	3	30	0	0	0	0	4	60
7	1	30	3	25	0	0	0	0	4	55
8	1	30	3	30	0	0	0	0	4	60
9	1	30	3	30	0	0	0	0	4	60
10	1	30	3	30	0	0	0	0	4	60
11	1	30	3	30	1	20	0	0	5	80
12	1	30	3	30	0	0	0	0	4	60
TOTAL	12.00	360.00	36.00	330.00	2.00	35.00	0.00	0.00	50.00	725.00
□	1.00	30.00	3.00	27.50	0.17	2.92	0.00	0.00	4.17	60.42
por contacto		30.00		9.17		17.18		0.00		14.49

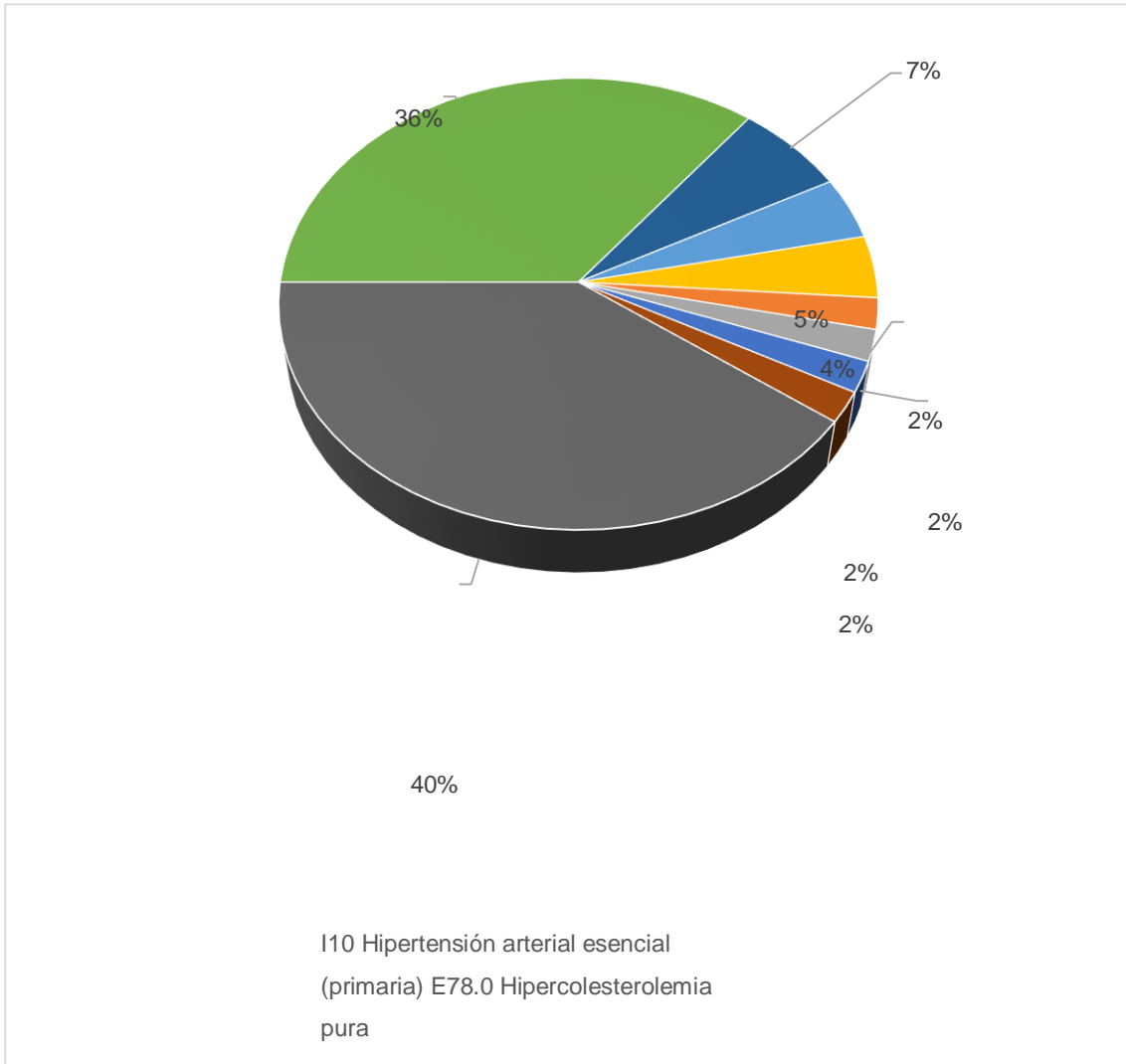


Grafico N°1. Porcentaje del tipo del medicamento utilizados por los pacientes durante el SFT. a pacientes hipertensos.

Tabla 03. División de la frecuencia y porcentaje de los PRM diagnosticadas a pacientes hipertensos.

PRM	Descripción	N	%
9	Incumplimiento	13	56.5
11	Otros PS	3	13.0
10	Interacciones	2	8.7
2	Actitudes Negativas	2	8.7
1	Adm. Errónea del Med.	2	8.7
4	Contraindicación	1	4.3
	TOTAL	23	100

Tabla 04. Tipos de intervenciones y distribución de la frecuencia ejecutadas de acuerdo al Problema Relacionado con Medicamento (PRM) diagnosticado a pacientes hipertensos.

Nº	DESCRIPCIÓN PRM	fi	INTERVENCION DESCRIPCIÓN	Fi	%
1	Incumplimiento	9	Disminuir Inc. Voluntario	13	56.5
		4			
2	Otros PS	1	Sust. Medic.	2	8.7
3	Interacciones	1			
4	Contraindicación	1	Retirar un Medic.	1	4.3
5	Otros PS	1	Modif. Frec. Dosis	1	4.3
6	Otros PS	1	Disminuir Inc. Voluntario	3	13.0
7	Actitudes Negativas	1			
8	Adm. Errónea del Med.	1			
9	Interacciones	1			
10	Actitudes Negativas	1	Disminuir Inc. Involuntario	3	13.0
11	Adm. Errónea del Med.	1			

TABLA 05. Distribución de la frecuencia de los Canales de comunicación.

N°	INTERVENCION	fi	CANAL DE COMUNICACIÓN	Fi	%
1	Disminuir Inc. Voluntario	8	Escrita Farm - Paciente	8	34.8
2		4	Verbal Farm - Paciente	4	17.4
3	Disminuir Inc. Involuntario	5	Verbal Farm - Paciente	5	21.7
4	Disminuir Inc. Involuntario	2	Escrita Farm - Paciente	2	8.7
5	Sust. Medic.	1	Escrita Farm - médico	1	4.3
6	Sust. Medic.	1	Escrita Farm - Paciente	1	4.3
7	Modif. Frec. Dosis	1	Verbal Farm - médico	1	4.3
8	Retirar un Medic.	1	Verbal Farm - Paciente	1	4.3
			TOTAL	23	100

Gráfico N°02. División acumulada del canal de comunicación utilizado para efectivizar la intervención.

Tabla 07. División de la frecuencia de la relación entre el canal de comunicación usado y la aceptación y solución de los PRMs a pacientes hipertensos.

N°	CANAL DE COMUNICACIÓN	fi	ACEPTACIÓN.	SOLUCIÓN.	Fi	%
1	Verbal Farm - Paciente - medico	4	no aceptado	no solucionado	4	11.1
2	Escrita Farm - Paciente	13	aceptado	no solucionado	10	33.1
3	Verbal Farm - Paciente	13	aceptado	solucionado	19	52.8
6	Escrita Farm - Paciente	6	aceptado	solucionado		
					29	80.5

Tabla 08. Resultados Negativos de la medicación (RNM) y el Problema Relacionado con Medicamentos que les dio origen a pacientes hipertensos.

N°	PRM Descripción	fi	RNM Descripción	Fi	%
1	Incumplimiento	7	No recibe lo que necesita	10	43.3
2	Otros PS	1			
3	Interacciones	1			
4	Actitudes Negativas	1			
5	Otros PS	2	Toma lo que no necesita	4	17.3
6	Interacciones	1			
7	Actitudes Negativas	1			
8	Contraindicación	1	Ineficacia no cuantitativa	1	4.3
9	Incumplimiento	6	Ineficacia cuantitativa	8	34.8
10	Adm. Errónea del Med.	2			
				23	100

Tabla 09. Comparación de la edad, cantidad de diagnósticos, cantidad de medicamentos, PRMS identificados y PRMS solucionados por paciente intervenido.

PAC	SEX O	ED AD	DIA G	MED	PR MS	PRM SOL
1	F	71	5	6	3	2
2	F	52	3	3	2	2
3	F	51	3	5	2	0
4	F	48	2	3	2	2
5	F	55	2	4	2	1
6	F	68	4	4	2	2
7	F	45	1	5	2	2
8	F	47	2	2	1	1
9	F	56	2	6	2	2
10	F	76	2	5	3	3
11	F	55	1	1	1	1
12	F	56	2	3	1	21
TOTAL			29	47	23	19
PROM		56.67	2.42	3.92	1.92	1.58

Tabla 10. Conclusión del SFT en términos de la cantidad y porcentaje de PRMs solucionados y no solucionados y los pacientes expuestos a sufrir por lo menos un ejecutados a pacientes hipertensos.

PACIENTE	PRM	PRM SOL	PRM NO SOL
1	3	2	1
2	2	2	0
3	2	0	2
4	2	2	0
5	2	1	1
6	2	2	0
7	2	2	0
8	1	1	0
9	2	2	0
10	3	3	0
11	1	1	0
12	1	1	0
TOTAL	23	19	4
%	100.00	82.61	17.39