

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**IMPACTO DEL SEGUIMIENTO
FARMACOTERAPÉUTICO
SOBRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
DIRIGIDO A PACIENTES HIPERTENSOS. CENTRO
DE SALUD YUGOSLAVIA, NUEVO CHIMBOTE,
MAYO - JULIO 2017**

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

AUTOR

NOE ARTEMIO ESPINOZA RIVERA

ORCID: 0000-0002-5667-2207

ASESOR

LIZ ELVA ZEVALLOS ESCOBAR

ORCID: 0000-0003-2547-9831

CHIMBOTE – PERÚ

2020

TITULO

IMPACTO DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO
SOBRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DIRIGIDO A
PACIENTES HIPERTENSOS. CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA,
NUEVO CHIMBOTE, MAYO - JULIO 2017

EQUIPO DE TRABAJO

AUTOR

Noe Artemio, Espinoza rivera

ORCID: 0000-0002-5667-2207

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

ASESOR

Mgtr. Zevallos Escobar, Liz Elva

ORCID: 0000-0003-2547-9831

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

JURADO

DIAZ ORTEGA, JORGE LUIS

ORCID: 0000-0002-6154-8913

RAMIREZ ROMERO, TEODORO WALTER

ORCID: 0000-0002-2809-709X

RODAS TRUJILLO, KAREM JUSTHIN

ORCID: 0000-0002-8873-8725

JURADO EVALUADOR

Dr. DIAZ ORTEGA, JORGE LUIS

PRESIDENTE

Mgtr. RAMÍREZ ROMERO, TEODORO WALTER

MIEMBRO

Mgtr. RODAS TRUJILLO, KAREM JUSTHIN

MIEMBRO

Mgtr. ZEVALLOS ESCOBAR, LIZ ELVA

ASESOR

AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA

A mis padres con mucho cariño por haberme permitido estar hoy en día en vías de la culminación de mi carrera profesional, porque día a día han sido mi mayor aliciente para seguir en mi lucha y aunque no estén directamente conmigo, sé que están velando por mí con sus sabias palabras.

Agradezco también a los profesores que me brindaron sus conocimientos, y amistad en el transcurso de mi formación profesional.

Dedico esta tesis a mi madre y hermana; porque gracias a ellas he podido continuar y haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

Igualmente, a mi pequeño retoño que apareció en todo el proceso de mi formación profesional y el cual se convierte en el baluarte de la consolidación de mi proyecto de vida.

Agradecer de manera especial a mi asesor de tesis, Mgtr. Zevallos Escobar, Liz Elva por su apoyo incondicional.

Y a Uladech católica por ser mi alma mater.

RESUMEN

La finalidad de la investigación tuvo como objetivo determinar el impacto del seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. Centro de salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, mayo - julio 2017. La muestra consto de 12 pacientes hipertensos que fueron captados en el Centro de salud Yugoslavia, que fue 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, nivel de eficacia con el Test de Macnemar ($p=0.05$), test de Morinsky-Green-Levi, medido con una significancia ($p=0.05$) del Test de Wilcoxon basado en Escala de adherencia a la medicación (MAS). Los problemas de salud identificados fueron en total 42 y los medicamentos totales usados por los pacientes fueron 43, se detectaron 33 PRMs y se solucionaron el 93, 5% de ellos. El nivel adherencia antes y después del seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes hipertensos fue alto con una significancia de $P=0.021$. Se concluye que él seguimiento farmacoterapéutico tuvo un impacto significativo en la adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos.

Palabras claves: Adherencia, Impacto, Hipertensión, Seguimiento farmacoterapéutico.

ABSTRACT

The purpose of the research was to determine the impact of pharmacotherapeutic follow-up on adherence to treatment in hypertensive patients. Yugoslavia Health Center, Nuevo Chimbote, May - July 2017. The sample consisted of 12 hypertensive patients who were recruited at the Yugoslavia Health Center, which was monitored through a pharmacotherapeutic follow-up program based on a modification of the DADER method which It is divided into five phases: capture, information gathering, information evaluation, intervention, monitoring and measurement of results. In each phase, information was collected on specific tools and instruments: therapeutic drug files, level of efficacy with the Macnemar Test ($p = 0.05$), Morinsky-Green-Levi test, measured with a significance ($p = 0.05$) of the Test of Wilcoxon based on Medication Adherence Scale (MAS). The identified health problems were 42 and the total medications used by the patients were 43. 33 DRPs were detected and 29 were solved (93, 5%). The level of adherence before – after the pharmacotherapeutic follow-up of hypertensive patients, indicated a level of significance of $P = 0.021$. It is concluded that the pharmacotherapeutic follow-up had an impact on adherence to treatment in hypertensive patients.

Keywords: Adherence, Impact, Hypertension, Pharmacotherapeutic follow-up

INDICE

TITULO.....	ii
EQUIPO DE TRABAJO.....	iii
JURADO EVALUADOR	iv
AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
CONTENIDO.....	viii
INDICE DE CUADROS, FIGURAS, TABLAS Y GRAFICOS.....	ix
I. Introducción.....	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA.....	6
2.1. Antecedentes.....	10
2.2. Marco teórico.....	22
III. HIPÓTESIS.....	23
IV. METODOLOGIA.....	24
4.1. Diseño de la investigación.....	24
4.1.1. Tipo y nivel de la investigación.....	24
4.2. Población y muestra.....	25
4.3. Definición y operacionalización de las variables.....	26
4.4. Técnicas e instrumentos.....	27
4.4.1. Tecnica.....	27
4.4.2. Instrumento.....	28
4.5. Plan de análisis de datos.....	32
4.6. Matriz de consistencia.....	33
4.7. Criterios éticos.....	34
V. RESULTADOS.....	35
5.1. Resultados.....	35
5.2. Análisis de resultados.....	38
VI. CONCLUSIÓN.....	42

Aspectos complementarios.....	41
Referencia bibliográfica.....	42
Anexos	

ÍNDICE DE CUADROS, FIGURAS, TABLAS Y GRÁFICOS

	Índice de cuadros	Pág.
Cuadro N° 01	Listado de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRN).	13
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).	14
Cuadro N 03	Tipos de canales para comunicar las recomendaciones del farmacéutico para la solución de PRMs	65
Cuadro N 04	Escala de adherencia a la medicación (MAS) de Morisky-Green –Levine95.	67

	Índice de figuras	Pág.
Figura N° 01	Etapas clave del proceso de seguimiento farmacoterapéutico modificado de DADER	18
Figura N° 02	Esquema del modelo de intervención farmacéutica	23
Figura N° 03	Flujograma de las actividades de seguimiento farmacoterapéutico.	66
Figura N° 04	Evidencia de intervención a paciente	69
Figura N° 05	Ubicación geográfica del Centro de Salud	69
Figura N° 06	Frontis del Centro de Salud	70

Índice de Tablas

Pág.

Tabla N° 01	Tabla N°01. Identificación de los problemas de salud diagnosticados y no diagnosticados en los pacientes hipertensos durante el seguimiento farmacoterapéutico. Centro de salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, mayo - julio 2017	35
Tabla N° 02	Tabla N° 02. Medicamentos prescritos y no prescritos durante el proceso de seguimiento farmacoterapéutico a pacientes hipertensos. Centro de salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, mayo - julio 2017	36
Tabla N° 03	Tabla N°03. Problemas relacionados con medicamentos detectados y PRMS solucionados durante el seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes hipertensos. Centro de salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, mayo - julio 2017	37
Tabla 04	Tabla N° 04. Nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos antes y después del seguimiento farmacoterapéutico. Centro de salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, mayo - julio 2017.	38

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad se ha producido un cambio pertinente en el estudio de recuperación de enfermedades crónicas, pues con el tiempo se ha expandido una cantidad de pacientes complejos, ampliando la utilización de activos de salud o servicios que mejoren esos niveles, apareciendo la labor importante aquí del Químico farmacéutico que ejerce un trabajo fundamental, ya que aporta un incentivo extraordinario en esta problemática sanitaria, desempeñando uno de los mejores servicios en ayuda del cuidado de los pacientes y sus medicamentos, el seguimiento farmacoterapéutico.¹

Este cuidado farmacológico es uno de los numerosos ejercicios que realiza un Químico Farmacéutico y su motivación es seguir un tratamiento farmacológico suficiente, que avance en la mejora de la satisfacción personal del paciente y su salud.²

El seguimiento farmacoterapéutico es uno de los servicios que se deben realizar en los establecimientos farmacéuticos, en el sentido de que logra mejorar la farmacoterapia; sin embargo, es todo menos una práctica típica en las farmacias comunitarias, cuando éstas están llamadas a convertirse en una de las instituciones más notables del dominio de la atención primaria.³

Las enfermedades no transmisibles, especialmente la hipertensión en curso se vuelve compleja con una alta frecuencia, representando una prueba para las estrategias sanitarias, esta patología está presente en mil millones de personas en todo el mundo y puede provocar enfermedades coronarias y accidentes cerebrovasculares, es una afección extremadamente cuidadosa donde el paciente puede introducir algún tipo de problema con respecto a su tratamiento configurado por diferentes variables.⁴

En ese punto, la hipertensión influye aproximadamente en el 20% de los adultos mayores del planeta, de estos solo en algún lugar en el rango del 10 y el 37% logran el control de la hipertensión arterial, por lo que la estrategia Dáder para el desarrollo farmacoterapéutico es una técnica realista para reconocer, resolver y prevenir de manera básica y funcional las secuelas negativas de la farmacoterapia. ⁵

El control de la hipertensión es un ciclo impredecible y multidimensional, además el tratamiento farmacológico también presenta problemas secundarios, se han identificado dentro de estas manifestaciones después de la utilización del tratamiento hipertensivo; reacciones como diarrea, malestar estomacal y dolor de cabeza. ⁶

Dentro de la estrategia de la adherencia terapéutica, se acentúan aquellos componentes existentes en la vida de la persona que llevan a que el paciente no aporte a su autocuidado, no siguiendo indicaciones de su médico o toma de medicamentos prescritos, lo que incidirá directamente en la poca recuperación de la salud y como consecuencia del tratamiento, independientemente de que sea farmacológico o no farmacológico se ve sumamente afectado. ⁷

Esta pandemia mundial de hipertensión no está controlada en gran medida y la hipertensión sigue siendo la principal fuente de muerte de una enfermedad no transmisible, la adherencia como acto es imperfecta, que incluye factores o actitudes como no comenzar el tratamiento con medicamentos, no aceptar prescripciones con la frecuencia recomendada y perseverar con el tratamiento a largo plazo, además de los factores como los ingresos económicos, las condiciones clínicas asociadas en conjunto, el tipo de vida que están relacionados con la mala adherencia. ⁸

En general, solo la mitad de los adultos se aferran a la adherencia de los medicamentos, debido a ello la hipertensión tiene los niveles más bajos de adherencia y se relacionan con

un control de la enfermedad más desafortunados, con resultados desfavorables, que incorporan accidente cerebrovascular, del miocardio, descomposición cardiovascular y muerte. Aunque se puede acceder a medicamentos poderosos para controlar la presión arterial y disminuir todo ello, los pacientes hipertensos siguen siendo uno de los principales desafíos clínicos del mundo. ⁹

En el Perú, la hipertensión y su adherencia a los medicamentos, según el grado de conocimiento sobre ella es insuficiente, a pesar de que ha mejorado últimamente, esto es mejor en las poblaciones metropolitanas y en general más terrible que en las distintas áreas urbanas de las comunidades latinoamericanas. De igual manera, a pesar de que el control de la hipertensión ha mejorado, aún falta, pues está por debajo de otras naciones latinoamericanas, por ello es concebible que la adherencia al tratamiento sea más baja en estas áreas del país. ¹⁰

En 2018 se examinaron las cualidades sociodemográficas relacionadas con la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos de la población peruana, percibiéndose que el 20,1% de la población peruana es hipertensa, el 55,5% son mayores de 60 años, el 66,0% son mujeres y el 62,4% son pacientes hipertensos seguidores de su tratamiento. ¹¹

Entonces el programa de seguimiento farmacoterapéutico trata de vigilar mes a mes por medio de visitas, recopilar datos, registrarlos, establecer un plan de consideración para cada problema médico; problemas de farmacoterapia, comunicación con los prescriptores ante los problemas de farmacoterapia reconocidos y capacitación de los miembros para conocer mejor su enfermedad. Este programa de atención farmacéutica tiene el reconocimiento de lograr mejorar el resultado clínico y la satisfacción personal de los pacientes. ¹²

En torno a esto, también existen claros desafíos en la implementación de estos servicios farmacéuticos, debido a la falta de tiempo y al personal inadecuado en la atención para ejecutarla y es importante mejorar fundamentalmente la cooperación entre los especialistas en medicamentos y otros expertos en salud, para fomentar el esfuerzo conjunto interprofesional en bien de la población.^{13, 14}

El motivo de este estudio va más allá de la necesidad de no conocer realmente la adherencia a la terapia en este tipo de pacientes hipertensos, aplicando no solo el seguimiento farmacoterapéutico, si no poder estimar su efecto en aportación desde la información y experiencia como Químico Farmacéutico en una nación donde las enfermedades crónicas son altas y esta actividad poco extendida.

Entonces ante lo expuesto en esta presente investigación, se planteó lo siguiente:

Planteamiento del problema:

¿Tendrá impacto el seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento dirigido a pacientes hipertensos. Centro de salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, mayo - julio 2017?

Objetivos de la Investigación:

Objetivo General.

- Determinar el impacto del seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento dirigido a pacientes hipertensos. Centro de salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, mayo - julio 2017

Objetivos Específicos.

- Identificar los problemas de salud y medicamentos utilizados durante el seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento dirigido a pacientes hipertensos. Centro de salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, mayo - julio 2017.

- Determinar los problemas relacionados con los medicamentos detectados y los PRMS solucionados durante el seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento dirigido a pacientes hipertensos. Centro de salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, mayo - julio 2017.
- Determinar los niveles de adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos intervenido en el Centro de salud Yugoslavia. Nuevo Chimbote, mayo - julio 2017.

I. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes.

Pérez A; Pérez J, Zayas J, ¹⁵ en Cuba el 2020 estudiaron la adherencia terapéutica antihipertensiva y los factores asociados a su incumplimiento en el primer nivel de atención en Cienfuegos, 2019. Fue un estudio descriptivo transversal, el universo estuvo conformado por 289 hipertensos, a los que se le aplicó el seguimiento farmacoterapéutico y el test de Morisky-Green-Levine. Como resultado predominó la adherencia al tratamiento 59 (73,75 %). Los más cumplidores fueron las mujeres y los pacientes con edades entre 40 y 59 años. Como conclusión la adherencia al tratamiento antihipertensivo predomina y los factores asociados al incumplimiento dependiente del paciente.

Sáenz D, ¹⁶ en Perú el 2019 en su estudio tuvo el objetivo de determinar el efecto de un seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos en botica Baruc Farma. Como método se aplicó un seguimiento farmacoterapéutico a 12 pacientes hipertensos y se evaluó mediante el test de Morinsky Green Levine antes y después y midiendo el nivel con una significancia <0.05 la adherencia al tratamiento. Como resultados se halló un promedio de edades de 61 años y la adherencia al tratamiento una ($p= 0.021$). Concluyendo que la intervención farmacéutica fue eficaz.

Correa A, ¹⁷ en Colombia el 2020 en su estudio evaluó el seguimiento farmacoterapéutico aplicando el Método Dáder a pacientes con hipertensión arterial en el departamento de Córdoba durante el periodo de Agosto a Noviembre del año 2020. Realizó un estudio descriptivo, cuantitativo, contando con una población de pacientes hipertensos y polimedicados mayores de 18 años con una muestra por conveniencia de 25 pacientes, se les revisó su historia clínica, se entrevistaron y se analizó cada medicamento que tenían

prescrito utilizando la metodología Dáder. Como resultado la edad promedio fue de 70 a 80 años con un 40% mujeres, se presentaron 80 PRMs siendo mayoritariamente interacciones asociadas por medicamentos de sus otras patologías con un mala adherencia al tratamiento. Concluyendo que se aplicó el seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes hipertensos.

Bernaldo D,¹⁸ el 2015 en su estudio el efecto de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. Farmacia del centro de salud del distrito de Coishco. Como método se aplicó un seguimiento farmacoterapéutico a 12 pacientes hipertensos y se evaluó por el Test de Morisky Green Levy pre y post la adherencia al tratamiento. Como resultado se identificó los Problema Relacionado al Medicamento (PRM). y el incumplimiento obtuvo un 31%. La adherencia comparada antes 75% y después 41% en los pacientes hipertensos con una significancia p (0.046%). Concluyendo que el estudio tiene un buen efecto en los pacientes hipertensos.

Tubay J,¹⁹ en Ecuador el 2020 tuvo como objetivo describir los niveles de adherencia terapéutica de pacientes adultos con hipertensión arterial. Para la cual se utilizó un estudio transversal de tipo cuali – cuantitativo. Se empleó el test de Morisky Green - Levine y una encuesta a 40 personas adultas diagnosticadas con hipertensión arterial. Los resultados mostraron que la mayoría de pacientes son adultos mayores jóvenes entre 55 a 64 años de edad de género femenino, encontró un 47,5% de adherencia, frente a la no adherencia con un 52,5%. Finalmente concluye que un alto nivel de no adherencia al tratamiento.

Huiñac R,²⁰ en Chimbote el 2017 determino el efecto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hipertensos la adherencia al tratamiento. Boticas Econo Farma. Como método se aplicó un seguimiento farmacoterapéutico a 12 pacientes

hipertensos y se evaluó por el Test de Morisky Green Levy pre y post la adherencia al tratamiento. Como resultados se hallaron 29 PRMs y se solucionaron los 29 equivalentes al 100 %, siendo la inseguridad un 51,7 %, e ineficacia 48,3 % y la adherencia antes y después obtuvo un impacto significativo ($p= 0,000$). Concluyendo que el seguimiento farmacoterapéutico fue eficaz.

Ventocilla N,²¹ en Lima el 2020 determino el grado de adherencia farmacoterapéutica de pacientes con hipertensión arterial en el Centro Integral del Adulto Mayor de Santa Anita-Lima. Es un estudio de tipo descriptivo y prospectivo. Participaron 27 pacientes de 59 a 88 años de edad. Se emplearon 2 test para el análisis de la adherencia: el de Morisky-Green-Levine y el de Hermes. Como se obtuvo un 30 % de adherencia al tratamiento antihipertensivo con el test de Morisky-Green-Levine y un 41 % de adherencia con el test de Hermes. Al aplicar la prueba de McNemar, en ambos test se encontraron 5 (18.5 %) pacientes adherentes y 13 (48.1 %) no adherentes; con una concordancia total de resultados entre ambos de 66.6 %.

Álvarez M,²² en Trujillo 2020 evaluo la eficacia del Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes hipertensos. Botica Farma Salud. Urbanización El Bosque – Trujillo. 2017. Se realizó un estudio pre experimental, con evaluación pre test y post test, y para evaluar el grado de adherencia se trabajó con el test de Morisky Green Levine. Como resultados se identificaron 21 problemas relacionados con los medicamentos (PRMs). Los PRM 9 incumplimiento (47.6%) y PRM 2 (33.3%) actitudes negativas del paciente, fueron los de mayor frecuencia, se solucionaron el 85.8% de ellos. identificando que el 71.4% resultaron ser incumplidores antes del SFT, después se logró reducir a un 14.3% de incumplidores ($p=0.012$). Se concluye el seguimiento farmacoterapéutico tiene eficacia significativa sobre la adherencia al tratamiento.

Herrera L, ²³ en Chimbote determino el efecto intervención farmacéutica sobre la adherencia al tratamiento de pacientes con hipertensión en la Farmacia Bonofarma. Chimbote, mayo – julio 2018. La muestra de 12 pacientes fue monitoreada a través del seguimiento farmacoterapéutico basado en una modificación de método DADER. Escala para la adherencia (MAS) de Morisky – Green – Levine, Test de Macnemar para la significancia de la intervención. Como resultado se hallaron 35 enfermedades y 35 medicamentos totales en los pacientes, se identificaron 27 PRMs y se solucionaron 23 iguales a (85.2%). La adherencia comparada antes–después de la intervención indico un efecto poco significativo $P=0.125$.

2.2. Marco Teórico

2.2.1. Atención farmacéutica y Seguimiento farmacoterapéutico

Atención farmacéutica

El significado de atención farmacéutica es una forma de pensar en la formación, en la que el paciente es el receptor principal de las actividades del especialista en medicamentos. El cuidado de los medicamentos incluye el ciclo a través del cual un especialista en medicamentos ayuda a un paciente y a diferentes expertos en el plan, el uso y la verificación del tratamiento que creará resultados de recuperación para el paciente.²⁴

El objetivo es lograr resultados clínicos positivos. Una parte de los resultados atractivos son: la corrección de la enfermedad del paciente, el final o la mejora de las manifestaciones del paciente, la disminución de un ciclo de enfermedad y la anticipación de una afección o sintomatología. Esto, por lo tanto, incluye tres capacidades principales: distinguir, abordar y prevenir los problemas actuales y potenciales del tratamiento con medicamentos.²⁴

Método Dáder

El Método Dáder de desarrollo farmacoterapéutico se introdujo en el mundo en 1999 para cubrir el ciclo que se instruyó en el Programa Dáder y se había reexaminado en 2003. El Método Dáder es una metodología utilizable para servir al desarrollo de la farmacoterapia en cualquier grado de atención y para cualquier paciente. El uso de esta metodología de trabajo significa realizar unas pautas de formación que aseguren la productividad de la administración, y en particular la seguridad del paciente.²⁵

Seguimiento farmacoterapéutico

Para la Dirección general de medicamentos, insumos y drogas (DIGEMID), el cuidado de los medicamentos son las actividades del experto en Química Farmacéutica para la

mejora y apoyo del bienestar y la satisfacción personal del paciente, que se ponen de manifiesto a través de los ensayos adecuados de Dispensación y Monitoreo Farmacoterapéutico. Además, el seguimiento farmacoterapéutico es la demostración experta en la que el Químico Farmacéutico ayuda y supervisa al paciente de acuerdo con la coherencia con su farmacoterapia, a través de mediaciones farmacológicas orientadas a prevenir, distinguir y atender los problemas relacionados con la medicación (PRM).²⁶

Objetivos del seguimiento farmacoterapéutico

- Buscar la mayor viabilidad de los medicamentos farmacológicos.
- Detectar, anticipar y resolver PRM y RNM.
- Reducir la tristeza - la mortalidad relacionada con la utilización de medicamentos, en este sentido, mejorar la seguridad del tratamiento con medicamentos.
- Contribuir a la justificación de la utilización de medicamentos como principal instrumento reparador de nuestro público en general.
- Mejorar la satisfacción personal identificada con el bienestar de los pacientes.²⁶

Estructura del seguimiento farmacoterapéutico

Esta técnica tiene una estructura genuinamente regular con el resto de medidas de atención médica. Para empezar, se deben adquirir datos sobre el estado de bienestar del paciente y los medicamentos utilizados, a partir de los cuales se desarrollará un registro, llamado estado de circunstancia, que es lo que, luego de agregar los datos importantes, se evaluará. La consecuencia de esta valoración serán las dudas de circunstancias insólitas sobre las que el experto optará por intervenir con los métodos de que disponga, con el objetivo de conseguir, por esta intercesión, una mejora en el estado de bienestar de ese entendimiento.²⁷

Estándares de selección de los pacientes

Aquí existe la necesidad de elegir un área de la población con un mayor riesgo para su recuperación por ejemplo, pacientes en condición básica, con mayor peligro nosocomial, indefensos frente a impactos hostiles, con patologías en curso, que están siendo tratados con medicamentos con un estrecho margen, entre otros.²⁷

Esquema de atención y fases del servicio

Para completar el desarrollo farmacoterapéutico, es importante comprender que se trata de una ayuda normalizada y deliberada, por lo que el trabajo se coordina en diversas etapas y ejercicios. Estas etapas varían en el grado de contacto establecido con el cliente y los ejercicios a realizar en cada una. El servicio se puede dividir en 2 etapas fundamentales:

Periodos de contacto con el cliente

- Entrevista o reunión inicial o confirmación.
- Reunión o entrevista de intervención.
- Entrevista o reunión de seguimiento.²⁸

Para que una consideración sea percibida como un desarrollo farmacoterapéutico, en todo caso se deben realizar 3 reuniones con el cliente, cada una de las cuales queda registrada en la ficha correspondiente.

Etapas de evaluación y contacto con el grupo

- Etapa de evaluación.
- Etapa de intervención y plan de actividades.²⁸

Problemas Relacionados con el uso de Medicamentos

Si bien el interés en las respuestas a los medicamentos se expandió significativamente durante la década de 1960 después de la debacle de la talidomida, es recientemente cuando la consideración se centra en el tema de los errores de medicación. Como regla

general, los problemas identificados con la utilización de medicamentos afirmados se pueden resumir en el término problemas relacionados con los medicamentos. Al evaluar la redacción sobre cuestiones relacionadas con la medicación (PRM), se descubre de inmediato que la mayoría de las investigaciones son difíciles de contrastar debido a la variedad en las definiciones y la disposición de los PRM.²⁹

Cuadro N°01. Lista de los problemas relacionados con los medicamentos (PRMs) propuesta por el Método DADER de Seguimiento Farmacoterapéutico.

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Administración errónea del medicamento2. Actitudes negativas del paciente3. Conservación inadecuada del medicamento4. Contraindicaciones5. Dosis, pauta y/o duración no adecuada6. Duplicidad7. Error en la dispensación8. Error en la prescripción9. Incumplimiento10. Interacciones11. Otros problemas de salud que afectan al tratamiento12. Probabilidad de efectos adversos13. Problema de salud insuficientemente tratado14. Problemas económicos15. Otros |
|---|

Tomado de Foro de atención farmacéutica.³⁰

Resultados Negativos de la Medicación.

En 1990, Strand engendró la expresión "problemas relacionados con los medicamentos" (PRM), aunque sin significar continuamente una idea similar, a menudo combinando componentes de la medida de uso de medicamentos con los resultados, una circunstancia que provocó una discusión sobre la idoneidad y el significado de este término. Por fin, en 2007, el tercer Consenso de Granada caracterizó, desde una perspectiva, el término «resultados negativos relacionados con la medicación» (NRM) para aludir a aquellos

problemas médicos del paciente debido a la utilización de medicamentos que no cumplen los objetivos de restauración y, nuevamente, el término PRM, utilizado para aludir a aquellas circunstancias durante el tiempo que se emplea la medicación, que causa o puede causar la presencia de un NRM, por ejemplo, organización incorrecta de la medicación, capacidad desaconsejada, contraindicación, atributos individuales, porción, horario y / o extensión indecorosos, duplicación, errores en la administración, errores en la solución, rebeldía, asociaciones, etc. ³¹

Cuadro N° 02. Clasificación de resultados negativos asociados con la medicación. Tercer Consenso de Granada 2007. ³¹

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.

Tomado de Pérez D. ³¹

Diagnóstico de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM).

Aquí persigue como orden lo detallado por el Tercer Consenso de Granada para caracterizar a todos. Y modificado por Ocampo P,³² que agrego tres nuevos términos según la realidad peruana y puedan ser mejor incluidos en el análisis y resolución de los problemas hallados.³³

a) Administración del medicamento incorrecto (PRM 1): los pacientes son los que están de acuerdo con los expertos en restauración en su prescripción; en cualquier caso, estos términos certificados son las opciones sobre la utilización que los especialistas no refuerzan en el control, seleccionando una elección del paciente para usar una cura o una respuesta, sin requerirlo.³³

b) Disposición negativa (PRM 2): suceden cuando el paciente espera comenzar una conducta contraria a la solución, en una perspectiva fuera de la base sobre los efectos de los remedios. El paciente es instigado, ya sea por componentes estándar o extraños, por ejemplo, sentimientos no competentes.³⁴

c) Conservación inadecuada (PRM 3): condiciones exactas en medicamentos que tienen una seguridad mínima requerida que influye expresamente en el ajuste de su calidad. Estas condiciones pueden ser enfoques de amenaza, contiguos, introducción ligera, temperaturas altas o bajas en lugares donde pueden causar maltrato físico.³⁴

d) Duplicidad (PRM4): es la utilización de dos medicamentos de una manera bien conocida, con una sustancia comparable para una consistencia farmacológica equivalente, carácter farmacológico, la cercanía del movimiento valioso, en este sentido se considera que dos Las drogas están duplicadas.³⁵

e) Dosis, plan y / o control remoto provisional (PRM 5): Ocurre cuando las convenciones de la guía farmacológica no muestran la afirmación de la parte y se propone en las estructuras del programa de bienestar. La ambigüedad también puede presentar, durante todo el período, la repetición de la repetición o la disminución o ampliación del tiempo

de tratamiento.³⁵

f) Contraindicaciones (PRM 6): una solución está contraindicada cuando un ajuste en las condiciones fisiopatológicas del paciente es irregular, por lo que no es esencial usar un medicamento en particular en sus condiciones, en este sentido las contraindicaciones pueden afectar al paciente.³⁶

g) Administración errónea (PRM 7): las recetas deben, en caso de incertidumbre, ser coordinadas, distinguidas o controladas según lo propuesto por el maestro, como lo indican las reglas actuales, se expresa que el asignador de medicamentos ofrece al paciente una opción farmacéutica para A pesar de la bioequivalencia, se le dice a su semejanza, para ayudar al comercio por otro en DCI.³⁶

h) Errores de prescripción (PRM 8): el error ocurre cuando se realiza el tratamiento o cuando el paciente usa el medicamento respaldado, sin confirmar un remedio oficial, teniendo el nombre del medicamento en DCI, la estructura, la porción, la recurrencia, fecha, por lo tanto tipo del experto terapéutico.³⁷

I) No consistencia o no adherencia al tratamiento sugerido (PRM 9): la importancia de lo que se conoce como el "propósito rápido detrás de la conducta del paciente para la consistencia de tomar el remedio sin desinteresarlo regularmente con la asociación certificada con do como tal en esa capacidad.³⁷

j) Interacciones (PRM 10): obstáculo que surge cuando, independientemente, se necesitan dos remedios juntos que entran en contacto con el objetivo de tener un efecto farmacológico positivo de ambos o de cualquiera de ellos; sus actividades disminuyen o mejoran sorprendentemente, ya que le dan la oportunidad al paciente de recuperarse.³⁸

k) Otros problemas correctivos que impactan el tratamiento (PRM 11): estos son problemas terapéuticos que están rotos o que tienen un efecto increíble para los pacientes que obtienen un uso positivo de las pseudociencias que producen afectabilidad, estrés y efectos gastrointestinales debilitantes, molestos, contaminación respiratoria, sensaciones

sin precedentes, y así sucesivamente. ³⁸

l) Posibles respuestas antagónicas (PRM 12): estos son problemas intrínsecos a la medicina aprobada, por lo que es útil evaluar la prueba que existe sobre la probabilidad de indicar un efecto molesto particular y explícito sobre su gravedad, ya que también es imprescindible obtener datos como efectos secundarios de los efectos secundarios. ³⁹

m) Problemas tratados de manera inapropiada (PRM 13): el especialista en drogas puede ver estos problemas al hacer entrevistas para obtener respuestas expresas para verificar si siente mejoría, obligación o continúa como en el pasado, por lo tanto, el increíble problema de la insuficiencia de lo recomendado tratamiento, se convierte en una fuente de preliminares equivocados para pacientes prósperos, por lo que la autoridad médica debe acordar el problema. ³⁹

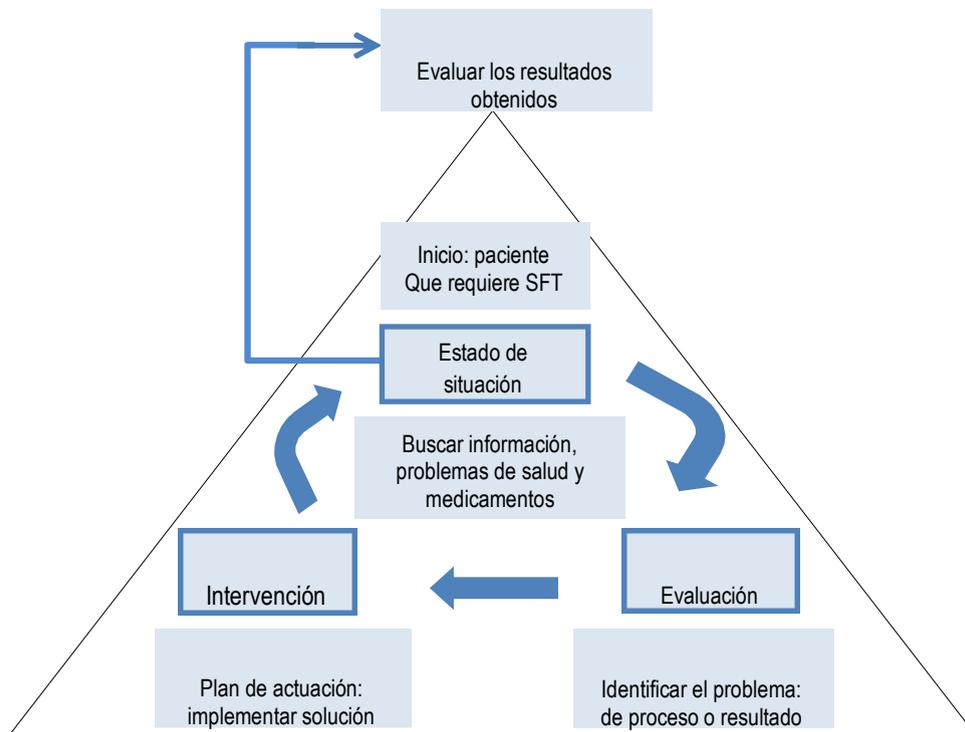
n) Efecto negativo de la tierra (PRM 14): la personalidad de los pacientes debido al efecto de la condición social, familiar y social que es un grado notable de valor y conducta hacia la composición diaria de las drogas. ⁴⁰

p) Problemas económicos (PRM 16): donde no adquiere ni puede establecer una administración como la compra de los mismos. ⁴⁰

Etapas clave del proceso de SFT modificado de DÁDER

Aquí persigue como orden lo detallado por el Tercer Consenso de Granada para caracterizar a todos. Y modificado por Ocampo P, que agrego tres nuevos términos según la realidad peruana y puedan ser mejor incluidos en el análisis y resolución de los problemas hallados.

Figura N° 01. Etapas clave del proceso de seguimiento farmacoterapéutico modificado de DADER.



Tomado de: P. Ocampo.³²

2.2.2. Conceptualización de Adherencia al tratamiento

La adherencia a los tratamientos es un determinante significativo del logro del tratamiento. La ausencia de adherencia es un tema importante que influye tanto en el paciente como en el marco de bienestar. La ausencia de cumplimiento de la prescripción en los pacientes provoca un deterioro considerable de la enfermedad y el aumento de los costos de los servicios médicos. Es probable que una variedad de elementos influya en la adherencia. Las obstrucciones a la adherencia podrían ser atendidas como factores del marco del paciente, proveedor y bienestar, con cooperación entre ellos. Reconocer límites explícitos para cada paciente y recibir métodos satisfactorios para superarlos será importante para mejorar la adherencia al fármaco. Los expertos en bienestar, por ejemplo, especialistas, especialistas en medicamentos y asistentes, tienen una función importante en su práctica diaria para mejorar la adherencia a la prescripción del paciente.⁴¹

Técnicas para medir la adherencia

Las estrategias para estimar la adherencia se pueden dividir en técnicas inmediatas. Entre las técnicas inmediatas se encuentran la garantía de la convergencia del medicamento o su metabolito en un ejemplo orgánico y el tratamiento que se percibe directamente. Las estrategias indirectas pueden basarse en la reunión clínica con el paciente (contando la utilización de encuestas), en el control de la prescripción de abundancia, en la utilización de dispositivos electrónicos o en la investigación de expedientes de reparto. La utilización de encuestas para decidir la adherencia autoanunciada por el propio paciente es una técnica valiosa en la práctica clínica diaria, sencilla y modesta. Entre la gran cantidad de encuestas existentes, la decisión de una sobre otras se basará en la patología que padece el paciente y en los datos a diseccionar.⁴²

Estrategia Morisky-Green

De la metodología de autoinforme (técnica indirecta), la más utilizada es la encuesta Morisky-Green, que consta de 4 indagaciones que preguntan si el paciente toma el medicamento, independientemente de si lo descuida, y si lo suspende cuando lo toma se siente bien o mal. Esta encuesta decide si el individuo es consistente con el medicamento, sea como sea, no piensa en diferentes partes de la rutina de restauración, por ejemplo, dieta, trabajo real y control de los factores de peligro relacionados.⁴³

Prueba de Morisky-Green-Levine

Esta técnica, que está aprobada para diferentes enfermedades constantes, fue desarrollada inicialmente por Morisky, Green y Levine para evaluar la adherencia a la prescripción en pacientes con hipertensión de vasos sanguíneos (HTA). Desde que se presentó la prueba, se ha utilizado en la evaluación de la adherencia en diversas enfermedades. Por otra parte, es todo menos difícil de hacer en la farmacia de la red, ya

que es muy corto y fácil de aplicar. Se compone de una progresión de cuatro preguntas de diferencia con una respuesta dicotómica sí / no, que refleja la conducta del paciente en lo que respecta a la consistencia. Además, tiene cierto margen de maniobra que da datos sobre los motivos de la resistencia. ⁴⁴

2.2.3. Hipertensión

La hipertensión es una enfermedad continua no reparable que debe exponerse a una terapia profundamente arraigada y que es incapaz de causar ajustes a mediano y largo plazo dependiendo del paciente. ⁴⁵

Caracterización según etiología

Existe la Hipertensión esencial, cuando no existen causas fisiológicas conocidas.

La hipertensión secundaria, se debe a una amplia variedad de causas, es un signo de otra patología. Dependiendo de la afección, los instrumentos que se suman a la patogenia, fluctúan desde impactos hormonales sobre el músculo liso vascular hasta cambios en la hemodinámica. Como regla general, la hipertensión se debe a una enfermedad renal o tiene su origen en problemas metabólicos endocrinos con ajuste en la creación de hormonas, por ejemplo, tiroides, aldosterona, glucocorticoides o mineralocorticoides. ⁴⁵

La hipertensión se caracteriza por la presencia de estimaciones de tensión circulatoria por encima de lo normal: pulso sistólico (PAS) ≥ 140 mmHg y / o tensión circulatoria diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg. Sin embargo, en los mayores, algunos autores recomiendan PAS ≥ 160 mmHg y PAD ≥ 90 mmHg para hipertensión diastólica fundamental.

Debido a la hipertensión sistólica segregada, las cifras de PAS ≥ 140 mmHg se contabilizan con PAD por debajo de 90 mmHg. Una PAS = 140 - 160 mmHg se considera una tensión circulatoria sistólica marginal. ⁴⁶

Fisiopatología

Los cambios en la obstrucción vascular periférica y el rendimiento cardíaco expandido son parte integral de la hipertensión de los vasos sanguíneos para el avance de la hipertensión básica y la hipertensión sistólica desconectada. No obstante, la maravilla da la impresión de ser multifactorial. ⁴⁶

Tratamiento de la hipertensión

Debe tenerse en cuenta en todas las personas en las que las disminuciones ideales en las cifras de pulso no se logran con ajustes de estilo de vida.

Los diuréticos son poderosos para reducir el peso tanto sistólico como diastólico. Los principales impactos desfavorables se encuentran en el grado de perfil lipídico, potasio y creatinina. También pueden inclinarse a la introducción de incontinencia urinaria. ⁴⁷

Betabloqueantes, se ha observado una mayor frecuencia de melancolía e hipotensión ortostática, lo que podría restringir su conveniencia en este encuentro de pacientes. No obstante, se consideran una alternativa de inicio decente sin contraindicaciones.

Los antagonistas de calcio se consideran ideales en estos pacientes, ya que casi no se han observado tasas de caídas e hipotensión ortostática relacionadas con ellos.

Los inhibidores IECA, son hipotéticamente menos poderosos en los adultos más experimentados, ya que una gran parte de ellos son hiporreninémicos. No obstante, son convincentes y en su mayor parte están protegidos cuando se utilizan con precaución. Sus resultados incorporan hackeo no lucrativo e hiperpotasemia.

Los alfabloqueantes, en individuos más experimentados, tienen una alta tasa de permanencia y pueden desencadenar escenas de sufrimiento. ⁴⁷

II. HIPÓTESIS.

3.1.Ho: Hipótesis nula

El seguimiento farmacoterapéutico no tiene impacto significativo para mejorar la adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos del Centro de salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, mayo - julio 2017.

3.2. H1: Hipótesis alternativa

El seguimiento farmacoterapéutico tiene impacto significativo para mejorar la adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos del centro de salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, mayo – julio 2017.

III. METODOLOGÍA

4.1. Diseño de la investigación.

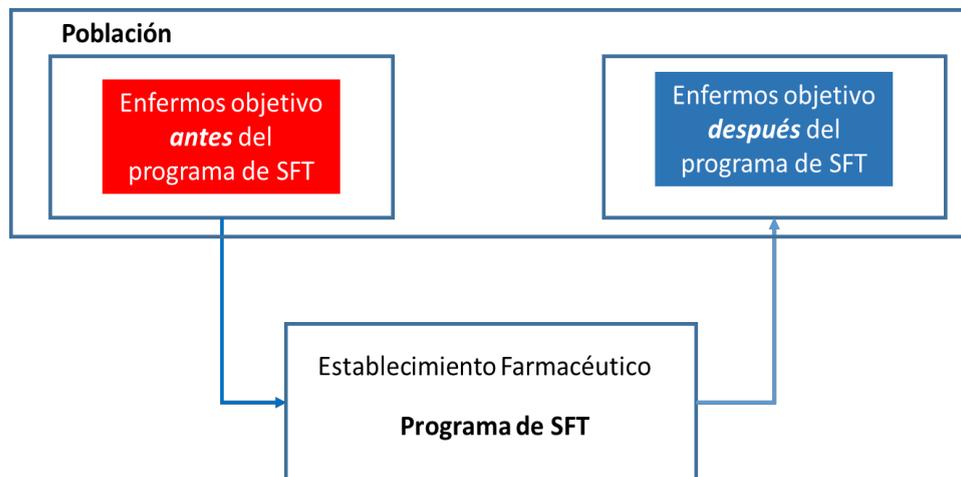
4.1.1. Tipo y el nivel de la investigación:

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

4.1.2. Diseño de la investigación:

El diseño fue de tipo prospectivo longitudinal de una sola casilla, no probabilístico y semi-ciego.

Figura N° 02. Esquema del modelo de intervención farmacéutica.



Fuente: elaborado por Ocampo P.³²

4.2. Población y muestra.

Entre los individuos que conformaron el universo se pudo estimar 12 pacientes con hipertensión de atención de forma regular en Centro de salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, de los pacientes que fueron autoelegidos por la visita entre los meses mayo a julio del 2017 y asistieron al Establecimiento Farmacéutico (EF).

Se llevaron a cabo el cumplimiento de criterios de inclusión y exclusión, los participantes dieron aceptación libre para ser parte e ingresar al programa de SFT, sellando su rúbrica o firma en documento conteniendo el consentimiento informado. El número o la muestra final de los pacientes fueron solo de 12 pacientes.

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

- Pacientes con hipertensión con edades mayores de 18.
- Pacientes con su receta en vigencia no mayor a los tres meses.
- La capacidad para poder firmar el documento de consentimiento informado.
- Capacidad de comunicación en idioma español de manera verbal o escrito
- Capacidad para valerse en cada toma de sus medicamentos sin necesidad de depender de un tercero.

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

- Pacientes ya participantes en pasados estudios o similares programas al mismo tiempo de la intervención como del seguimiento farmacoterapéutico.
- Pacientes en gestación
- Pacientes con alguna enfermedad mental
- Pacientes menores de 18 años
- Pacientes sin la capacidad para poder firmar el documento de consentimiento informado.

4.3. Definición y operacionalización de las variables.

Variables	Denominación	Definición teórica	Definición operacional	Indicadores
Variable Independiente	Seguimiento farmacoterapéutico	Es el acto profesional en el cual el profesional Químico Farmacéutico orienta y supervisa al paciente en relación al cumplimiento de su farmacoterapia, mediante intervenciones farmacéuticas dirigidas a prevenir, identificar y resolver los problemas relacionados con los medicamentos.	Se determina invitando a un programa de seguimiento farmacoterapéutico (SFT), se usan fichas de SFT en los cuales se registrara el procedimiento realizado, los datos sociodemográficos, las morbilidades, la medicación, costumbres y más de los pacientes.	- Acepta el programa de SFT - No acepta el programa SFT
Variables Dependientes	Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM's)	Acontecimientos durante un tiempo tomado tras la administración de un medicamento recetado, relacionado a un resultado desfavorable o negativo. Se tendrá como referencia el consenso tercero.	Se determina usando la clasificación de PRMs, se identifican y se resuelven por medio de la intervención en los canales de comunicación.	- % Solucionado - % No solucionado
	Adherencia al tratamiento	Se ha caracterizado por la conducta del individuo está de acuerdo con las sugerencias, identificado con el bienestar e incorporar la capacidad de la paciente para ir a los arreglos planificados, tomar los medicamentos, como se demuestra, así se hacen cambios en la forma de vida.	Se determina por medio del Test de Morinsky, Green y Levine medido según la Medication Adherent Scale (MAS). compuesto por 8 singulares preguntas con respuestas dicotómica de Si o No	Puntaje: 0 =cumplidor, Puntaje > de 0 (de 1 a 8), incumplidor

4.4. Técnicas e instrumentos.

4.4.1. Técnica.

Se tomó 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 farmacia 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° 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.

Instrumento para medir la adherencia (Anexo 3)

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

todas las preguntas, mientras que un puntaje de ocho refleja todo un incumplimiento. Los resultados de las puntuaciones de transición se pueden registrar desde bajo incumplimiento hasta total incumplimiento.

Procedimiento de recolección de datos.

Se recolectaron los datos durante el desarrollo del 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 al centro de salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote; hasta lograr obtener los 12 pacientes. Todos los pacientes firmaron su consentimiento de ser participantes del estudio en un documento firmado (Anexo N° 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.

Levantamiento de información.

Los datos se registraron en el registro farmacoterapéutico (FFT) (Anexo N° 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 infección 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.

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 del seguimiento farmacoterapéutico

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.

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. Con las tablas, se produjo una base de datos en MS Acces para la recurrencia total según las variables del participante, medicamentos, morbilidad, PRMs, actividades realizadas por el farmacéutico, resultado de la intervención, etc.
- d. 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).
- e. 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.
- f. La medición de los efectos se hizo mediante el uso el Test Morinski Green Levy antes y después del SFT, que consta de una escala de 8 ítems. La medición se realizó al inicio y al final de la intervención.
- g. Todos los análisis fueron realizados utilizando el programa Statistical Package for

the Social Sciences (SPSS) versión 12. El nivel de significancia estadístico para todos los análisis fue de <0.05

4.6. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN	VARIABLES E INDICADORES	ANÁLISIS DE RESULTADOS
¿Tendrá impacto el seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento dirigido a pacientes hipertensos. Centro de salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, mayo - julio 2017?	<p>Objetivo General:</p> <p>-Determinar el impacto del seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento dirigido a pacientes hipertensos. Centro de salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, mayo - julio 2017</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <p>-Identificar los problemas de salud y medicamentos utilizados durante el seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento dirigido a pacientes hipertensos. Centro de salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, mayo - julio 2017.</p> <p>-Determinar los problemas relacionado con los medicamentos detectados y los PRMS solucionados durante el seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento dirigido a pacientes hipertensos. Centro de salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, mayo - julio 2017.</p> <p>-Determinar el nivel adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos antes y después del seguimiento farmacoterapéutico. Centro de salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, mayo - julio 2017.</p>	<p>Ho:</p> <p>El seguimiento farmacoterapéutico no tiene impacto significativo para mejorar la adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos del Centro de salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, mayo - julio 2017.</p> <p>H1:</p> <p>El seguimiento farmacoterapéutico tiene impacto significativo para mejorar la adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos del Centro de salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, mayo - julio 2017.</p>	Diseño es de tipo pre experimental de una sola casilla, no probabilístico y semi ciego.	<p>Variable independiente:</p> <p>Seguimiento farmacoterapéutico</p> <p>Variable dependiente:</p> <p>Adherencia al tratamiento</p>	Estadística descriptiva y estadística inferencial.

4.7. Criterios éticos.

Se mantuvo en confidencia los datos de los participantes y previo firma de la participación del estudio como reglas de ética ante un estudio en población siguiendo las bases de la investigación de Uladech en su código de ética versión 002, que promociona las bases para realizar las investigaciones sin alterar la información o preservar la confidencialidad de personas como parte del estudio. Se entregó un consentimiento informado de los responsables del Servicio Farmacéutico de referencia. También se informaron a los responsables del tratamiento las frecuencias de las visitas de manera rápida si se identifican factores de riesgo que generen la inmediata atención del paciente. Se resguardo completamente el anonimato de los pacientes. También no se hizo cambios en la terapia prescrita sin el total consentimiento del profesional médico. Por ende el informe está acorde a los lineamientos del Código de Ética versión 02 - 2019 de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.⁴⁸

IV. RESULTADOS

5.1. Resultados.

Tabla N°01. Identificación de los problemas de salud diagnosticados y no diagnosticados en los pacientes hipertensos durante el seguimiento farmacoterapéutico. Centro de salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, mayo - julio 2017

Morbilidad	CIE10	Diagnostico	fi	%
Diagnosticada	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)	12	28,57
	E11	Diabetes mellitus	8	19,04
	N05	ITU	4	9,52
	E782	Dislipidemias	2	4,76
	E78.0	Hipercolesterolemia	2	4,76
	I50	Insuficiencia cardíaca	1	2,38
	K29.0	Gastritis	1	2,38
		Sub total	30	71,42
No Diagnosticada		Dolor de cabeza	4	9,52
		Dolor muscular	2	4,76
		Trastorno del sueño	2	4,76
		Ardor en el estomago	2	4,76
		Dolor de encías	1	2,38
		Nauseas	1	2,38
		Sub total	12	28,57
		Total	42	100.0

Leyenda: CIE10 (Clasificación internacional de enfermedades)

Fuente: Tablas de Estado de Situación

Tabla N° 02. Medicamentos prescritos y no prescritos durante el proceso de seguimiento farmacoterapéutico a pacientes hipertensos. Centro de salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, mayo - julio 2017

Origen del Medicamento	Morbilidad	Denominación en DCI	fi	FI	%
Prescritos	Hipertensión arterial primaria	Enalapril	12	18	41,86
		Hidroclorotiazida	6		
	Diabetes	Metformina	8	12	27,9
		glibenclamida	4		
	ITU	Ciprofloxacino	2	3	6,97
		Fenazopiridina	1		
	Dislipidemias	Atorvastatina	1	1	2,32
Hipercolesterolemia	Atorvastatina	1	1	2,32	
Insuficiencia cardiaca	Carvedilol	1	1	2,32	
Gastritis	Omeprazol	1	1	2,32	
Sub Total			37	37	86,08
No Prescritos	Dolor muscular	Diclofenaco	2	2	4,64
	Dolor de cabeza	Naproxeno	2	2	4,64
	Trastorno del sueño	Alprazolam	1	1	2,32
	Ardor de estomago	ranitidina	1	1	2,32
Sub Total			6	6	13,92
TOTAL			43	43	100,00

Leyenda: DCI (Denominación común internacional)

Fuente: Tablas de Estado de Situación

Tabla N°03. Problemas relacionados con medicamentos detectados y PRMS solucionados durante el seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes hipertensos. Centro de salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, mayo - julio 2017

COD PRM	Descripción	PRMs detectados		PRMs Solucionados	
		fi	%	fi	%
9	Incumplimiento	12	38,7	12	
12	Conservación inadecuada	10	32,2	10	
8	Actitudes negativas	4	12,9	4	93,5
10	Interacciones	2	6,45	2	
2	Problema de salud insuficientemente tratado	2	6,45	1	
11	Otros problemas de salud	1	3,22	0	
Total		31	100.00	29	93.5

Fuente: Tabla de Estado de Situación

Tabla N° 04. Nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos antes y después del seguimiento farmacoterapéutico. Centro de salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, mayo - julio 2017.

NIVEL	SUMAS DE SI				
		Antes	%	Después	%
Baja adherencia	0	3	25.0	0	0
Mediana adherencia	1 o 2	6	50.0	1	8.3
Alta adherencia	>2	3	25.0	11	91.7
	TOTAL	12	100.0	12	100.0

*P=0.021

Leyenda: Significancia (*P<0.05), >2= alta adherencia, 1 a 2 = mediana adherencia,

0 = baja adherencia

5.2 Análisis de Resultados

El estudio tuvo como objetivo en determinar el impacto de un seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento en 12 pacientes hipertensos logrando los siguientes resultados:

Según la Tabla N° 01 observamos que los problemas de salud diagnosticados y auto percibidos como tal fueron 42 en los pacientes hipertensos, de los cuales solo fueron 30 enfermedades diagnosticadas equivalentes a 71,42 %, frente a 12 enfermedades no diagnosticadas igual al 28,57 %, siendo la hipertensión y la diabetes las más y el problema de salud más prevalente no diagnosticada, fue el dolor de cabeza igual a un 9,52 %.

Datos que se acercan a lo hallado por Herrera L,²³ en su estudio identifico 35 enfermedades la más frecuente fue la hipertensión con un 57,2 % y ITU 8, 58 %.

En tanto para Sáenz D,¹⁶ halló tras su estudio 22 enfermedades totales, siendo solo (10 %) fue por autodiagnóstico siendo la hipercolesterolemia la más frecuente 25 %

Así mismo para Bernaldo D,¹⁸ solo encontró tras su estudio 34 enfermedades de las cuales 50 % fueron solo por diagnóstico médico.

El diagnóstico de una enfermedad debe ser adecuada un medicamento es un ciclo deductivo, a la luz de los datos sobre una condición de salud, debe ir antes por una anamnesis suficiente, para llegar a un análisis hipotético, y mostrar la prescripción adecuada.⁴⁹

Los datos de esta tabla solo demuestran el alto número de personas que no acuden a un médico y se auto diagnostican poniendo en riesgo su salud pues a raíz de ello también puede intentar medicarse para esas manifestaciones.

En la Tabla N° 02, los medicamentos prescritos y sin prescripción asociados al tratamiento de los pacientes hipertensos se muestra que el (86,08%) equivalente a 37 medicamentos fueron por medio del uso de una receta médica siendo enalapril el fármaco más usado, mientras que el resto de paciente consume un total de 6 (13,92%) medicamentos sin prescripción médica.

Datos que se acercan a lo hallado por Herrera L,²³ en su estudio identifico **35** medicamentos totales en los pacientes siendo prescritas solo 23, la más frecuente Losartan y las no prescritas fueron 12.

En tanto que para Sáenz D,¹⁶ en su estudio evidencio 29 medicamentos totales que se dónde un 58. 6% fue por autodiagnóstico siendo Losartan la más frecuente.

La automedicación es un problema de importancia creciente, provocada por una organización alucinante de componentes que están relacionados con cualidades negativas en la sociedad actual. Entre estos componentes destaca la expansión de la flexibilidad de los medicamentos genéricos la accesibilidad y las ofertas de venta libre, y la publicidad de los medicamentos en los medios.⁵⁰

Lo observado contribuye a reconocer que la automedicación en este grupo de pacientes los pone en riesgo ante un efecto adverso o secundario que no colabore con el control de su enfermedad.

Observando la Tabla N° 03, los Problemas Relacionados con Medicamentos diagnosticados, se obtuvo un total de 43 PRMs diagnosticados siendo el incumplimiento igual al 38,7 %, inadecuada conservación 32, 2 %, insuficiente tratado 6,45 %, actitudes negativas 12,9 % e interacciones un 6.45%. De estos se solucionaron 29 PRMs (93,5) durante el seguimiento farmacoterapéutico.

Datos que no coinciden con lo encontrado por Correa A,¹⁷ en su estudio en pacientes hipertensos detecto 80 PRMs siendo mayoritariamente interacciones asociadas por medicamentos de sus otras patologías con un mala adherencia al tratamiento. En tanto Bernaldo D,¹⁸ en su estudio el efecto del seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos encontró PRMs y entre ellas el incumplimiento obtuvo un 31%. Así mismo Huiñac R,²⁰ en su seguimiento a pacientes hipertensos halló 29 PRMs y se solucionaron los 29 equivalentes al 100 %, siendo la inseguridad un 51,7 %, e ineficacia 48,3 %.

Mientras tanto Álvarez M,²² en su investigación identificó 21 problemas relacionados con los medicamentos (PRMs), los PRM 9 incumplimiento (47.6%) y PRM 2 (33.3%) actitudes negativas del paciente, fueron los de mayor frecuencia, se solucionaron el 85.8%. Datos que se acercan a lo hallado por Herrera L,²³ en su estudio identificó 27 PRMs y se solucionaron 23 (85.2%).

Estos valores de la tabla evidencian que son efecto del autodiagnóstico como automedicación como reflejo de su poca información sobre su salud y el riesgo de estas actitudes.

En la tabla N° 04 el nivel de adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos antes y después del seguimiento farmacoterapéutico, se observa antes de la intervención 3 pacientes de baja adherencia (25%) , 6 pacientes mediana adherencia (50%) y 3 de alta adherencia (25 %) y del después de la intervención 0 paciente con baja adherencia (00 %), 1 paciente con mediana adherencia (8,3%) y 11 pacientes con alta adherencia (91,7%) con una significancia de $p=0.021$

Datos que coinciden con lo hallado por Pérez A; Pérez J, Zayas J,¹⁵ en su estudio predominó en los pacientes hipertensos la adherencia al tratamiento 73,75 % y los factores asociados al incumplimiento dependiente del paciente. En tanto Sáenz D,¹⁶

en los pacientes hipertensos halló un promedio de la adherencia al tratamiento de ($p=0.021$). Datos que coinciden con Bernaldo D,¹⁸ en su estudio el efecto del seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos comparada antes 75% y después 41% con una significancia p (0.046). Así mismo Tubay J,¹⁹ encontró un 47,5% de adherencia, frente a la no adherencia con un 52,5%, obteniendo un alto nivel de no adherencia al tratamiento. Otro autor como Huiñac R,²⁰ en su seguimiento a pacientes hipertensos halló que la adherencia antes y después obtuvo un impacto significativo ($p=0,000$). Mientras que Ventocilla N,²¹ en su estudio obtuvo un 30 % de adherencia al tratamiento antihipertensivo con el test de Morisky-Green-Levine. Pero para Álvarez M,²² en su investigación el 71.4% resultaron ser incumplidores antes del SFT, después se logró reducir a un 14.3% de incumplidores ($p=0.012$). Y Herrera L,²³ en su estudio la adherencia comparada antes–después de la intervención indicó un efecto poco significativo $P=0.125$.

Estos resultados pueden relacionarse a lo descrito por Tenasoa A,⁵¹ que determinó que las características que influyen en la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial son los factores socioeconómicos, además existe moderada influencia del factor relacionado al paciente mismo y equipo de salud.

En contraste a ello Poma R,⁵² afirma que la influencia de la consejería farmacéutica en la adherencia al tratamiento farmacológico de antihipertensivos en los pacientes, luego de esto mejora su salud.

VI. CONCLUSIÓN

6.1 Conclusiones.

- Se determinó que el seguimiento farmacoterapéutico tiene impacto sobre la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. Centro de salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, mayo - julio 2017
- Se identificaron 42 problemas de salud y 43 medicamentos durante el seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes hipertensos.
- Se detectaron 33 PRMs durante el seguimiento farmacoterapéutico de los cuales se solucionaron el 93,5 %.
- El nivel de adherencia antes y después del seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes hipertensos fue significativo $P=0.021$.

Aspectos complementarios

El trabajo del seguimiento farmacoterapéutico a pesar que es necesario no es fácil de aplicar en este tipo de pacientes por su poca disponibilidad o apego a su medicación, por ello se recomienda que se debe tener mucho cuidado al aplicar este tipo de estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruiz A; Andreu G. La cronicidad: un reto sanitario asistencial. Atención Farmacéutica en Terapias Crónicas de Alto Impacto, [Internet]. 2018 [Consultado el 18 de diciembre del 2020]; 41. Disponible en: https://citesalud.org/onewebmedia/LIBRO_ATENCI%C3%93N%20FARMAC%C3%89UTICA%20EN%20TERAPIAS%20DE%20ALTO%20IMPACTO.pdf#page=41
2. Salomón M. Detección de riesgo potencial de desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 y riesgos asociados a la enfermedad. 2020. [Tesis Doctoral]. Argentina: Universidad Católica de Córdoba. [Consultado el 18 de diciembre del 2020]. Disponible en: <http://pa.bibdigital.uccor.edu.ar/2795/>
3. Diaz M. Condiciones básicas estructurales para la implementación del seguimiento farmacoterapéutico en farmacias comunitarias cubanas. Revista Cubana de Farmacia, [Internet]. 2020 [Consultado el 18 de diciembre del 2020]; 52(4):1-18. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=94060>
4. Angulo E. Seguimiento farmacoterapéutico con método Dáder a pacientes con hipertensión en la ciudad de montería, [Tesis]. Argentina: Universidad nacional de Cordoba. 2018. [Consultado el 18 de diciembre del 2020]. Disponible en: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/3689>
5. Negrete A. Seguimiento farmacoterapéutico a pacientes adultos hipertensos en el sur de Montería Córdoba. [Tesis]. Argentina: Universidad nacional de Cordoba. 2018. [Consultado el 18 de diciembre del 2020]. Disponible en: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/3717>
6. Pérez J. Efectos secundarios del tratamiento farmacoterapéutico de hipertensión en pacientes de 18 a 30 años en el Camus de la granja del municipio de Montería Córdoba.

- [Internet]. 2020 [Consultado el 18 de diciembre del 2020]. Disponible en: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/3724>
7. Calderón L. Factores predisponentes en la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión y diabetes mellitus tipo 2. [Tesis]. Colombia: Universidad EAN. 2020 [Consultado el 18 de diciembre del 2020]. Disponible en: <https://repository.ean.edu.co/handle/10882/9841>
 8. Burnier M; Egan M. Adherence in hypertension: a review of prevalence, risk factors, impact, and management. *Circulation research*, [Internet]. 2019 [Consultado el 18 de diciembre del 2020]; 124(7): 1124-1140. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/30920917>
 9. Peacock E; Krousel Marie. Adherence to antihypertensive therapy. *Medical Clinics*, [Internet]. 2017 [Consultado el 18 de diciembre del 2020]; 101(1): 229-245. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5156530/>
 10. 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*, [Internet]. 2017 [Consultado el 18 de diciembre del 2020] ; 34(1):497-504. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000300017
 11. Mendoza F. Características sociodemográficas de pacientes hipertensos asociados a la adherencia del tratamiento farmacológico según Endes [Tesis]. Perú. Universidad Nacional Francisco Villareal. 2020 [Consultado el 18 de diciembre del 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4221>
 12. Sriram S. Impact of pharmaceutical care on quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, [Internet]. 2011 [Consultado el 18 de diciembre del

- 2020]; 16(s412). Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3252774/>
13. Acero A; Bohórquez F. Opinión del químico farmacéutico sobre facilitadores para la implementación del seguimiento farmacoterapéutico en oficinas farmacéuticas de la urbanización canto grande, San Juan de Lurigancho, [Tesis]. Perú: Universidad Maria Auxiliadora. 2020 [Consultado el 18 de diciembre del 2020]. Disponible en:
<http://191.98.185.106/handle/UMA/225>
 14. Kharaba Z. Exploring community pharmacists perception towards responsible provision of patient care services: A quantitative assessment. *Tropical Journal of Pharmaceutical Research*, [Internet]. 2020 [Consultado el 18 de diciembre del 2020]; 19 (4): 879-885. Disponible en: <https://www.ajol.info/index.php/tjpr/article/view/195870>
 15. Pérez A. Adherencia terapéutica antihipertensiva y factores asociados al incumplimiento en el primer nivel de atención en Cienfuegos, 2019. *Revista Cubana de Farmacia*, [Internet]. 2020 [Consultado el 18 de diciembre del 2020]; 53 (1): Disponible en:
<http://www.revfarmacia.sld.cu/index.php/far/article/view/385>
 16. Sáenz D. Mejoramiento de la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos mediante un programa de seguimiento farmacoterapéutico en la botica Baruc Farma, distrito de Nuevo Chimbote, mayo–julio del 2017. [Tesis] Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. 2019. [Consultado el 18 de diciembre del 2020]. Disponible en:
<http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/11713>
 17. Correa A. Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con hipertensión arterial en montería y moñitos córdoba, Colombia. [Tesis]. Colombia: Universidad de Cordoba. 2020 [Consultado el 18 de diciembre del 2020]. Disponible en:
[https://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstream/handle/ucordoba/3690/Hern%
c3%a1nde zMartinezleidyMarcela-MadridDoriaMariaIsabel-MirandaRiveroSaray%20Faray-](https://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstream/handle/ucordoba/3690/Hern%c3%a1nde zMartinezleidyMarcela-MadridDoriaMariaIsabel-MirandaRiveroSaray%20Faray-)

MorinsonReyesMar% c3% adaJos% c3% a9-

RomeroVarillaLauraMarcela.pdf?sequence=1&isAllowed=y

18. Bernaldo D. Efecto de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. Farmacia del centro de salud del distrito de Coishco. Provincia del Santa, departamento de Ancash. Mayo–agosto 2014. [Tesis].Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.2018. [Consultado el 18 de diciembre del 2020]. Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/3768>
19. Tubay G. Adherencia terapéutica en pacientes adultos con hipertensión arterial.. Jipijapa. [Tesis] Universidad estatal del sur de Manabi.2020. [Consultado el 18 de diciembre del 2020].Disponible en: <http://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/2498/1/Genesis%20Jazminis%20Rivera%2u>
20. Huiñac R. Efecto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos, que se atendieron en la boticas Econo Farma N° 03, del distrito de Nuevo Chimbote de la provincia del Santa, 48 durante el mes de abril a julio del 2014. [Tesis] Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote 2017. [Consultado el 18 de diciembre del 2020]. Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/378>
21. Ventocilla N. Adherencia farmacoterapéutica en pacientes hipertensos en el Centro Integral del Adulto Mayor de Santa Anita–Lima. Ciencia e Investigación, [Internet]. 2020 [Consultado el 18 de diciembre del 2020]; 23(1): 3-8. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/farma/article/view/18716>
22. Álvarez M. Eficacia del seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes hipertensos que acuden a la botica Farma Salud, urbanización El Bosque–Trujillo. Agosto–Noviembre 2017. [Tesis] Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.2020 [Consultado el

- 18 de diciembre del 2020]. Disponible en:
<http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/18265>
23. Herrera L. Efecto de una intervención farmacéutica sobre la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. Farmacia Bonofarma. Chimbote, mayo–julio 2018. [Tesis] Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote 2020. [Consultado el 18 de diciembre del 2020]. Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/16327>
24. Inamdar S. Impact of Pharmaceutical Care in the Management of Drug Related Problems and Complications in the Treatment of Type II Diabetes Mellitus: A Review. *Journal of Diabetology*, 2016, vol. 7, no 1, p. 4. Disponible en: <https://www.journalofdiabetology.org/article.asp?issn=2078-7685;year=2016;volume=7;issue=1;spage=4;epage=4;aulast=Inamdar;type=0>
25. Becerra J. Validación de una metodología para el seguimiento de farmacoterapia en pacientes ingresados. *Vitae* [Internet]. 2012 [Consultado el 18 de diciembre de 2020]; 19 (3): 261-269. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-40042012000300004&lng=en.
26. Pharmaceutical Care Research Group, University of Granada (Spain). Pharmacotherapy follow-up: The Dáder method (3rd revision: 2005). *Pharmacy Practice* [Internet]. 2006 [Consultado el 18 de diciembre del 2020]; 4(1): 44-53. Disponible en: <file:///C:/Users/ELIZABETH/Downloads/300-Article%20Text-310-1-10-20130329.pdf>
27. Seguimiento farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). *Pharmacy Pract* (Granada) [Internet]. 2020 [Consultado el 18 de diciembre del 2020]; 4(1): 44-53. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1885-642X2006000100008&lng=es. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1885-642X2006000100008

28. Ahumada A. Salud pública, subsecretaría. Manual de seguimiento fármaco terapéutico en usuarios ambulatorios. [Internet]. 2020 [Consultado el 18 de diciembre del 2020]; Disponible en: http://quimica.uc.cl/images/noticias/2019/2019_07_12_MANUAL-SEGUIMIENTO-FARMACO-TERAPEUTICO1_compressed.pdf
29. Van M. Drug related problems: definitions and classification. EJHP Practice, [Internet]. 2007 [Consultado el 18 de diciembre del 2020]; 20 (13): 62-64. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/46671362_Drug-related_problems_Definitions_and_classification
30. De atención farmacéutica, Foro. PRM y RNM: conceptos y definiciones. Farmacéuticos, [Internet]. 2006 [Consultado el 18 de diciembre del 2020]; 315: 28-9. Disponible en: https://www.pharmaceutical-care.org/archivos/806/foro_prm-rnm.pdf
31. De Adana R. Resultados negativos asociados a la medicación. Atención primaria, [Internet]. 2012 [Consultado el 18 de diciembre del 2020]; 44(3): 135. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-resultados-negativos-asociados-medicacion-S0212656711005506#:~:text=Finalmente%2C%20en%202007%2C%20el%20III,otro%20lado%2C%20el%20t%C3%A9rmino%20PRM>
32. 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". [Tesis doctoral] Trujillo: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. 2012 [consultado 17 de diciembre 2020]. 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>
33. Hernández A. La gestión por procesos y resultados y su relación con la atención farmacéutica en los centros farmacéuticos de lima metropolitana, 2017. [Tesis]. Lima:

- Universidad Nacional Federico Villareal 2018. [consultado 17 de diciembre 2020].
Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/2087>
34. Sabater M. Documentación de las actividades asistenciales del farmacéutico: la historia farmacoterapéutica. [Internet]. 2008 [consultado 17 de diciembre 2020]; 32(1): 56-57. 2008 Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-hospitalaria-121-articulo-documentacion-las-actividades-asistenciales-del-S1130634308728113>
 35. Ojeda M. Método Avenzoar para la implantación racional de la atención farmacéutica en la farmacia comunitaria. *Farmacéuticos Comunitarios*, [Internet]. 2015 [consultado 17 de diciembre 2020]; 7(2): 37-44. Disponible en <https://www.raco.cat/index.php/FC/article/view/320956>
 36. Gasterrutina M. Resultados negativos asociados a la medicación. *Ars Pharmaceutica*. [Internet]. 2016 [consultado 17 de diciembre 2020]; 57(2):89-92. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2340-98942016000200007&script=sci_arttext&tlng=en
 37. Ospina S. Problemas de proceso y resultado relacionados con los medicamentos: evolución histórica de sus definiciones. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, [Internet]. 2011 [consultado 17 de diciembre 2020]; 23(3): 329-340. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/120/12021452013.pdf>
 38. Sousa I. Identificación de problemas potenciales relacionados con productos medicinales: una experiencia de integración del servicio docente en formación farmacéutica. *Revista Electrónica de Farmacia*. [Internet]. 2012 [consultado 17 de diciembre 2020]; 9(1):9-9. Disponible en: <https://www.revistas.ufg.br/REF/article/view/17741>
 39. Castro J. Evaluación del impacto de la implementación de un programa de seguimiento farmacoterapéutico con énfasis en la farmacovigilancia activa en una clínica de tercer nivel en Barranquilla (Colombia). [Tesis]. Colombia: Universidad de Granada. 2018.

- [consultado 17 de diciembre 2020]. Disponible en:
<http://digibug.ugr.es/handle/10481/49315>
40. Romero E. Equipos multidisciplinares comprometidos: detección de problemas relacionados con los medicamentos a través de la continuidad asistencial. *Farmacia Hospitalaria*, [Internet]. 2016[Consultado el 18 de diciembre del 2020]; 40(6): 529-543. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-63432016000600008&script=sci_arttext&lng=en
 41. Jimmy J. Patient medication adherence: measures in daily practice. *Oman medical journal*, [Internet]. 2011 [Consultado el 18 de diciembre del 2020]; 26 (3): 155. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3191684/> 39
 42. Pages N; Valverde M. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm*, [Internet]. 2018 [Consultado el 18 de diciembre del 2020]; 59 (3): 163-172. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf>
 43. López L. Adherencia al tratamiento: concepto y medición. *Hacia promoc. Salud* [Internet]. Junio de 2016 [consultado el 18 de diciembre de 2020]; 21 (1): 117-137. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772016000100010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.1.10>.
 44. Chamorro R. Herramientas para identificar el incumplimiento farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria. *Pharmaceutical Care España*, [Internet]. 2020 [Consultado el 18 de diciembre del 2020]; 11(4): 183-191. Disponible en: https://pharmaceutical-care.org/revista/doccontenidos/articulos/6_REVISION.pdf
 45. López R. Etiología y riesgos de la hipertensión. *Offarm*. [Internet]. 2020 [Consultado el 18 de diciembre del 2020]; 20(10): 88-95 (Noviembre 2001). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-etilogia-riesgos-hipertension-13021228>

46. Organización Panamericana de la Salud Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Hipertensión arterial. Guía de diagnóstico y manejo. [Internet]. 2020 [Consultado el 18 de diciembre del 2020]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia20.pdf>
47. Castaño R. Clinical guideline for diagnosis and treatment of high blood pressure. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, [Internet]. 2011 [Consultado el 18 de diciembre del 2020]; 49 (3): 315-324. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2011/im113p.pdf>
48. Universidad católica los ángeles de Chimbote. Código de ética para la investigación. Versión 002. [Consultado el 19 de diciembre del 2020]; Disponible en: https://campus.uladech.edu.pe/pluginfile.php/5723919/mod_folder/content/0/c%3%b3digo%20de%20%3%a9tica%20para%20la%20investigaci%3%b3n.pdf?forcedownload=1
49. Henao A, et al. Promoción de uso racional de medicamentos. Universidad nacional abierta y a distancia UNAD.2011. [Internet]. 2012 [citado 20 octubre del 2020]; Disponible en: <https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/26425/Promocion%20de%20uso%20racional%20de%20los%20medicamentos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
50. Bolaño R. Uso racional de medicamentos.. Ministerio de salud. Argentina. [Internet] 2017. [citado 20 octubre del 2020]. Disponible en: <http://www.salud.gob.ar/dels/printpdf/138>
51. Tenasoa F. Características relacionadas con la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en pacientes atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho-.2017. [Internet] Perú: Universidad Privada Norbert Winner.2018. [Consultado 19 diciembre del 2020]. Disponible en:

<http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1689/TITULO%20-%20Andres%20Tenasoa%2C%20Flor%20Mercedes.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

52. Poma R. Influencia de la consejería farmacéutica en la adherencia al tratamiento farmacológico de antihipertensivos en los pacientes atendidos en el Policlínico Metropolitano Essalud El Tambo-Huancayo-2018. [Internet] Perú: Universidad Privada Roosevelt. [Consultado 19 diciembre del 2020] 2020. Disponible en: <http://repositorio.uoosevelt.edu.pe/xmlui/handle/ROOSEVELT/215>

ANEXOS

ANEXO 1

Solicitud de permiso dirigido al establecimiento farmacéutico.



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

Chimbote, 07 de Julio de 2017

Señor
Q.F Teodoro Walter Ramírez Romero
PUESTO DE SALUD DE YUGOSLAVIA
NUEVO CHIMBOTE
Pte.

Asunto: Facilidades para realizar una investigación sobre Seguimiento Farmacoterapéutico.

De mi especial consideración.

Me dirijo a Usted de manera cordial para solicitarle por su intermedio las facilidades para que el Alumno, *Noé Aretemio Espinoza Rivera Cod N° 0108132015*, 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 Arterial. El citado profesional desarrollará las actividades iniciales de captación dentro del establecimiento farmacéutico ofreciendo el servicio a los pacientes que cumplan los criterios de inclusión y recogiendo información a través de fichas farmacoterapéuticas. El progreso de la intervención será a través de contactos a través de visitas domiciliarias, citas en la farmacia o contactos telefónicos para levantar información y medir los resultados.

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

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

Atentamente:

Teléfono de Contacto: 943788829



OF MS Teodoro Walter Ramírez Romero

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES CHIMBOTE
ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA
PETER Ocampo Ruje
JEFE DE SECCIÓN DE INVESTIGACIÓN EN FARMACIA

ANEXO 2

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 de la investigación 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.

Anexo

Ficha farmacoterapéutica. Registro de la información del paciente, de su enfermedad de sus medicamentos y del médico prescriptor.

Ficha farmacoterapéutica (Ficha 01 – parte 03). Registro de problemas de salud durante el uso de medicamentos, tratamiento con remedios caseros y enfermedades sufridas anteriormente.

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

NOMBRE DE LA ENFERMEDAD*, ACCIDENTE O DAÑO	Tuvo Dx?	QUIEN LE DIAGNOSTICO?	TELÉF	Molesta ahora?

**Las enfermedades del pasado, cirugías, accidentes, traumas, etc. Pueden dejar secuelas, signos o síntomas que podrían ser el origen de medicamentos en el presente. Si es así, contarlas como enfermedad actual.*

1.9.- ANTECEDENTES FAMILIARES DE MORBILIDAD:

ENFERMEDAD	MADRE	PADRE	HERMANOS	OTROS
HIPERTENSIÓN				
DIABETES				
COLESTEROL				
OTRA:				

Observaciones:

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

1.10.- HABITOS DE VIDA:

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

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

Ficha farmacoterapéutica. Registro de la información del paciente, de su enfermedad de sus medicamentos y del médico prescriptor.

Ficha farmacoterapéutica (Ficha 02 – parte 01). Registro de la información farmacoterapéutica.

PACIENTE COD. N°:
NOMBRE:

FECHA:

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

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

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

Anexo

Ficha farmacoterapéutica. Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes.

Ficha farmacoterapéutica (Ficha 02 – parte 02). 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

Ficha farmacoterapéutica. Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes.

Ficha farmacoterapéutica (Ficha 03). Guía anatómica de repaso para identificar problemas relacionados con medicamentos.

PACIENTE COD. Nº:
NOMBRE:

FECHA:

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 (T₃,PA, colesterol...):
- TABACO:
- ALCOHOL:
- CAFÉ:
- OTRAS DROGAS:
- SUS HABITOS ANORMALES (ejercicio, dieta...):
- VITAMINAS Y MINERALES:
- VACUNAS:
- ALERGIAS MEDICAMENTOS Y/O SOSPECHAS DE RAM:
- Situaciones fisiológicas (y fecha):
- OBSERVACIONES:

COD INTERV:

Anexo

Ficha farmacoterapéutica. Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes.

Ficha farmacoterapéutica (Ficha 04 – parte 01). Hoja guía de intervención farmacoterapéutica.

FICHA 04. HOJA GUIA DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA.

Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Establecimiento Farmacéutico "MUNDIAL"
Chimbote 2014.

PACIENTE COD Nº:

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:	El utiliza erroneamente dos antihistamínicos generando duplicidad de uso	9. Incumplimiento:	
2. Actitudes negativas del paciente:		10. Interacciones:	
3. Conservación inadecuada:		11. Otros problemas de salud que afectan al tratamiento:	
4. Contraindicación:		12. Probabilidad de efectos adversos:	
5. Dosis, pauta y/o duración no adecuada:		13. Problema de salud insuficientemente tratado:	
6. Duplicidad:		14. Influencias culturales, religiosas o creencias:	
7. Errores en la dispensación:		15. Medicamentos falsificados, espurios, de contrabando o muestras médicas:	
8. Errores en la prescripción:	El paciente no entiende la receta	16. Problemas económicos:	

COD INTERV:

Anexo

Ficha farmacoterapéutica. Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes.

Ficha farmacoterapéutica (Ficha 04 – parte 03). Hoja guía de clasificación de las

4.4. QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRM.

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

TABLA N°4.4. CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS

Categoría	N°	Intervención	Acción
Intervenir sobre cantidad de medicamento	1	Modificar la dosis	Ajuste de la cantidad de fármaco que se administra de una vez.
	2	Modificar la frecuencia de dosis o tiempo de fio.	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

Ficha farmacoterapéutica. Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes.

Ficha farmacoterapéutica (Ficha 05). Hoja de información sobre la intervención farmacéutica. 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 N°4.4. CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS

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

COMENTARIO:

Anexo

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
5. Directa farmacéutico – 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 FARMACOLÓGICO SOBRE EL PROBLEMA DE SALUD QUE MOTIVO DE LA PRESCRIPCIÓN. El paciente refiere que luego de cumplir con las indicaciones del médico y tomar los medicamentos prescritos se siente:

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

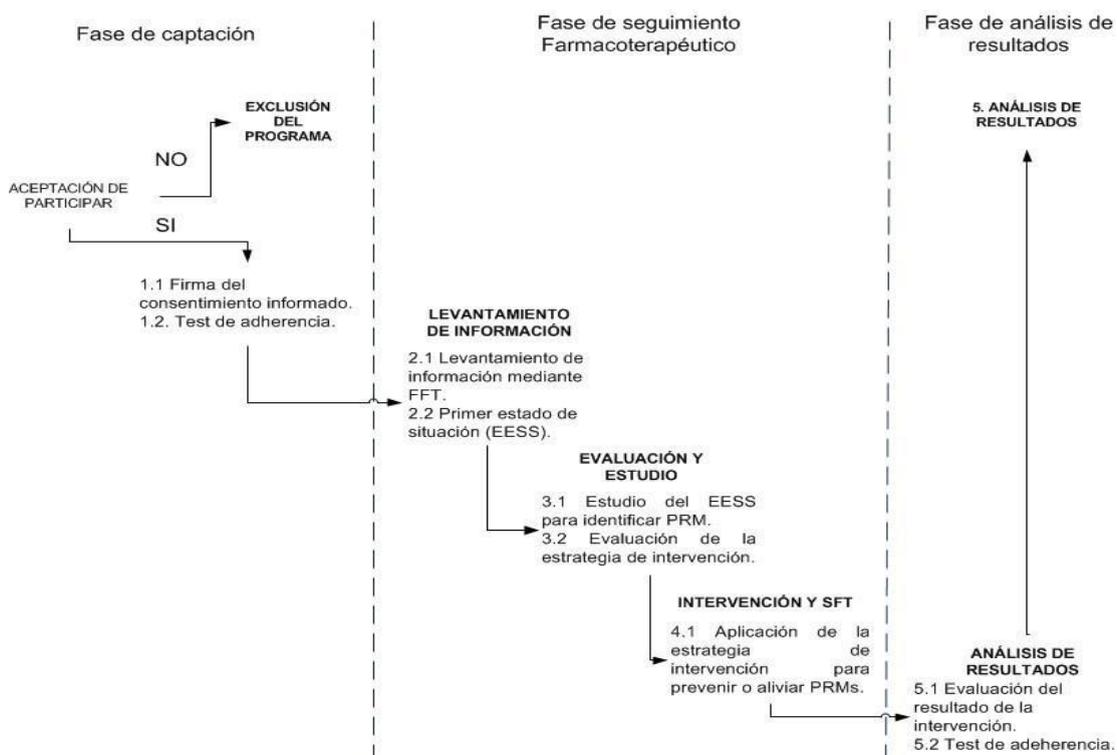
COD INTERV:

ANEXO 4 Cuadros y figuras

CUADRO N° 03. Tipos de canales para comunicar las recomendaciones del farmacéutico para la solución de problemas relacionados con medicamentos¹.

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.

FIGURA N° 03. Flujoograma de las actividades de seguimiento farmacoterapéutico.



CUADRO N° 04. Escala de adherencia a la medicación (MAS) de Morisky- Green –Levine⁹⁵.

Ítems	Preguntas	0	1
1	¿Algunas veces se olvida usted de tomar sus medicamentos?		
2	Las personas no toman sus medicamentos por razones a veces diferentes a olvidarse. ¿Piense en las dos últimas semanas, si hubo algún día en el cual no tomó sus medicamentos?		
3	¿Alguna vez ha dejado de tomar sus medicamentos porque le caían mal, sin decirle nada al médico o tu farmacéutico?		
4	¿Cuándo usted baja o sal de su casa por largo tiempo se olvida de llevar sus medicamentos?		
5	¿Se olvidó de tomar todos sus medicamentos ayer?		
6	¿Cuándo usted siente que los síntomas de su enfermedad están bajo control deja de tomar su medicación?		
7	Tomar medicamentos todos los días es muy complicado para mucha gente. ¿Alguna vez usted se ha sentido tentado a dejar su tratamiento?		
8	¿Cuán frecuente tiene usted dificultades para recordar tomar sus medicamentos?		
	Nunca/raramente, B. Muy esporádicamente, C. Algunas veces, D. Frecuentemente, E. Todo el tiempo. A=0, B-E=1		

ANEXO 5

TABLAS.

Tabla N° 5. Promedio de la edad, cantidad de diagnósticos, cantidad de medicamentos, PRMS identificados y PRMS solucionados por paciente intervenido. Programa de SFT en pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud Yugoslavia de nuevo Chimbote. Setiembre a noviembre 2017.

PACIENTE	SEXO	EDAD	DX	MED	PRM	SOL
1	F	54	5	3	4	4
2	F	54	3	3	2	2
3	F	59	5	3	3	1
4	F	65	2	3	1	1
5	F	59	4	3	2	2
6	F	53	3	2	3	3
7	F	41	3	3	2	1
8	F	60	3	5	3	3
9	F	67	3	3	2	1
10	F	57	6	7	3	3
11	F	43	2	4	6	6
12	F	55	3	4	2	2
TOTAL			42	43	33	29
PROM		55.58	3.50	3.58	2.75	2.42

Tabla N° 6. Comparación antes y después del SFT en pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud Yugoslavia de nuevo Chimbote. Setiembre a noviembre 2017.

Items	Preguntas	Antes	Después	P (McNemmar)
1	¿Algunas veces se olvida usted de tomar sus medicamentos?	9	0	0.0027
2	Las personas no toman sus medicamentos por razones diferentes y a veces tienden a olvidarse. ¿Piense en las dos últimas semanas, si hubo algún día en el cual no tomó sus medicamentos?	3	1	0.3173
3	Alguna vez ha dejado de tomar sus medicamentos por le te caían mal, sin decirle nada al médico o tu farmacéutico?	3	1	0.3173
4	Alguna vez ha dejado de tomar sus medicamentos por le te caían mal, sin decirle nada al médico o tu farmacéutico?	4	2	1.3173
5	¿Dejó de tomar sus medicamentos ayer?	0	0	1.0000
6	Cuando Usted siente que los síntomas de su enfermedad están bajo control deja de tomar su medicación?	0	0	1.0000
7	Cuando Usted siente que los síntomas de su enfermedad están bajo control deja de tomar su medicación?	1	1	2.0000
8	Cuan frecuente tiene Usted dificultades para recordar tomar sus medicamentos?	1	0	0.3173
				0.78

ANEXO 6

Evidencia



ANEXO 7

Ubicación del frontis del establecimiento farmacéutico



ANEXO 8

Ubicación geográfica del establecimiento farmacéutico

