



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

**IMPACTO DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO
FARMACOTERAPÉUTICO SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA
ACTIVIDAD PROFESIONAL DEL FARMACÉUTICO EN
PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. FARMACIA
DELGADO, DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, PROVINCIA
DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ANCASH, OCTUBRE 2015 A
MARZO 2016.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE QUÍMICO FARMACÉUTICO

AUTORA:

Bach. Lady Catherine Delgado Lujan

ASESOR:

Dr. Percy Alberto Ocampo Rujel

CHIMBOTE – PERÚ

2018

**IMPACTO DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO
FARMACOTERAPÉUTICO SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA
ACTIVIDAD PROFESIONAL DEL FARMACÉUTICO EN
PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. FARMACIA
DELGADO, DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, PROVINCIA
DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ANCASH, OCTUBRE 2015 A
MARZO 2016.**

JURADO EVALUADOR

Dr. Q.F. Jorge Luis Díaz Ortega

Presidente

Mgr. Q.F. Teodoro Walter Ramírez Romero

Secretario

Mgr. Q.F. Edison Vásquez Corales

Miembro

AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA

Agradezco a Dios por darme salud para lograr mis objetivos y haberme permitido llegar hasta este punto.

A mis padres y hermanos por ser personas que han ofrecido el amor y la calidez de una verdadera familia a la cual amo, siendo el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A mi asesor de tesis, Dr. Percy Ocampo Rujel por sus grandes enseñanzas y apoyo incondicional, quien con sus conocimientos y motivación ha logrado que pueda terminar el presente trabajo.

A cada uno de mis maestros que me brindaron conocimientos que es lo más importante que el ser humano va adquiriendo a lo largo de la vida.

RESUMEN

Esta investigación se basa en el método DADER modificado teniendo como objetivo determinar el impacto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico sobre la percepción de la actividad profesional del farmacéutico en pacientes con hipertensión arterial que fueron atendidos en la “Farmacia Delgado” durante los meses de octubre 2015 a marzo 2016.

La metodología desarrollada en el programa de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hipertensos fue de tipo aplicada, cuantitativa y de nivel pre-experimental, con un diseño de tipo prospectivo, longitudinal de una sola casilla, no probabilístico y semi ciego.

Como resultado, aplicando el test de Purdue antes de la intervención farmacéutica el promedio de satisfacción en promedio era de 1.71 y después de la intervención y del seguimiento Farmacoterapéutico fue de 2.24 en promedio, dando como resultado una diferencia muy significativa de $p=0.005$ en promedio, esto significa que hubo un impacto positivo con una percepción óptima del paciente de nuestra actividad profesional farmacéutica. (Completamente óptima es 3.0 en promedio).

Se concluye que se logró determinar un efecto positivo sobre la percepción de la actividad profesional del farmacéutico realizando un seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con hipertensión arterial intervenidos desde la “Farmacia Delgado” durante los meses de octubre 2015 a marzo 2016, debido a que la intervención farmacéutica mediante el seguimiento farmacoterapéutico fue eficiente en solucionar los problemas de salud presentados en los pacientes y como resultado el grado de percepción de la actividad profesional del farmacéutico antes y después de la intervención farmacéutica tuvo una diferencia muy significativa.

Palabras Claves: Seguimiento Farmacéutico (SFT), Profesión Farmacéutica (PF), Hipertensión Arterial (HTA), Percepción de la actividad profesional del farmacéutico, Test PURDUE.

SUMMARY

This research is based on the modified DADER method having as objective the impact of a pharmacotherapy follow-up program on the perception of the professional activity of the drug of patients with arterial hypertension that was attended in the "Farmacia Delgado" during the months of October 2015 as of March 2016.

The methodology developed in the program of pharmaceutical care in patients with arterial hypertension rate was applied, quantitative and pre-experimental level, with a design prospective, longitudinal single box, nonprobabilistic and semi-blind.

As a result, applying the test Purdue before pharmaceutical intervention average satisfaction average was 1.71 and postoperatively and Pharmacotherapy follow-up was 2.24 on average, resulting in a significant difference $p = 0.005$ on average this means that there was a positive impact with optimal patient's perception of our pharmaceutical profession. (Fully optimum it is 3.0 on average).

It is concluded that was possible to determine a positive effect on the perception of the professional activity of pharmacist conducting a pharmaceutical care in patients with acute Arterial Hypertension operated from the "Pharmacy Delgado" during the months of October 2015 to March 2016, because the intervention pharmaceutical pharmacotherapy follow through was efficient in solving health problems presented in patients and as a result the degree of perception of the professional activity of pharmacist before and after the pharmaceutical intervention had a significant difference.

Keywords: Pharmaceutical Monitoring (SFT), Pharmacy Profession (PF), acute Arterial Hypertension (HTA), Perception of professional activity of the pharmacist, Test Purdue.

INDICE

	Página
AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
SUMMARY	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Planteamiento del Problema	2
1.2. Objetivos de la investigación	3
1.2.1. Objetivo General	3
1.2.2. Objetivos Específicos	3
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	4
2.1. Antecedentes	4
2.1.1. Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico	4
2.1.2. Evolución del Seguimiento Farmacoterapéutico en el Perú	5
2.1.3. Epidemiología de la Hipertensión Arterial	6
2.1.4. Evidencias del efecto de la intervención farmacéutica sobre la percepción de los pacientes acerca de la actividad profesional del farmacéutico	7
2.2. Marco Teórico	9
2.2.1. Problemas Relacionados con el uso de Medicamentos (PRMs) y Resultados Negativos de la Medicación (RNMs)	9
2.2.2. Diagnóstico de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs)	13
2.2.3. La Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacéutico: Contribución del Farmacéutico al Mantenimiento de la Salud Pública	22
2.2.4. Seguimiento Farmacoterapéutico y Satisfacción del Paciente por el Servicio	28
2.2.5. Hipertensión Arterial	30
2.2.6. Farmacia Delgado	31
III. HIPÓTESIS	32
3.1. HIPÓTESIS NULA	32
3.2. HIPÓTESIS ALTERNATIVA	32
IV. METODOLOGÍA	33
4.1. Diseño de Investigación	33
4.1.1. Tipo y el Nivel de la Investigación	33
4.1.2. Diseño de la Investigación	33
4.2. Población y Muestra	34
4.3. Definición y Operacionalización de las Variables	35
4.3.1. Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT)	35
4.3.2. Problemas relacionados con medicamentos (PRM)	35
4.3.3. Resultados negativos asociados con la medicación (RNM)	36
4.3.4. Seguimiento Farmacoterapéutico y Satisfacción del Paciente por el Servicio	36
4.4. Técnicas e Instrumentos	37
4.4.1. Técnica	37
4.4.2. Instrumentos	37
4.4.2.1. Fichas farmacoterapéuticas (FFT)	37
4.4.2.2. Medición de la Percepción de la Actividad Profesional del Farmacéutico	38

4.4.3. Procedimiento de Recolección de Datos	40
4.4.3.1. Procedimiento para Oferta del Servicio y Capacitación de los pacientes	40
4.3.3.2. Levantamiento de Información	42
4.4.3.3. Fase de Estudio y Evaluación de la Información	42
4.4.3.4. Fase de Intervención y Seguimiento Farmacoterapéutico	43
4.4.3.5. Evaluación del Impacto de la Intervención	44
4.5. Plan de Análisis de Datos	44
4.6. Criterios Éticos	46
V. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	47
5.1. Resultados	47
5.1.1. Información acerca de los pacientes y tiempos invertidos en el SFT	47
5.1.2. Problemas de salud y medicamentos utilizados durante el SFT	48
5.1.3. Resultados sobre los PRMs diagnosticados y resultados durante el proceso de Seguimiento Farmacoterapéutico	52
5.2. Análisis de Resultados	54
5.2.1. Sobre los pacientes y los tiempos de intervención	54
5.2.2. Impacto de la intervención del farmacéutico	58
5.2.3. PRMs en las intervenciones realizadas	62
5.2.4. Impacto el seguimiento farmacoterapéutico sobre la satisfacción del paciente	62
VI. CONCLUSIONES	68
6.1. Conclusiones	68
6.2. Aspectos complementarios	68
6.2.1. Recomendaciones	68
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
VIII. ANEXOS	79
Anexo 8.1. Solicitud de permiso dirigido al establecimiento farmacéutico	79
Anexo 8.2. Hoja de consentimiento informado	80
Anexo 8.3. Fichas farmacoterapéuticas	81
Anexo 8.4. Reporte de primer estado de situación	93
Anexo 8.5. Fotos	94
Anexo 8.6. Glosario	101

Índice de Cuadros	Pág.
CUADRO N° 01. Listado de problemas relacionados con medicamentos, modificado por Ocampo del Método DADER de SFT	11
CUADRO N° 02. Clasificación de Resultados Negativos Asociados con la Medicación (RNM). Tercer Consenso de Granada. 2007 (Clasificación que le correspondía a los PRMs hasta el Segundo Consenso de Granada)	11
CUADRO N° 03. Las Actividades de Atención Farmacéutica en el ejercicio profesional del farmacéutico comunitario	23
CUADRO N°04. Clasificación de intervenciones farmacéuticas destinadas a prevenir o resolver resultados clínicos negativos de la farmacoterapia	28
CUADRO N° 05. Test de Purdue modificado para determinar la satisfacción del paciente con las indicaciones del farmacéutico	39
Cuadro N° 06. Tipos de canales para comunicar las recomendaciones del farmacéutico para la solución de PRMs	43
Cuadro N° 07. Frecuencia de uso de los tipos de medicamentos utilizados	100

Índice de Figuras	Pág.
Figura N°01 Flujograma de las etapas de estudios y evaluaciones. Tomado del Comité de Consenso	20
Figura N°02 Pasos Clave del Método DADER Modificado de Seguimiento Farmacoterapéutico	27
Figura N°03 Esquema del modelo de intervención farmacéutica	33
Figura N°04 Flujograma de las actividades de seguimiento farmacoterapéutico	41
Figura N°05 Frontis Farmacia Delgado, en el Distrito de Nuevo Chimbote	94
Figura N°06 Mapa de Ubicación de la Farmacia Delgado, en el Distrito de Nuevo Chimbote	95
Figura N°07 Paciente firmando la hoja de consentimiento	96
Figura N°08 Visita al paciente para recolección de información	96
Figura N°09 Estudio y evaluación de la información	97
Figura N°10 Cuadro de estado de situación de los pacientes	97
Figura N°11 Intervención y seguimiento al paciente	98
Figura N°12 Análisis de Resultados	98
Figura N°13 Análisis de resultado (tablas y gráficos después del SFT)	99

Índice de tablas

Pág.

Tabla N° 01. Frecuencias y porcentajes por sexo y edad promedio de los pacientes. Programa de seguimiento farmacoterapéutico dirigido a pacientes con hipertensión. Farmacia Delgado, Distrito de Nuevo Chimbote - Ancash. Octubre 2015 a Marzo 2016.	47
Tabla N° 02. Contactos realizados entre el químico farmacéutico y los pacientes según lugar de ejecución. Durante la intervención farmacéutica dirigida a pacientes con hipertensión. Farmacia Delgado, Distrito de Nuevo Chimbote - Ancash. Octubre 2015 a Marzo 2016.	47
Tabla N°03.- Problemas relacionados con medicamentos diagnosticados durante el SFT con y sin diagnóstico. Programa de seguimiento farmacoterapéutico dirigido a pacientes con hipertensión. Farmacia Delgado, Distrito de Nuevo Chimbote - Ancash. Octubre 2015 a Marzo 2016.	48
Tabla N° 04. Frecuencia del uso de medicamentos prescritos y no prescritos durante el proceso de intervención a pacientes con hipertensión. Farmacia Delgado, Distrito de Nuevo Chimbote - Ancash. Octubre 2015 a Marzo 2016.	49
Tabla N° 05. Distribución de los pacientes según sexo, edad, diagnóstico, medicamentos y PRMs. Programa de seguimiento farmacoterapéutico dirigido a pacientes con hipertensión. Farmacia Delgado, Distrito de Nuevo Chimbote - Ancash. Octubre 2015 a Marzo 2016.	51
Tabla N° 06. Distribución de la frecuencia y porcentaje de los PRM diagnosticados. Programa de SFT a paciente hipertenso. Farmacia Delgado, Distrito de Nuevo Chimbote - Ancash. Octubre 2015 a Marzo 2016.	52
Tabla N° 07 Comparación de la percepción de los pacientes hipertensos acerca de la actividad del farmacéutico antes y después del Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Farmacia Delgado, Distrito de Nuevo Chimbote - Ancash. Octubre 2015 a Marzo 2016.	53

Índice de Gráficos

Pág.

Porcentaje de los medicamentos usados para los problemas de salud identificados mediante el Programa de seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con hipertensión. Farmacia Delgado, Distrito de Nuevo Chimbote - Ancash. Octubre 2015 a Marzo 2016.

50

I. INTRODUCCIÓN

Los medicamentos, sobre todo a partir del problema con la talidomida a comienzos de los años sesenta deben cumplir requerimientos muy estrictos de seguridad y eficacia para aprobar su uso, sin embargo, hoy se sabe que a pesar de todos los estudios y fases previas de control la utilización masiva por parte de la población de estos medicamentos lleva en muchas ocasiones a la aparición de efectos colaterales negativos, hasta tal punto que este uso incorrecto ocasiona pérdida de vidas humanas, daños a la salud y desperdicio de enormes cantidades de dinero ^{1, 2, 3}.

Diversos autores refieren “la mala utilización de medicamentos es en la actualidad un problema sanitario de mayor magnitud” ^{1, 4}. Varios autores presentan evidencia acerca de la morbimortalidad y el impacto en los sistemas sanitarios por efecto del mal uso de medicamentos ^{5, 6, 7, 8}.

Por otro lado, Ocampo “Nos refiere que los resultados y conclusiones foráneos acerca de esta realidad que se origina en el consumo de medicamentos son posibles gracias a sistemas de control y monitorización de los sistemas de salud, tecnología apropiada para el diagnóstico y redes de información que aún no existen en nuestro sistema de salud” ¹. Es legítimo entonces preguntarnos ¿Cuál es la extensión de los problemas relacionados con medicamentos en un país como el nuestro dónde no existen sistemas de farmacovigilancia desarrollados? ¿Cuál es el estado de la morbilidad y mortalidad asociada con el uso de medicamentos en el Perú? ¿Qué percepción tiene la población referente a el trabajo del farmacéutico para mejorar su estado de salud mediante un Seguimiento farmacoterapéutico (STF)?”

Como solución a este problema emergente se han desarrollado diversos modelos de atención farmacéutica desarrollados sobre todo en Estados Unidos y España basados en el perfil profesional del farmacéutico como como experto en medicamentos ⁹. De modo que Bonal et al: “nos dice que se debe promover la adaptación de estos modelos e instrumentos farmacéuticos para garantizar la calidad del uso de medicamentos por los pacientes” ¹⁰.

Estas modificaciones deben tomar en cuenta la diversidad de variables que podrían influir en el uso de medicamentos, desde aquellas propias de los usuarios y su entorno social y cultural hasta aquellas relacionadas con la morbilidad prevalente, la calidad de los productos y los criterios de prescripción y dispensación¹.

El éxito del tratamiento de estas enfermedades está directamente relacionado con el uso apropiado de los medicamentos que está a su vez fuertemente influenciado por diversas variables que de no ser identificadas a tiempo podrían desencadenar fracasos en los tratamientos, agravamiento de la enfermedad o peor aún en la aparición de problemas de salud asociados al uso inapropiado de medicamentos¹.

Se hace necesario por tanto desarrollar investigaciones para demostrar la contribución de la Atención Farmacéutica y el Seguimiento Farmacoterapéutico en la prevención y control de problemas relacionados con medicamentos, sobre todo en enfermedades que demandan un uso continuo de medicamentos como en el caso de las enfermedades crónicas de hipertensión arterial.

1.1. Planteamiento del Problema

De la caracterización del problema se desprende la motivación de poner en práctica un modelo adaptado de Atención Farmacéutica (AF) basado en Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) que permita evaluar el impacto y la utilidad del programa no solo clínica si no como herramienta para el fortalecimiento de los Establecimientos Farmacéuticos como unidades de salud especializadas en la consultoría sobre el uso de medicamentos.

Específicamente la presente investigación estuvo orientada a determinar si: ¿Tendrá el programa de seguimiento Farmacoterapéutico impacto para aumentar la percepción de la actividad profesional del farmacéutico en pacientes con hipertensión arterial?

1.2. Objetivos de la investigación

1.2.1. Objetivo General

Determinar el impacto de un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre la percepción de la actividad profesional del farmacéutico en pacientes con hipertensión arterial intervenidos desde la "Farmacia Delgado" del Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash durante los meses de Octubre 2015 a Marzo 2016.

1.2.2. Objetivos Específicos

1.2.2.1. Determinar el estado de situación de uso de medicamentos de una muestra de pacientes hipertensos que se atienden en la "Farmacia Delgado" del Distrito Nuevo Chimbote a través del desarrollo de un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) durante el periodo Octubre del 2015 a Marzo 2016.

1.2.2.2. Intervenir a los pacientes hipertensos mediante un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) para solucionar Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs) diagnosticados en la "Farmacia Delgado" del Distrito de Nuevo Chimbote durante los meses de Octubre 2015 a Marzo 2016.

1.2.2.3. Comparar el nivel de percepción de la actividad profesional del farmacéutico por parte de los pacientes con hipertensión arterial antes y después del Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico en la "Farmacia Delgado" del Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash durante los meses de Octubre 2015 a Marzo 2016.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes

2.1.1. Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico

Las diversas intervenciones de AF desarrolladas basadas en SFT y realizadas dieron resultados positivos. Las intervenciones orientadas a mejorar la calidad de uso de los medicamentos y control de diversas entidades patológicas muestran resultados en ámbitos clínicos, humanísticos y económicos, ganancia en capacidades y empoderamiento de los profesionales farmacéuticos ^{1,11}.

En cuanto a los tipos de intervenciones realizadas, Sabater et al: “analizaron 2361 hojas de intervención farmacéutica y determinaron que las más prevalentes fueron aquellas encaminadas hacia la sustitución del medicamento (23,6%), seguidas por aquellas destinadas a la adición de un medicamento al paciente (23,5%). También destacaron las intervenciones dirigidas hacia la disminución del incumplimiento voluntario (14,8%), hacia la retirada de un medicamento (14,6%) y hacia la modificación de la dosis (13,4%). El resto de los tipos de intervención definidos fueron: educación en medidas no farmacológicas (3,4%), disminución del Incumplimiento involuntario (3,4%), modificación de la dosificación (2,2%) y modificación la pauta de administración (1,2%)” ^{1,12}.

Silva ¹³ refiere que: “Son múltiples las evidencias sobre los resultados positivos alcanzados a través de la introducción de programas de SFT en todos los niveles de atención de salud clínicos y ambulatorios”. Así mismo de su utilidad como herramienta que mejora el nivel de control de morbilidad ocasionada por el uso de medicamentos en pacientes con patologías de curso diverso crónicas o agudas, transmisibles o no ^{1,14,15}.

Las investigaciones muestran también evidencias del efecto de intervenciones farmacéuticas realizadas a través de diversos canales de comunicación que utilizan no solo las entrevistas personales sino también las alternativas electrónicas y el internet. Se concluye sobre la potencia y eficacia de estos medios para la transmitir a las pacientes indicaciones de uso de medicamentos y la monitorización sobre el cumplimiento o reporte de reacciones no esperadas ^{1,16,17}.

En el Perú, en una búsqueda rápida en internet de las palabras clave SFT en pacientes con hipertensión arterial en el Perú o AF en pacientes con hipertensión arterial en el Perú, arroja escasos resultados de investigaciones o programas en marcha de SFT ¹.

En un trabajo antiguo y pionero sobre la implantación del SFT en una farmacia comunitaria de un sector de Lima, en el cual Gamarra et al: “muestran resultados poco precisos sobre la naturaleza de la intervención y la conclusión solo refiere una influencia positiva del programa en la percepción de los pacientes sobre la imagen profesional del farmacéutico” ¹⁸.

Ocampo en 2010, en una investigación para medir el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes hipertensos: “demuestra que el resultado es significativo (0.031) cuando se comparan los test antes – después de una intervención farmacoterapéutica. Se refiere que el programa aumentó sobre todo la actitud de los pacientes en tomar los medicamentos cotidianamente (p = 0,003)” ¹⁹.

2.1.2. Evolución del Seguimiento Farmacoterapéutico en el Perú

La política de medicamentos del Perú del 2004 es el primer documento normativo que refiere a promover el desarrollo de la AF y el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Farmacia (BPF) entre los profesionales farmacéuticos, tanto del sector público como privado ^{1,20}.

De los criterios de política se desprende La Ley 29459, Ley de Medicamentos, de 2009 y sus reglamentos que entraron en vigencia en 2011. De esta norma a su vez se desprende toda la regulación en materia de medicamentos que existe actualmente en el Perú. En ella se zanja el problema semántico y se definen los alcances de la AF y el SFT como actividades esenciales de las BPF^{1, 21,22}.

Según La Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud del Perú (DIGEMID), en enero de 2008 el desarrollo de la AF podía ser explicado revisando las distintas actividades académicas normativas y profesionales desarrolladas en los últimos 10 años. En el documento de referencia se explica que la implementación de la AF en el Perú se ha basado únicamente en evaluar el potencial efecto de los programas y en la identificación de las características a favor y en contra que tienen los tipos de establecimientos de salud existentes y las estrategias que se requerirían en cada uno para la implementación de este servicio²³.

En el 2012 la DIGEMID, presentó su modelo de SFT para Establecimientos Farmacéuticos. Se declaran las fases del proceso y se sugieren hacer mediciones de los resultados a través de indicadores de uso de medicamentos, resolución de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y el impacto del proceso sobre la adherencia al tratamiento. Sin embargo, no existe una guía de cómo desarrollar el proceso²⁴.

2.1.3. Epidemiología de la Hipertensión Arterial

Según el estudio realizado por Regulo Agusti²⁵ en el Perú en el año 2006 nos refiere que la epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú ha sido preocupación permanente de los investigadores peruanos, los que han realizado múltiples estudios en las distintas ciudades del país.

La hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo modificable de mayor prevalencia en el mundo. Participa en el desarrollo de la enfermedad aterosclerótica cardiovascular, en la morbilidad por eventos cardíacos, cerebrovasculares, insuficiencia renal y enfermedad vascular periférica, como riesgo continuo sin

evidencia de umbral, hasta por debajo de 115/75 mmHg, por lo que la expectativa de vida de estos pacientes se encuentra reducida ²⁵.

El Perú es un país geográficamente accidentado, con sus tres regiones costa, sierra y selva. En la sierra, las ciudades están situadas a diferentes alturas sobre el nivel del mar. En cada región, las costumbres de trabajo, alimentación, educación y cultura son diferentes, lo que influye en los factores de riesgo cardiovascular y probablemente en el desarrollo del aterosclerosis ²⁵.

Al componente socio cultural y al incremento de la población habría que agregar los cambios biológicos por la altura y la predisposición genética. En el Perú, en las últimas décadas han acontecido importantes cambios en la distribución de la población, con un incremento acelerado, básicamente por una gran migración del campo a la ciudad, de la región andina a la costa, de rural y agrícola a grandes concentraciones urbanas, en busca de mejores niveles de vida ²⁵.

2.1.4. Evidencias del efecto de la intervención farmacéutica sobre la percepción de los pacientes acerca de la actividad profesional del farmacéutico

Es innegable que existe una percepción errada de la actividad profesional del farmacéutico por parte de la población. En este sentido, Rincon et al ²⁶ en un estudio realizado en Mérida Venezuela con el objetivo de evaluar la influencia de la Atención Comunitaria Farmacéutica como factor directo en el reconocimiento social y científico del Farmacéutico reportan que casi la mitad de la población estudiada no tuvo contacto directo con el Farmacéutico y afirman no haberlo podido identificar cuando van a la Farmacia. Los autores concluyen que los pacientes califican como malo los servicios recibidos en las oficinas de farmacia y catalogan al Farmacéutico como un vendedor de medicamentos. Los investigadores sugieren que es necesario un programa de atención farmacéutica en las oficinas de farmacia de la región en donde se realizó el estudio.

Según García-Delgado et al ²⁷ utilizando una encuesta comunitaria para medir el grado de satisfacción de los pacientes con el servicio de seguimiento farmacoterapéutico, los pacientes valoran este servicio con puntajes altos, de acuerdo a la escala de calificación de la encuesta y consideran que hay relación directa entre sus cambios de salud y el servicio de seguimiento farmacoterapéutico. Así mismo, señalan que los pacientes tienen gran confianza en el farmacéutico que le hace el seguimiento y perciben que les ayudan a mejorar el conocimiento de los medicamentos que usan gracias a recibir apropiada información, que es valorada también de manera superlativa. Por otro lado, consideran que el farmacéutico es un colaborador con en el equipo de salud en el 79% de la muestra.

Así mismo existen evidencias del impacto positivo del SFT sobre la percepción de la actividad profesional del farmacéutico. Ocampo ¹, en una investigación para medir la eficacia del programa de SFT en la detección y solución de problemas relacionados con medicamentos (PRM) y su impacto sobre la percepción que tienen los pacientes de la actividad profesional del farmacéutico, reporta que luego del trabajo que consistió en resolver 32 PRMs se solucionaron 27 PRMs (84.4%) y al medir el efecto del SFT sobre la percepción del paciente de la actividad profesional del farmacéutico antes – después de la intervención ésta fue significativa ($p < 0.05$).

Chamorro et al ²⁸ En esta misma línea, luego de un estudio para valorar el conocimiento y la satisfacción de los pacientes incluidos en el programa Dáder concluyen que los pacientes en seguimiento farmacoterapéutico conocen y valoran positivamente este servicio. La confianza en su farmacéutico fue la causa más importante para aceptarlo. Los pacientes quedaron bastante satisfechos con el SFT, valoran la profesionalidad y accesibilidad del farmacéutico, así como los resultados obtenidos.

2.2. Marco Teórico

2.2.1. Problemas Relacionados con el uso de Medicamentos (PRMs) y Resultados Negativos de la Medicación (RNMs)

La consideración del medicamento como bien económico no siempre va en el mismo sentido que su percepción como bien social lo que ocasiona que los intereses económicos se antepongan a los sanitarios. Esto origina que frecuentemente se perjudique o ponga en riesgo la salud de las personas, en particular de las más vulnerables, creándose una permanente tensión entre atender las necesidades terapéuticas reales y la ampliación del mercado farmacéutico ^{1,29}.

El verdadero valor social del medicamento radica, sin embargo, en sus efectos más intangibles, imponderables y sensibles a las emociones humanas: la disminución del sufrimiento y su contribución a la vida y a la felicidad de las personas, la aportación del medicamento y su industria a la ciencia médica y su aplicación en los sistemas asistenciales salva vidas, alivia el dolor y el sufrimiento físico y psíquico de los pacientes y de sus familias, haciendo posible el desarrollo humano y la integración social de las personas ^{1,29}.

Sin embargo, con el uso de medicamentos no siempre se consiguen resultados positivos. En ocasiones la farmacoterapia falla provocando daños adicionales directos o indirectos cuando no se consiguen los objetivos terapéuticos buscados. Estos fallos de la farmacoterapia tienen un coste en la salud de los pacientes y un coste en recursos sanitarios y sociales, lo que los convierten en un auténtico problema de salud pública ^{1,30,31}.

Hepler ⁴ y Strand ³² definen: “los Drug Related Problems o PRM, como aquella experiencia indeseable del paciente que involucra a la terapia farmacológica y que interfiere real o potencialmente con los resultados deseados por la terapéutica”

“Para que un suceso sea calificado de PRM deben de existir al menos dos condiciones: 1) el paciente debe estar experimentando puede ser posible que experimente una enfermedad o sintomatología y 2) esta patología debe tener una relación identificable o sospechada con la terapia farmacológica”^{1,32}.

Blasco et al definen: “Error de Medicación (EM) a cualquier actuación prevenible que puede causar daño al paciente o morbilidad fármaco terapéutica (MFT). Los EM pueden tener su origen en errores de prescripción, en el manejo posterior de la administración de la medicación por algún profesional sanitario o el propio paciente”³³.

Puesto que los EM, según el Tercer consenso de Granada, están dentro de una categoría mayor la de PRM. En su acepción mayor los PRMs son además cualquier suceso durante el proceso de uso de medicamentos que pueden incluir problemas no prevenibles como las idiosincrasias, las reacciones adversas o interacciones desconocidas (Cuadro N°01)³¹.

El consenso español considera a los PRM como la causa de resultados Negativos asociado al uso de medicamentos (RNM) y los RNM son considerados por la OMS como Morbilidad Farmacoterapéutica (MFT)^{33, 34, 35}.

El Tercer Consenso de Granada “En el 2007 definió como sospecha de RNMs a la situación en la que el paciente está en riesgo de sufrir un problema de salud asociado al uso de medicamentos generalmente por la existencia de uno o más PRM los que se consideran como factores de riesgo o causas de este RNM (Cuadro N° 02)”³¹.

CUADRO N° 01. Listado de problemas relacionados con medicamentos, modificado por Ocampo del Método DADER de SFT ¹⁹

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

Modificado de: Tercer Consenso de Granada 2007 ³¹.

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

Se admite que los PRMs como causas de RNMs, pueden ser múltiples, aceptando por tanto la existencia de un listado inicial que no es exhaustivo ni excluyente (Cuadro N°01), y que por tanto puede ser modificado con su utilización en la práctica clínica y en diversas condiciones sociales ³¹.

Los PRM se pueden dividir en: potenciales o no manifestados, cuando el paciente potencialmente puede llegar a experimentar algún suceso indeseable (RNM) que podría interferir en los resultados deseados y reales cuando el paciente experimenta de hecho un suceso indeseable relacionado con la farmacoterapia que genera un resultado negativo de la medicación (RNM)³⁶.

Con la definición clara la actividad que se realizó para identificar y sistematizar a estos eventos puede afirmar que los farmacéuticos al evidenciar el PRM puede prevenir un RNM o una morbilidad farmacoterapéutica (MFT) en lo cual realiza en realidad un diagnóstico de un signo o síntoma (PRM) que debe prevenirse o evitarse para que no se genere una morbilidad (RNM o MFT), desde este punto de vista la definición de PRM y RNM puede ser el origen de un nuevo posicionamiento profesional del Farmacéutico en los sistemas de salud como facultativo del diagnóstico de un grupo de problemas de salud asociados al mal uso de medicamentos ^{1,37}.

En la práctica, lo que ha ocurrido es que los farmacéuticos por diversas razones, hemos evitado utilizar la palabra diagnóstico para referirnos finalmente a la actividad profesional de prevenir RNMs a través de la identificación y el tratamiento de sus causas, los PRMs, si para los Profesionales Médicos es clara la labor diagnóstica de las enfermedades que son capaces de identificar para los Farmacéuticos, debe quedar claro cuáles son los problemas relacionados con medicamentos (PRM) que son capaces de diagnosticar para evitar la aparición de resultados negativos de la medicación (RNM)^{1,38}.

Culbertson et al en 1997 citado por Hurley definieron como: “Diagnóstico Farmacéutico (DF) al proceso cognitivo centrado en la identificación de problemas específicos originados en el uso de medicamentos por parte de los pacientes. El DF debe estar basado en evidencia suficientes que permita sostener que la causa del problema de salud que enfrenta el paciente es efectivamente el uso de los medicamentos”^{38,39}.

Ferriols afirma que: “con una elevada frecuencia, los PRM se originan en la forma en que los medicamentos son seleccionados, prescritos o indicados, dispensados, administrados y, principalmente, monitorizados”⁴⁰. Por tanto, además de la obligada calidad intrínseca de los medicamentos que se manejan es imprescindible una correcta selección, prescripción, indicación, preparación, dispensación y administración. Por consiguiente, Calvo: “menciona que posterior a la administración es exigible la vigilancia del logro de resultados y la evolución del paciente por parte del Farmacéutico para evitar o prevenir acontecimientos adversos relacionados con la farmacoterapia”^{1,41}.

2.2.2. Diagnóstico de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs)

El diagnóstico de PRMs como signos y síntomas de Resultados Negativos de la Medicación (RNMs), demanda de los profesionales Farmacéuticos el desarrollo de habilidades, capacidades y competencias para identificarlos y su potencial riesgo para la aparición posterior de los RNMs, en el proceso es necesario el uso de herramientas de registro y medición de variables para la documentación exhaustiva de cada caso³¹.

Los diagnósticos deben ser lo más precisamente posible las características de los problemas con medicamentos (PRMs), su etiología y los factores desencadenantes, a partir del análisis se podrá delimitar su naturaleza y se podrán escoger las estrategias más efectivas para la solución, de lo contrario la práctica se volverá empírica y sujeta al ensayo y error, la documentación de la aplicación estas prácticas profesionales contribuirán con abundar el estado del arte y a la especialización de las intervenciones farmacéuticas¹.

Entonces según la Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico del Método DADER y el Tercer Consenso de Granada “Presentan un alcance de las definiciones de los problemas relacionados con medicamentos (PRM), esas definiciones se utilizan en la presente investigación y se explican según el orden de identificación propuesto en la Figura N° 01 y la Ficha Farmacoterapéutica (Anexo N°03)”^{1,31,42}.

- a) Administración errónea del medicamento (PRM 1): Los pacientes se administran erróneamente los medicamentos cuando toman decisiones acerca del uso diferentes a las indicadas por los facultativos en la prescripción o dispensación. Este problema contiene a la automedicación, es decir la decisión propia del paciente de usar un medicamento sin prescripción, necesiándola.

Según la normatividad vigente los medicamentos están clasificados en cuatro categorías de uso: a) aquellos que pueden adquirirse sin prescripción y de venta en establecimientos no farmacéuticos; b) los que pueden adquirirse sin prescripción solo en establecimientos farmacéuticos; c) Medicamentos de venta bajo prescripción y solo en establecimientos farmacéuticos y d) Medicamentos especiales de venta solo en farmacias y bajo receta médica restringida⁴³.

Otros errores frecuentes son interpretación errónea de la posología, administración de formas farmacéuticas por vías inapropiadas, como usar oralmente un supositorio, destruir las formas farmacéuticas para hacer más fácil la toma, confundir los medicamentos que debe tomar con otros que mantiene en su domicilio y otros propios de influencias culturales.

- b) Actitudes negativas (PRM 2): Ocurren cuando el paciente asume una conducta contraria hacia la medicación originada en percepciones erróneas de los efectos de los medicamentos. El paciente se convence, sea por factores intrínsecos o extrínsecos, que los medicamentos no son necesarios o son más dañinos que la propia enfermedad.

Respecto Ocampo “Determina que las actitudes ayudan para detectar cuando el químico farmacéutico interroga: ¿Si Usted tiene problemas con la toma de alguno de estos medicamentos?, y como respuesta se obtienen argumentos en contra de los medicamentos, muchas veces originados por sensaciones negativas o reacciones adversas intensas; las actitudes negativas vienen del incumplimiento, aunque difiere de este por ser una actitud convencida y razonada, mientras que el incumplimiento simple es más bien una muestra de desinterés ”¹.

- c) Conservación inadecuada (PRM 3): Condiciones ambientales negativas en las que se reserva los medicamentos, estas condiciones pueden ser: temperaturas excesivas, expuestos a luz solar, lugares inseguros, ambientes húmedos, al alcance de niños; como conservación inadecuada también se considera el almacenamiento de los medicamentos de manera desordenada, en bolsas plásticas, cajas, armarios; donde se guardan fuera de su empaque secundario, a granel y mezclándose con otros medicamentos de apariencia similar. Esta práctica puede generar equivocación al escoger el medicamento necesitado de consecuencias muy graves ¹.
- d) Duplicidad (PRM4): Es por el uso de dos medicamentos que llegan a cumplir igual función farmacológica sin ventajas terapéuticas, por el contrario, la duplicidad puede causar problemas debido a la sobre dosificación.

El origen de un problema de duplicidad es la prescripción, se considera que dos medicamentos son duplicados cuando son medicamentos que necesitan receta para su uso y de hecho figuran en una misma prescripción o fueron indicados en dos oportunidades diferentes para la misma o diferente morbilidad, en todo caso el paciente continúa usándolos de manera concomitante¹.

También refiere Ocampo “Que la duplicidad puede darse también cuando el paciente decide tomar dos medicamentos que no necesitan prescripción, pero con el mismo efecto farmacológico, no se considera duplicidad cuando el paciente decide por su cuenta tomar un medicamento que necesita receta, sin

saber que ya usa un medicamento prescrito con el mismo objetivo farmacológico, en este caso se trata de una administración errónea del medicamento (PRM 1); en conclusión, para que haya duplicidad los dos o más medicamentos duplicados deben ser medicamentos prescritos con el mismo objetivo farmacológico o el uso de medicamentos no sujetos a prescripción que tienen el mismo efecto farmacológico”¹.

- e) Dosis, pauta y/o duración no adecuada (PRM 5): Sucede cuando la prescripción no es conforme a las pautas posológicas habituales o recomendadas en esquemas de tratamiento institucionales, la incongruencia puede ser en la dosis, la administración, el tiempo recomendado para el tratamiento¹.

- f) Contraindicaciones (PRM 6): Un medicamento está contraindicado cuando por las condiciones fisiopatológicas del paciente o la toma concomitante de alguna otra sustancia no esté en condiciones de usar un determinado medicamento, las contraindicaciones pueden predisponer un daño muy negativo para el paciente, se identifica un medicamento contraindicado al revisar los medicamentos prescritos que el paciente consume de manera regular o cuando el paciente consume un medicamento de venta libre contraindicado para su condición; no se considera contraindicación cuando el paciente decide auto medicarse un medicamento no apropiado para su condición que necesita prescripción, en este caso será un error de medicación (PRM 1)¹.

- g) Errores de dispensación (PRM 7), son los medicamentos que deben, en la mayoría de los casos, ser dispensados tal como fueron prescritos en las recetas. Según norma vigente el Farmacéutico está facultado para ofrecerle al paciente una alternativa farmacéutica al medicamento prescrito, indicándole las diferencias de origen y precio. El cambio puede ser desde un medicamento prescrito en denominación internacional (DCI) a un medicamento de marca, si el paciente lo prefiere y fue informado del cambio o el cambio más favorable de un medicamento prescrito en nombre comercial por otro en DCI^{43,44}.

En la revisión de los medicamentos el farmacéutico asegurará que los dispensados estén de acuerdo a la receta en cuanto a su naturaleza como alternativa farmacéutica, forma farmacéutica y cantidad.

- h) Errores de prescripción (PRM 8): Esto ocurre cuando el facultativo entrega al paciente una receta o documento con pautas terapéuticas incompletas, poco claras, confusas y que originan el error del paciente al usar los medicamentos.

Para su diagnóstico el Farmacéutico revisa con el paciente el documento emitido por el facultativo teniendo a la vista los medicamentos dispensados. Se analiza si la receta tiene dato mínimo requerido según la norma para el uso del paciente use de forma apropiada el medicamento y si los medicamentos son coherentes farmacológicamente con el diagnóstico^{1,45}.

Se revisan las dos partes de la prescripción: las indicaciones para la farmacia y las indicaciones de uso para el paciente, las indicaciones para la farmacia incluyen: datos completos del prescriptor, nombres de paciente, la forma de presentación, la cantidad total de medicamentos en unidad y la escritura clara de los medicamentos en denominación común internacional (DCI)¹.

Las indicaciones para el paciente de cada medicamento deben incluir: Las dosis, la frecuencia de dosis y el tiempo de tratamiento. La cantidad de medicamento prescrito debe coincidir con la necesaria según la posología y el tiempo de tratamiento. Las recetas deben incluir advertencias, incompatibilidades y precauciones a los medicamentos por la condición fisiopatológica del paciente si fuese necesario”¹.

- i) Incumplimiento o no adherencia al tratamiento prescrito (PRM 9): Se utiliza la definición de Haynes citado por Basterra M quien definió la adherencia al tratamiento como: el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de

hábitos de vida coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario, se utiliza de manera indistinta los términos cumplimiento terapéutico, cumplimiento de la prescripción, adherencia al tratamiento y adherencia terapéutica con el mismo significado semántico”^{1,46}.

La no-adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran magnitud. En los países desarrollados solo el 50% de los pacientes son adherentes mientras que en los países en vías de desarrollo las tasas son inclusive menores⁴⁷. Este PRM tiene como consecuencia el incumplimiento de las metas sanitarias, sobre todo en pacientes con enfermedades crónicas, mayores costos en salud, mayor incidencia de complicaciones y finalmente agravamiento y muerte^{1, 37, 48}.

- j) Interacciones (PRM 10): Incompatibilidad en la concomitancia del uso de dos o más medicamentos que afecta negativamente el efecto farmacológicas de ambos o de alguno de ellos; aumentado sus efectos nocivos o disminuyendo su potencia farmacológica¹.

La evaluación de interacción es compleja y debe tener el criterio de costo beneficio de la administración conjunta, frente a otras alternativas terapéuticas. Se consideran además las interacciones con productos naturales o alimentos que el paciente consume regularmente junto con los medicamentos que pudieran afectar negativamente la medicación^{1, 14, 49}.

Al igual que en la duplicidad y en las contraindicaciones se considera interacción cuando el origen de uso de los medicamentos implicados es una prescripción médica. Si la interacción se produce por el uso de un medicamento auto medicado que necesita prescripción el problema se tipifica como error de medicación (PRM 1).

- k) Otros problemas de salud que afectan al tratamiento (PRM 11): Son problemas de salud diagnosticados o no que condicionan al paciente hacia comportamientos que pueden poner en riesgo el uso de los medicamentos prescritos o motivar la automedicación inapropiada ¹.

- l) Potenciales Reacciones Adversas (PRM 12): Son aquellos problemas de salud causados o agravados por el medicamento. Conviene revisar la evidencia científica que existe sobre la probabilidad de manifestación de un determinado efecto indeseado, así como su gravedad. Es preciso establecer cuáles son los signos clínicos que permiten identificar la aparición de los efectos indeseados de un medicamento. También es conveniente revisar resultados de análisis clínicos que puedan estar alteradas por causa del medicamento ^{1,42}.

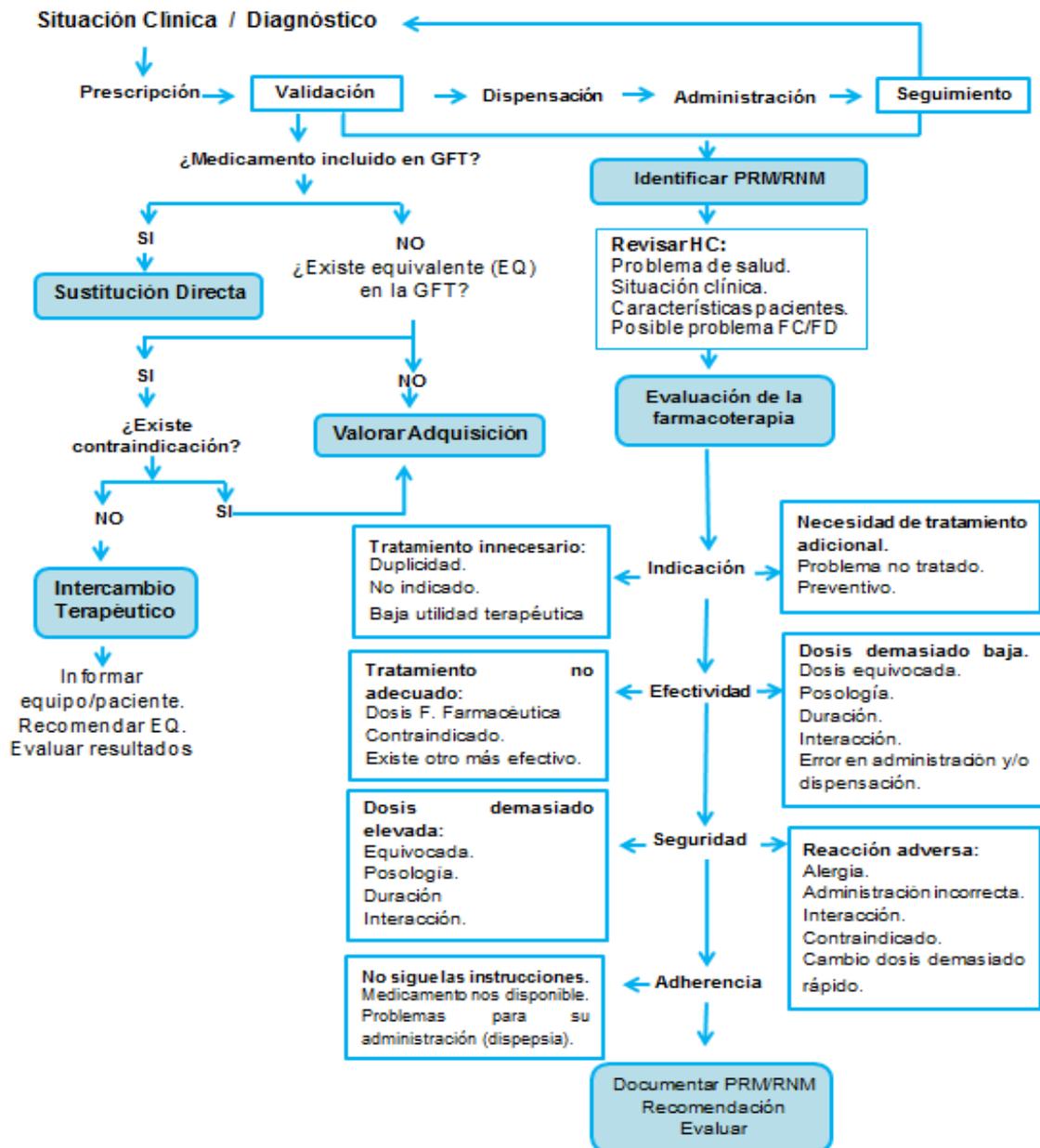
- m) Problema de salud insuficientemente tratado (PRM 13): El farmacéutico puede identificar este problema preguntándole al paciente: ¿Cuándo toma los medicamentos se siente mejor, igual o peor? Respuestas igual o peor denotan malestar en el paciente y un signo inefectividad del tratamiento prescrito.

La ineficacia puede ser el origen de prácticas inapropiadas para la salud del paciente. El Farmacéutico ante un diagnóstico de problema insuficientemente tratado debe comunicarse inmediatamente con el médico.

El Tercer Consenso de Granada sugiere que su lista de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs) puede ser enriquecida a medida que en la realidad donde se pongan en práctica programas de Seguimiento Farmacoterapéutico se definan otras entidades o factores propios del entorno que puedan desencadenar Resultados Negativos de la Medicación ³¹.

En este sentido se han considerado las recomendaciones de investigaciones similares y se han incorporado como PRMs: las influencias negativas del entorno, el uso de medicamentos ilegales y los problemas económicos, que son factores propios de nuestra realidad ¹⁹.

Figura N°01. Flujograma de las etapas de estudios y evaluaciones. Tomado del Comité del Consenso



- n) Problema de salud insuficientemente tratado (PRM 13): El farmacéutico puede identificar este problema preguntándole al paciente: ¿Cuándo toma los medicamentos se siente mejor, igual o peor? Respuestas igual o peor denotan malestar en el paciente y un signo ineffectividad del tratamiento prescrito.

La ineficacia puede ser el origen de prácticas inapropiadas para la salud del paciente. El Farmacéutico ante un diagnóstico de problema insuficientemente tratado debe comunicarse inmediatamente con el médico.

El Tercer Consenso de Granada sugiere que su lista de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs) puede ser enriquecida a medida que en la realidad donde se pongan en práctica programas de Seguimiento Farmacoterapéutico se definan otras entidades o factores propios del entorno que puedan desencadenar Resultados Negativos de la Medicación³¹.

En este sentido se han considerado las recomendaciones de investigaciones similares y se han incorporado como PRMs: las influencias negativas del entorno, el uso de medicamentos ilegales y los problemas económicos, que son factores propios de nuestra realidad¹⁹.

- o) Influencias negativas del entorno (PRM 14): Conductas y actitudes asumidas por los pacientes por influencia del entorno social o cultural que predisponen su valoración y actitud hacia los medicamentos.

Las influencias negativas pueden provenir de familiares, amistades, vecinos que sufren los mismos o similares problemas de salud y que aconsejan replicar formas de uso con el convencimiento de: lo que hace bien a uno es bueno para todos. Otras influencias del entorno pueden provenir de publicidad engañosa, grupos religiosos, etc.

Una situación especial representa el consejo de uso de medicamentos desde la farmacia, dado por personal no autorizado, recomendando el uso de medicamentos de prescripción obligatoria y sin la autorización ni la supervisión del profesional farmacéutico.

- p) Medicamentos ilegales (PRM 15): Uso de medicamentos sin registro sanitario vigente o de origen ilegal: contrabando, muestras médicas, robado de instituciones públicas. Que puede identificarse a través del análisis organoléptico, es decir: envase primario y secundario no violado, registro sanitario vigente, fecha de vencimiento, estado físico de la forma farmacéutica o el envase en buen estado, etc.
- q) Problemas económicos (PRM 16): Problema evidenciado cuando el paciente no toma su medicación por no tener condiciones económicas suficientes para surtir la receta ni estar inscrito en ningún seguro social. Por lo tanto, incumple con la toma de sus medicamentos.

2.2.3. La Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacéutico: Contribución del Farmacéutico al Mantenimiento de la Salud Pública

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) definieron en 1993 “Que la misión de la práctica farmacéutica debe ser: suministrar medicamentos, otros productos y servicios para el cuidado de la salud y ayudar a la sociedad para que sean usados de la mejor manera posible ⁵⁰.”

Una parte de la misión señalada por la OMS se contiene en la definición del término Pharmaceutical Care ². En España país donde se ha incorporado el término a la asistencia sanitaria, El Ministerio de Sanidad y Consumo promueve el concepto de Atención Farmacéutica (AF) como un conjunto de servicios farmacéuticos dirigidos al paciente que van desde el control de calidad de la prescripción hasta actividades de Farmacovigilancia ^{1,31,51,52}.

En el ámbito comunitario, según Andrés Rodríguez las actividades de AF podrían esquematizarse según el Cuadro N° 03, donde destacan aquellas orientadas hacia los pacientes mayores en número que aquellas tradicionales orientadas exclusivamente hacia el aseguramiento de la calidad del medicamento ⁹.

Las actividades centrales relacionadas con atención farmacéutica son: dispensación, asesoramiento farmacéutico, farmacovigilancia y seguimiento farmacoterapéutico ¹.

CUADRO N° 03. Las Actividades de Atención Farmacéutica en el ejercicio profesional del farmacéutico comunitario

ACTIVIDADES ORIENTADAS AL MEDICAMENTO	ADQUISICIÓN, CUSTODIA, ALMACENAMIENTO, CONSERVACIÓN, DE MATERIAS PRIMAS, ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS Y PRODUCTOS SANITARIOS.
ACTIVIDADES ORIENTADAS AL PACIENTE: ATENCIÓN FARMACÉUTICA	DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS. FORMULACIÓN MAGISTRAL.
	INDICACIÓN FARMACÉUTICA. FORMACIÓN EN USO RACIONAL. EDUCACIÓN SANITARIA. FARMACOVIGILANCIA.
	SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO FARMACÉUTICO ALÓGICO.

Tomado de Andrés Rodríguez ⁸

Aquellas actividades que no están directamente relacionadas con el uso de medicamentos pueden contribuir también con este objetivo siendo consideradas más como actividades para el aseguramiento de la calidad intrínseca de la forma farmacéutica, por ejemplo, el análisis de control de calidad” ^{1, 9, 34}.

Las actividades directamente relacionadas con AF: La Indicación Farmacéutica, el Seguimiento Fármaco Terapéutico (SFT), las Buenas Prácticas de Dispensación (BPD), las actividades relacionadas con la Farmacia Clínica, las Buenas Prácticas de Farmacovigilancia (BPF), todas ellas deben contribuir con la prevención, solución o amenguamiento de los PRM asociados con el uso directo de los medicamentos por parte de los pacientes (Cuadro N°01)¹.

Lo más impactante de la Atención Farmacéutica es el uso del término mismo, tal vez nunca antes en la historia de la farmacia se había usado el término atención, para denotar la función del farmacéutico en la sociedad. Era mucho más frecuente hablar de servicios farmacéuticos que de atención y existen diferencias entre ambos

términos¹. El diccionario define “atención” como la responsabilidad individual de alguien para entregar bienestar y seguridad, mientras que un servicio implica simplemente funciones o actividades”^{1,53}.

Gonzales⁵³, Martínez⁵⁴ y Van⁵⁵ refieren que: “al introducir el término ATENCIÓN el farmacéutico se iguala con otros profesionales de la salud que también entregan atención al paciente y colocamos a éste, en el centro de nuestro quehacer profesional”. Hay tres elementos básicos que caracterizan el ejercicio de la atención farmacéutica: Responsabilidad, el compromiso de trabajar con el paciente para alcanzar las metas terapéuticas y el mejoramiento de la calidad de vida.

Para Ocampo “el mayor problema del concepto de AF es llevarlo a la práctica en términos de una actividad proactiva independiente de las percepciones del paciente y de las expectativas del prescriptor con el objetivo de detectar problemas complejos en el proceso de uso de medicamentos que solo pueden ser diagnosticados por la experiencia profesional del Farmacéutico Es decir una actividad en la cual el farmacéutico asume de manera integral la responsabilidad de evaluar a los pacientes que consumen medicamentos con el fin de detectar PRMs y resolverlos”¹.

Se han propuesto para este fin una serie de actividades concretas que permitan obtener resultados medibles que evidencien la utilidad del trabajo profesional farmacéutico para la prevención, solución o amenguamiento de los problemas asociados al uso de los medicamentos (PRM), una respuesta a esta necesidad es la implementación de modelos basados en Seguimiento Fármaco Terapéutico (SFT)
^{31,56,57}.

Las actividades del SFT están orientadas a la detección de PRM para la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM), este servicio implica un compromiso y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos para el mejoramiento la calidad de vida del paciente ^{1,55,58}.

La definición de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), tal como se propone en el tercer consenso sobre Atención Farmacéutica de España en 2007, es: la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente que usa medicamentos ^{1,31}.

Luego Machuca “Señala que actualmente los términos: atención farmacéutica (AF), intervención farmacéutica (IF) y Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) se usan indistintamente en las diferentes investigaciones sobre el tema para indicar una misma actividad orientada a asegurar calidad y prevenir el riesgo en el consumo de medicamentos por parte de los pacientes⁵⁸.

Según Climente y Jiménez de manera general los programas de AF o SFT deben soportarse en métodos o sistemas para dar respuesta a los siguientes aspectos: a) Identificación temprana de pacientes que se beneficiarían con su implantación; b) Registrar las categorías y causas que originan los problemas relacionados con los medicamentos y su documentación; c) Generar alertas para solucionar fallos del sistema; d) Evaluar la utilidad clínica de los procesos asistenciales en curso y e) Facilitar la propuesta de mejoras en la calidad de la gestión farmacoterapéutica ⁵⁹.

A través de los años se han desarrollado varios métodos para este fin, entre ellos los más conocidos son: a) The Therapeutic Outcomes Monitoring (TOM) aplicable a grupos de pacientes que sufren enfermedades de alto riesgo propuesto por Charles Hepler, b) El Método del Global Pharmaceutical Care de Linda Strand y Cols. y c) El método de Seguimiento Farmacoterapéutico DADER de Dáder et al desarrollada desde la Universidad de Granada en España. Existen así mismo otros métodos propuestos como el método IASER desarrollado por Climente y Jiménez ^{1, 32, 59, 60}.

En esta investigación se utiliza como modelo de SFT una modificación del método DADER, desarrollado por Ocampo aplicado por primera vez con el objetivo de medir el impacto del SFT sobre el uso de medicamentos y la prevención y solución de PRMs y RNMs en pacientes hipertensos” ^{1,19,42,61}.

El Método DADER nació en 1999 como propuesta del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. Intenta ser una herramienta sencilla y de fácil aplicabilidad sin perder el rigor de un procedimiento operativo normalizado. Según los autores el modelo pretende ser universal para la prestación del SFT en cualquier ámbito asistencial, independientemente del tipo de paciente y por cualquier fármaco ^{1,61}.

El método demostró tener efecto en la prevención, detección y resolución de Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) desde el nivel de atención primaria ^{1, 61, 62, 63}. Por otro lado el Grupo de Investigación de la Universidad de Granada y Deselle et al: propone que es necesario evaluar su utilidad en escenarios sociales diferentes que permitan establecer estándares de actuación en situaciones particulares para medir en ellos el impacto real de la atención farmacéutica ^{14,64}.

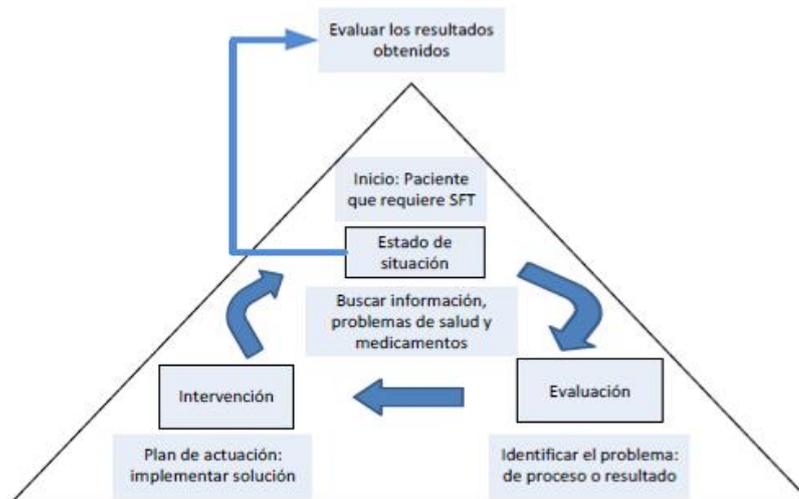
Estas particularidades se han introducido en el método modificado por Ocampo adaptando las herramientas de recojo de información para hacerlas más fáciles de aplicar por el profesional farmacéutico en el contexto peruano y más entendibles para el paciente. Así mismo se han introducido procedimientos y herramientas que permiten detectar rápidamente problemas de no adherencia al tratamiento ¹⁹.

Tanto en el método DADER como en la versión modificada por Ocampo se pueden identificar como fases centrales del proceso de seguimiento farmacoterapéutico a las siguientes: a) Elaboración del primer estado de situación del paciente; b) La evaluación e identificación de sospechas de PRMs; c) La intervención para resolver los PRMs y prevenir potenciales RNMs y d) La evaluación del nuevo estado de situación del paciente (Figura N°02) ^{11,19}.

Un aspecto importante es desarrollar e implementar un modelo que agregue valor a la asistencia sanitaria, un impulso cualitativo a las actividades del farmacéutico y además genere rentabilidad económica al establecimiento farmacéutico ^{1,61}. Sin embargo, el objetivo del SFT, independientemente del modelo, es solucionar los PRMs mediante intervenciones farmacéuticas efectivas. Sabater et al plantean: “una clasificación de las

intervenciones farmacéuticas que podrían sugerir durante el Seguimiento Farmacoterapéutico”^{1,12} (Ver Cuadro N°04).

Figura N°02. Pasos Clave del Método DADER Modificado de Seguimiento Farmacoterapéutico



Tomado de: P Ocampo¹⁹

En esta clasificación se define intervención farmacéutica como: una propuesta de actuación sobre el tratamiento y/o las conductas del paciente, encaminada a resolver o prevenir un PRM y evitar RNM^{1,12}.

Las intervenciones sobre la terapia indicada por un facultativo que corresponde las dimensiones 1 y 2 con el objetivo de cambiar las dosis, frecuencias de dosis, reparto de dosis, aumentar o quitar un medicamento y/o sustituir alguno deben implementarse a través de una interconsulta con el médico prescriptor, mientras que las intervenciones en la dimensión 3 son de naturaleza educativa y de responsabilidad directa del farmacéutico y del paciente¹.

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

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

Tomado de Sabater ¹².

2.2.4. Seguimiento Farmacoterapéutico y Satisfacción del Paciente por el Servicio

La evaluación de la calidad de los servicios sanitarios, la valoración del usuario resulta de capital importancia, porque proporciona información sobre el éxito del proveedor en el cumplimiento de las expectativas; la satisfacción de los pacientes es uno de los resultados humanísticos, considerados por Donabedian como la aprobación final, de esta forma la calidad de la atención y consejería que el

paciente recibe del farmacéutico puede servir como un indicador de la calidad de los servicios de atención farmacéutica, también podría ser útil para estimar la magnitud en la cual los pacientes perciben la calidad de los servicios farmacéuticos^{27, 65, 66}.

Armando “Sostiene que la satisfacción de los pacientes con un seguimiento fármaco terapéutico se relaciona fundamentalmente a mejoras en el conocimiento de los medicamentos y en el cumplimiento de los tratamientos prescritos por el médico”⁶⁷.

Ferrer “Concluye que existe relación entre el grado de satisfacción del paciente con el servicio farmacéutico por un lado y la auto percepción del estado de salud y el compromiso del paciente con el cumplimiento de las indicaciones médicas y farmacéuticas por otro”⁶⁸.

En la misma línea Rodríguez “En un estudio realizado en pacientes que se atienden en farmacias comunitarias y que recibieron SFT encontró que El 89% cree que ha supuesto una mejoría de sus enfermedades, igualmente el 83% afirma que la relación Farmacéutico-Paciente- Médico no se ha visto afectada, incluso un 4% piensa que ha mejorado mucho; más del 94% considera que ha recibido un trato personal y profesional excelente; el 74% manifiesta encontrarse muy satisfecho con el servicio de seguimiento fármaco terapéutico y un 94% cree que sus enfermedades están mejor tratadas”²⁸.

No obstante Ocampo “En la evaluación de la autopercepción del paciente sobre el actuar farmacéutico ha sido objeto de múltiples investigaciones con el objetivo de establecer un procedimiento e instrumentos confiables para medirla, algunos toman como línea de base a la farmacia en su conjunto, como establecimiento de salud, mientras que otros miden directamente la percepción acerca del profesional o específicamente la calidad de la información brindada y de cómo ha influenciado en los hábitos del paciente para el manejo de la enfermedad”¹.

Según Ocampo “En esta investigación se evaluó la percepción que tuvieron los pacientes con hipertensión arterial de la consejería del farmacéutico antes y después a la implementación del seguimiento fármaco terapéutico, como un indicador asociado a la calidad de la atención farmacéutica brindada; para el abordaje se utilizó The Purdue Pharmacist Directive Guidance scale (PPDG), la cual es una herramienta sencilla, fácil de administrar y que ha demostrado validez y confiabilidad en los resultados”¹.

2.2.5. Hipertensión Arterial

Según el séptimo reporte del Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure de los Estados Unidos (JNC VII) (150) “Se considera que un individuo adulto mayor de 18 años es hipertenso cuando se produce una elevación persistente de la PAS (presión arterial sistólica) mayor o igual de 140 mm Hg y/o una elevación de la PAD (presión arterial diastólica) mayor o igual de 90 mm Hg, aunque la herencia es un factor relevante para el desarrollo de HTA, se considera que es un problema de salud multicausal, debido a que factores ambientales, neurogenéticos, humorales y vasculares cumplen un papel importante en el desarrollo de la enfermedad”⁶⁹.

Ahora OMS “En el mundo, uno de cada tres adultos tiene presión arterial alta según estadísticas la HTA sólo se diagnostica en dos de cada tres individuos hipertensos (68,4%), de estos, el 53,6% recibe el tratamiento adecuado, pero el control sólo se logra en el 27% de los casos diagnosticados”⁷⁰.

La Organización Panamericana de la Salud, la prevalencia de HTA en América Latina y el Caribe oscila entre el 8% y el 30%. A pesar de ello las estadísticas de prevención, tratamiento y control de la hipertensión han declinado levemente en años recientes⁷¹.

En cuanto a esto Ocampo “Los factores reconocidos influyentes sobre el nivel medio de la hipertensión arterial son la edad, herencia, el sexo (con la edad más elevado en las mujeres), la raza (mayor en negros que en blancos) y nivel socio económico (prevalente en niveles socioeconómicos bajos), así mismo otros factores de riesgo bien conocidos como: dieta, ingesta de sal, elevación de lípidos sanguíneos, obesidad, tabaquismo, el

consumo excesivo de alcohol, estrés, diabetes mellitus e inactividad física (sedentarismo)”¹.

En diversos estudios publicados en los últimos 5 años se ha podido comprobar que la presión de pulso tiene una relación directa con procesos tales como la hipertrofia miocárdica, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, estenosis carotídea, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal, y mortalidad cardiovascular y mortalidad total ⁷².

2.2.6. Farmacia Delgado

La investigación se fue llevando en la misma Farmacia Delgado. La farmacia tiene como ubicación el distrito de Chimbote, departamento de Ancash, en la zona de la AV Jose Pardo P.J. 1Ro De Mayo – Chimbote. La población de la zona de influencia puede catalogarse como del nivel socioeconómico bajo.

Para el servicio profesional de la Farmacia Delgado cuenta con la presencia de 1 Químico farmacéutico. La farmacia ofrece la dispensación de productos farmacéuticos nacionales e importados. La farmacia diariamente se atiende en promedio de 20 a 40 pacientes. Se atiende un promedio de 10 recetas por día aproximadamente 20 a 30 recetas al mes, la atención es de 8:30 am - 1:00 pm / 3:30 a 10:00 pm de lunes a sábado.

Las patologías más frecuentes para las cuales se dispensan los medicamentos son: Hipertensión arterial (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), Infección del Tracto Urinario (ITU), Hipertensión arterial (HTA), Dermatomicosis, Diabetes Mellitus.

III. HIPÓTESIS

3.1. HIPÓTESIS NULA

El programa de seguimiento Farmacoterapéutico no tiene impacto para aumentar la percepción de la actividad profesional del farmacéutico en pacientes con hipertensión arterial que se atienden en la Farmacia Delgado del distrito de Nuevo Chimbote.

3.2. HIPÓTESIS ALTERNATIVA

El programa de seguimiento Farmacoterapéutico tiene impacto significativo para aumentar la percepción de la actividad profesional del farmacéutico en pacientes con hipertensión arterial que se atienden en la Farmacia Delgado del distrito de Nuevo Chimbote.

IV. METODOLOGÍA

4.1. Diseño de 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 probalístico y semi ciego.

Figura N°03. Esquema del modelo de intervención farmacéutica



Fuente: elaborado por Ocampo ¹⁹

4.2. Población y Muestra

El universo de sujetos de estudio estuvo conformado por aquellos pacientes atendidos de manera regular en la Farmacia Delgado. Los pacientes de la muestra de investigación se autoseleccionaron entre aquellos que visitaron la Farmacia Delgado, durante el mes octubre 2015 a marzo del 2016, cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron libremente ingresar al programa de SFT mediante la firma de un documento de consentimiento informado. El número final de pacientes de la muestra fue prefijado arbitrariamente en 12 pacientes.

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

- Pacientes diagnosticados con Hipertensión Arterial.
- Edad entre 45 y 65 años.
- Captados desde el establecimiento farmacéutico (EF) de referencia.
- Con receta vigente para la enfermedad objetivo de antigüedad no mayor de tres meses.
- Consentimiento explícito a través de un documento firmado.
- Capacidad de comunicación en idioma español de manera fluida escrita y hablada.
- Autosuficientes, es decir la toma de medicación no dependió de terceros.

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

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

4.3. Definición y Operacionalización de las Variables

4.3.1. Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT)

Es una práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades de los pacientes mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con el uso de medicamentos (PRM)⁵⁴.

El SFT es una variable independiente administrada a los pacientes para diagnosticar, tratar y/o prevenir PRM que degeneren en Resultados Negativos de la Medicación. El SFT se aplica mediante una intervención profesional en una secuencia de actividades en cinco fases conducidas por el Farmacéutico y dirigidas al paciente y/o prescriptor^{54,73}.

El instrumento del SFT es la Ficha Farmacoterapéutica (FFT) (Anexo N° 7.3) donde se registra la evolución del proceso. Se consignan datos del paciente, morbilidades, uso de medicamentos, costumbres y otros. Se registran los PRMs diagnosticados, los objetivos propuestos para su solución y los canales de comunicación empleados. La FFT registra finalmente el resultado de la intervención y los RNM asociados a los PRMs identificados.

4.3.2. Problemas relacionados con medicamentos (PRM)

Situaciones que en el proceso de uso de medicamentos causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación. En la presente investigación utilizaremos como base el listado modificado de PRM sugerido por el tercer consenso de Granada^{1,31}. (Cuadro N° 01).

El diagnóstico de PRMs es cuantitativo como resultado del análisis de la información recogida en las fichas farmacoterapéuticas. Cada paciente puede sufrir más de un PRM cuya naturaleza es registrada en la FFT como un evento diferente e individual en las tablas de frecuencias¹.

4.3.3. Resultados negativos asociados con la medicación (RNM)

Se define como sospechas de RNM a la situación en la que el paciente está en riesgo de sufrir un problema de salud asociado al uso de medicamentos, generalmente por la existencia de uno o más PRM, a los que podemos considerar como factores de riesgo de este RNM. (Cuadro N° 02)³¹. La identificación de los RNMs será por interpretación del PRM asociado y su registro como un evento diferente e individual en las tablas de frecuencias. Cada paciente presenta tantos RNMs como PRMs sean diagnosticados.

4.3.4. Seguimiento Farmacoterapéutico y Satisfacción del Paciente por el Servicio

La variable satisfacción del paciente con las indicaciones del farmacéutico se definió como la aprobación final de la calidad de la atención farmacéutica y refleja la habilidad del proveedor para cumplimentar las necesidades de los pacientes-usuarios⁷⁴. La medición de la variable fue utilizada como indicador de la calidad percibida de los servicios farmacéuticos. La variable se determinó mediante el instrumento The Purdue Pharmacist Directive Guidance scale (PPDG), el test de Purdue contiene 10 preguntas con respuestas según escala de Lickert cuyo puntaje ordinal va del 0 al 3, significando entonces un puntaje de 30 como de total satisfacción y 0 como total insatisfacción del paciente⁶⁸.

La decisión de establecer 12 pacientes, como el número adecuado por farmacia, se fundamentó en dos aspectos básicos:

Algunos autores, con base a la experiencia y sugerencia de farmacéuticos que han participado en trabajos de investigación comunitarios, establecen entre 10 a 20 el número de pacientes razonables por farmacéutico^{75, 76}.

Quienes conducen el programa son alumnos del pre grado de Farmacia y Bioquímica cuyo nivel de desempeño profesional es aún incipiente y cuanto a: desarrollo de estrategias de comunicación con el paciente y con el médico, dificultad para precisar los diagnósticos de PRMs, dificultad para comunicar y convencer al paciente acerca de los resultados esperados con el SFT^{75, 76}.

4.4. Técnicas e Instrumentos

4.4.1. Técnica

El Seguimiento Farmacoterapéutico se condujo a través de la técnica de la entrevista personal, la conversación telefónica y la interacción a través de redes sociales en internet. La entrevista personal se realizó en el EF o en el domicilio del paciente. La técnica de abordaje y de interacción con el paciente en las entrevistas fue el recomendado por la Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico del método DADER.^{1, 77}

4.4.2. Instrumentos

4.4.2.1. Fichas Farmacoterapéuticas (FFT)

Las FFT son hojas para el registro de los datos del seguimiento farmacoterapéutico. Es el instrumento base para el levantamiento de información. Es un documento que consiste en 5 partes de información sobre el paciente: Datos generales, información sobre las enfermedades, los medicamentos consumidos, problemas con el uso de medicamentos y las acciones realizadas por el profesional farmacéutico para resolverlas¹. Se utilizó este instrumento en las 5 fases del SFT. El registro de la información en las FFT se realizó de acuerdo a las indicaciones de la Guía para el Seguimiento Farmacoterapéutico del método DADER⁷⁷.

Las fichas farmacoterapéuticas permiten además identificar y describir a los PRMs identificados durante la fase de diagnóstico mediante la interacción con el paciente. En la hoja 4 de la FFT se escribe el o los medicamentos origen del PRM y/o la morbilidad asociada. Luego se identifica la naturaleza del PRM que aparece en casillas identificado con un número (Ver Anexo N° 09). Se utiliza una hoja 4 por cada PRM identificado. Es decir, al final un paciente puede ser diagnosticado con más de un PRM y por lo tanto su expediente personal contendrá más de una hoja cuatro.

Para cada PRM se describe la acción desarrollada por el farmacéutico para la solución del PRM y un cuadro que sintetiza la acción realizada en alguna de 10 acciones posibles definidas por el Tercer Consenso de Granada ⁵².

Así mismo las FFT permiten registrar el Resultado Negativo de la Medicación relacionado con el PRM. Como se dijo anteriormente un paciente pudo ser diagnosticado con más de un PRM, por lo tanto, pudo tener más de un RNM que debe estar identificado en la tabla de RNMs de la hoja 5 de las FFT (ver anexo N°10).

4.4.2.2. Medición de la Percepción de la Actividad Profesional del Farmacéutico

La variable se determinó mediante The Purdue Pharmacist Directive Guidance scale (PPDG) el test consta de una escala de 10 ítems. Las respuestas se valoraron de acuerdo a una escala tipo Likert que van desde 0 a 3, donde 0 significa nunca, 1= alguna vez, 2 = casi siempre, 3 = siempre. Sumando las respuestas de cada ítem obtuvimos la puntuación total ¹. La medición se realizó al inicio y al final de la intervención. Como resultado de un ensayo previo se modificaron la sintaxis y las palabras utilizadas en el instrumento original para añadirle mayor comprensión para el paciente.

CUADRO N° 05

Test de Purdue modificado para determinar la satisfacción del paciente con las indicaciones del farmacéutico

Programa de Atención Farmacéutica para paciente hipertenso. Farmacia Comunitaria ULADECH.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ COD _____

FECHA: ____ / ____ / ____

N	PREGUNTA	RDESPUESTA			
		0	1	2	3
1	Siente usted que el farmacéutico pone mucha atención cuando Usted le cuenta su problema de salud				
2	Su farmacéutico ¿le ha dejado alguna información sobre como tomar sus medicamentos?				
3	El farmacéutico ¿le ha explicado como sospechar si el medicamento le ha chocado?				
4	Su farmacéutico ¿le ha recalado sobre la forma como debe manejar su terapia sin recriminarle si estuvo bien o mal?				
5	Su farmacéutico sabe cómo explicar las cosas de una forma que asegure que usted siempre las entienda.				
6	Cuando ha tenido alguna duda sobre como tomar sus medicamentos ¿el farmacéutico siempre ha estado a su disposición?				
7	Su farmacéutico lo ha visitado de manera regular para verificar si ha seguido las indicaciones dejadas.				
8	Su farmacéutico le ha dicho a quién debe contactar si necesita alguna ayuda con el manejo de los medicamentos y su enfermedad.				
9	Cree Usted que el farmacéutico se interesa mucho en Usted como persona.				
10	Su farmacéutico le ha motivado para que usted asuma con responsabilidad su enfermedad y la toma de sus medicamentos.				
0=nunca, 1= algunas veces, 2=casi siempre, 3=siempre.					

OBSERVACIONES:

COD INTERV:

4.4.3. Procedimiento de Recolección de Datos

Los datos se recolectaron durante el programa de Seguimiento Farmacoterapéutico, cuyo proceso se esquematiza en la Figura N°04. En esencia se sigue el procedimiento sugerido en el método DADER con la modificación de la terminología y el anexo de otros datos que son útiles para nuestra realidad^{1, 77}.

Las etapas del procedimiento de recolección de datos:

1. Oferta del Servicio y Captación de pacientes.
2. Levantamiento de información. Primer estado de situación.
3. Estudio y Evaluación.
4. Intervención y seguimiento.
5. Análisis de Resultados.

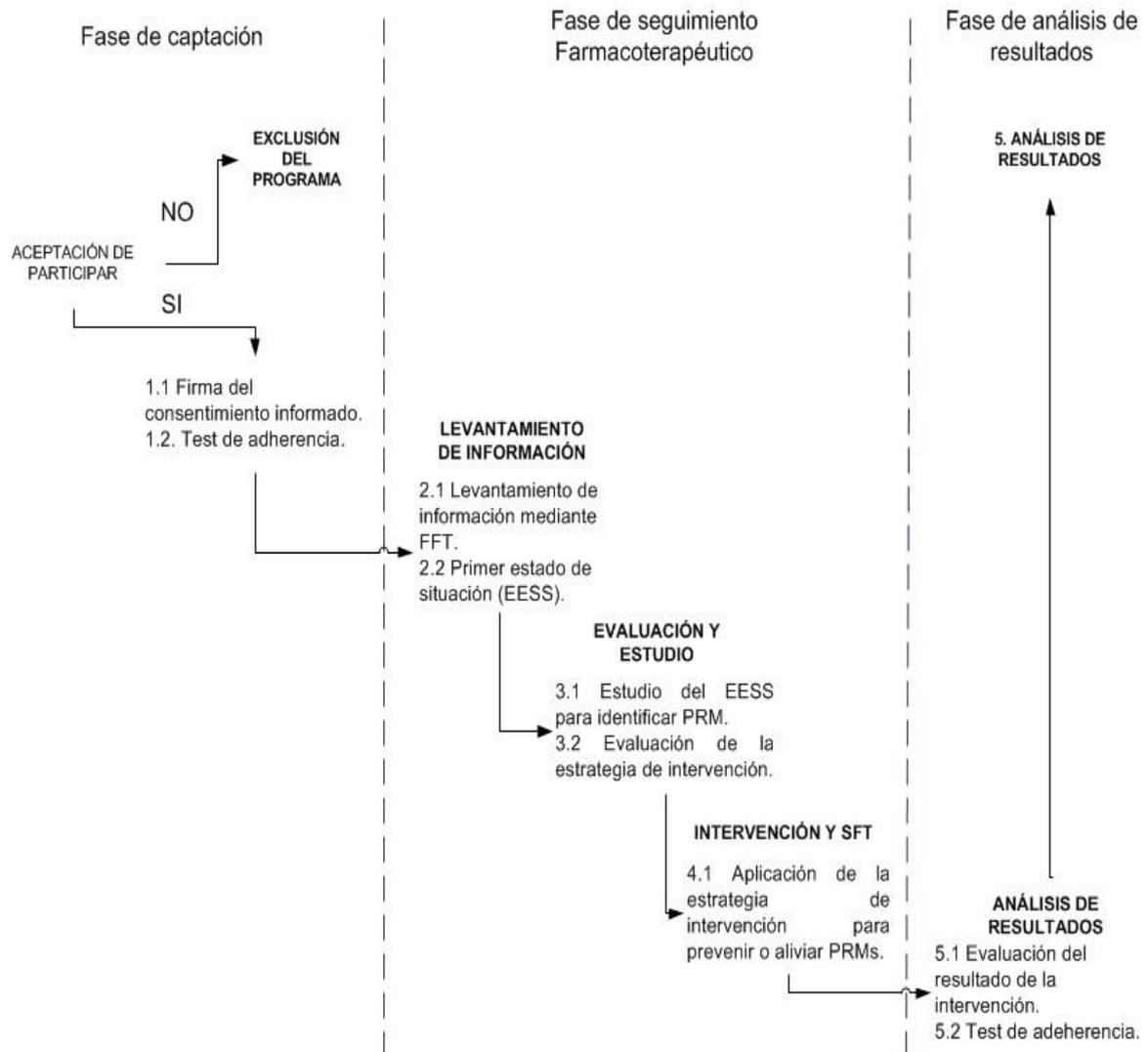
4.4.3.1. Procedimiento para Oferta del Servicio y Captación de los pacientes

Se ofertó el servicio a todos los pacientes con hipertensión arterial que acudieron a la farmacia Delgado en el mes octubre del 2015 a marzo del 2016 hasta obtener doce pacientes. Los pacientes firmaron su consentimiento de participar de la experiencia en un documento firmado (Anexo N°02). El documento de consentimiento explicita la responsabilidad del farmacéutico en vigilancia del uso de medicamentos, la cautela de los datos del paciente, la gratuidad del servicio, ni la venta o donación de ningún tipo de medicamento.

Así mismo el consentimiento autoriza al farmacéutico a intermediar con el médico para la solución de los problemas complejos o urgentes relacionados con el uso de medicamentos. Por otro lado, obliga al paciente a entregar toda la información referida a enfermedades y uso de medicamentos que pueda ser útil para el diagnóstico de PRMs¹.

Al final de la entrevista de captación, el paciente y farmacéutico fijan fecha y hora para la segunda entrevista de levantamiento de información.

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



Elaborado por OCAMPO P.¹⁹.

4.4.3.2. Levantamiento de Información

La información se registró en la FFT (Anexo N°03). Se anotó la información general del paciente, datos sobre enfermedades, profesionales que diagnosticaron, medicamentos utilizados, hábitos de vida, antecedentes familiares y percepción de signos y síntomas de problemas de salud que el paciente asocie con el uso de medicamentos ¹.

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

4.4.3.3. Fase de Estudio y Evaluación de la Información

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

Se estudia toda la información registrada en la FFT para interrelacionar las variables en busca de PRMs: enfermedades diagnosticadas, morbilidad sentida, medicamentos prescritos, automedicación, sospechas de reacciones adversas, adherencia al tratamiento, etc. para diagnosticar problemas con el uso de los medicamentos (PRMs) como causa de morbilidad farmacoterapéutica o RNMs. Se usó material bibliográfico de apoyo para certificar los hallazgos del PRMs y RNMs¹.
78.

Por cada problema diagnosticado el Farmacéutico estudiará la mejor estrategia de solución que se reportará en la hoja 5 de las FFT. La estrategia pudo contener una serie de acciones dirigidas directamente al paciente o al prescriptor ¹. Para cada PRM y sus estrategias de solución se buscó el mejor canal de comunicación que pudo dirigirse al paciente o al médico.

Cada paciente pudo ser diagnosticado con más de un PRM. Como resultado de esta fase surge el diagnóstico de los PRMs, los objetivos que deben lograr el paciente y/o el médico para su solución y la estrategia de comunicación. Los canales de comunicación utilizados se muestran en el cuadro siguiente:

CUADRO N°06. Tipos de canales para comunicar las recomendaciones del farmacéutico para la solución de PRMS ¹

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

4.4.3.4. Fase de Intervención y Seguimiento Farmacoterapéutico

El objetivo de esta fase fue comunicar asertivamente los objetivos y los plazos que deben cumplir el paciente y/o médico para la solución de PRMs. La intervención fue mediante visitas domiciliarias, contacto telefónico, correos electrónicos y/o redes sociales.

Para la comunicación de las estrategias de solución al paciente se usó las entrevistas personales y recomendaciones escritas. Cuando las intervenciones fueron para sugerir la modificación de dosis, añadir, retirar o sustituir un medicamento prescrito la comunicación fue dirigida al médico prescriptor. La sugerencia escrita de la estrategia fue a través de formatos pre elaborados dirigidos al paciente o al médico¹.

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

4.4.3.5. Evaluación del Impacto de la Intervención

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

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

Así mismo se evaluó al paciente nuevamente con el test de Purdue, sobre la percepción que tuvo acerca del trabajo profesional del farmacéutico durante el tiempo que duro el SFT, durante el desarrollo de la entrevista se evitó sugerir, recomendar, educar o cualquier otra actitud que pudiera modificar la percepción del paciente. No se consideró esta visita como de intervención.

4.5. Plan de Análisis de Datos

La información en las fichas farmacoterapéuticas, el test de Morisky y las mediciones de los parámetros clínicos se transfirió a tablas en MS Excel. Se construyeron tablas de datos sobre:

- a) Información general de los pacientes (sexo, edad, dirección, teléfono) y tiempos de intervención según canales de comunicación utilizados.
- b) Estado de situación con datos sobre. Problemas de salud y medicamentos utilizados, PRM, RNM asociados, estrategias de intervención usada y las vías de comunicación. También se anotó si el PRM fue o no resuelto y la percepción final del paciente sobre la solución del problema.
- c) Percepción sobre la actividad profesional del Farmacéutico antes y después del SFT medidos con el test de Purdue.

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

A partir de los datos acumulados en MS Access, se elaboraron tablas de resultados de doble y simple entrada con frecuencias relativas, absolutas y porcentajes. Se crearon tablas y gráficos sobre las características de los pacientes intervenidos, problemas de salud, frecuencias de los medicamentos usados, tipo y frecuencia de PRMs¹. Así mismo tablas para evidenciar la asociación entre el uso de medicamento y PRMs, los objetivos de intervención para solucionar los problemas y los Resultados Negativos a la Medicación (RNM) sospechados.

Para evidenciar los resultados de la intervención se construyeron tablas sobre la frecuencia de los canales de comunicación utilizados, El tipo y frecuencia de PRM diagnosticados y el porcentaje de los solucionados. También los resultados de la diferencia entre el nivel de adherencia antes y después de la intervención y entre los niveles de los parámetros clínicos.

Se determinó la correlación entre el número de diagnósticos y los medicamentos usados y entre los medicamentos usados y los PRMs diagnosticados por cada paciente. Se elaboraron gráficos de regresión lineal para hallar la linealidad de la correlación y para la determinación de la correlación entre las variables se utilizó el estadístico de Spearman¹.

Los resultados se derivan del análisis estadístico de los datos obtenidos de los 12 pacientes que participaron en el estudio. Para medir la diferencia entre la percepción del paciente hacia la calidad de atención profesional del farmacéutico antes y después del test de Purdue por lo cual se utilizó el test de sumas pareadas de Wilcoxon, el cual no requiere de presunciones paramétricas.

Todos los análisis fueron realizados utilizando el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 12.1.24. El nivel de significancia estadístico para todos los análisis fue de 0.05.

Cada pregunta del test de Purdue arroja resultados valorados entre 0 y 3. Donde 0 representa la percepción más negativa y 3 la más positiva de la actividad profesional del farmacéutico. El test se aplicó antes y después de la intervención mediante SFT y se comparó los resultados de cada pregunta. La diferencia de las medias de cada pregunta se analizó mediante el estadístico Wilcoxon Test Rank cuyo valor de significancia se fijó en 0.05. La medición de las diferencias se realizó por pregunta y por todo el puntaje del test.

4.6. Criterios Éticos

La World Medical Association refiere, El estudio se llevó a cabo siguiendo las normas éticas de la Declaración de Helsinki. Se realizó con el consentimiento de los responsables del Servicio Farmacéutico de referencia. Se reportaron a los responsables del tratamiento las incidencias de las visitas de manera inmediata si se identifican factores de riesgo agravados que originen la inmediata atención del paciente ^{1,79}.

Ocampo menciona que se preservará en todo momento el anonimato de los pacientes. Los datos personales registrados en la ficha fármaco terapéutica no figuran en las tablas de análisis de datos sólo un número de identificación, sexo y edad. Para la intervención es necesario conocer su nombre, apellidos y su dirección de correo electrónico de ser posible. Estos datos serán conocidos por el investigador y por un auxiliar encargado de la aleatorización. Los datos permanecerán en la base de datos informática hasta la finalización del estudio y será destruida posteriormente al término de la investigación ¹.

A todos los pacientes se les informará del estudio solicitándoles el consentimiento escrito para su inclusión en el mismo. La hoja de consentimiento informado (Anexo N° 6.2) detalla las obligaciones del farmacéutico y las del paciente. No se modificará la terapia prescrita sin el consentimiento del profesional prescriptor. El informe estuvo aprobado por el Comité de Investigación de la Escuela Profesional de Farmacia de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote ¹.

V. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

5.1. Resultados

5.1.1. Información acerca de los pacientes y tiempos invertidos en el SFT

Tabla N° 01. Frecuencias y porcentajes por sexo y edad promedio de los pacientes.
Programa de seguimiento farmacoterapéutico dirigido a pacientes con hipertensión.
Farmacia Delgado, Distrito de Nuevo Chimbote - Ancash. Octubre 2015 a Marzo 2016.

SEXO	\bar{X} EDAD (AÑOS)	n	%
F	57.2	9	75
M	54.3	3	25
\bar{x}	55.7	12	100
S	16.8		

Tabla N°02. Contactos realizados entre el químico farmacéutico y los pacientes según lugar de ejecución. Durante la intervención farmacéutica dirigida a pacientes con hipertensión. Farmacia Delgado, Distrito de Nuevo Chimbote - Ancash. Octubre 2015 a Marzo 2016.

PAC	EF		DOMICILIO		TELEFONO		OTRA VIA		TOTAL CONT	TOTAL (min)
	Cont.	tiempo (min)	Cont.	tiempo (min)	Cont.	tiempo (min)	Cont.	tiempo (min)		
1	1	20	4	130	0	0	0	0	5	150
2	1	15	4	60	0	0	0	0	5	75
3	1	15	4	105	1	5	1	5	5	130
4	1	15	4	95	0	0	0	0	5	110
5	1	16	4	89	0	0	0	0	5	105
6	1	15	4	105	0	0	0	0	5	120
7	1	20	4	130	0	0	0	0	5	150
8	1	20	4	100	0	0	0	0	5	120
9	1	10	4	70	0	0	0	0	5	80
10	1	20	4	65	0	0	0	0	5	85
11	1	15	4	85	0	0	0	0	5	100
12	1	15	4	103	0	0	0	0	5	118
TOTAL	12.0	196.0	48.0	1137.0	1.0	5.0	1.0	0.5	61.0	1343.0
\bar{x}	1.0	16.3	4.0	94.8	0.1	0.4	0.1	0.8	9.4	206.6
\bar{X} POR CONT		16.3		23.7		0.8		0.1		22.0

E.F: Establecimiento farmacéutico; PAC: Paciente; Cont: Contactos

5.1.2. Problemas de salud y medicamentos utilizados durante el SFT

Tabla N°03.- Problemas relacionados con medicamentos diagnosticados durante el SFT con y sin diagnóstico. Programa de seguimiento farmacoterapéutico dirigido a pacientes con hipertensión. Farmacia Delgado, Distrito de Nuevo Chimbote - Ancash. Octubre 2015 a Marzo 2016.

Morbilidad	CIE 10	Diagnostico	fi	%
Diagnosticada	I10	hipertensión arterial esencial (primaria)	12	63.2
	E78.0	hipercolesterolemia pura	3	15.8
	M00.9	artritis piógena, sin especificar	1	5.3
Sub total			16	84
No diagnosticadas		dolor agudo	3	15.8
Sub total			3	16
Total			19	100
\bar{x}			1.58	

Tabla N° 04. Frecuencia del uso de medicamentos prescritos y no prescritos durante el proceso de intervención a pacientes con hipertensión. Farmacia Delgado, Distrito de Nuevo Chimbote - Ancash. Octubre 2015 a Marzo 2016.

Origen del medicamento	Morbilidad	Denominación en DCI	fi	Fi	%
Prescritos	hipertensión arterial esencial (primaria)	losartan	7		
		captopril	1	12	63.2
		enalapril	4		
	hipercolesterolemia pura	atorvastatina	1	1	5.3
	gastritis (simple)	omeprazol	1	1	5.3
	diabetes mellitus sin especificar	metformina	1	1	5.3
	artritis piógena, sin especificar	etoricoxib	1	1	5.3
		Sub total		16	84.3
No Prescritos	dolor agudo	naproxeno	1		
		ibuprofeno	1	3	15.8
		paracetamol	1		
		Sub total		3	15.8
TOTAL			19	19	100
\bar{x}				1.58	

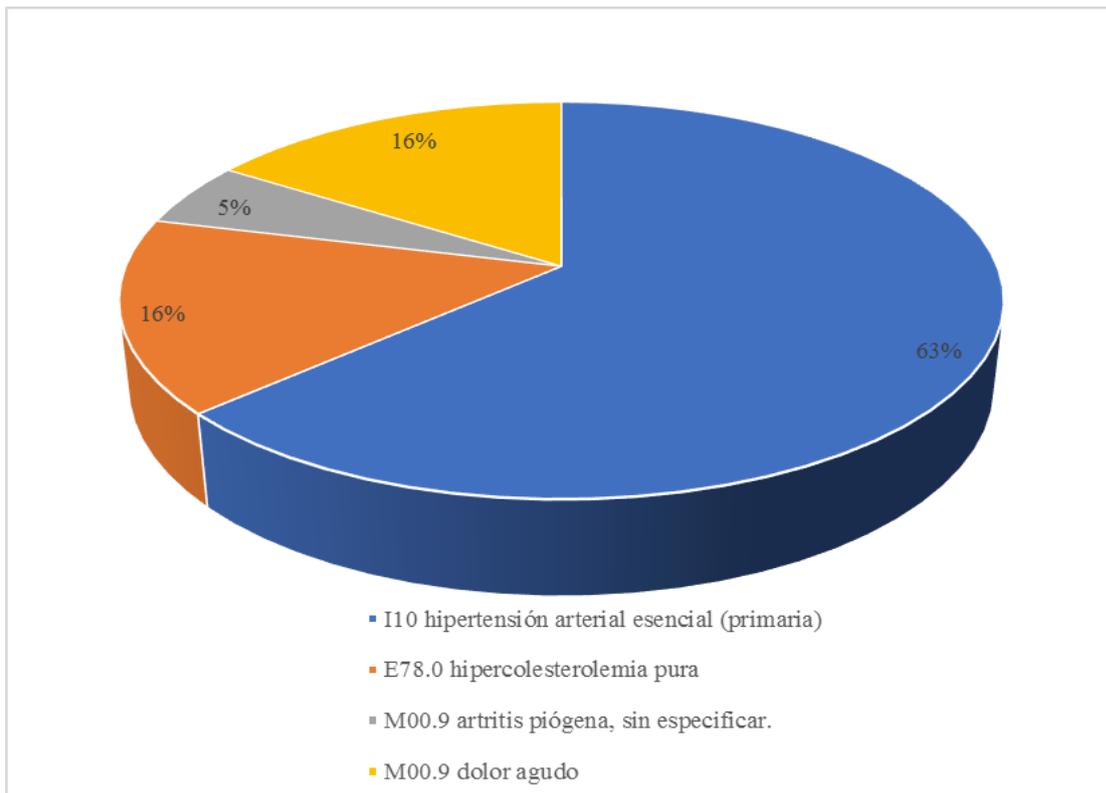


Gráfico N°01. Porcentaje de los medicamentos usados para los problemas de salud identificados mediante el Programa de seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con hipertensión. Farmacia Delgado, Distrito de Nuevo Chimbote - Ancash. Octubre 2015 a Marzo 2016.

Tabla N°05. Distribución de los pacientes según sexo, edad, diagnóstico, medicamentos y PRMs. Programa de seguimiento farmacoterapéutico dirigido a pacientes con hipertensión. Farmacia Delgado, Distrito de Nuevo Chimbote - Ancash. Octubre 2015 a Marzo 2016.

PAC	SEXO	EDAD	DIAG	MED	PRMS	PRMS SOL	PRMS NO SOL
1	F	54	2	2	2	2	0
2	F	65	2	2	2	2	0
3	F	70	2	2	2	2	0
4	M	80	1	1	1	0	1
5	F	64	1	1	1	0	1
6	M	59	2	2	2	2	0
7	F	49	2	2	2	2	0
8	F	48	2	2	2	2	0
9	F	29	1	1	1	1	0
10	F	66	2	2	2	0	2
11	M	24	1	1	1	1	0
12	F	70	1	1	1	0	1
TOTAL			19	19	19	14	5
\bar{X}		56.5	1.58	1.58	1.58	1.17	0.4

5.1.3. Resultados sobre los PRMs diagnosticados y resueltos durante el proceso de Seguimiento Farmacoterapéutico

Tabla N° 06. Distribución de la frecuencia y porcentaje de los PRM diagnosticados.
Programa de SFT a paciente hipertenso. Farmacia Delgado, Distrito de Nuevo
Chimbote - Ancash. Octubre 2015 a Marzo 2016.

COD PRM	DESCRIPCIÓN	n	%
9	Incumplimiento	6	31.6
11	Otros PS	1	5.3
1	Adm. Errónea del Med.	1	5.3
10	Interacciones	7	36.8
12	Reacciones Adversas	1	5.3
8	Error de Prescripción	1	5.3
1	Adm. Errónea del Med.	1	5.3
2	Actitudes Negativas	1	5.3
Total		19	100

Tabla N°07. Comparación de la percepción de los pacientes hipertensos acerca de la actividad del farmacéutico antes y después del Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Farmacia Delgado, Distrito de Nuevo Chimbote - Ancash. Octubre 2015 a Marzo 2016.

PREGUNTA		antes	después	p
1	¿El farmacéutico se toma todo el tiempo que sea necesario para evaluar su problema?	1.83	2.58	.024
2	¿Su farmacéutico le ha dejado alguna información sobre como tomar sus medicamentos?	2.00	2.33	.102
3	¿El farmacéutico le ha explicado como sospechar si el medicamento le está chocando?	1.33	2.33	.016
4	¿Su farmacéutico le ha recalcado sobre la forma como debe manejar su terapia sin recriminarle si estuvo bien o mal?	1.08	1.67	.070
5	¿Su farmacéutico sabe cómo explicar las cosas de una forma que asegure que usted siempre las entienda?	1.75	2.42	.071
6	¿Cuándo ha tenido alguna duda sobre como tomar sus medicamentos el farmacéutico siempre ha estado a su disposición?	1.50	2.25	.034
7	¿Su farmacéutico lo ha visitado de manera regular para verificar si ha seguido las indicaciones dejadas?	1.67	1.75	.857
8	¿Su farmacéutico le ha dicho a quién debe contactar si necesita alguna ayuda con el manejo de los medicamentos y su enfermedad?	1.75	2.33	.102
9	¿El farmacéutico se interesa mucho en mí como persona?	2.17	2.50	.046
10	¿Su farmacéutico le ha motivado para que usted asuma su responsabilidad con respecto al éxito de la toma de sus medicamentos?	2.08	2.25	.603
\bar{x}		1.71	2.24	

p=0.005

5.2. Análisis de Resultados

Para la determinación con el objetivo del efecto del programa de SFT hacia a los pacientes con hipertensión arterial se tabularon los resultados obtenidos durante el programa y se analizaron las relaciones entre las variables objetivo. A continuación, se presenta el análisis de acuerdo al orden de presentación de los resultados:

5.2.1 Sobre los pacientes y los tiempos de intervención

En la primera tabla se observa el reparto de los pacientes entrevistados según sexo, edad y en la tabla N° 02 el promedio de tiempo invertido en cada paciente.

Estos resultados confirman la idoneidad de los pacientes en cuanto al grupo etéreo necesario. Se aprecia que hubo una igualdad de género en cuestión a pacientes intervenidos con un 25% hombres con una edad promedio de 54 años y 75% mujeres con una edad promedio de 55 años, que asistieron a la Farmacia Delgado. Nuevo Chimbote, refiriendo que según la investigación realizada no hay alguna diferencia marcada en cuestión a participación según el sexo, sin embargo, algunos autores justifican la mayor presencia de la mujer en las consultas médicas debido a una peor percepción de éstas de su salud, con una mayor restricción de sus actividades, un mayor número de síntomas, más sensación de dolor y una mayor notificación de enfermedades crónicas que los varones.

No se ha demostrado que la superior solicitud de citas del sexo femenino se acompañe de un mayor índice de frecuentación, es decir, acuden a las distintas consultas en mayor número que los varones, pero el mismo número de veces. Estos resultados estarían en consonancia con la mayor parte de los estudios realizados en el ámbito de la atención primaria, aunque otros autores consideran que la edad o el sexo de los pacientes no condicionan las características de la demanda de atención sanitaria y sí sus patologías.

Así mismo, según la DIRESA, indica que la prevalencia mórbida de hipertensión arterial se presenta en mujeres. Y en relación a edades, la prevalencia de hipertensión arterial existe en adultos jóvenes entre 40 y 60 años de edad ⁸⁰.

En la implementación en el Establecimiento Farmacéutico es una zona considerada de alta prevalencia de pacientes con hipertensión arterial, ya que en Chimbote, la hipertensión arterial constituyen el primer problema de salud pública, en los últimos años se observó un 20% de incremento en la demanda de las atenciones por hipertensión arterial, registrándose un total de 66,204 atendidos por hipertensión, de los cuales el 84% fueron menores de 14 años la incidencia acumulada entre el 2001 y el 2002 fue (144,25 y 185,69 por cada 1.000 habitantes)⁸¹.

Los pacientes que asisten al establecimiento farmacéutico están en un promedio de 55 años por lo que podemos inferir que en este sector donde tiene su influencia la “Farmacia Delgado” viven personas jóvenes adultas que padecen de hipertensión arterial.

En la tabla N° 02 se presentan los tiempos promedio invertidos en cada una de las visitas durante el proceso de seguimiento. El trabajo más prolijo se realizó durante la primera y segunda visita de intervención, en las cuales se dejó al paciente las recomendaciones acerca de su tratamiento e indicaciones sobre medidas no farmacológicas, como ejemplo del mantenimiento adecuado y conservación de sus medicamentos. Se invirtieron en total 22 minutos aproximadamente por paciente en cada visita y en promedio por todas las visitas realizadas 206.6 min, que si los multiplicamos por los 12 pacientes intervenidos arrojan un total de 1343 minutos de trabajo farmacéutico dedicado al seguimiento farmacoterapéutico.

No obstante, cabe recalcar que en 7 de 12 pacientes se invirtió más tiempo en total (110 -150 minutos) y en promedio (130 min), debido a que estaban más interesados por compartir sus dudas y opiniones con respecto a su enfermedad con algunas experiencias y con los medicamentos, dicho tiempo fue fruto para enriquecer y demostrar nuestra labor como profesionales.

El tiempo utilizado en los contactos en el establecimiento farmacéutico fue 16.3 minutos en promedio, este medio fue útil para realizar la captación de los pacientes, si bien es cierto solo se utilizó para captar pacientes para realizar el SFT, debido a que el ambiente en el establecimiento no era cómodo para ganar la confianza del paciente y permita que haya una comunicación fluida y reconfortarle donde el paciente nos explique detalladamente su problema, después de todo se llegó a optar por contactar al paciente en su domicilio y ser ahí donde le realice las respectivas preguntas.

Recalcando que hubo una variación con 5 de 12 pacientes que se invirtió más tiempo en la fase de captación en total (16 – 20 minutos) y en promedio (18 min), puesto que no hubo una buena comunicación fluida ya que no tuvieron confianza en el proyecto piloto, obligándome a detallarles aún más sobre en qué consiste el programa piloto desarrollado por mi persona, captando así toda su confianza en poder desarrollar el programa piloto, y he ahí donde se invirtió la mayor cantidad de los minutos.

Los tiempos de visita a domicilio fueron de 94.8 minutos en promedio, fue una mejor opción ya que no solo permitía entrar en contacto directo con el paciente, sino que también por ser en domicilio permitía tener una comunicación farmacéutico-paciente más fluida y más cómoda a diferencia del establecimiento farmacéutico ya que no solo se necesitaba conversar sino también un ambiente más confiable para el paciente, y que mejor lugar para realizarlo en su domicilio. Este medio fue de mucha utilidad ya que permitió alcanzar el desarrollo del programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico adecuadamente.

El tiempo usado en las intervenciones por teléfono fueron 0.4 min en promedio por paciente, este fue el método menos empleado de contacto entre farmacéutico – paciente, debido a que no hay contacto directo con el paciente y así mismo se usó este medio para hacerle recordar sobre la toma de medicamento; en ocasiones darle recomendaciones y previa a la visita farmacéutica.

También el tiempo empleado en las intervenciones por otras vías 0.8 min en promedio por paciente, fue uno de los medios menos empleados, se usó la red internet como medio de comunicación con el paciente, pero no fue muy factible ya que los pacientes en quienes se invirtió este tiempo, no contaban mucho tiempo para poder entrar en contacto usando dichas vías.

Como resultado del proceso implementado se realizaron 61 visitas; es decir, se intervino por cada paciente 9.4 veces en promedio, la última visita sólo tuvo como objetivo el levantamiento de la información después de la intervención y asegurarse sobre las indicaciones para aquellos que tuvieron dificultades sobre como almacenar sus medicamentos; dos minutos invertidos en promedio por paciente fue de 206.6 min y el tiempo promedio por contacto fue de 22 min (Tabla 02) reflejan más de una hora de trabajo por cada paciente lo que implicó en la práctica un ejercicio complejo por la necesidad de conocer el estado de salud de cada paciente y extraer de su cotidianeidad el tiempo requerido para la intervención educativa; en muchos casos fue necesario reprogramar las visitas por razones de tiempo del paciente, en otros se tuvo que ser exhaustivo en explicaciones para evitar el abandono.

Realizando una contrastación; en el SFT realizado en Nuevo Chimbote de 100 visitas por Ocampo P., efectuó 5 visitas a domicilios invirtiendo 220 minutos en promedio por las 5 visitas que reflejaron casi 4 horas de trabajo; invirtió en total 240 minutos aproximadamente por paciente, con un total de 4800 minutos (80 horas) de trabajo farmacéutico dedicado al seguimiento farmacoterapéutico, estos resultados difieren con los míos debido a Ocampo P. trabajó con pacientes crónicos (hipertensos), en su mayoría pacientes adulto mayor y como tal son pacientes que recibirán medicamentos de por vida, su misma condición son 73 propensos a padecer otras enfermedades lo que conlleva a tomar más tiempo en estos pacientes.

Además, posee mucho más tiempo para hacer el Seguimiento Fármaco Terapéutico por el mismo hecho de ser pacientes crónicos; mis pacientes en su mayoría son jóvenes adultos con una edad promedio de 55 años, diagnosticados con una enfermedad crónica, con un periodo de tratamiento de por vida, lo que justificaría que el tiempo empleado en el paciente sea mayor, sin embargo, en algunos casos se emplearon más tiempo para acercarse más al paciente y ganar su confianza.

5.2.2 Impacto de la intervención del farmacéutico

La morbilidad origen del uso de medicamentos se abordó tomando en cuenta el diagnóstico médico (Tabla N°03). Los pacientes reportaron sufrir enfermedades diagnosticadas por un facultativo (84%) y morbilidad sentida sin diagnóstico (16%). Las enfermedades diagnosticadas tuvieron una prescripción para el uso de medicamentos, mientras que las no diagnosticadas fueron origen de automedicación.

El promedio cada paciente pudo sufrir 1 enfermedad (0.75 enfermedades diagnosticadas y 0.25 enfermedades no diagnosticadas). De hecho, la enfermedad más frecuente diagnosticada fue la hipertensión arterial con un 63.2% de prevalencia debido a que es una enfermedad hereditaria y a consecuencia del estrés. Luego como segunda enfermedad menos frecuente se encuentra el dolor agudo con un 15.8%, pero este refiere a una enfermedad sin Diagnóstico, sin embargo, cabe mencionarlo, puesto que es el dolor también es un síntoma propiamente de la enfermedad de mayor frecuencia.

En las enfermedades no diagnosticadas por paciente el promedio es mucho mayor que las que son diagnosticadas, por separado los pacientes reportaban una variedad de signos y síntomas, los cuales son paralelamente a su morbilidad diagnosticada, por ello podría llegar a ser un problema de salud de riesgo que debe ser urgentemente diagnosticado y tratado, para evitar el riesgo del uso de medicamentos sin prescripción.

Por ejemplo, en caso del paciente que dice tener gastritis, se debe tener muy en cuenta el desarrollo de esta enfermedad ya que los medicamentos que le pueden prescribir pueden ser perjudiciales para su absorción o incluso puede empeorar su problema de salud. Dicho paciente no regreso al médico para que sea evaluado y se mantiene tomando los medicamentos prescritos en esa oportunidad.

En la tercera tabla se identificó 19 enfermedades. Tal como se mostró en la segunda tabla cada paciente podría llegar a tener 1 enfermedad en promedio. En un próximo de 84% fue diagnósticos por médicos con respaldos por prescripción. Lo restante (16%) fue síntomas, signos, malestares, percepción, desconformidad, similarmente con diagnósticos que los pacientes sentían al momento del levantar de la información y que puede ser origen de automedicación.

La más frecuente enfermedad en los pacientes con hipertensión arterial, según la tabla N° 03 fue la hipertensión arterial, en el 84.3% de los pacientes con hipertensión no existe una causa orgánica. La presión arterial está causada por disposiciones hereditarias y factores de riesgo externos como obesidad, estrés y consumo excesivo de alcohol y sal. Las enfermedades orgánicas o los trastornos hormonales son responsables de la hipertensión sólo en el 15.8% de los casos.

La morbilidad no diagnosticada es un factor de riesgo muy alto que afecta el comportamiento racional de los pacientes y los obliga a buscar apoyo para la solución de sus males en fuentes no confiables. Una de ellas la farmacia comunitaria en donde será atendido probablemente por un técnico de farmacia cuyo objetivo será sugerir alternativas terapéuticas de acuerdo a su escaso conocimiento de los signos y síntomas propuestos y en el extremo las sugerencias de medicamentos que necesitan de prescripción médica facultativa.

La morbilidad atendida es la causa principal de automedicación. Tal como se ve en la tabla N°04. Por esta causa el 15.8% de los medicamentos utilizados fueron por automedicación. Dentro de los medicamentos encontrados en los domicilios encontramos: ibuprofeno, paracetamol, naproxeno, que son productos que contienen principios activos que necesitan prescripción.

Según el origen de su uso, los medicamentos fueron considerados como medicamentos prescritos, sustentados con receta, y medicamentos sin prescripción asociados con automedicación (Tabla N°04). Casi 85% (84.3%) de los medicamentos identificados fueron medicamentos prescritos respaldados por una receta que indicaba las características de su uso.

En la investigación se consideró que los medicamentos prescritos fueron el objetivo específico del SFT. Es decir, el trabajo del farmacéutico fue asegurar que se cumplan las indicaciones médicas. No obstante, la revisión de la calidad de la prescripción fue un requisito previo del SFT, es decir se aseguró que los medicamentos que contenía la receta hayan sido prescritos según sus recomendaciones farmacológicas estándares para los pacientes objetivo.

En promedio los pacientes usaron 1.58 medicamentos (Tabla N°04), 0.75 medicamentos prescritos y 0.25 medicamentos por automedicación. Este resultado es coherente/no coherente con el resultado obtenido por Martín R, quien en una investigación que realizó para evaluar el uso de medicamentos determinó que el promedio de medicamentos usados es entre $3,19 \pm 2.02$ ⁸².

Evidentemente los medicamentos más usados fueron aquellos para la hipertensión arterial (63.2%). El resto de los medicamentos prescritos estuvieron asociados a la hipertensión arterial y enfermedades no diagnosticadas.

Del total de los medicamentos usados por los pacientes el 15.8% (3) fueron no prescritos (Tabla N°04 y Gráfico N°01). El origen de uso fueron signos y síntomas percibidos individualmente por el paciente, como sucede en el caso del dolor agudo (15.8%).

Cada 4 medicamentos se consumen por paciente, esto quiere decir que un elevado consumo de medicamentos implica mayor riesgo de utilizarlos inadecuadamente, ya que las posibles combinaciones de dos fármacos a partir de un tratamiento con “n” fármacos es un factor de riesgo para el paciente.

En la literatura se ha reportado que el promedio de utilización de medicamentos en mayores de 60 años en áreas metropolitanas es de 2.8 fármacos por día, aumenta entre 2 a 5 fármacos por día dependiendo la cantidad de enfermedades que el paciente padezca y un tercio de la población adulta mayor toma más de cinco medicamentos de manera simultánea (De Toledo et al., 2005); por lo que se considera que esta población está expuesta a un elevado riesgo de presentar interacciones fármaco-fármaco, efectos adversos o morbilidad Farmacoterapéutica. Estas situaciones son prevenibles, en términos generales, sin embargo, no suelen ser detectados oportunamente y, por tanto, en muchos casos no se toman medidas para evitarlos; de tal manera que se ha reportado que 13% de los errores detectados en pacientes ambulatorios son Interacción Fármaco – Fármaco⁸³.

En el primer gráfico se observa a los medicamentos agrupados de forma arbitraria por sus grupos terapéuticos en cada enfermedad diagnosticada y en las no diagnosticadas se las agrupo en una sola. Del total de medicamentos analizados el 63.2% fueron para hipertensión arterial, 15.8% fueron medicamentos para las enfermedades sin diagnóstico.

Existen varios tipos de medicamentos que se utilizan para tratar la hipertensión arterial.

Los inhibidores del enzima convertidor de angiotensina

Los bloqueadores alfa y beta

Los bloqueadores de los canales de calcio

Los diuréticos

Los inhibidores de renina

Los vasodilatadores

5.2.3 PRMs en las intervenciones realizadas

Los resultados son presentados de manera general en la Tabla N° 05, en cuanto a su género, edad, cantidad de enfermedades diagnosticadas, número de medicamentos, PRMs identificados y número de PRMs solucionados. Al analizar la tabla, se visualiza que por paciente tiene como promedio 1.58 enfermedades entre diagnosticadas por el médico y las no diagnosticadas.

Por la mayoría de pacientes que acuden a los centros de salud, sólo les son diagnosticados su enfermedad principal ignorando sus posibles otros problemas, en el cual los pacientes por erradicar dicho problema acuden a la automedicación sin el conocimiento de que se puede ocasionar una posible interacción medicamentosa poniendo en riesgo su salud, cada paciente que acude a estas acciones aumenta su ingesta de medicamentos en un promedio de 1.58 medicamentos por paciente.

Ya realizado el levantamiento de información encontramos que por paciente se presentaron un promedio de 1.58 PRMs cada uno, he ahí donde yo como profesional, al realizar el SFT y educando al paciente se logró resolver la mayoría de PRMs con un promedio de 1.17.

En la tabla N°06 se presenta un poco más detallado los problemas relacionados con medicamentos encontrados en los pacientes cumpliendo también uno de los objetivos de la investigación que fue diagnosticar PRMs y proponer soluciones desde la óptica profesional farmacéutico, encontrándose 6 PRM en la cual el incumplimiento es el más predominante problema relacionado con medicamentos con un porcentaje de 31.6%.

5.2.4 Impacto del seguimiento farmacoterapéutico sobre la satisfacción del paciente

En la tabla N° 07 se muestran los resultados del test de PURDUE modificado este test mide las percepciones del paciente frente al actuar profesional del farmacéutico.

En la pregunta uno se evidencia que el paciente cambió significativamente su apreciación ($p=0.024$) en cuanto al tiempo que se toma el farmacéutico para atender a los pacientes. Al inicio los pacientes refirieron que cuando visitan la

Farmacía básicamente el interés de quien los atiende es comercial. Es decir, no existe una preocupación por las necesidades reales del paciente y solo se busca satisfacer la necesidad de consumo de medicamentos. Sin embargo, durante el SFT el paciente recibió una atención personalizada, tuvo tiempo de comunicar sus necesidades al farmacéutico. El profesional evaluó con el paciente su estado general de salud y le ayudó a comprender la forma más apropiada de tomar sus medicamentos. Como resultado al final el paciente cambió radicalmente su percepción y el test da resultado arrojando por tanto una significativa diferencia entre sus valores antes y después de la intervención.

En séptima tabla se pueden observar resultados del test de Purdue antes y después de la intervención del farmacéutico, como se puede apreciar antes de la intervención el promedio era de 1.71 lo cual significa que la percepción del paciente en ese entonces era completamente negativa en cuanto a la actividad del profesional farmacéutico, es decir, no hay satisfacción por parte del paciente en cuanto al profesional farmacéutico en su actividad, y luego de la intervención el valor aumento a 2.24 en promedio con una significancia de $p=0.005$, este último promedio indica que la percepción del paciente frente al farmacéutico en su actividad es positiva, esto significa que hubo un impacto positivo luego de la intervención ya que el valor de 2.24 en promedio indica percepción del paciente casi óptima (completamente óptima es 3.0 en promedio⁸⁴).

Realizando un análisis más específico en cada ítem del test de PURDUE, correspondientemente comenzando por la primera pregunta la percepción del paciente acerca del interés genuino del farmacéutico por su problema de salud tiene explicación en el hecho que de este aspecto antes de la intervención fue de 1.83 en promedio y que después fue de 2.58 en promedio con una significancia positiva de $p=0.024$, esto quiere decir que el paciente estuvo satisfecho en cuestión a la importancia del farmacéutico ante su problema de salud, tomándose el tiempo necesario para poder escucharlo y evaluar su problema de salud utilizando el SFT, así mostrándoles las soluciones a sus problemas, he ahí donde decimos que el farmacéutico a estado cercanamente con los pacientes; visitándolos, haciéndoles seguimiento y percatándose de cómo está tomando sus indicaciones.

Realizando un análisis profundo y preguntando cada situación a su paciente Podemos sujetarnos fundamentando lo dicho por el paciente en la Tabla N°02 en promedio se utilizó como promedio 206.6 minutos por paciente siendo suficiente para realizar todo el programa y las soluciones detalladamente.

En la segunda pregunta del test de Purdue nos dice si, el resultado antes del SFT fue de 2.00 y después fue de 2.33 con una diferencia de (0.102) siendo muy significativo, en la percepción de antes y después del programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Es relevante mencionar que la atención del farmacéutico actualmente solo es un eventual consultor para quienes lo solicitan, en la cual la mayoría de pacientes solo adquieren una interacción comercial y fría, donde no les brindan la atención adecuada e información escrita de cómo deben de tomar sus medicamentos. Sin embargo, con el programa de SFT el farmacéutico ha estado un clima de total confianza ganada, estando al tanto de sus avances y de que cumpla con las soluciones propuestas, tanto de modo verbal como escritas.

En la tercera pregunta del test de Purdue es sobre si el farmacéutico ha llegado a explicar cómo se sospecha de los medicamentos están chocándole, esto tiene una diferencia con un resultado muy significativo (0.016) de entre la percepción antes y después del programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Los pacientes actualmente cuando acuden a establecimientos farmacéuticos por la compra de sus medicamentos prescritos, no son instruidos adecuadamente o les brindan la información mínima de las posibles reacciones adversas que se pueda presentar, este también puede ser un factor de que el paciente consuma más medicamentos para erradicar las reacciones adversas producidas por sus medicamentos prescritos, sin saber las interacciones que pueda ocasionar. Sin embargo, ya aplicando las soluciones a los PRMs encontrados, al paciente se le fue indicado sobre posibles reacciones adversas que se le pueda presentar, y de cómo debe actuar si en caso se presentara alguna RA.

En la cuarta pregunta del test de Purdue se llega a tratar si en caso el farmacéutico recalca sobre el buen uso de su terapia sin recriminación que sí estuvo mal o bien, dando resultado en el test la muestra de una diferencia muy

significativa (0.070), el paciente cuando firmó el consentimiento informado dio la potestad para tomar acciones sobre él, sí, pero esto no quiere decir que le recriminemos, sin embargo algunas ocasiones si se le llamo la atención pero casi nunca eso ocurrió ya que el farmacéutico estuvo dándoles constante seguimiento para que cumplan con las pautas indicadas y el proceso fue muy sencillo por lo que ya se había ganado la confianza del paciente.

En la quinta pregunta del test de Purdue se llega a tratar si en caso el farmacéutico sabe cómo ejemplificar para que las cosas de forma que se asegure que el paciente siempre le entendiera, el resultado muestra una diferencia muy significativa (0.071), en este punto el desarrollo de todo el SFT fue evaluado y explicado según el nivel de entendimiento de cada paciente, usando siempre términos que entienda y así pueda responder a todas las interrogantes planteadas, posteriormente también al plantearle las soluciones a sus problemas explicarle de tal manera que el paciente logre percibir perfectamente. El trabajo que el farmacéutico debe realizar siempre debe ser de calidad, he ahí el factor confianza con el paciente, que sienta que nosotros como profesionales nos preocupamos por su salud y así también ponga de su parte.

En la sexta pregunta del test de Purdue se llega a tratar en caso si el paciente hubo alguna cuestión de cómo llegar a tomar el medicamento y el farmacéutico estuvo a su disposición, el resultado del test acaba mostrando una diferencia muy significativa (0.034), debido a que al paciente se le entregó una ficha de compromiso del farmacéutico donde contenía datos como: número telefónico, correo electrónico y dirección de la casa, para que en caso se presente alguna duda, poder contactar con el farmacéutico y consultar sobre su tratamiento. En el SFT de Rodríguez y et al ²⁸ se puede observar que el 98% de aquellos pacientes reconoce haber obtenido fácil acceso a comunicarse con el farmacéutico, solo un 2% no han tenido fácil accesibilidad y tiempo necesario. Además, al realizar el tratamiento el farmacéutico estuvo capacitando para evitar errores con el paciente y su tratamiento, cabe recalcar que también se le llamaba vía telefónica al paciente para recordarle sus indicaciones y corroborar si está siguiendo lo indicado.

En la séptima pregunta del test de Purdue llega a tratar sobre si el profesional farmacéutico ha visitado al paciente para verificar si siguió la indicación dejada, dando el resultado del test muestra una diferencia muy significativa (0.857), la

autopercepción del paciente hacia las actividades del farmacéutico cambió, debido a que cada paciente remitieron que era la primera vez que estaban en un programa de SFT, y que nunca habían recibido la visita de un profesional farmacéutico en casa a pesar de la gravedad de su enfermedad, para educarle, darle seguimiento e indicarle sobre su problema de salud y sus medicamentos de cómo debe tomarlos. En el SFT de Rodríguez y et al. ²⁸ el 9% de los pacientes manifestaron que conocían el SFT, debido a que habían sido informados por familiares o amigos incluidos en el programa Dáder con anterioridad; se puede observar que el 94% de los pacientes cree que sus enfermedades están mejor tratadas desde que reciben este servicio por parte del farmacéutico.

En la octava pregunta del test de Purdue se llega a tratar sobre si el farmacéutico ha dicho a quién se debe contactar si ocurriera algún percance con su manejo de la enfermedad y medicamento, el resultado nos muestra una diferencia muy significativa (0.102), debido a que se le dijo que si necesitaba alguna otra ayuda adicional a la que mi persona le brindaba con el programa de SFT y las indicaciones, podría recurrir a su médico prescriptor para que le oriente sobre todo en su enfermedad y evalúe según su historia clínica que medicamentos le pueda recetar. Posterior a eso o en el procedimiento el paciente cuenta con mi número telefónico para cualquier inquietud por parte de su persona.

En la novena pregunta del test de Purdue se llega a tratar si el farmacéutico muestra interés en la persona, el resultado del test nos salió muy significativo (0.046), el paciente se dio cuenta que la preocupación de mi persona como profesional farmacéutico era verdadera, que no lo veía como un experimento, y que mi deseo era que su problema de salud sea resuelto y ya no tenga dificultad, varios pacientes me afirmaron y dialogaron esta pregunta, lo cual fue muy importante para ver la percepción referente a la actividad del farmacéutico. Por ética y moral, la actividad del profesional de salud es velar por que el paciente se encuentre en perfecto estado de salud y que utilizará todos sus conocimientos para evitar más complicaciones en su salud. Según Rodríguez y et al ²⁸ en su estudio de SFT en el más de 94% se llega a considerar que ha recibido un buen trato personal y profesional excelente.

En la décima pregunta del test de Purdue se llega a tratar sobre si el profesional farmacéutico ha motivado al paciente a asumir a ser más responsable, para que sea asuma la responsabilidad al respecto del éxito en la toma de sus medicamentos, el resultado del test nos muestra una diferencia muy significativa (0.002), ya que se educó al paciente adecuadamente para que se comprometiera a seguir con las indicaciones y así erradicar el problema de salud que tenía, asumiendo cada uno a tomar adecuadamente y a sus horas, ya que el principal problema relacionado con medicamento fue el incumplimiento con un 33.3 % (tabla N° 06) siendo este la principal meta por solucionar, para ellos se le orientó sobre su enfermedad y sus cambios en estilos de vida, y ya realizado todo este procedimiento y educación al paciente, ellos aceptaron las recomendaciones dejadas en cuenta al tratamiento propuesto por mi persona cumpliéndolos adecuadamente y a conciencia propia.

Vivian y et al. ⁸⁵ utilizando el mismo instrumento de medición y en condiciones similares no encontraron diferencias significativas en las respuestas de los pacientes en ninguna pregunta del instrumento (p promedio $> 0,05$). Inclusive concluyen que el hecho de que las encuestas posteriores a la intervención hayan sido realizadas en el servicio de farmacia.

VI. CONCLUSIONES

6.1. Conclusiones

- 6.1.1. Se implementó un programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) a una muestra de pacientes con hipertensión que se atendieron en la Farmacia Delgado.
- 6.1.2. En el estado de situación inicial todos los pacientes de la muestra sufrieron Problemas Relacionados con Medicamentos y estuvieron en riesgo de sufrir Resultados Negativos de la Medicación.
- 6.1.3. El trabajo del profesional del químico Farmacéutico mediante SFT logro resolver la mayoría de los PRMs diagnosticados (14 de 19).
- 6.1.4. Luego de la intervención farmacéutica la percepción de la actividad farmacéutico fue significativamente mejor ($p = 0.005$).

6.2. Aspectos complementarios

6.2.1. Recomendaciones:

- 6.2.1.1. Se sugiere la educación sobre estos temas a los profesionales de la salud.
- 6.2.1.2. Se debería implementar estos programas en los EEFF públicos para mayor conocimiento.
- 6.2.1.3. La Digemid debería vigilar la implementación en los EEFF para una mejor atención al paciente.
- 6.2.1.4. La Digemid debería publicar normas estandarizadas para la ejecución del SFT por niveles de atención.
- 6.2.1.5. Se debe realizar un espacio físico para que el Profesional Químico Farmacéutico pueda prestar el servicio de Atención Farmacéutica y ser remuneradas.
- 6.2.1.6. Se puede realizar más estudios similares al presente con otro tipo de enfermedades agudas, para justificar la presencia de un profesional Químico Farmacéutico en hospitales u otros ambientes sanitarios.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ocampo, P. "Impacto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico, dirigido a pacientes hipertensos, sobre los problemas relacionados con medicamentos, la adherencia al tratamiento y la percepción del paciente sobre la actividad profesional del farmacéutico". ULADECH católica. 2012. Tomado desde: <http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2012/01/08/000180/00018020140211103040.pdf>
2. Faus M. Pharmaceutical Care as a response to social need. *Ars Pharmaceutica*, 41:1; 137-143, 2000.
3. Hepler C. Strand L. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Pharm Care Esp*. 1999; 1: 35-47.
4. Hepler C, Strand L. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1990; 47 (3):533-43.
5. Frank R. Grizzle J. Drug-Related Morbidity and Mortality: Updating the Cost-of-Illness Model. *J Am Pharm Assoc*. 2001; 41(2) © 2001 American Pharmacists Association.
6. McDonnell PJ. and Jacobs MR. Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions. *The Annals of Pharmacotherapy*: Vol. 36, No. 9, pp. 1331-1336. DOI 10.1345/aph.1A333.
7. Manasse HR Jr. Medication use in an imperfect world: drug misadventuring as an issue of public policy, Part 1. *American Journal of Hospital Pharmacy*, Vol 46, Issue 5, 929-944.
8. Johson A. Bootman L. Drug-Related Morbidity and Mortality: A Cost-of-Illness Model. *Journal of Managed Care Pharmacy*. Vol 2, No.1 jan-Feb 1996.
9. Rodríguez A. Atención farmacéutica en farmacia comunitaria: ¿es ya realidad o todavía un proyecto de futuro? Discurso de ingreso como académico de número. Academia de Farmacia de Galicia. España. Santiago de Compostela, 2006.

10. Bonal et al. Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica. En: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Farmacia Hospitalaria Tomo I. Tomado desde: <http://www.sefh.es/sefhpublicaciones/fichalibrolibre.php?id=4>. El 16/08/2012.
11. Faus M. Programa Dáder. Pharmaceutical Care España. 2000; 2:73-74.
12. Sabater D. Fernández F. Parras M, Faus M. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico. Seguimiento farmacoterapéutico 2005; 3(2): 90-97.
13. Silva L. Tuneu L. Faus M. Revisión sistemática sobre la implantación y la evaluación del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hospitalizados. Farm Hosp. 2010; 34(3):106-124. Tomado desde: <http://www.elsevier.es/en-revista-farmacia-hospitalaria-121-articulo-revision-sistemica-sobre-implantacion-evaluacion-13150709#elsevierItemsResumenes>.
14. Desselle S. Schwartz M. Rappaport M. The Identification of Pharmaceutical Care Practice Standards in the Community Pharmacy Setting. Journal of Pharmaceutical Care, published by the School of Pharmacy of Northeast Louisiana University at Monroe LA. Volume 1, Article 3. February 1997.
15. Fontana D. Soláthurry N. Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes pediátricos hospitalizados: adaptación de la metodología Dáder. Arán ediciones 2003, s.l. farmacia hospitalaria. farm hosp (Madrid). 2003; 27(2): 78-83.
16. Garnet R. Davis J. Mckenney M. Steiner C. Effect of telephone follow-up on medication compliance. Am J Hosp Pharm 1981; 38: 676-679.
17. Gil V. Pineda M. Martínez L. Belda J. Santos A y Merino J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento terapéutico en la hipertensión. Med Clin (Barc) 1994; 102: 532-536.
18. Gamarra H. Roque R. Implantación de un programa de atención farmacéutica a pacientes hipertensos en la Farmacia Comunitaria "Omar" en el distrito de Carmen de la Legua Reynoso. Tesis para optar el título profesional de Químico Farmacéutico. UNMSM. Lima Perú 2002. Tomado desde: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2002/gamarra_rh/pdf/gamarra_rh-TH.8.pdf El 10/04/2013.

19. Ocampo P. Impacto de un programa de atención farmacéutica sobre el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes hipertensos. in *crescendo* 1(2) 2010. Tomado desde: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S2222-30612010000200006&script=sci_abstract. El 02/03/2013.
20. Ministerio de Salud del Perú. La Política Nacional de Medicamentos en el Perú. Consejo Nacional de Salud. Comité de Medicamentos. Resolución Ministerial N° 1240-2004-MINSA. Tomado desde: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/destacados/archivos/65/RM1240-2004.pdf> el 19/08/2014.
21. Congreso de la República del Perú. Ley 29459, Ley de productos farmacéuticos dispositivos médicos y productos sanitarios. Diario Oficial el Peruano. Lima 26 de Noviembre de 2009.
22. Presidencia de la república. Aprueban Reglamento de Registro Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, Decreto Supremo N°016-2011-TR. El Peruano. Lima 27 de Julio de 2011.
23. Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Atención Farmacéutica en el Perú (1). Boletín Centro de Atención Farmacéutica - Año 1 Número 1 Enero – Febrero 2008. Tomado desde: www.digemid.minsa.gob.pe El 28/07/2012.
24. Álvarez A. Zegarra E. Solis Z. Mejía N. Matos E. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud del Perú. Boletín (Cent. Aten. Farm.). Año 5 - Número 3 – Mayo-Junio 2012. ISSN 2221-4259. Tomado desde: http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Boletines/AtencionFarmaceutica/B09_2012_03.pdf El 19/08/2014.
25. Régulo Agusti C. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. *Acta Médica Peruana*. Lima. Mayo - Agosto. 2006; 23(2): 71-75. Disponible: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000200005. El 10/07/13.
26. Rincon Adriana, Goncalves Edith, Andrade Beatriz. Atención farmacéutica comunitaria y su impacto en la percepción sobre el profesional farmacéutico en 03 Parroquias del municipio Libertador del estado Mérida. INHRR [Internet]. 2012 Dic

[citado 2016 Mar 04]; 43(2): 20-26. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04772012000200004&lng=es.

27. García-Delgado A, Machuca M, Murillo MD, de la Matta MJ, Martín MJ. Percepción de la labor asistencial del farmacéutico comunitario por los pacientes incluidos en un programa de seguimiento farmacoterapéutico. *Seguim Farmacoter* 2003; 1(2): 38-42.

28. Rodríguez Chamorro MA, Rodríguez Chamorro A, García Jiménez E. Conocimiento y satisfacción por el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes incluidos en el programa Dáder en dos farmacias rurales. *Seguim Farmacoter* 2004; 2(2): 286-290.

29. Sindicato Médico del Uruguay. El valor del medicamento: realidades y esperanzas de futuro. *El Diario Médico* N°65. Mayo de 2005. Tomado desde: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/eldiariomedico/n65/pag15.pdf>. El 28/08/2012.

30. Fernández F. Faus M. Gastelurrutia A. Baena I. Martínez F. Evolución del concepto de problemas relacionados con medicamentos: resultados como el centro del nuevo paradigma. *Seguimiento farmacoterapéutico* 2005; 3(4):167-188.

31. Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *Ars Pharm* 2007; 48(1):5-17.

32. Strand M. Morley C. Cipolle J. Ramsey R. Lamsam D. Drug-related problems: their structure and function. *Drug Intell Clin Pharm* 1990; 24:7-1093.

33. Blasco P. Mariño L. Aznar T. Pol E. Alós M. et al Desarrollo de un método observacional prospectivo de estudio de errores de Medicación para su aplicación en hospitales. *Farm Hosp* 2001; 25:253-273.

34. Gaspar M. Seguimiento de la Intervención Farmacéutica en un hospital dedicado a la cirugía ortopédica traumatológica tras el establecimiento e implantación de un programa de atención farmacéutica. Tesis Doctoral. Universidad CEU Cardenal-Herrera Facultad de Farmacia. Departamento de Fisiología, Farmacología y Toxicología. Valencia España 2011.

35. Álvarez F. Arcos P. Eyaralar T. Abal F. Dago A. et al Atención farmacéutica en personas que han sufrido episodios coronarios agudos (Estudio TOMCOR). Ministerio de Sanidad y Consumo de España Madrid. Rev Esp. Salud Pública. 2001; 75(4): 375-388.
36. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. PRM y RNM Conceptos. Portal Farma.com Organización Farmacéutica Colegial. FARMACÉUTICOS N° 315 - Octubre 2006. Tomado desde: http://www.portalfarma.com/inicio/atencionfarmaceutica/forodeattfarma/Documentos/28_29_Atencion_farma.pdf. Tomado el 14/07/2012.
37. Hall V. Atención farmacéutica. Seguimiento del tratamiento farmacológico. Universidad de Costa Rica. Centro Nacional de Información de Medicamentos. Enero de 2003. Tomado desde: <http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed14.pdf>. El 20/08/2014.
38. Culbertson L. Larson A. Cady S. Kale M. Force W. "A conceptual framework for defining pharmaceutical diagnosis," Am. J.Pharm. Educ. 1997; 61:12-18. Tomado desde: <http://archive.ajpe.org/legacy/pdfs/aj610112.pdf>. El 20/08/2014
39. Hurley C. A Method of Documenting Pharmaceutical Care Utilizing Pharmaceutical Diagnosis. American Journal of Pharmaceutical Education Vol. 62, Summer 1998.
40. Ferriols R. Valoración de la Atención Farmacéutica en los problemas relacionados con los medicamentos. Presentado en XLIV Congreso Nacional SEFH. Septiembre 1999. Pamplona.
41. Calvo V. Alós M. Giraldez J. Grupo de Trabajo Atención Farmacéutica. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Bases de la Atención Farmacéutica en Farmacia Hospitalaria. FarmHosp 2006; 30:120-3.
42. Sabater D. Silva M. Faus M. Método Dáder. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. Tercera edición, 2007.
43. Presidencia de la república. Aprueban reglamento de establecimientos farmacéuticos, Decreto Supremo N°014-2011-SA. El Peruano. Lima 27 de Julio de 2011.

44. Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Norma Técnica de Buenas Prácticas de Dispensación. Tomado desde: www.digemid.minsa.gob.pe. El 13 de Julio de 2012.
45. Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Manual de Buenas Prácticas de Prescripción. 2005. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. Lima. Tomado desde: <http://www.minsa.gob.pe/infodigemid>.
46. Bastera M. El cumplimiento terapéutico. Pharm care. Esp 1999; 1: 97-106. Tomado desde: <http://www.cqfperu.org/af/artInteres/af200511cumpliTerape.pdf> El 16/07/13
47. Osterberg L. Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med 2005; 353:487- 97. Downloaded from www.nejm.org on November 18, 2009.
48. Márquez E. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico en la diabetes mellitus. Centro de Salud la Orden, Huelva, España. Tomado desde: <http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/c053/marquez> PDF El 06/02/13
49. Fulmer T. Feldman H. Kim S. Carty B. Beers M. Molina M. Putnam M. An intervention study to enhance medication compliance in community-dwelling elderly individuals. J Gerontol Nurs 1999 Aug; 25(8):6-14.
50. Organización Panamericana de Salud. El Papel Del Farmacéutico En El Sistema De Atención De Salud. Informe de La Reunión de la OMS Tokio-Japón, 31 de agosto al 3 de septiembre de 1993. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de La Organización Mundial de la Salud.
51. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de España. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Ars Pharmaceutica, 2001; 42:3-4; 221-241.
52. Comité de Consenso: Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM). Ars Pharmaceutica, 43:3-4; 179-187, 2002.
53. Gonzales G. fundamentos de atención farmacéutica. Cap 11. Pontificia Universidad Católica de Chile. Tomado desde: http://cursos.puc.cl/unimit_qim_002-1/almacén/1220552779_ggonzale_sec4_pos0.pdf El 16/08/2012.

54. Martínez M. El concepto atención farmacéutica. sus influencias gnoseológicas en el contexto de la profesión. Revista del Centro de Investigación. Universidad La Salle. México. 2000. 4(14):83-85.
55. Van W. Pharmaceutical Care, the Future of Pharmacy. Theory, research and practice. Dissertation. Druk: Drukkerij De Volharding, Groningen. J.W.F. van Mil, Zuidlaren, 1999. Gezduit Monotype Spectrum (J. v. Krimpen/S.L. Hartz). ISBN: 90-9013367-4.
56. Clopes A. Intervención Farmacéutica. En: Bonal J. et al Ed. Farmacia Hospitalaria. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Desde: http://sefh.interguias.com/libros/tomo1/Tomo1_Cap1.4pdf. Tomado el 20/05/05.
57. Garção A. Cabrita J. Evaluation of a Pharmaceutical Care Program for Hypertensive Patients in Rural Portugal. J Am Pharm Assoc 42(6):858-864, 2002. © 2002 American Pharmaceutical Association.
58. Machuca M. Atención Farmacéutica, seguimiento farmacoterapéutico, Pharmaceutical care. Farmacoterapia Social. España 2006. Disponible desde: www.farmacoterapiasocial.es/local/capitulo1.pdf
59. Climente M. Jiménez N. Manual para la Atención Farmacéutica. 3º edición. Afahpe. Hospital Universitario Dr Peset. Valencia, 2005.
60. Grainger T. Miralles A. Hepler D. Segal R. Doty R. Ben R. Therapeutic outcomes monitoring: application of pharmaceutical care guidelines to community pharmacy. J Am Pharm Assoc (Wash). 1997 Nov-Dec; NS37 (6):647-61
61. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. Seguimiento farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). Pharmacy Practice 2006; 4(1): 44-53.
62. Barris D. Faus M. An initiation in Dáder methodology in the pharmacotherapeutic monitoring in a community pharmac. Ars Pharmaceutica. 2003; 44(3):225-237.

63. Fajardo C, Baena I, Alcaide J, Martínez J, Faus J, Martínez F. Adaptación del Método Dáder de Seguimiento farmacoterapéutico al nivel asistencial de atención primaria. *Seguimiento farmacoterapéutico* 2005; 3(3): 158-164.
64. Cella F, Wiklund I, Shumaker A, Aaronson K. Integrating health-related quality of life in clinical trials. *Qual Life Res.* 1993; 2: 433-40.
65. Singhal PK, Gupchup GV, Raisch DW, Schommer JC, Holdsworth MT. Impact of Pharmacists' Directive Guidance Behaviors on Patient Satisfaction. *Journal of the American Pharmaceutical Association.* Volume 66, Number 3 / May-June 2002. 407 – 412.
66. Sen S, Thomas III J. Assessment of a Patient-based Pharmaceutical Care Scale. *Am J Health-Syst Pharm* 57(17):1592-1598, 2000. © 2000 American Society of Health-System Pharmacists.
67. Armando P, Uema S, Sola N. Valoración de la satisfacción de los pacientes con el seguimiento farmacoterapéutico. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(4): 205-212.
68. Ferrer – López I. Efectividad de la indicación farmacéutica en farmacia comunitaria según la percepción de los pacientes. Universidad de Granada. Facultad de Farmacia. Febrero 2007. Tesis doctoral. Ed. de la Universidad de Granada. ISBN: 978-84-338-4262-6.
69. U.S. Department of Health and Human Services. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Bethesda, Md: National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health; 2004 NIH Publication No. 04-5230 Tomado desde: www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7.pdf. El 14/03/13.
70. Organización Mundial de la Salud. Ministerio de Salud Del Perú. Hipertensión Arterial. 2014.
71. OPS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 2004. [citado 2014 Sep. 07]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=187_2&Itemid=

72. Villa R, Tranche S, Marín R, Prieto MA, Hevia E, Grupo Oviedo de Hipertensión. La presión de pulso como marcador de riesgo cardiovascular en población anciana. Vol. 30. Núm. 6. Octubre 2002 Aten Primaria; 30:374-80
73. Iñesta A. Atención Farmacéutica. Estudios sobre uso de medicamentos y otros. Rev Esp. Salud Pública 2001; 75: 285-290 N° 4 - Julio-Agosto 2001.
74. Machuca GM. Atención Farmacéutica, seguimiento fármaco terapéutico, Pharmaceuticare: ¿es lo mismo? Farmacoterapia Social. España 2006. Disponible desde: www.farmacoterapiasocial.es/local/capitulo1.pdf
75. Lyra, D. Amaral R. Palma J. Pelá I. Satisfacción como resultado de un programa de atención farmacéutica para pacientes ancianos. Brasil. 2005; 3(1). Pág. 30-42.
76. Simpson S. Johnson J. Biggs C. Practice-Based Research: Lessons from Community Pharmacist Participants. Pharmacotherapy 2001; 21: 731-9.
77. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Método DADER para el seguimiento Farmacoterapéutico. Ars Pharm 2005; 46 (4): 309-337.
78. García M. Puig M. Mateu S. Bonet M. Fuentes de información de medicamentos. En: Carnicero J (Coordinador). La gestión del medicamento en los Servicios de Salud. Informes SEIS (8). Pamplona: Sociedad Española de Informática de la Salud, 2008. Tomado desde: <http://www.seis.es>
79. World Medical Association. Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subject. Edinburgh: 52nd WMA General Assembly (on line) URL disponibilidad in: http://www.wma.net/e/policy/17-c_e.html. El 15/07/15.
80. DIRESA, plan estratégico de salud. Resolución Gerencial N° 1283-2008-GR-LLGGR/ GRS, de fecha 28 de Octubre del 2008.
81. Perú, Ministerio de Salud. Oficina de Estadísticas e Informática de la Dirección Regional de Salud Anchas. Sistema de información en Salud (HIS). Consulta externa 2001-2002. Reporte de morbilidad. Unidad Territorial de Salud Chimbote: Ministerio de Salud; 2002

82. Martín Regueiro, Nicolás Mendy, Martín Cañas, Hugo Osvaldo Farina, Pablo Nagel. Uso de medicamentos en adultos mayores no institucionalizados. Rev. Perú. med. exp. Salud pública [serie en internet]. 2011. [citada 2014 diciembre 11].28 (4). [Alrededor de 15 pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-6342011000400012
83. Álvarez de Toledo F, Arcos González P, Eyaralar RT y et al. Atención farmacéutica en personas que han sufrido episodios coronarios agudos (Estudio TOMCOR). Revista Española de Salud Pública, julio-agosto, año/vol. 75, número 4. Ministerio de Sanidad y Consumo de España Madrid, España pp. 375-388.
84. Garção JA. Cabrita J. Evaluation of a Pharmaceutical Care Program for Hypertensive Patients in Rural Portugal. J Am Pharm Assoc 42(6):858-864, 2002. © 2002 American Pharmaceutical Association
85. Vivian E. Mejorar el Control de la presión arterial en una clínica de hipertensión farmacéutico administ. Farmacoterapia 22 (12): 1533-1540, 2008 farmacoterapia Publications.Posted 01/03/2008.

VIII. ANEXOS

Anexo 8.1. Solicitud de permiso dirigido al establecimiento farmacéutico



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUIMICA

Chimbote, 01 de Junio de 2015

Señora
QF. Aurora Delgado Ybañez
FARMACIA DELGADO
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 Alumna *Lady Catherine Delgado Luján*, Cod N° 0108120021, pueda desarrollar actividades de Seguimiento Farmacoterapéutico como parte de un proyecto de investigación que tiene por objetivo evaluar la utilidad de este servicio en la prevención, detección e intervención de problemas relacionados con medicamentos que pueden sufrir los pacientes que se atienden en el Servicio Farmacéutico que Usted dirige.

El desarrollo del trabajo demanda la captación post dispensación de 12 pacientes diagnosticados y con prescripción facultativa de medicamentos para el tratamiento de diabetes. 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: 94378829



UNIVERSIDAD CATÓLICA
LOS ÁNGELES - CHIMBOTE
OFICINA DE INVESTIGACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN
M^c. Percy Ocampo Rujel
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN EN FARMACIA

Av. José Pardo N°4095 – Chimbote – Perú
Teléfono: (043) 351253
Web Site: www.uladech.edu.pe

Anexo 8.2. 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 Farmacia Delgado 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.
- 6.- Autorizo para que los resultados de las encuestas y fichas de información que responda como parte de la investigación puedan analizarse y presentarse como resultados dentro de un informe final, manteniendo mi anonimato.
- 7.- La firma de este consentimiento no tiene fin comercial o contractual de ningún tipo.

* NOMBRE DEL PACIENTE: (DE PUÑO Y LETRA DEL PACIENTE): SOCORRO TABOADA NIZANA.

* DIRECCION: 12RO MAYO H-Lote 23.

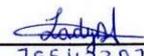
* TELEFONO: 994508724

* FIRMA: 

* DNI: 32954510

* NOMBRE DEL QUIMICO FARMACÉUTICO Jr: Lady Delgado Luján

* TELÉFONO: 998739440

* FIRMA: 

* DNI: 75543307

* FECHA: 24 / 10 / 15

* FECHA DE LA PRIMERA ENTREVISTA PARA EL LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN: 25 / 10 / 15

*Campos obligatorios

Anexo 8.3. Fichas farmacoterapéuticas

Ficha FFT (HOJA 1) Registro de la información del paciente, de su enfermedad de sus medicamentos y del médico prescriptor.

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

COD° PACIENTE: 01 FECHA: 25 / 10 / 15

1.1.- DATOS PERSONALES

NOMBRE: Socorro Tobaada Nizama SEXO: Femenino
DIRECCIÓN: 1° Mayo M-Lote 23 ZONA: 1° Mayo
TELÉFONO DOMICILIO: 994508724 OTRO _____ (MAIL): _____
FECHA DE NACIMIENTO: 28 / 10 / 15 EDAD: 54 AÑOS:
GRADO DE ESTUDIOS: ANALFABETO PRIMARIA SECUNDARIA SUPERIOR.....
TIENE SEGURO SI: ___ NO: ___ SEGURO INTEGRAL (SIS): X ESSALUD: ___ PRIVADO: _____
OTRO CUAL?: _____
EL SEGURO PRIVADO CUBRE LOS MEDICAMENTOS TOTALMENTE: SI: _____ NO: _____

1.2.- PARÁMETROS DE SEGUIMIENTO:

VISITA N°:	1	2	3	4
FECHA	<u>24/10/15</u>	<u>25/10/15</u>	<u>29/10/15</u>	<u>31/10/15</u>
PRESIÓN ARTERIAL (en mm de Hg)	<u>119 / 83</u>	<u>119 / 83</u>	<u>119 / 83</u>	<u>119 / 83</u>
GLICEMIA	<u>130</u>	<u>130</u>	<u>130</u>	<u>130</u>
PESO (en Kg)	<u>51</u>	<u>51</u>	<u>51</u>	<u>51</u>
TALLA (en cm)	<u>1.50 cm</u>	<u>1.50 cm</u>	<u>1.50 cm</u>	<u>1.50 cm</u>
Temperatura (en °C)				
OTRO				

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

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

N°	NOMBRE DEL MEDICO	ESTABLECIMIENTO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO.
<u>01</u>	<u>Diana Laos Lopez</u>	<u>Ministerio de Salud</u>	<u>Cirujano</u>	

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

CIE 10	NOMBRE DEL PROBLEMA DE SALUD, SIGNO O SINTOMA PERCIBIDO POR EL PACIENTE	Receta? Si/No	QUIEN LE DIAGNOSTICO?	TELÉFONO
<u>110</u>	<u>Hipertensión</u>	<u>SI</u>	<u>Diana Laos Lopez</u>	

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

FICHA FFT (Hoja 1 CONTINUA). Registro de la información del paciente, de su enfermedad, de sus medicamentos y del médico prescriptor.

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

Cod. CIE 10	NOMBRE DEL MEDICAMENTO (tal cual fue prescrito comercial o DCI)	DCI del prescrito	NOMBRE DEL MEDICAMENTO (tal cual fue dispensado)	DCI del dispensado	Forma Farmacéutica	A: DOSIS (mg)	B: FREQ. DE DOSIS x DIA(h)	C: Total Dias que debe tomarse el med. (dias)	Total de medicamento Prescrito:	FECHA DE PRESCR.	OBSERVACIÓN
I40	Losartan	Generico	Losartan	Generico	Tableta	50mg	1x dia	Todos los dias		3-10-15	
	Alprazolam	Generico	Alprazolam	Generico	Tableta	0.5mg	3x dia	7 dias		3-10-15	
	Naproxeno	Generico	Naproxeno	Generico	Tableta	550mg	1x dia			3-10-15	

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

FICHA FFT (HOJA 2). Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes.

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

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

Preguntar sobre malestares, sensaciones, percepciones negativas que tiene el paciente luego de tomar alguno de los medicamentos de la lista anterior. Para este propósito usar la Ficha N°3 para el repaso anatómico fisiológico. Si el paciente declara algún problema preguntar que hace para solucionarlo. Las Reacciones adversas de medicamentos prescritos deben reportarse en el EEFF desde donde se hace el SFT.

1.7. REGISTRO DE PROBLEMAS DURANTE EL USO DE MEDICAMENTOS.

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

Si la respuesta anterior fue Si, entonces procede:

Cual fue el problema o necesidad?

Pudo comunicarse? Si No

Si es no, Por qué?

Cómo resolvió el problema? A quien recurrió?

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

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

Nº	NOMBRE DE LOS REMEDIOS CASEROS	DESCRIPCIÓN DE LA FORMA DE USO	DOSIS	FRECUENCIA	DESDE CUANDO

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

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

NOMBRE DE LA ENFERMEDAD*, ACCIDENTE O DAÑO.	Tuvo Dx?	QUIEN LE DIAGNOSTICO?	TELÉF	Molesta ahora? Que hace para solucionar la molestia.	Toma medicamentos para esto? **

*Las enfermedades del pasado, cirugías, accidentes, traumas, etc. Pueden dejar secuelas, signos o síntomas que podrían ser el origen de medicamentos en el presente. Si es así, reportarlo como enfermedad actual no diagnosticado en la tabla 1.4. **Anotar los medicamentos que usa como medicamento sin prescripción en la ficha 2.

FICHA FFT (HOJA 2, CONTINUA). Registro de los Medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes. Cuadro N° 13 FICHA FFT (HOJA 2, SEGUNDA PARTE). Registro de los medicamentos que el paciente mantiene en su botiquín.

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

PACIENTE COD. N°: *01*

FECHA: *25/10/15*

NOMBRE: *Socorro Toboada Nizana*

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

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

FICHA FFT. (HOJA 3). Guía anatómica de repaso para identificar problemas relacionados con medicamentos.

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

PACIENTE COD. Nº: *01*
NOMBRE: *Socorro*

FECHA: *25/10/15*

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

- PELO:
- CABEZA:
- OIDOS, OJOS, NARIZ, GARGANTA:
- BOCA (llagas, sequedad...):
- CUELLO:
- MANOS (dedos, uñas...):
- BRAZOS Y MÚSCULOS:
- CORAZÓN:
- PULMÓN:
- DIGESTIVO:
- RIÑÓN (orina...):
- HÍGADO:
- GENITALES:
- PIERNAS:
- PIÉS (dedos, uñas):
- MÚSCULO ESQUELÉTICO (gota, dolor espalda, tendinitis...):
- PIEL (sequedad, erupción...):
- ALTERACIONES PSICOLÓGICAS (depresiones, epilepsia...):
- PARÁMETROS ANORMALES (Tª, PA, colesterol...):
- TABACO:
- ALCOHOL:
- CAFÉ:
- OTRAS DROGAS:
- SUS HABITOS ANORMALES (ejercicio, dieta...): *Verduras frutas*
- VITAMINAS Y MINERALES:
- VACUNAS:
- ALERGIAS MEDICAMENTOS Y/O SOSPECHAS DE RAM:
- Situaciones fisiológicas (y fecha):
- OBSERVACIONES:

COD INTERV: *01*.....

FICHA FFT (HOJA 4). Hoja guía de intervención farmacoterapéutica.

FICHA 04. HOJA GUIA DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA.

Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Establecimiento Farmacéutico/Centro/Puesto de Salud de ~~Fosmasa~~ *Magda* Chimbote/Trujillo 2009.

PACIENTE COD Nº: 01

NOMBRE: *Socorro Tabora de Nizana*

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.
1	<i>Naproxeno</i>		<i>el dolor</i>	<i>cl/h</i>	<i>03-10-15</i>

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

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

4.2.- DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL PRM:

PRM	Descripción	PRM	Descripción
1. Administración errónea del medicamento:		9. Incumplimiento:	
2. Actitudes negativas del paciente:		10. Interacciones:	<i>Puede comentar la presión del paciente</i>
3. Conservación inadecuada:		11. Otros problemas de salud que afectan al tratamiento:	
4. Contraindicación:		12. Probabilidad de efectos adversos:	
5. Dosis, pauta y/o duración no adecuada:		13. Problema de salud insuficientemente tratado:	
6. Duplicidad:		14. Influencias culturales, religiosas o creencias:	
7. Errores en la dispensación:		15. Medicamentos falsificados, espurios, de contrabando o muestras médicas:	
8. Errores en la prescripción:		16. Problemas económicos:	

COD INTERV.: *01*.....

FICHA FFT (HOJA 4, SEGUNDA PARTE). Hoja guía de intervención farmacoterapéutica.

4.4. QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRM.

El paciente dejó de tomar el medicamento para el dolor porque aumenta su presión.

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

TABLA N°4.4. CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS

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

COMENTARIO:

Paciente debe tomar el medicamento para la presión.

FICHA FFT (HOJA 4, TERCERA PARTE) Hoja guía de intervención farmacoterapéutica.

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

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

COD INTERV: 01

4.6. RESULTADO:

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

¿QUÉ OCURRIÓ CON LOS PRMs QUE NO SE RESOLVIERON?

Se resolvieron todos

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: 01

FICHA FFT (HOJA 4, CUARTA PARTE). Hoja guía de intervención farmacoterapéutica.

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

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

Fecha final de la Intervención: 31.10.15.....

COMENTARIO:

El paciente toma medicamento para el dolor pudiendo elevar la presión arterial por interacción medicamentosa

FICHA FFT (HOJA 5) Hoja guía de intervención farmacoterapéutica.

FICHA 05. HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF/Centro/Puesto de Salud de F. v. m. a. s. i. a. Delgado

COD° PACIENTE: 01 FECHA: 31 / 10 / 15

5.1. NÚMERO DE CONTACTOS UTILIZADOS DURANTE LA INTERVENCIÓN:

N°	Lugar donde se encontraba el paciente	Medio de comunicación	t invertido (min)
01	Casa	1	20 minutos
02	Casa	1	50 minutos
03	Casa	1	50 minutos
04	Casa	1	30 minutos

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

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

6. Fecha final de la Intervención (visita domiciliaria): 31.10.15.....

COD INTERV: 01.....

FICHA FFT (HOJA 6) Test para medir la adherencia al tratamiento. Test de MORISKY

Test de Adherencia a la medicación de Moriski

Items	Preguntas	0	1
1	Algunas veces se olvida usted de tomar sus medicamentos?		X
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?		X
3	Alguna vez ha dejado de tomar sus medicamentos por le te caían mal, sin decirle nada al médico o tu farmacéutico?		X
4	Cuando Usted viaja o sale de su casa por largo tiempo se olvida de llevar sus medicamentos?	X	
5	Se olvidó de tomar todos sus medicamentos ayer?	X	
6	Cuando Usted siente que los síntomas de su enfermedad están bajo control deja de tomar su medicación?	X	
7	Tomar medicamentos todos los días es muy complicado para mucha gente. Alguna vez Usted se ha sentido tentado a dejar su tratamiento?		X
8	Cuan frecuente tiene Usted dificultades para recordar tomar sus medicamentos?	X	
	A. Nunca/raramente, B. Muy esporádicamente, C. Algunas veces, D. Frecuentemente, E. Todo el tiempo. A=0, B-E=1		

Puntuación: >2 = low adherence
 1 or 2 = medium adherence
 0 = high adherence

Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Establecimiento Farmacéutico
 Farmacia Delgado – Chimbote 2016.

Test de PURDUE para la evaluación en el paciente de la Satisfacción del servicio.

TEST DE PURDUE MODIFICADO PARA DETERMINAR LA SATISFACCION DEL PACIENTE CON LAS INDICACIONES DEL FARMACEUTICO ^(43,38). Programa de Atención Farmacéutica para paciente hipertenso. Farmacia Comunitaria ULADECH.

NOMBRE DEL PACIENTE: Socorro Taboada Nizanc COD 01

FECHA: / /

N°	PREGUNTA				
		0	1	2	3
1	Siente usted que el farmacéutico pone mucha atención cuando Usted le cuenta su problema de salud.				✓
2	Su farmacéutico ¿le ha dejado alguna información sobre como tomar sus medicamentos?			✓	
3	El farmacéutico ¿le ha explicado como sospechar si el medicamento le ha chocado?				✓
4	Su farmacéutico ¿le ha recalado sobre la forma como debe manejar su terapia sin recriminarle si estuvo bien o mal?		✓		
5	Su farmacéutico sabe como explicar las cosas de una forma que asegure que usted siempre las entienda.				✓
6	Cuando ha tenido alguna duda sobre como tomar sus medicamentos ¿el farmacéutico siempre ha estado a su disposición?				✓
7	Su farmacéutico lo ha visitado de manera regular para verificar si ha seguido las indicaciones dejadas.			✓	
8	Su farmacéutico le ha dicho a quien debe contactar si necesita alguna ayuda con el manejo de los medicamentos y su enfermedad.				✓
9	Cree Usted que el farmacéutico se interesa mucho en Usted como persona.				✓
10	Su farmacéutico le ha motivado para que usted asuma con responsabilidad su enfermedad y la toma de sus medicamentos.		✓		

0. NUNCA, 1. ALGUNAS VECES, 2. CASI SIEMPRE, 3. SIEMPRE

OBSERVACIONES:

COD INTERV: 01.....

Anexo 8.4. Reporte de primer estado de situación.

COD Paciente	COD CIE 10	DIAGNÓSTICO	nombre comercial	dci	fp	dosis (mg)	frec dosis (dia)	dias tto	COD PRM	Descripción del PRM
1	I10	hipertensión arterial esencial (primaria)	Losartan	Losartan	sol	50	1/2	30	10	paciente presenta interaccion con medicamentos
1		dolor agudo	Naproxeno	Naproxeno	sol	550	1	ev	10	paciente presenta interaccion con medicamentos
2	I10	hipertensión arterial esencial (primaria)	Losartan	Losartan	sol	50	1	60	10	paciente presenta interaccion con medicamentos
2	E78.0	hipercolesterolemia pura	Metformina	Metformina	sol	850	1	30	10	paciente presenta interaccion con medicamentos
3	I10	hipertensión arterial esencial (primaria)	Losartan	Losartan	sol	50	2	60	10	paciente presenta interaccion con medicamentos
3	M00.9	artritis piógena, sin especificar	Arcoxia	Etoricoxib	sol	90	1	20	10	paciente presenta interaccion con medicamentos
4	I10	hipertensión arterial esencial (primaria)	Captopril	Captopril	sol	20	1	30	2	actitudes negativas del paciente
5	I10	hipertensión arterial esencial (primaria)	Enalapril	Enalapril	sol	10	2	30	12	probabilidad de efectos adversos
6	I10	hipertensión arterial esencial (primaria)	Losartan	Losartan	sol	50	c2d	30	9	incumplimiento
6	E78.0	hipercolesterolemia pura	Atorvastatina	Atorvastatina	sol	20	c2d	30	9	incumplimiento
7	I10	hipertensión arterial esencial (primaria)	Losartan	Losartan	sol	50	c2d	30	9	incumplimiento
7		dolor agudo	Ibuprofeno	Ibuprofeno	sol	400	1	ev	11	otros problemas de salud que afectan el tratamien
8	I10	hipertensión arterial esencial (primaria)	Losartan	Losartan	sol	50	1	60	1	administracion erronea del medicamento
8	E78.0	hipercolesterolemia pura	Omeprazol	Omeprazol	sol	20	1	30	1	administracion erronea del medicamento
9	I10	hipertensión arterial esencial (primaria)	Enalapril	Enalapril	sol	20	c2d	30	9	incumplimiento
10	I10	hipertensión arterial esencial (primaria)	Enalapril	Enalapril	sol	20	2	30	10	interacciones
10		dolor agudo	Paracetamol	Paracetamol	sol	500	1	ev	8	errores de la prescripción
11	I10	hipertensión arterial esencial (primaria)	Losartan	Losartan	sol	500	c2d	30	9	incumplimiento
12	I10	hipertensión arterial esencial (primaria)	Enalapril	Enalapril	sol	20	c2d	30	9	incumplimiento

PRM	Acción realiz. por el qf	COD. INTERVENCIÓN	DE COMUNIC.	aceptación	solución	Descripción de la NO solución
2	se recomendó que se retirara el medicamento de naproxeno	5	1	1	1	
2	se recomendó que se retirara el medicamento de naproxeno	5	1	1	1	
2	se recomendó que se tome a su horario sus medicamentos para que no interaccione con la metformina	5	1	1	1	
2	se recomendó que se tome a su horario sus medicamentos para que no interaccione con la metformina	5	1	1	1	
2	se recomendó que se tome a su horario sus medicamentos para que no interaccione con la arcoxia	5	1	1	1	
2	se recomendó que se tome a su horario sus medicamentos para que no interaccione con la arcoxia	5	1	1	1	
6	se explico la importancia de su medicamento captopril	7	1	0	0	El paciente no quiso recibir orientación acerca de su medicamento captopril para su presión
4	se recomendó cambiar el medicamento enalapril	5	1	0	0	No se logro cambiar el medicamento enalapril para la presión
1	se recomendó que se tome a su horario su medicamento losartan	8	1	1	1	
1	se recomendó que se tome a su horario su medicamento metformina	8	1	1	1	
6	se recomendó que se tome a su horario su medicamento losartan	8	1	1	1	
1	se recomendó que se tome a su horario su medicamento ibuprofeno	8	1	1	1	
1	se recomendó que se tome a su horario su medicamento losartan	8	1	1	1	
1	se recomendó cambiar el medicamento	5	1	1	1	
6	se recomendó que se tome a su horario sus medicamento enalapril	5	1	1	1	
4	se recomendó que se tome a su horario sus medicamento enalapril	5	1	0	0	El paciente no quiso recibir orientación acerca de su medicamento enalapril
6	se oriento acerca de su forma de administrarse	5	1	0	0	El paciente no quiso recibir orientación acerca de su medicamento paracetamol
6	se recomendó que se tome a su horario su medicamento losartan	8	1	1	1	
6	se recomendó que se tome a su horario su medicamento enalapril	8	1	0	0	El paciente no quiso recibir orientación acerca de su medicamento enalapril

Anexo 8.5. Fotos

FIGURA N° 05 Frontis Farmacia Delgado, en el Distrito de Nuevo Chimbote



Figura N° 06 Mapa de Ubicación de la Farmacia Delgado, en el Distrito de Nuevo Chimbote

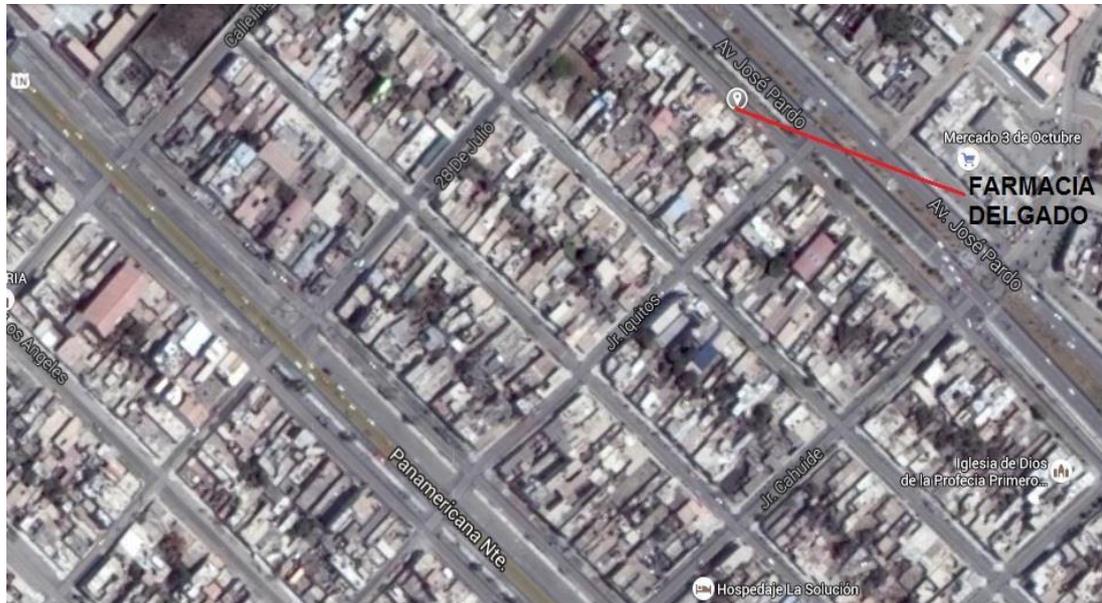


Figura N° 07 Paciente firmando la hoja de consentimiento



Figura N° 08 Visita al paciente para recolección de información



Figura N° 09 Estudio y evaluación de la información



Figura N° 10 Cuadro de estado de situación de los pacientes

REPORTE DE ESTADO DE SITUACIÓN CONSOLIDADO [Modo de compatibilidad] - Excel

B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
Paciente	COD CIE 10	DIAGNÓSTICO	nombre comercial	dci	fp	dosis (mg)	frec dosis (dia)	dias tto	COD PRM	Descripción del PR
1	110	hipertensión arterial esencial (primaria)	Losartan	Losartan	sol	50	1/2	30	10	paciente presenta interaccion cor
2	1	dolor agudo	Naproxeno	Naproxeno	sol	550	1	ev	10	paciente presenta interaccion cor
3	2110	hipertensión arterial esencial (primaria)	Losartan	Losartan	sol	50	1	60	10	paciente presenta interaccion cor
4	2E78.0	hipercolesterolemia pura	Metformina	Metformina	sol	850	1	30	10	paciente presenta interaccion cor
5	3110	hipertensión arterial esencial (primaria)	Losartan	Losartan	sol	50	2	60	10	paciente presenta interaccion cor
6	3M00.9	artritis piógena, sin especificar	Arcoxia	Etoricoxib	sol	90	1	20	10	paciente presenta interaccion cor
7	4110	hipertensión arterial esencial (primaria)	Captopril	Captopril	sol	20	1	30	2	actitudes negativas del paciente
8	5110	hipertensión arterial esencial (primaria)	Enalapril	Enalapril	sol	10	2	30	12	probabilidad de efectos adversos
9	6110	hipertensión arterial esencial (primaria)	Losartan	Losartan	sol	50	c2d	30	9	incumplimiento
10	6E78.0	hipercolesterolemia pura	Atorvastatina	Atorvastatina	sol	20	c2d	30	9	incumplimiento
11	7110	hipertensión arterial esencial (primaria)	Losartan	Losartan	sol	50	c2d	30	9	incumplimiento
12	7	dolor agudo	Ibuprofeno	Ibuprofeno	sol	400	1	ev	11	otros problemas de salud que afe
13	8110	hipertensión arterial esencial (primaria)	Losartan	Losartan	sol	50	1	60	1	administración erronea del medic
14	8E78.0	hipercolesterolemia pura	Omeprazol	Omeprazol	sol	20	1	30	1	administración erronea del medic
15	9110	hipertensión arterial esencial (primaria)	Enalapril	Enalapril	sol	20	c2d	30	9	incumplimiento
16	10110	hipertensión arterial esencial (primaria)	Enalapril	Enalapril	sol	20	2	30	10	interacciones
17	10	dolor agudo	Paracetamol	Paracetamol	sol	500	1	ev	8	errores de la prescripción
18	11110	hipertensión arterial esencial (primaria)	Losartan	Losartan	sol	500	c2d	30	9	incumplimiento
19	12110	hipertensión arterial esencial (primaria)	Enalapril	Enalapril	sol	20	c2d	30	9	incumplimiento

Figura N° 11 Intervención y seguimiento al paciente



Figura N°12 Análisis de Resultados

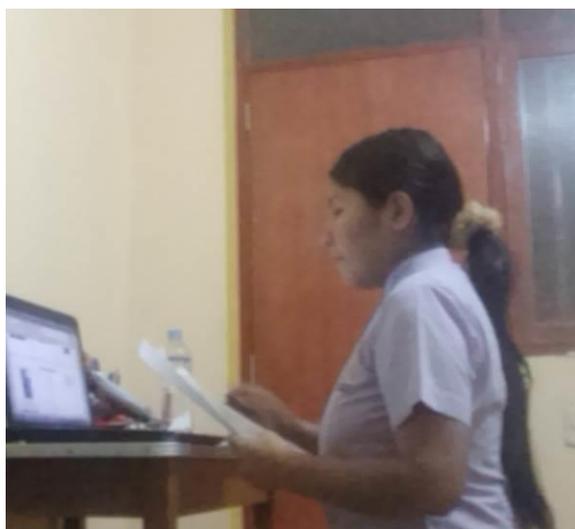


Figura N°13 Análisis de resultado (tablas y gráficos después del SFT)

%	SEDE	INVEST	COD	DESCRIPCIÓN	FREC	COD	DESCRIPCIÓN	FREC	%	SEDE	INVEST	COD	DESCRIPCIÓN	FREC	%
%	sede	invest	PRM	PRM DESCRIPCIÓN	ventaDePRM	RVM	RVM DESCRIPCIÓN	ventaDePRM	%	sede	invest	RVM	DESCRIPCIÓN	ventaDePRM	ventaDeRVM
	2	108060004	9	Incumplimiento	9	6	Inseguridad cuantitativa	9	31.6	2	4	6	Inseguridad cuantitativa	6	31.6
	2	108060004	12	Reacciones Adversas	1	6	Inseguridad cuantitativa	1		2	4	2	Toma lo que no necesita	6	31.6
	2	108060004	2	Actitudes Negativas	1	6	Inseguridad cuantitativa	1		2	4	1	No recibe lo que necesita	5	26.3
	2	108060004	12	Reacciones Adversas	1	2	Toma lo que no necesita	1		2	4	4	Ineficacia cuantitativa	2	10.5
	2	108060004	9	Incumplimiento	1	2	Toma lo que no necesita	1						19	100.0
	2	108060004	1 Adm.	Errónea del Med.	1	2	Toma lo que no necesita	1							
	2	108060004	12	Reacciones Adversas	2	3	Ineficacia no cuantitativa	2							
	2	108060004	12	Reacciones Adversas	2	1	No recibe lo que necesita	2							
	2	108060004	12	Reacciones Adversas	1	5	Inseguridad no cuantitativa	1							
	2	108060004	9	Incumplimiento	1	5	Inseguridad no cuantitativa	1							
	2	108060004	9	Incumplimiento	1	4	Ineficacia cuantitativa	1							
								21							

sede	invest	PRM	PRM DESCRIPCIÓN	ventaDePRM	RVM	RVM DESCRIPCIÓN	ventaDePRM	%
2	4	12	Reacciones Adversas	1	4	Ineficacia cuantitativa	1	
2	4	10	Interacciones	1	4	Ineficacia cuantitativa	1	
2	4	9	Incumplimiento	4	6	Inseguridad cuantitativa	4	
2	4	8	Error de Prescripción	1	6	Inseguridad cuantitativa	1	
2	4	2	Actitudes Negativas	1	6	Inseguridad cuantitativa	1	
2	4	9	Incumplimiento	2	1	No recibe lo que necesita	2	
2	4	1 Adm.	Errónea del Med.	2	1	No recibe lo que necesita	2	
2	4	11	Otros PS	1	1	No recibe lo que necesita	1	

The pie chart displays the following data:

- Inseguridad cuantitativa: 32%
- Toma lo que no necesita: 32%
- No recibe lo que necesita: 26%
- Ineficacia cuantitativa: 10%

ANEXO N° 17. Cuadro N° 07 Frecuencia de uso de los tipos de medicamentos utilizados

Origen del medicamento	Morbilidad	Denominación en DCI	fi	Fi	%
Prescritos	hipertensión arterial esencial (primaria)	losartan	7		
		captopril	1	12	63.2
		enalapril	4		
	hipercolesterolemia pura	atorvastatina	1	1	5.3
	gastritis (simple)	omeprazol	1	1	5.3
	diabetes mellitus sin especificar	metformina	1	1	5.3
	artritis piógena, sin especificar	etoricoxib	1	1	5.3
		Sub total		16	84.3
No Prescritos	dolor agudo	naproxeno	1		
		ibuprofeno	1	3	15.8
		paracetamol	1		
		Sub total		3	15.8
TOTAL			19	19	100
\bar{x}				1.58	

Anexo 8.6. Glosario

- EESS: Estado de situación
- DIGEMID: Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas.
- EF: Establecimiento Farmacéutico
- IF: Intervención Farmacéutica
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- PRM: Problema Relacionado con Medicamentos
- RNM: Resultados Negativos asociados a la Medicación
- SFT: Seguimiento Farmacoterapéutico