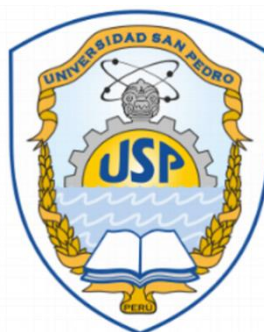


UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA



**Seguimiento farmacoterapéutico y su influencia en el
control de pacientes hipertensos de la farmacia “Mifarma”
N° 63, Sullana-Piura.**

Tesis para obtener el Título de Químico Farmacéutico

Autora:

Calderón Paz, Diana Steffanny

Asesora:

Torres Solano, Carol Giovanna

Piura – Perú

2019

i. Palabras clave

Tema	Seguimiento Farmacoterapéutico
Especialidad	Farmacia Clínica y Comunitaria

Keywords

Subject	Pharmaceutical Follow-up
Speciality	Clinical and Community Pharmacy

Línea de Investigación	Farmacia Clínica y Comunitaria
Área	Ciencias Médicas y de Salud
Sub área	Ciencias de la Salud
Disciplina	Ciencias del Cuidado de la Salud y Servicios

ii. Título

Seguimiento farmacoterapéutico y su influencia en el control de pacientes hipertensos de la farmacia “Mifarma” N° 63, Sullana-Piura.

iii. Resumen

El objetivo de la presente investigación fue determinar el efecto del Seguimiento Farmacoterapéutico y su influencia en el control de pacientes hipertensos de la farmacia “Mifarma” N°63, Sullana-Piura, del presente año. Para ello se captó un total de 50 pacientes con diagnóstico hipertensión arterial. En el primer contacto a través de las fichas farmacoterapéuticas del método Dáder, se levantó la información para lo cual se hizo firmar a los pacientes un consentimiento informado.

Se obtuvieron los siguientes resultados; edad promedio 12.6 años, siendo la población mujer la más expuesta a padecer hipertensión. En la enfermedad diagnosticada se obtuvo un 62.2% y las no diagnosticadas un 37.8%, del mismo modo los medicamentos prescritos por un profesional de salud fueron de 35% para hipertensión; 3.4% infecciones de las vías urinarias; 4.3% episodio depresivo; 1.7% glaucoma; 3.4% diabetes mellitus; 3.8% gastritis; 2.1% hipercolesterolemia; 2.6% osteoporosis; 1.7% migraña; 2.1% bronquitis aguda; 2.6% artritis reumática; 3.0% estreñimiento; 1.7% ulcera gástrica. El PRM con más trascendencia fue el incumplimiento con un 21%, seguido de actitudes negativas 17.5%.

La comunicación con el paciente de manera verbal es de 72.2%; seguida de comunicación médico-farmacéutico 12.3% y escrito farmacéutico-paciente 10.5%.

Se solucionaron el 90% de PRM, la intervención que tuvo más trascendencia fue el educar a los pacientes $n=14$, seguida de la disminución del incumplimiento involuntario $n=10$. En conclusión, el Seguimiento Farmacoterapéutico, si tuvo un efecto positivo en la mayor parte de los pacientes, lo cual hubo mejoras en sus calidades de vida.

Palabras clave: Seguimiento Farmacoterapéutico, Hipertensión, Problema relacionado con el medicamento (PRM).

iv. Abstract

The objective of this research was to determine the effect of Pharmacotherapeutic Follow-up and its influence on the control of hypertensive patients of the pharmacy "Mifarma" N°63, Sullana-Piura, this year. For this, a total of 50 patients were captured, with a diagnosis of hypertension. The collection, collection of information, evaluation of the information provided, intervention, monitoring and results collection were carried out. In the first contact through the pharmacotherapeutic records of the Dáder method, the information was collected for which patients were informed of their informed consent.

Through the pharmacotherapeutic follow-up in patients diagnosed with hypertension, the following results were obtained; an average age of 12.6 was obtained, with the female population being the most exposed to hypertension, the total time invested was 2027.58 minutes. In the diagnosed disease, 62.2% and 37.8% were not diagnosed, in the same way the medications prescribed by a health professional were 35% for hypertension; 3.4% urinary tract infections; 4.3% depressive episode; 1.7% glaucoma; 3.4% diabetes mellitus; 3.8% gastritis; 2.1% hypercholesterolemia; 2.6% osteoporosis; 1.7% migraine; 2.1% acute bronchitis; 2.6% rheumatic arthritis; 3.0% constipation; 1.7% gastric ulcer. The most important PRM was 21% non-compliance, followed by 17.5% negative attitudes

Communication with the patient verbally is 72.2%; followed by medical-pharmaceutical communication 12.3% and written pharmacist-patient 10.5%.

90% of PRM were solved, the intervention that had more significance was to educate patients $n = 14$, followed by the decrease in involuntary non-compliance $n = 10$. In conclusion, the pharmacotherapeutic follow-up, if it had a positive effect on most of the patients, which resulted in improvements in their quality of life.

Keywords: Pharmacotherapeutic Follow-up, Hypertension, Drug related problem (PRM).

v. Índice

Tema	Pág. N°
Palabras clave	i
Título	ii
Resumen	iii
Abstract	iv
Índice	v
Introducción	1
Antecedentes y fundamentación científica	1
Justificación de la investigación	22
Problema	24
Marco referencial	24
Hipótesis	26
Objetivos	27
Metodología	28
Diseño de la investigación	28
Población y Muestra	29
Técnicas e instrumentos de investigación	30
Procesamiento y análisis de investigación	33
Resultados	34
Análisis y discusión	54
Conclusiones	62
Recomendaciones	63
Agradecimientos	64
Referencias bibliográficas	65
Anexos y apéndices	74

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Antecedentes y fundamentación científica

1.1.1. Antecedentes

Aguirre (2017) ejecutó la investigación titulada: Efecto del seguimiento farmacoterapéutico sobre los problemas relacionados con medicamentos de pacientes hipertensos atendidos en la farmacia Aguirre-Trujillo, 2013. Los criterios para la inclusión de pacientes en el programa fueron pacientes hipertensos entre 50 - 73 años que acudían regularmente a la farmacia AGUIRRE. Todos los pacientes aceptaron participar en el programa voluntariamente. Se contó con un total de 15 pacientes entre hombres y mujeres con diagnóstico de hipertensión. En el primer contacto en la farmacia se levantó información mediante una ficha de seguimiento farmacoterapéutico. Cada paciente fue evaluado con el fin de diagnosticar y tratar cada PRM encontrado de manera particular. Posteriormente se siguió al paciente mediante visitas para reforzar el cumplimiento de las indicaciones. Los resultados informaron que la mayor prevalencia de hipertensión arterial se encontró en el sexo femenino (80%), así mismo se encontró que el 6.35% de los pacientes presentan enfermedades concomitantes a hipertensión arterial, además también se pudo evidenciar que el Problema Relacionado con Medicamento (PRM) más frecuente fue el PRM 9 (65%) (PRM Incumplimiento); y que el PRM 2 (PRM de Actitudes negativas del paciente) se presenta en un 35%. La adherencia comparada antes – después de la intervención indicaría un impacto significativo del Seguimiento Farmacoterapéutico. Se concluye que el programa de Seguimiento Farmacoterapéutico sirvió como medio para la interacción de farmacéutico - paciente y así brindar una adecuada orientación al paciente, asegurar el eficiente diagnóstico de PRMs y en la prevención de RNMs.

Vásquez (2017), encabezó la investigación: Efecto de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico sobre los niveles de presión arterial en pacientes hipertensos. Farmacia Metropolitana, Chimbote. Septiembre – Diciembre, 2013. La investigación tuvo como objetivo, determinar la eficacia de un programa de

Seguimiento Farmacoterapéutico para resolver problemas relacionados con medicamentos en pacientes hipertensos. La muestra de pacientes fue monitoreada a través de un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico de seis fases: captación, levantamiento de información, evaluación de la información, intervención, seguimiento y medición de resultados. En cada fase se recogió información en herramientas e instrumentos específicos: fichas farmacoterapéuticas. Como resultado se solucionaron 26 PRMs (100%), ya que los pacientes necesitaban una mejoría en su salud. La adherencia comparada antes, después de la intervención indicaría un efecto significativo del SFT. Así mismo la presión sistólica antes y después del SFT fue $129\pm 7,6$ mmHg; en tanto que la presión sistólica fue de $129\pm 4,4$ mmHg. En cuanto a la presión diastólica antes y después del SFT fue de $82\pm 8,0$ mmHg y $81\pm 7,1$ mmHg. Se concluyó que el SFT no tuvo efecto tanto en la presión sistólica y diastólica, ni tampoco en el control de las presiones diferenciales en los pacientes hipertensos atendidos en la Farmacia Metropolitana en la presente investigación.

Alvarado y Contero (2016) realizaron la investigación: Aplicación y evaluación del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con hipertensión arterial del servicio de consulta externa del Hospital José María Velasco Ibarra de Tena. El objetivo fue aplicar y evaluar el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) en pacientes con hipertensión arterial del Servicio de Consulta Externa del Hospital José María Velasco Ibarra de Tena. Se contó con la colaboración de 27 pacientes ambulatorios con hipertensión arterial siendo mujeres y hombres con edades comprendidas entre 40 a 65 años. Se aplicó el SFT con la utilización del método DÁDER identificándose 68 Resultados Negativos Asociados a la Medicación (RNM), causados por Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRMs), los mismos que se dan en su mayoría por Inefectividad Cuantitativa (58,82%) y por Inseguridad no Cuantitativa (25%). Se pudo determinar que el 70,59% de RNM pueden ser evitados con educación personalizada al paciente, ya que el 79,41% de las Intervenciones realizadas por el Farmacéutico fueron aceptadas por el médico y los pacientes; mientras que un 20,59% no pudieron ser evitados por decisión médica. Los principales PRM identificados en los pacientes hipertensos fueron: 23,53% incumplimiento parcial de la pauta (PRM5), 17,65% conservación inadecuada del

medicamento (PRM6), 14,71% posible interacción farmacodinámicas o farmacocinéticas con medicamentos y plantas (PRM4), 25% efectos no deseados de principio activos y excipientes (PRM9) y 8,82% problema de salud insuficientemente tratado (PRM1). Se evaluaron parámetros clínicos logrando disminuir valores de presión arterial sistólica (24,7%), presión arterial diastólica (9,9%), glucemia basal (27,9%), triglicéridos (34,5 %), colesterol total (15,6%) a los pacientes hipertensos destacando una notable mejoría en los valores, probado después con el análisis estadístico Test t, que permitió obtener una diferencia entre el antes y el después de los resultados conseguidos, indicando que la intervención farmacéutica tuvo un efecto positivo evidente sobre la calidad de vida relacionada a la salud del paciente. Se recomendó la aplicación del SFT en pacientes ambulatorios y hospitalizados, ya que este sistema ayuda a minimizar la tasa de morbilidad por el mal uso de medicamentos.

Cajas y Contero (2015) ejecutaron la investigación: Impacto de la intervención farmacéutica sobre el tratamiento para Hipertensión Arterial en pacientes adultos mayores de la comunidad de San Rafael Bajo del cantón Patate-Tungurahua. Se realizó la Intervención Farmacéutica mediante un Seguimiento Farmacoterapéutico de pacientes adultos mayores en el dispensario del Seguro Social Campesino de la Comunidad de San Rafael Bajo en el cantón Patate provincia de Tungurahua. Se contó con la colaboración voluntaria de 30 pacientes ambulatorios con hipertensión arterial siendo hombres y mujeres con edades entre 61 y 87 años, realizando el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) mediante el método DÁDER, se identificó 102 Resultados Negativos Asociados a la Medicación (RNM) originados por Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM), los mismos que en su gran mayoría se dan por Inefectividad Cuantitativa 58.8% y 16.7% por Inseguridad no Cuantitativa. En el estudio se pudo determinar el 74.4 % de RNM pueden ser evitados o corregidos por parte del médico ya que el 82.9% de intervenciones del farmacéutico fueron aceptadas por el médico y el paciente, de los cuales el 8.8% se debe a problema de salud insuficientemente tratado, 2.9% el paciente no responde al tratamiento por susceptibilidad individual, 10.8% incumplimiento parcial de la pauta, 25.5% interacción farmacocinética o farmacodinámica con medicamentos y plantas

por antagonismo o sinergismo, 23.5% conservación inadecuada de medicamentos y el 2.9% a dificultad al tomarlo; mientras que un 17.15% de intervenciones no fueron aceptadas por el médico debido a que algunos pacientes deben mantener la farmacoterapia establecida antes de modificarla ; no obstante solo el 25.5% de RNM no pueden ser evitados como incumplimiento total del tratamiento 2.9%, el paciente ha iniciado un tratamiento sin receta 5.9 % y efecto esperado no deseado 16.7%. En conclusión, mediante un análisis estadístico se mostró una diferencia positiva entre el antes el después de los resultados conseguidos, logrando la integración de la población por medio de la elaboración del Diagnóstico Situacional Participativo, obteniendo una mejoría en la calidad de vida de los pacientes hipertensos.

Ormeño (2015) realizó la investigación: Efecto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hipertensos. Farmacia metropolitana. Chimbote, 2014. Determinó el efecto del programa en la detección de problemas relacionados con los medicamentos en pacientes hipertensos y los factores determinantes para su aparición. Los material y métodos fueron un modelo de un programa piloto adaptado del modelo DÁDER de seguimiento farmacoterapéutico (SFT), se intervinieron 12 pacientes hipertensos que se atendieron desde la Farmacia Metropolitana, distrito de Chimbote. Como resultados se diagnosticaron 21 PRM, el incumplimiento es el PRM más frecuente (38,1 %) y el de conservación inadecuada (28,6 %). Las intervenciones fueron dirigidas a disminuir el incumplimiento involuntario (23,8 %). Se solucionaron 16 PRM (76,19 %) y los no resueltos dejaron expuesto al paciente a la aparición de resultados negativos de la medicación (RNM) y los no resueltos dejaron expuesto al paciente a la aparición de resultados negativos de la medicación (RNM) asociados principalmente a problemas de salud, ya que no reciben lo que necesitan (85,7 %), inseguridad cuantitativa (4,8 %), inseguridad no cuantitativa (9,5 %). El efecto del SFT para resolver los problemas relacionados con los medicamentos se manifestó antes y después de la intervención, lo cual se consideró significativo ($p = 0,002$); ya que el 76,19 % tuvo éxito en la solución del PRM. Se concluyó que el programa de SFT es eficiente en el diagnóstico y la solución de PRM, en la prevención y la solución de RNM.

Ocampo (2014) realizó la investigación titulada: Factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos establecimientos públicos. Teniendo por objetivo determinar el grado de adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos y los factores determinantes de la no adherencia. Bajo un modelo de seguimiento Farmacoterapéutico domiciliario se intervinieron 204 pacientes de las provincias de Trujillo y Chimbote (84 y 120 respectivamente) entre noviembre de 2010 y enero de 2011. Para determinar el grado de cumplimiento se utilizaron tres test normalizados: Test de Heiness Sackett, Test de Morisky Green Lavine y el Test de Recuento de Tabletas. Los factores que influyen sobre la no adherencia se determinaron mediante un test de 20 preguntas agrupadas en 5 dimensiones consideradas como los más influyentes. Los resultados muestran un alto nivel de coincidencia en la identificación de pacientes no adherentes en los tres instrumentos tanto en Trujillo como Chimbote (60.83 y 79.76% respectivamente). El entorno social (27.47% y 22.72%) y la percepción del trato del personal de salud (20.7% y 20.53%) fueron las dimensiones que influenciaron más negativamente. Individualmente los factores más resaltantes fueron la automedicación (13.53% y 8.61%) y la inasistencia a citas programadas (12.88 y 7.59%). Se concluye que los pacientes hipertensos de Trujillo y Chimbote son incumplidores al tratamiento médico y los factores negativos más influyentes el entorno social y una percepción negativa del trato del personal de salud.

Lugo y col. (2007) ejecutaron la investigación: Implementación de un programa de atención farmacéutica en farmacias comunitarias para la detección de la hipertensión arterial y su seguimiento farmacoterapéutico. Este trabajo tuvo el propósito de valorar el efecto de un Programa de Atención Farmacéutica en Paraguay, para lo cual se realizó un estudio prospectivo controlado, dirigido a pacientes hipertensos, en farmacias comunitarias. Al final del estudio, el promedio de presión arterial sistólica disminuyó en el grupo intervenido, de 147 a 128 mm de Hg, mientras que en el control se observó un aumento de 148 a 154 mm de Hg; la presión arterial diastólica en el grupo intervenido de 89 a 83 mm de Hg; no se observaron variaciones en el grupo control en esta variable. Al inicio del programa el 45% de pacientes clasificados dentro del estadio II de hipertensión disminuyeron a 9%. Mientras que

en el grupo control se mantuvieron en los estadios iniciales y algunos alcanzaron estadios mayores. El 93% de los problemas relacionados con los medicamentos detectados fueron resueltos. En conclusión, los resultados estadísticamente evaluados, con valores de presión siempre menores a 5%, demuestran el valor de un programa de Atención Farmacéutica en las farmacias comunitarias.

Flores y col. (2005) realizaron la investigación titulada: Seguimiento Farmacoterapéutico con el Método Dáder en un grupo de pacientes con hipertensión arterial. El objetivo de esta investigación fue determinar la incidencia de problemas relacionados con los medicamentos en pacientes hipertensos mayores de 18 años que acuden a la Farmacia Tres Ríos y a la Farmacia D'María, durante un período de 12 semanas, utilizando el Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico. Se incluyeron en el estudio 60 pacientes con hipertensión arterial y al menos 1 fármaco antihipertensivo. Como resultados se detectaron 135 resultados clínicos negativos (2.25 por paciente); 71 problemas fueron relacionados con la necesidad, 44 relacionados con la efectividad y 20 relacionados con la seguridad. Se realizaron 135 intervenciones por parte del farmacéutico, 77.03% (104) fueron aceptadas y en 80.74% (109) se resolvió el problema de salud. Se concluye que la utilización del Método Dáder para realizar el seguimiento farmacoterapéutico en los pacientes hipertensos que acuden a las farmacias de comunidad del estudio, permite identificar los resultados negativos de la medicación y realizar las intervenciones convenientes para resolver los problemas de salud.

1.1.2. Fundamentación científica

Marco Normativo para el desarrollo de la farmacia y el uso de medicamentos en el Perú.

El desarrollo del marco normativo vigente se evidencia en el [cuadro 1]. Las valoraciones originadas a partir del marco de la política de medicamentos del 2004 (Presidencia de la República, 2011) convergieron en la Ley N° 29459 de 2009 (Álvarez de Toledo, et al., 2001). Ley de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios. En ella se reside un marco regulatorio estricto para la calidad de los medicamentos y el empleo por parte de los usuarios finales. Se incrustan términos armonizados internacionalmente, dejando sin efecto presencias cuestionadas sobre esta materia en la Ley de Salud N° 26842 de 1997 (Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2006).

El Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos difundido por DS 016-2011-SA (Faus Dáder & Fernández-Llimós Somoza, 2003), precisa los ámbitos en los cuales debe ejercerse la Atención Farmacéutica (AF) y el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) en el Perú. Por Atención Farmacéutica se detalla: “Acto del profesional Químico Farmacéutico para la mejora y la conservación de la calidad de vida del paciente los cuales se ejercen mediante prácticas adecuadas de dispensación y SFT”. Ambos semblantes son de cumplimiento obligatorio para la certificación de los establecimientos farmacéuticos en el Perú.

El mismo documento define al Seguimiento Farmacoterapéutico, como: “El acto profesional en el cual el profesional químico farmacéutico orienta y supervisa al paciente en relación al cumplimiento de su farmacoterapia, a través de intervenciones farmacéuticas orientadas a prevenir, identificar y resolver Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRMs)”. Asimismo, el reglamento faculta al profesional farmacéutico a ejercer y evaluar el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) a nivel comunitario y hospitalario e informar los resultados de sus intervenciones a la autoridad de salud pertinente (Faus Dáder & Fernández-Llimós Somoza, 2003).

Cuadro N°1

Base legal vigente para el manejo de medicamentos en el Perú.

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

Nota: Resolución Ministerial (RM), Decreto Supremo (DS).

Este cuadro ha sido adaptada de “Efecto del seguimiento farmacoterapéutico sobre los problemas relacionados con medicamentos de pacientes hipertensos atendidos en la farmacia Aguirre-Trujillo, 2013”, por Aguirre, B., (2017).

Por el ámbito gremial, la Ley de Trabajo del Químico Farmacéutico, Ley 28173 y su reglamento emitido el 2006, le concede al profesional la responsabilidad de la dispensación, de la información y orientación al usuario sobre la administración, empleo y dosis del producto farmacéutico, entre otras facultades. El marco legal para el desarrollo profesional del farmacéutico se evidencia en el [cuadro 2] (Foro de Atención Farmacéutica, 2006).

Cuadro N°2

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

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

Nota: Decreto Supremo (DS).

Este cuadro ha sido adaptada de “Efecto del seguimiento farmacoterapéutico sobre los problemas relacionados con medicamentos de pacientes hipertensos atendidos en la farmacia Aguirre-Trujillo, 2013”, por Aguirre, B., (2017).

Problemas relacionados con el uso de medicamentos (PRMs) y Resultados Negativos de la Medicación (RNM)

La distinción del medicamento como bien económico no siempre rige en la misma dirección que su percepción como bien social, lo que origina que los intereses económicos se antepongan a los sanitarios. Esto establece que frecuentemente se perjudique o ponga en riesgo la salud de las personas, en exclusivo las más vulnerables, originándose una continua tensión entre atender las necesidades terapéuticas reales y la ampliación del mercado farmacéutico (Sindicato Médico del Uruguay, 2005).

El auténtico valor social del medicamento reside, sin embargo, en sus efectos más incorpóreos, imponderables y sensibles a las emociones humanas: el descenso del sufrimiento, su aportación a la vida y a la felicidad de las personas. La contribución del medicamento, su industria a las ciencias médicas y su empleo en los sistemas asistenciales salva vidas, alivia el dolor y el padecimiento físico y psicológico de los pacientes y de sus familiares, haciendo probable el desarrollo y la integración social de las personas (Sindicato Médico del Uruguay, 2005).

A pesar de ello el empleo de medicamentos no siempre logra conseguir resultados positivos. En ocasiones la farmacoterapia fracasa originando daños adicionales directos o indirectos cuando no se alcanzan los objetivos terapéuticos deseados. Estos fracasos de la farmacoterapia tienen un coste en la salud de los pacientes y un coste de demandas sanitarias y sociales, lo que los convierten en un innegable problema de salud pública (Fernandez-Illimos et al., 2005; Comité de Consenso GIAF-UGR, GIFAF-USE, GIF-UGR, 2007).

Strand y Hepler, especifican los Drug Related Problems o Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM), como aquella experiencia indeseable del paciente que comprende a la terapia farmacológica y que obstaculiza real o eventualmente con los resultados esperados por la terapia (Hepler & Strand, 1990; Strand, et al., 1990).

Para que un acontecimiento sea atribuido como PRM deben de estar regidas a menos dos condiciones: 1) el paciente debe estar padeciendo o debe ser posible que padezca

una enfermedad o sintomatología y 2) esta patología debe tener un vínculo reconocible o sospechable con la terapia farmacológica (Strand et al., 1990).

Desde otro enfoque, Blasco y Mariño, especifican los Errores de Medicación (EM) como cualquier actuación prevenible que puede originar daño al paciente o Morbilidad Farmacoterapéutica (MFT). Los EM pueden acontecer su origen en errores de prescripción, en el manejo posterior de la administración de la medicación por algún profesional sanitario o el propio paciente (Blasco et al., 2001).

Los Errores de Medicación, según el Tercer Consenso de Granada, se encuentran dentro de las consideraciones de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) (Comité de Consenso GIAF-UGR, GIFAF-USE, GIF-UGR, 2007). En su extensión mayor los PRM son además cualquier acontecimiento durante el curso de uso de los medicamentos que pueden comprender problemas no prevenibles como las idiosincrasias, las reacciones adversas o interacciones desconocidas, los PRM más identificados se encuentran en el listado del [cuadro 3] (Fernandez-Illimos et al., 2005).

La aquiescencia española homologa a los Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) como la fuente de los Resultados Negativos Asociados al uso de Medicamentos (RNM) (Gaspar Carreño, 2011) y los RNM son considerados por la OMS como Morbilidad Farmacoterapéutica (MFT) (Álvarez de Toledo et al., 2001).

En el año 2007 el Tercer Consenso de Granada, definió como suspicacia de RNMs a la situación en la que el paciente está en peligro de sufrir un problema de salud asociado al empleo de medicamentos generalmente por la presencia de uno o más PRM los que se consideran como factores de riesgo o causas de RNM se evidencian en el [cuadro 4]. (Comité de Consenso GIAF-UGR, GIFAF-USE, GIF-UGR, 2007).

Cuadro N°3

Listado de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs)

N°	PRM
----	-----

1. Administración errónea del medicamento.
2. Actitudes personales del paciente.
3. Conservación inadecuada.
4. Contraindicación.
5. Dosis, pauta y / 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.

Nota: Número(N°); Problema Relacionado con Medicamentos (PRM).

Este cuadro ha sido adaptado de “Tercer consenso de granada sobre problemas relacionados con medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM)”. (2007).

Cuadro N°4

Clasificación de Resultados Negativos Asociados con la Medicación (RNM)

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.

Nota: Número (N°); Resultados Negativos Asociados con la Medicación (RNM).

Este cuadro ha sido adaptado de “Tercer consenso de granada sobre problemas relacionados con medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM)”. (2007).

Se reconoce a los PRMs como las causas de RNMs, y estos pueden ser complejos, aceptando por tanto la objetividad de un listado inicial que no es exhaustivo ni excluyente [cuadro 3], y que por tanto puede ser alterado con su empleo en la

práctica clínica y en variadas condiciones sociales (Comité de Consenso GIAF-UGR, GIFA-USE, GIF-UGR, 2007).

Los PRM se pueden dividir en: potenciales o no manifestados, cuando el paciente condicionalmente puede llegar a percibir algún suceso indeseable (RNM) que podría infligir en los resultados deseados y reales cuando el paciente percibe de hecho un acontecimiento indeseable relacionado con la farmacoterapia que origina un resultado negativo de la medicación (Foro de Atención Farmacéutica, 2006).

Con la definición clara de la función que reconoce y estructura a estos acontecimientos puede garantizarse que los farmacéuticos al evidenciar un PRM para prevenir un RNM o una Morbilidad Farmacoterapéutica (MFT) emplea un diagnóstico de una señal o síntoma (PRM) que debe prevenirse o aludirse para no generar una morbilidad (RNM o MFT). Desde esta concepción la definición de PRM y RNM puede ser el principio de un nuevo posicionamiento profesional del farmacéutico en los regímenes de salud como facultativo del diagnóstico de un grupo de inconvenientes de salud ligados al mal uso de medicamentos (Hall-Ramirez, 2003).

En la praxis, lo que ha acontecido es que los farmacéuticos hemos aludido utilizar la palabra diagnóstico para referirnos a la actividad profesional de prevenir RNMs a través de la compenetración y el tratamiento de sus causas, los PRMs. Si para los profesionales médicos es clara la actividad diagnóstica en función de las enfermedades que son capaces de reconocer, para los farmacéuticos deben quedar claro cuáles son los PRMs que son aptos de diagnosticar para prevenir la aparición de RNMs (Pickard, et al., 1999).

Diagnóstico de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM)

El diagnóstico de PRMs como signos y síntomas de Resultados Negativos de la Medicación (RNMs), definimos como problemas de salud a causa del mal empleo de

medicamentos, requerimiento de los profesionales farmacéuticos, el incremento de habilidades, capacidades y competencias para reconocerlos que evidencien la existencia o potencial de la aparición de los RNMs. En el suceso es necesario el empleo de herramientas de registro y medición de variables para la documentación integra de cada caso.

Los diagnósticos deben definir lo más imprescindiblemente posible las particularidades de los problemas con medicamentos (PRMs), su etiología y los componentes desencadenantes. A partir del estudio se podrá delimitar su naturaleza y se podrán escoger las pericias más efectivas para la solución, de lo contrario la práctica se volverá empírica y sujeta al ensayo y error. La documentación de la aplicación de estas prácticas profesionales contribuirá con rebozar el estado del arte y a la especialización de las intervenciones farmacéuticas.

El Tercer Consenso de Granada y la Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico del Método DÁDER (Sabater Hernández et al., 2007) exterioriza un alcance de las definiciones de los problemas relacionados con medicamentos (PRM). Esas definiciones se emplean en la presente investigación y se aclaran según el orden de identificación:

- a) Administración errónea del medicamento (PRM 1).
- b) Actitudes negativas del paciente (PRM 2).
- c) Conservación inadecuada (PRM 3).
- d) Duplicidad (PRM 4).
- e) Dosis, pauta y / o duración no adecuada (PRM 5).
- f) Contraindicaciones (PRM 6).
- g) Errores de dispensación (PRM 7).
- h) Errores de prescripción (PRM 8).
- i) Incumplimiento o no adherencia al tratamiento prescrito (PRM 9).
- j) Interacciones (PRM 10).

- k) Otros problemas de salud que afectan al tratamiento (PRM 11).
- l) Potenciales Reacciones Adversas (PRM 12).
- m) Problema de salud insuficientemente tratado (PRM 13).
- n) Influencias negativas del entorno (PRM 14).
- o) Medicamentos ilegales (PRM 15).
- p) Problemas económicos (PRM 16).

Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico: Contribución del farmacéutico al mantenimiento de la salud pública

Si hay algo que tiene que caracterizar a un ejercicio profesional es su continua evolución para adaptarse a las necesidades de la sociedad a la que sirve. Esta afirmación que resulta cierta para cualquier profesión y en cualquier momento histórico es especialmente relevante en el caso de la profesión farmacéutica.

De hecho, se trata de una profesión que prácticamente había quedado vacía de contenido a mediados del siglo pasado con el paso de la elaboración artesanal de medicamentos a un proceso industrial. Fueron muchos los farmacéuticos que quedaron convertidos en meros distribuidores de medicamentos.

Sin embargo, poco después, surgió la farmacia clínica. El cambio esencial que produjo esta nueva manera de entender la farmacia fue la variación del centro de atención del farmacéutico: del medicamento al paciente. Este cambio sustancial en la manera de ejercer la profesión necesitó de una formación de los nuevos profesionales. En 1983 la Sociedad Europea de Farmacia Clínica publicó un documento titulado “The Clinical Pharmacist: Education Document” que estableció los objetivos y estructura de un programa educativo para la formación de farmacéuticos clínicos. Con esta base se fueron construyendo programas educativos europeos. En España, Joaquín Bonal publicó en 1989 “Manual de Formación para Farmacéuticos Clínicos” (Bonal et al., 1989) en línea con lo recomendado por la sociedad europea. Fueron los farmacéuticos que trabajaban en hospitales los que

lideraron este cambio, mientras que algunos farmacéuticos de oficina de farmacia se incorporaban tímidamente a este proceso.

A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) introdujo el término de “farmacéutico siete-estrellas”, que fue reconocido por la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) en el año 2000. Para ser socios eficaces del equipo de salud, los farmacéuticos requieren habilidades y actitudes que les permitan adjudicarse muchas funciones diferentes. Un grupo de trabajo de la OMS ve al farmacéutico como un cuidador, comunicador, con capacidad de decisión, profesor, con formación continuada, líder y gestor (WHO consultative group on the role of pharmacist, 2007). En 2005, la Federación Internacional Farmacéutica afirmaba que el hecho de que el paciente reciba una correcta información sobre el uso de sus medicamentos es tan importante como el suministro de la medicación, y que los farmacéuticos tienen una contribución vital en la atención al paciente al ayudarlo a manejar su medicación de prescripción, de automedicación y otras terapias alternativas (Federación Farmacéutica Internacional (FIP). 2012). En 2006, en un documento conjunto de la Organización Mundial de la Salud y la Federación Internacional Farmacéutica se recoge que el ejercicio actual en farmacia comprende una atención promediada en el paciente con todas las funciones cognitivas de aconsejar, proveer información sobre medicamentos y monitorizar la terapia medicamentosa, así como aspectos técnicos de los servicios farmacéuticos, incluyendo la gestión del suministro de medicamentos. El farmacéutico puede realizar una aportación imprescindible en la atención al paciente al ayudarlo a gestionar su medicación (Wiedenmayer et al., 2006). Una vez establecido el marco en el que se desarrolla, entramos en lo que representa el ejercicio profesional.

En el entorno comunitario, según Rodríguez (2006), las actividades de Atención Farmacéutica (AF) podrían esquematizarse, donde destacan aquellas orientadas hacia los pacientes mayores en número que aquellas tradicionales orientadas exclusivamente hacia el aseguramiento de la calidad del medicamento. Las actividades centrales relacionadas con Atención Farmacéutica son: Dispensación, Asesoramiento Farmacéutico, Farmacovigilancia y Seguimiento Farmacoterapéutico.

Aquellas actividades que no están directamente relacionadas con el uso de medicamentos pueden contribuir también con este objetivo siendo consideradas más como actividades para el aseguramiento de la calidad intrínseca de la forma farmacéutica, por ejemplo, a través de análisis de control de calidad (Rodríguez, 2006; Gaspar Carreño, 2011).

Las actividades directamente relacionadas con AF: Las Buenas Prácticas (BP) de Dispensación, la Indicación Farmacéutica (IF), el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), las Buenas Prácticas de Farmacovigilancia, las actividades relacionadas con la farmacia clínica, 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.

Lo más impactante quizá de la Atención Farmacéutica (AF) es el empleo del término mismo. Tal vez nunca antes en la historia de la farmacia se había usado el término “atención” para denotar la función del farmacéutico en la sociedad. Era mucho más frecuente hablar de servicios farmacéuticos que de atención y existen diferencias entre ambos términos. El diccionario define “atención” como “la responsabilidad individual de alguien para entregar bienestar y seguridad”, mientras que servicio implica simplemente funciones o actividades (DIGEMID, 2017).

Al introducir el término “atención” el farmacéutico se equipara con otros profesionales de la salud que entregan atención al paciente y por ende se coloca a este, en el centro de nuestro quehacer profesional. Hay tres elementos básicos que caracterizan el ejercicio de la atención farmacéutica y estos son la responsabilidad, el compromiso de trabajar con el paciente para alcanzar las metas terapéuticas y el mejoramiento de la calidad de vida.

El mayor problema del concepto de Atención Farmacéutica es llevarlo a la práctica en términos de una actividad proactiva independiente de las percepciones del paciente y 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 el cual el

profesional farmacéutico asume de manera integral la responsabilidad de evaluar a los pacientes que consumen medicamentos con el fin de detectar PRMs y resolverlos.

Se han propuesto para este fin una serie de actividades concretas que permitan obtener resultados medibles que evidencien la utilidad del trabajo profesional farmacéutico para la prevención, solución o amenguamiento de los problemas asociados al empleo de los medicamentos (PRM). Una respuesta a esta necesidad es la implementación de modelos basados en Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT). (Comité de Consenso GIAF-UGR, GIFAF-USE, GIF-UGR, 2007; Clopés, 2002; Garção & Cabrita, 2002).

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

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 (Grainger-Rousseau et al., 1997), b) El Método del Global Pharmacoterapéutico Care de Linda Strand (Strand et al., 1990) y c) El método de Seguimiento Farmacoterapéutico DÁDER desarrollada desde la Universidad de Granada en España (Faus et al., 2008). Existen así mismo otros métodos propuestos como el método IASER desarrollado por Climente Martí, y Jiménez Torres (2005).

En esta investigación se emplea como modelo de Seguimiento Farmacoterapéutico una modificación del método DÁDER (Sabater Hernández et al., 2007; Foro de Atención Farmacéutica, 2006), elaborado por Ocampo Rujel (2010), aplicado por primera vez con el objetivo de medir el impacto del SFT sobre el uso de medicamentos, la prevención, solución de PRMs y RNMs en pacientes hipertensos.

El Método DÁDER surgió en el año 1999 como propuesta del Grupo de investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. El cual aspira ser una herramienta sencilla y de fácil guía sin perder el rigor de un procedimiento operativo normalizado. Según otros autores que se encuentran involucrados detallan que el modelo pretende ser universal para la prestación del seguimiento farmacoterapéutico en cualquier ámbito asistencial, independientemente del tipo de paciente y por cualquier farmacéutico.

Estas peculiaridades se han ingresado en el método modificado por Ocampo, el cual se cambia las herramientas de recojo de información para hacerlas más fáciles de aplicar por el profesional farmacéutico peruano y más comprensible para el paciente. Del mismo modo se han introducido procedimientos y herramientas que ayudan a detectar de una manera rápida y eficaz problemas de no adherencia al tratamiento (Ocampo Rujel, 2010).

Tanto en el método DÁDER (Faus, 2008) como su versión modificada por el Dr. Ocampo, se pueden identificar como fases centrales del proceso de seguimiento farmacoterapéutico como son: 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.

El modelo modificado comienza con un primer contacto en el Establecimiento Farmacéutico para la oferta del servicio y el levantamiento de información a través de fichas farmacoterapéuticas. Las fichas se estudian y evalúan minuciosamente en busca de diagnosticar PRMs y luego solucionarlos.

Hipertensión Arterial

Según la Sociedad Europea de Hipertensión (SEH)- Sociedad Europea de Cardiología (SEC), para el manejo de la hipertensión arterial y sétimo reporte del

Joint National Committee on prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure de los Estados Unidos (JNC VII) (Fontana Raspanti & Solá Uthurry, 2003), consideran la hipertensión arterial como una enfermedad crónica. (Armando, 2003), se considera a una persona hipertensa cuando produce una elevación persistente de la PAS (presión arterial sistólica) mayor o igual de 140 mmHg o un aumento de la PAD (presión arterial diastólica) mayor o igual a 90 mmHg. Los datos referenciales de presión arterial (PA) se ponen en manifiesto en el [cuadro 5].

Cuadro N°5
Valores referenciales de presión arterial

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

Nota: Sociedad Europea de Hipertensión (SEH); Sociedad Europea de Cardiología (SEC); Joint National Committee on prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure de los Estados Unidos (JNC).

Este cuadro ha sido adaptada de “Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes pediátricos hospitalizados: Adaptación de la metodología Dáder”, por Fontana Raspanti, D., & Solá Uthurry, N. (2003). Farmacia Hospitalaria, 27(2), 78–83.

Evolución del Seguimiento Farmacoterapéutico en el Perú

La Atención Farmacéutica en el Perú está desde el año 2003, que tuvo origen y a la vez fue promovida por la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas

para identificar los ámbitos de aplicación del término Atención Farmacéutica. En la reunión tuvo participación de los farmacéuticos de establecimientos de salud, profesionales representantes de universidades, pero no se llegó a ningún acuerdo.

Según La Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud del Perú (DIGEMID) (Presidencia de la República, 2011). En enero de 2008 el desarrollo de la Atención Farmacéutica podía ser comprendido y explicado, gracias a las distintas revisiones de actividades académicas normativas y profesionales en la última década.

Para el 2012 la DIGEMID, presentó un modelo de Seguimiento Farmacoterapéutico para los establecimientos farmacéuticos públicos. En el cual se aclaran las distintas fases del proceso y se hacen sugerencia las mediciones de los resultados a través de indicadores de uso de medicamentos, como los PRMs y el impacto de adherencia al tratamiento. Sin embargo, está exento de una guía que explique el desarrollo de esta (MINSA-DIGEMID, 2014).

Farmacia Mifarma

La Botica Mifarma inaugura su primer local en Pueblo Libre, Lima, en el 2006. La rápida aceptación del público se hizo evidente con la apertura de sus 23 locales en Lima a finales de ese mismo año.

Luego MIFARMA S.A.C. inicia su política de expansión a nivel nacional, con la inauguración de sus dos primeros locales en la ciudad de Arequipa, en enero del 2007 y culminando el año con más de 53 locales en todo el país. Para el año 2011 MIFARMA S.A.C decide adquirir la cadena de farmacias BOTICAS TORRES DE LIMATAMBO SAC, cadena que tenía en su haber más de 180 locales en todo el territorio nacional. En febrero del año 2012 FARMACIAS PERUANAS S.A, Fasa; es la segunda adquisición con 181 locales, terminando ese año con más de 490 locales a nivel nacional. En febrero del año 2016 en acuerdo con Cencosud, MIFARMA S.A.C toma operación de las 62 boticas dentro de los supermercados Wong y Metro a nivel nacional. En el mes de marzo del mismo año MIFARMA S.A.C adquiere ALBIS que vendría con 340 boticas. Estos cambios han permitido

que MIFARMA S.A.C. pase a tener más de mil locales en todo el territorio peruano que la han llevado a fidelizar la marca y en consecuencia, a aumentar su participación en el mercado.

Por tales razones el presente proyecto se llevó a cabo en la farmacia Mifarma N°63 que está localizada en el distrito de Sullana, del departamento de Piura, en la Av. José de Lama. La población es de diversos niveles socioeconómicos, ya que sé que trata de un establecimiento muy frecuentado por su ubicación en una de las vías más concurridas de Sullana, hay pacientes procedentes de diferentes partes de la ciudad. Para el servicio profesional la farmacia dispone con la presencia de un Químico Farmacéutico.

La Botica Mifarma N°63 ofrece la dispensación de medicamentos comerciales y genéricos, medicamentos son dispensados con receta médica y aquellos que son de libre comercio llamados “medicamentos OTC” como son los productos nutricionales, fórmulas lácteas, productos herbarios, sanitarios, entre otros. Acoge un promedio de 590 pacientes. Las patologías más comunes para los cuales se dispensan, están albergadas desde las infecciones respiratorias, hipertensión arterial, enfermedades gastrointestinales, diabetes mellitus, infecciones urinarias, entre otras.

1.2. Justificación de la investigación

Desde el punto de vista teórico, el recurso que posibilita la identificación, resolución y por ende prevención de los Problemas Relacionados con el Medicamento (PRM), es el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), en los cuales las sugerencias

metodológicas disponen de acciones que involucran las capacidades profesionales del farmacéutico en beneficio de la salud del paciente que acude a establecimientos farmacéuticos u hospitales.

Desde el punto de vista científico, las investigaciones a lo largo del tiempo sobre el impacto de las intervenciones farmacéuticas sugieren que sean esenciales definir, clasificar y analizar los problemas relacionados con el uso de los medicamentos (PRMs). Haciendo hincapié en los factores determinantes sobre la conducta de los pacientes que conllevan hacia los PRMs (Comité de Consenso GIAF-UGR, GIFAF-USE, GIF-UGR, 2007).

Siendo imprescindible comenzar a finalizar la brecha que hay entre lo práctico e hipotético. Enfrentar y plantear metodologías que tomen en cuenta nuestras individuales diferencias, que nos permita pasar los discursos investigadores, normas inadmisibles y reuniones infructuosas hasta el campo de desarrollo, en lo práctico preciso del servicio de atención farmacéutica orientada a la dispensación.

Desde el punto de vista práctico, dado que en la actualidad la morbilidad de la hipertensión arterial es de 35 % en el departamento de Piura, según el estudio Torsanol II, realizado por la Sociedad Peruana de Cardiología, al menos 1 de cada 3 piuranos sufre hipertensión. Por lo que es de suma importancia la colaboración del farmacéutico para tratar de paliar y mejorar la calidad de vida de los pacientes, a través de una minuciosa y ardua labor de Seguimiento Farmacoterapéutico.

Desde el punto de vista metodológico, reafirmar que la metodología modificada de DÁDER empleada, al realizar el Seguimiento Farmacéutico es de la más confiable para alcanzar los objetivos terapéuticos.

Desde el punto de vista económico, los medicamentos, son alternativas terapéuticas más empleadas en los hospitales u establecimientos farmacéuticos. Resuelven numerosos problemas de salud, pero pueden fracasar y las consecuencias de estos, contribuyen a las tasas de morbilidad y mortalidad. Lo que sugiere un adecuado control de estos a través del SFT, para la reducción de costos hospitalarios, que le

generan grandes pérdidas económicas al estado peruano y en mayor grado al paciente y sus familiares.

Desde el punto de vista profesional, la conllevación de la praxis del SFT es un reto para el profesional farmacéutico, debido a que involucran todos los conocimientos inculcados para el beneficio de su comunidad y bien común, convenientemente este se volverá un experto en el tema, que en la actualidad demanda más profesionales involucrados que estén dispuestos a investigar y ejercer dicha labor.

Desde el punto de vista sanitario, debido al impacto en la salud pública se han generado diversos programas de control de enfermedades, pero lamentablemente este ha ido decayendo con el pasar del tiempo por lo que es imprescindible establecer alternativas que permitan el abordaje de problemas a través de la participación de recursos humanos adecuados capacitados y estratégicamente ubicados dentro de la red del servicio sanitario (Consejo de la República del Perú, 2012; Presidencia de la República, 2006).

1.3. Problema

¿Cuál es el efecto de la influencia del seguimiento farmacoterapéutico en el control de pacientes hipertensos de la farmacia “Mifarma” N°63, Sullana-Piura?

1.4. Marco referencial

1.4.1. Conceptuación

Seguimiento Farmacoterapéutico

El concepto de Atención Farmacéutica ha sido asumido en España como el conjunto de servicios farmacéuticos dirigidos al paciente, dentro de estos servicios se encuentra el de Seguimiento Farmacoterapéutico, que es la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos mediante detección, prevención y resolución de los problemas relacionados con la medicación (PRM) (Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, 2001).

Problema Relacionado con Medicamento (PRM).

Problema de salud vinculado con la farmacoterapia que interfiere o puede interferir con los resultados de salud esperados en el paciente, siendo un problema de salud (Panel de Consenso, 1999).

Aquellas situaciones que en el proceso de uso de medicamentos causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación. (Comité de Consenso GIAF-UGR, GIFA-USE, GIF-UGR, 2007)

Problema de Salud

Cualquier queja, observación o hecho que el paciente y/o médico perciben como una desviación de la normalidad que ha afectado, puede afectar o afecta la capacidad funcional del paciente (Bentzen, 1997).

Resultados Negativos de la Medicación

Resultados en la salud del paciente no adecuados al objetivo de la farmacoterapia y asociado al uso o fallo en el uso de medicamentos. (Comité de Consenso GIAF-UGR, GIFA-USE, GIF-UGR, 2007).

Presión Arterial

Es la elevación persistente de la presión arterial sistólica y diastólica por encima de los valores establecidos como normales. (Armando et al., 2003).

1.4.2. Operacionalización de las variables

Tipo de variable	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores
Variable Independiente: Seguimiento Farmacoterapéutico	El proceso de SFT es una modificación del método DÁDER.	<ul style="list-style-type: none">– Intervenir sobre cantidad de medicamento.– Intervenir sobre la estrategia farmacológica.– Intervenir sobre la educación al paciente.	Ficha farmacoterapéutica
Variable Dependiente: Hipertensión Arterial	La toma de presión realizada se hizo con el instrumento tensiómetro.	Control de presión arterial	Frecuencia de latidos, Sístole y Diástole.

1.5. Hipótesis

H° = El seguimiento farmacoterapéutico no resuelve de manera significativa la mayor parte de los problemas relacionados con medicamentos (PRMs) diagnosticados.

H° = El seguimiento farmacoterapéutico no mejora la adherencia al tratamiento medio anterior y posterior de la intervención a través del test de Morisky.

H° = El seguimiento Farmacoterapéutico no mejora significativamente los valores de presión arterial sistólica – diastólica, antes y después de la intervención a través de un tensiómetro.

H¹ = El seguimiento farmacoterapéutico si logra resolver de forma significativa la mayor parte de los problemas relacionados con medicamentos (PRMs) diagnosticados.

H¹ = El seguimiento farmacoterapéutico si mejora la adherencia al tratamiento medio anterior y posterior de la intervención a través del test de Morisky.

H¹ = El seguimiento Farmacoterapéutico si logra mejorar significativamente los valores de presión arterial sistólica – diastólica, antes y después de la intervención a través de un tensiómetro.

1.6. Objetivos

Objetivo general

Determinar el efecto del seguimiento farmacoterapéutico y su influencia en el control de pacientes hipertensos de la farmacia “Mifarma” N°63, Sullana-Piura.

Objetivos específicos

- 1) Determinar el estado de contexto de empleo de medicamentos de un grupo de pacientes hipertensos que acuden en la Farmacia Mifarma N° 63. Av. José de Lama del distrito de Sullana, departamento de Piura.
- 2) Diagnosticar en el grupo de pacientes, los Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs) y diseñar estrategias de intervención farmacéuticas para solventarlos.
- 3) Escandir el efecto de la estrategia de intervención en el resultado de los PRMs diagnosticados.
- 4) Escandir el efecto de la estrategia de intervención con respecto a la adherencia al tratamiento.

II. METODOLOGÍA

2.1. Diseño de la investigación

2.1.1. Tipo y el nivel de la investigación

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

2.1.2. Diseño de la investigación

El diseño de estudio es de tipo prospectivo longitudinal de una sola casilla, no probabilístico y semi ciego. (fig. 1).

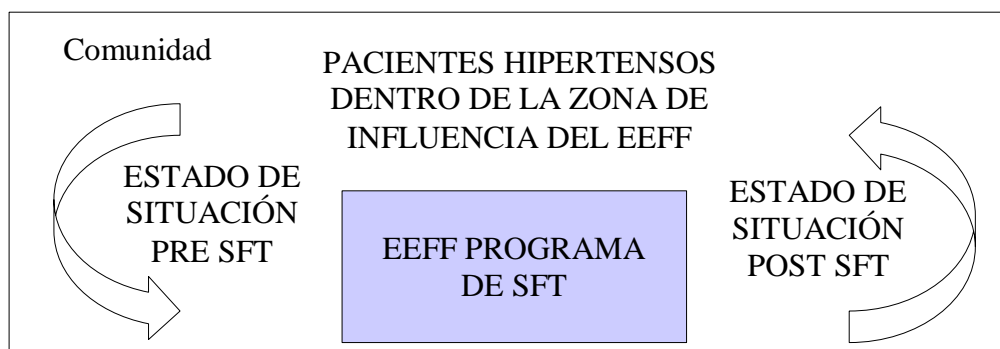


Figura 1. Esquema del modelo de intervención farmacéutica.

Nota: Este esquema ha sido extraído de “Impacto de un programa de atención farmacéutica sobre el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes hipertensos, por Ocampo Rujel P.A (2010). In Crescendo 1(2). Tomado desde:http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S222230612010000200006&script=sci_abstract

2.2. Población y muestra

2.2.1. Población

Población universal

La población universal, está conformada por los pobladores que padecen de hipertensión arterial que acuden a la farmacia Mifarma N° 63 del distrito de Sullana, del departamento de Piura.

Población de estudio

La población de estudio está conformada por los pacientes hipertensos que fueron intervenidos durante los meses que duró la investigación, en la farmacia Mifarma N°63 de la Av. José de Lama, distrito de Sullana, departamento Piura.

2.2.2. Muestra

Los pacientes de la muestra de estudio, se seleccionaron entre aquellos que acudieron a la farmacia Mifarma N°63 durante el mes de febrero a julio del 2019, que cumplieron los criterios de inclusión y que dieron por bueno de manera voluntaria ingresar al programa de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT). El consentimiento informado se evidenció con la firma de un documento por parte de los pacientes. El número total de pacientes que fueron intervenidos abarca de 50 pacientes, con el fin de tener resultados de SFT más concretos y fidedignos de la población del distrito de Sullana, departamento de Piura.

Los criterios de inclusión de los pacientes son los siguientes:

- Pacientes hipertensos entre 30 a 70 años que visiten la farmacia Mifarma N°63 durante el periodo de captación en busca de medicamentos para tratar su hipertensión.
- Los pacientes deben seguir una prescripción para el tratamiento de hipertensión con una antigüedad no mayor a 3 meses evidenciado con receta médica.
- Deben firmar libremente un documento de consentimiento informado.
- Los pacientes deben tener la facultad de comunicarse en el idioma español.

No se incluyen pacientes que presenten lo siguiente:

- Pacientes con mínima capacidad de comprender o que le dificulte comunicarse.
- Mujeres en periodo de gestación.
- Pacientes cuya disposición patológica pueda irrumpir con el seguimiento farmacoterapéutico.
- Pacientes que se nieguen al consentimiento informado.
- Pacientes que estén participando en otros estudios de investigación, que dificulten con el seguimiento farmacoterapéutico.

2.3. Técnicas e instrumentos de investigación

2.3.1. Técnica

El Seguimiento Farmacoterapéutico se ejecutó por medio de la técnica de entrevista personal, visita a domicilio y la conversación telefónica, apoyadas a través de hojas de recolección de datos nombradas Fichas Farmacoterapéuticas. La técnica de abordaje e interacción con el paciente es la recomendada por la Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico del método DÁDER (Método Dáder para el seguimiento farmacoterapéutico, 2005).

2.3.2. Instrumentos

2.3.2.1. Fichas Farmacoterapéuticas (FFT)

El documento dispone de 13 hojas de información sobre el paciente, los medicamentos que utiliza, los descubrimientos sobre los problemas en su medicación y los actos ejercidos por el profesional farmacéutico para solucionarlas.

Se empleó este instrumento en las fases del SFT. El registro de información en las FFT se empleó de acuerdo a las directrices de la Guía para el Seguimiento Farmacoterapéutico del método DÁDER (Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada, 2005).

2.3.2.2. Instrumento para evaluar adherencia al tratamiento o Test de Morisky

Este instrumento consta de una serie de cuatro ítems de preguntas cerradas SI y NO como elección de respuesta. Los cuestionarios están propuestos de tal manera que las respuestas afirmativas (si) evidencian no adherencia y valen 1 o 2 puntos (mediana adherencia); >2 (baja adherencia). Las respuestas negativas (no) evidencian adherencia y se puntúan con cero (0). De tal modo que al realizar las sumatorias de las respuestas de los cuatro ítems los resultados extremos pueden ser cero o cuatro. Una inclinación absoluta de cero en las respuestas simboliza adherencia, mientras que un puntaje absoluto de cuatro en las respuestas simboliza incumplimiento. Los resultados intermedios pueden representar desde poco incumplimiento hasta incumplimiento absoluto.

Los cuestionarios del instrumento se formularon en la primera y última entrevista, para poder evidenciar los cambios pre y post intervención (Morisky et al., 1986).

2.3.2.3. Instrumento para medir la presión arterial

Se empleó el Tensiómetro Citizen Ch 453 Digital de Brazo, que precisa resultados de presión arterial exactos de forma paulatina, que son necesarios para el propósito de la investigación. Siendo útil en la evidenciación de que el SFT realizado, tuvo impacto positivo o no en el paciente.

2.3.3. Procedimiento de recolección de datos

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

Se ofertó el servicio a todos los pacientes hipertensos que acudieron a la farmacia Mifarma N°63, en los meses de febrero a julio del 2019 hasta la obtención de 50 pacientes. Los pacientes firmaron su consentimiento de participar del estudio de investigación de SFT en un documento firmado. 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 que se brindó, ni la venta o donación de ningún medicamento.

2.3.3.2. Levantamiento de información

La información se registró en la Ficha Farmacoterapéutica (FFT), en ella se anotó la información general del paciente, datos sobre sus patologías, profesionales que diagnosticaron, medicamentos utilizados, hábitos de vida, antecedentes familiares, entre otros. En el levantamiento se registra además los productos naturales, medicamentos de libre comercio. Para este fin se solicitó al paciente que deje en evidencia todos los productos farmacéuticos que utilizó de forma regular, ya sea para esta patología u otra. Durante el periodo de registro se realizó una interrogación exhaustiva.

Para el levantamiento de información es primordial que no pase más de 72 horas una vez realizada la captación.

2.3.3.3. Fase de estudio y evaluación de la información

Se analizó la información que se obtuvo de los pacientes en un ambiente que disponga con todas las condiciones requeridas para desarrollar un análisis exhaustivo de cada caso. El ambiente por lo general estuvo provisto de internet, materiales de escritorio, material bibliográfico y teléfono.

Se estudió toda la información registrado en la FFT con el propósito de relacionar las variables que dispusieron de PRMs, como son las enfermedades diagnosticadas, medicamentos prescritos, sospechas de reacciones adversas, morbilidad sentida, automedicación, adherencia al tratamiento, entre otros. Se hizo uso de material bibliográfico para detectar PRMs y RNMs, con la finalidad de certificar los hallazgos obtenidos (García et al., 2008).

Para cada problema diagnosticado se estudió la mejor estrategia de solución, la estrategia estuvo compuesta de una serie de acciones dirigidas al paciente o al prescriptor. Fue necesario que, para cada PRM, exista sus respectivas estrategias de solución.

2.3.3.4. Fase de intervención y seguimiento farmacoterapéutico

El objetivo de esta fase se basó en comunicar de manera asertiva los propósitos y los pasos que deben cumplir el paciente o médico para la solución de PRMs. La intervención por lo general fue a través de contacto telefónico, correos electrónicos y visitas domiciliarias.

Para la comunicación de las estrategias de solución al paciente se realizó a través de las entrevistas personales y recomendaciones escritas.

Cuando las intervenciones fueron para sugerir la modificación de posología, se añadió, retiro o sustituyo un medicamento prescrito, la comunicación se realizó con

el profesional de salud prescriptor que por lo general fueron los médicos. Luego de haber comunicado la sugerencia se monitorizo al paciente a través de nuevas visitas o llamadas, en un mínimo de cinco días, para evidenciar si cumple lo indicado.

2.3.3.5. Evaluación del impacto de la intervención

La evaluación final de los resultados fue conducida por un investigador exento que realizo el SFT. Por ello se preguntó al paciente si ejerció las recomendaciones brindadas para la solución del PRM o si el personal médico puso en praxis las sugerencias de la modificación de la terapia. Indistintamente de la aceptación de la sugerencia para la solución se le pregunto si considero resueltos cada problema relacionado con medicamentos que se le fue diagnosticado por el personal investigador a cargo.

De la misma manera se midió los niveles finales de adherencia y los parámetros clínicos de la enfermedad.

2.4. Procesamiento y análisis de la información

Se procesaron los datos de la información de las fichas farmacoterapéuticas, el test de Morisky y de las mediciones de los parámetros clínicos, y estas se transfirieron en Microsoft Excel 2010 para la construcción de las tablas. Luego los datos de las tablas se transfirieron en Microsoft Access 2010, para el acumulado de frecuencias. A partir de los datos acumulados se elaboró tablas de resultados de doble y simple entrada con frecuencia relativas, absolutas y porcentajes. Se elaboró también gráficos de regresión lineal para hallar la linealidad de la correlación y para la determinación de la correlación entre las variables para ello se empleó el estadístico de Spearman.

III. RESULTADOS

3.1. Datos generales de los pacientes y tiempos invertidos en la intervención

Tabla N°1

Distribución de frecuencia y porcentaje de los pacientes intervenidos por sexo y edad promedio. A través del programa de Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes hipertensos. Farmacia “Mifarma” N°63, Sullana-Piura.

	SEXO	Fi	Fr	%	Ā EDAD (AÑOS)
1	F	28	0.56	56	54.0
2	M	22	0.44	44	52.5
	TOTAL	50	1	100	53.3
				S	12.6

Nota: Los datos de las edades fueron extraídos de las tablas 14 y 15, que están presentes en el anexo. La edad promedio para las pacientes mujeres fue de 54.0 y para los hombres fue de 52.5. Dando un total de promedio de edad de 53.3. Frecuencia absoluta (Fi); Frecuencia relativa (Fr); Porcentaje (%); Promedio (\bar{X}); Desviación estándar (S); Femenino (F); Masculino (M).

Esta tabla ha sido adaptada de “Eficacia de un programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre los problemas relacionados con medicamentos y las presiones arteriales de pacientes hipertensos. Farmacia del centro de salud Yugoslavia, Distrito Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash, Octubre–Diciembre 2013”, por Vergaray, F. (2013). Repositorio Institucional ULADECH CATÓLICA. (67), 1-148.

Tabla N°2

Distribución de los tiempos invertidos durante el Seguimiento Farmacoterapéutico entre el profesional y los pacientes hipertensos de acuerdo a la procedencia de contacto. Farmacia “Mifarma” N°63, Sullana-Piura.

Cód. Paciente	En Farmacia		En Domicilio		Por teléfono		Por otras vías		Contactos (N°) total	Tiempo (t) Total (min)	X̄ Tiempo (min)
	N°	t (min)	N°	t (min)	N°	t (min)	N°	t (min)			
1	1	15	3	90	0	0			4	105	35
2	1	20	4	110	1	10	1	3	7	143	36
3	1	10	5	80	0	0			6	90	30
4	1	15	4	120	1	5			6	140	47
5	1	20	5	95	2	15	1	2	9	132	33
6	1	8	3	130	1	10			5	148	49
7	1	10	4	135	0	0			5	145	48
8	1	15	4	110	0	0			5	125	42
9	1	15	3	80	1	10			5	105	35
10	1	10	4	90	2	15	1	2	8	117	29
11	1	20	5	95	3	5	2	3	11	123	31
12	1	8	4	85	0	0			5	93	31
13	1	8	4	100	0	0			5	108	36
14	1	15	4	110	0	0			5	125	42
15	1	10	5	130	3	5			9	145	48
16	1	10	5	150	2	6	1	2	9	168	42
17	1	12	5	120	2	8			8	140	47
18	1	15	3	90	1	10			5	115	38
19	1	8	4	80	1	15	2	1	8	104	26
20	1	10	5	115	0	0			6	125	42
21	1	8	4	120	0	0			5	128	43
22	1	15	3	100	0	0			4	115	38
23	1	8	5	90	1	20	1	3	8	121	30
24	1	20	5	95	2	10			8	125	42
25	1	10	4	100	2	15	1	5	8	130	33
26	1	8	4	110	3	8			8	126	42
27	1	15	3	90	3	10			7	115	38
28	1	20	3	85	3	8	1	3	8	116	29

29	1	8	3	115	0	0			4	123	41
30	1	8	4	120	0	0			5	128	43
31	1	10	5	95	0	0			6	105	35
32	1	10	5	85	0	0			6	95	32
33	1	20	4	110	0	0			5	130	43
34	1	15	4	120	0	0			5	135	45
35	1	15	4	95	2	10			7	120	40
36	1	15	4	85	2	15	1	1	8	116	29
37	1	20	3	130	2	8			6	158	53
38	1	8	3	140	1	10			5	158	53
39	1	10	5	180	1	15			7	205	68
40	1	10	4	120	1	10	2	5	8	145	36
41	1	8	5	95	3	5			9	108	36
42	1	15	5	85	3	5			9	105	35
43	1	8	3	100	2	10			6	118	39
44	1	20	5	80	1	15			7	115	38
45	1	15	4	140	3	8	1	3	9	166	42
46	1	8	3	110	0	0			4	118	39
47	1	10	5	130	0	0			6	140	47
48	1	10	4	140	2	10			7	160	53
49	1	10	4	155	3	15			8	180	60
50	1	8	5	170	0	0			6	178	59
X̄	1	12	4	110	1	6	1	3	7	130	41
							S		2	24	9

Nota: En esta tabla se halló el promedio (X), la desviación estándar (S) de los 50 pacientes intervenidos en el Seguimiento Farmacoterapéutico.

Esta tabla ha sido adaptada de “Eficacia de un programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre los problemas relacionados con medicamentos y las presiones arteriales de pacientes hipertensos. Farmacia del centro de salud Yugoslavia, Distrito Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash, Octubre–Diciembre 2013”, por Vergaray, F. (2013). Repositorio Institucional ULADECH CATÓLICA. (67), 1-148.

3.3. Resultado de los diagnósticos encontrados y los medicamentos utilizados por los pacientes durante el proceso de Seguimiento Farmacoterapéutico.

Tabla N°3

Distribución de frecuencia y porcentaje de los problemas de salud diagnosticados y autopercebidos en los pacientes intervenidos. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes hipertensos. Farmacia “Mifarma” N°63, Sullana-Piura.

MORBILIDAD	CIE	DIAGNOSTICO	Fi	%
Diagnosticada	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)	50	29.1
	N39.0	Infección de las vías urinarias, sin lugar especificación	7	4.1
	F32	Episodio depresivo	8	4.7
	H40	Glaucoma	3	1.7
	E10	Diabetes mellitus tipo 1	4	2.3
	K29	Gastritis	7	4.1
	E78.0	Hipercolesterolemia	5	2.9
	M81	Osteoporosis	4	2.3
	G43	Migraña	3	1.7
	J20	Bronquitis aguda	4	2.3
	M05	Artrosis reumática	5	2.9
	K59	Estreñimiento	4	2.3
	K25	Úlcera gástrica	3	1.7
	SUB TOTAL		107	62.2
No Diagnosticada		Mialgia	8	4.7
		Reflujo gastroesofágico	4	2.3
		Alergia	9	5.2
		Resequedad de la piel	4	2.3
		Resfriado	7	4.1
		Nauseas	4	2.3
		Fiebre	6	3.5
		Cansancio	7	4.1
		Ansiedad	5	2.9
		Hinchazón de pies	3	1.7
		Problemas de audición	2	1.2
	Dolor de espalda	6	3.5	
	SUB TOTAL		65	37.8
	TOTAL		172	100.0

Nota: Los datos fueron extraídos del cuadro N°6 del anexo. CIE 10 (Cód. Internacional de enfermedades). Esta tabla ha sido adaptada de “Rodríguez, A. (2018). Efecto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico para resolver problemas relacionados a pacientes hipertensos”. <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/3892>

Tabla N°4

Distribución de la frecuencia del empleo de fármacos prescritos y automedicados por los pacientes hipertensos registrados durante la intervención. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes hipertensos. Farmacia “Mifarma” N°63, Sullana-Piura.

ORIGEN DEL MEDICAMENTO	CIE	MORBILIDAD	NOMBRE DE MEDICAMENTO (DCI)	Fi	Fi	%
PRESCRITOS	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)	Enalapril	7	84	35.9
			Losartán	11		
			Valsartán	7		
			Captopril	9		
			Nifedipino	10		
			Amlodipino	5		
			Ácido acetyl salicílico	2		
			Amlodipino + Valsartan	8		
			Espironolactona	7		
			Hidroclorotiazida	9		
	Atenolol	9				
	N39.0	Infección de las vías urinarias, sin lugar especificación	Gentamicina	3	8	3.4
			Trimetoprima + sulfametoxazol	3		
			Ceftriaxona	2		
	F32	Episodio depresivo	Fluoxetina	1	10	4.3
			Paroxetina	4		
			Sertralina	1		
			Mirtazapina	4		
	H40	Glaucoma	Timolol	2	4	1.7
			Retinol	2		
E11	Diabetes mellitus tipo I	Insulina glargina	4	8	3.4	
		Gabapentina	2			
		Glimepirida	1			
		Orfenadrina citrato	1			
K29	Gastritis	Subsalicilato de bismuto	3	9	3.8	
		Omeprazol	4			
		Lansoprazol	2			
E78.0	Hipercolesterolemia	Atorvastatina	1	5	2.1	
		Fluvastatina	1			
		Atorvastatina + Ezetimiba	1			
		Pravastatina	2			

M81	Osteoporosis	Carbonato de calcio	3	6	2.6
		Diclofenaco	3		
G43	Migraña	Ergotamina	2	4	1.7
		Paracetamol	2		
J20	Bronquitis aguda	Clorfenamina	3	5	2.1
		Prednisona	2		
M05	Artrosis reumática	Ibuprofeno	3	6	2.6
		Naproxeno	3		
K59	Estreñimiento	Metoclopramida	4	7	3.0
		Bisacodilo	3		
K25	Úlcera gástrica	Esomeprazol	2	4	1.7
		Pantoprazol	2		
		Anastrozol	3		
		Ketoprofeno	3	13	5.6
		Ibuprofeno	3		
	Mialgia	Raloxifeno	4		
	Reflujo gastroesofágico	Ácido acetilsalicílico	3	5	2.1
		Bicarbonato de sodio	2		
		Cetirizina	4		
		Clorfenamina	2	9	3.8
	Alergia	Acetaminofen + fenilefrina + clorfenamina	3		
	Ressequedad de la piel	Jabón antiséptico	3	4	1.7
		Fluconazol	1		
		Mentol	1		
		Jarabe de eucalipto	2		
		Té de jengibre	1	7	3.0
	Resfriado	Paracetamol + Clorhidrato de fenilefrina	3		
		Subsalicilato de bismuto	1		
		Dimenhidrinato	3	5	2.1
	Nauseas	Aromaterapia con hierba buena	1		
		Metamizol sódico	2		
		Claritromicina	1	6	2.6
		Cloranfenicol	1		
	Fiebre	Paracetamol	2		
		Tiamina	1		
		Riboflavina	2	7	3.0
		Vitamina C	2		
	Cansancio	Vitamina A	2		

NO PRESCRITO

Medicamentos empleados para:

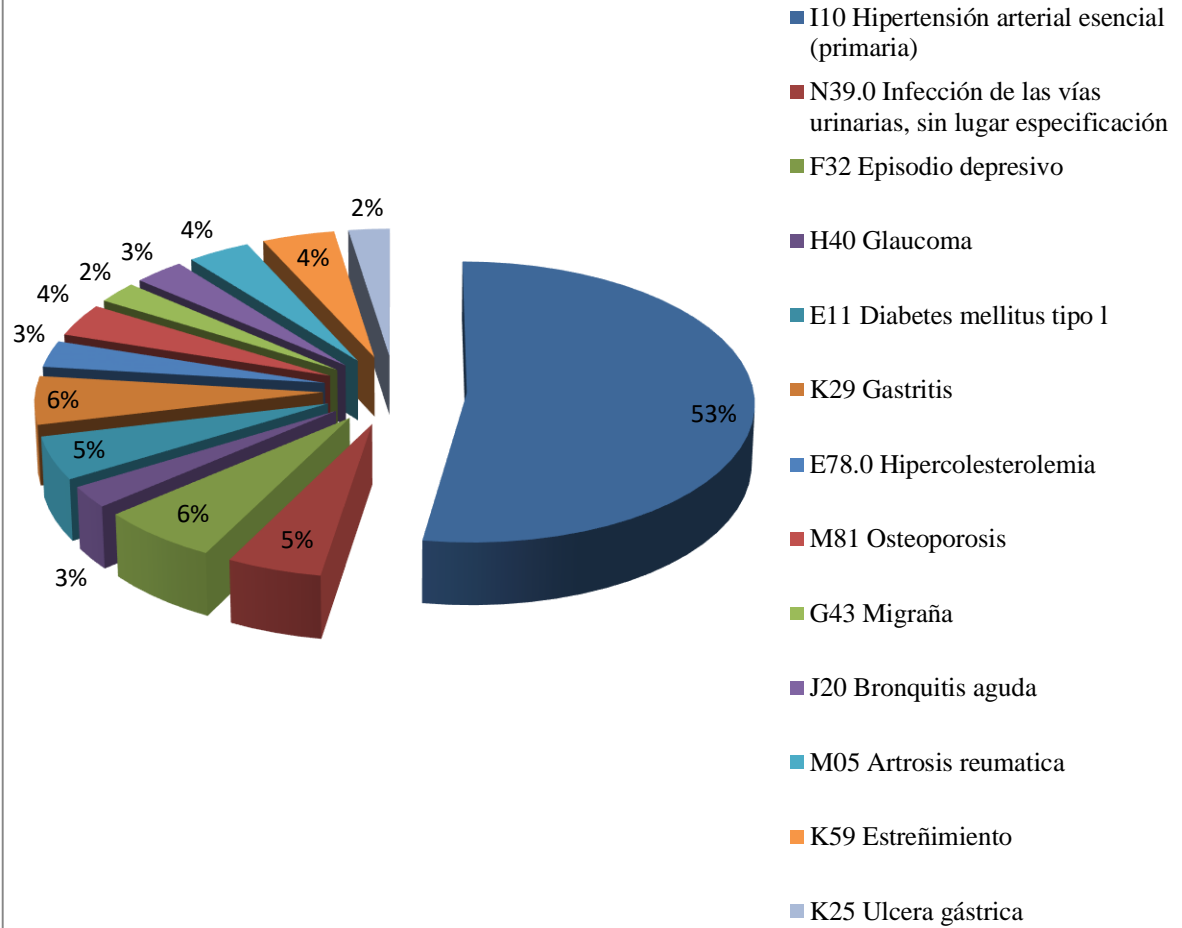


Figura. 2. Gráfico circular de porcentajes de los medicamentos empleados para las morbilidades.

3.5. Resultados sobre los Problemas relacionados con Medicamentos (PRM) y los Resultados Negativos de la Medicación (RNM).

TABLA N°5

Problemas Relacionados con Medicamentos diagnosticados a pacientes hipertensos, durante el proceso de Seguimiento Farmacoterapéutico. Farmacia “Mifarma” N°63, Sullana-Piura.

N°	CÓDIGO DE PRM	DESCRIPCIÓN	fi	%
1	9	Incumplimiento	12	21.1
2	2	Actitudes negativas del paciente	10	17.5
3	14	Influencias culturales, religiosas o creencias	4	7.0
4	3	Conservación inadecuada	7	12.3
5	16	Problemas económicos	5	8.8
6	13	Problemas de salud insuficientemente tratado	3	5.3
7	12	Probabilidad de efectos adversos	10	17.5
8	1	Administración errónea del medicamento	5	8.8
9	11	Otros problemas de salud que afectan al tratamiento	1	1.8
TOTAL			57	100.0

Nota: Tabla de frecuencia de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos de la Medicación (RNM). Frecuencia absoluta (fi), porcentaje (%).

Esta tabla ha sido extraída de “Efecto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico para resolver problemas relacionados con medicamentos en pacientes hipertensos. Botica A y K farma del distrito Nuevo Chimbote, setiembre – diciembre 2014. Rodríguez, A. (2018). Repositorio Institucional ULADECH CATÓLICA. 1 – 117. <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/3892>

TABLA N°6

Intervenciones ejercidas de acuerdo al Problema Relacionado con Medicamento diagnosticado a pacientes hipertensos durante el Seguimiento Farmacoterapéutico. Farmacia “Mifarma” N°63, Sullana-Piura.

N°	DESCRIPCIÓN DE PRM	Fi	DESCRIPCIÓN DE INTERVENCIÓN	Fi	%
1	Incumplimiento	3	Disminuir el incumplimiento voluntario (modificar actitudes respecto al tratamiento).	6	10.5
2	Conservación inadecuada	1			
3	Probabilidad de efectos adversos	1			
4	Actitudes negativas del paciente	1			
5	Actitudes negativas del paciente	2	Modificar la dosis	2	3.5
6	Influencias culturales, religiosas o creencias	2	Disminuir el incumplimiento involuntario (educar en el uso del medicamento)	17	29.8
7	Incumplimiento	4			
8	Actitudes negativas del paciente:	4			
9	Otros problemas de salud que afectan al tratamiento	1			
10	Conservación inadecuada	3			
11	Administración errónea del medicamento	3	Educar en medidas no farmacológicas.	17	29.8
12	Conservación inadecuada	3			
13	Problema de salud insuficientemente tratado	2			
14	Influencias culturales, religiosas o creencias	1			
15	Actitudes negativas del paciente	2			
16	Administración errónea del medicamento	2			
17	Incumplimiento	5			
18	Problemas económicos	2			
19	Problemas económicos	1	Sugerir una alternativa Farmacéutica en DCI (s)	2	3.5
20	Probabilidad de efectos adversos	1	Retirar un medicamento (s)	6	10.5
21	Probabilidad de efectos adversos	5			
22	Actitudes negativas del paciente	1	Sustituir un medicamento(s)	6	10.5
23	Problemas económicos	2			
24	Probabilidad de efectos adversos	3			
25	Influencias culturales, religiosas o creencias	1	Añadir un medicamento(s)	1	1.8
26	Problema de salud insuficientemente tratado	1			
TOTAL		57			100.0

Nota: Los datos fueron extraídos del cuadro N°6. Tabla de frecuencia de Problemas Relacionados con Medicamentos.

Esta tabla ha sido adaptada de “Eficacia de un programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre los problemas relacionados con medicamentos y las presiones arteriales de pacientes hipertensos. Farmacia del centro de salud Yugoslavia, Distrito Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash, Octubre–Diciembre 2013”, por Vergaray, F. (2013). Repositorio Institucional ULADECH CATÓLICA. (67), 1-148.

TABLA N°7

Distribución de frecuencia y porcentaje de los canales de comunicación empleados por el farmacéutico para llevar a praxis la intervención y resolver los PRMs encontrados. Farmacia “Mifarma” N°63, Sullana-Piura.

N°	INTERVENCIÓN	Fi	CANAL DE COMUNICACIÓN		%
			Fi		
9	Disminuir el incumplimiento voluntario (modificar actitudes respecto al tratamiento).	4			
1	Modificar la dosis	2			
10	Educación en medidas no farmacológicas.	16			
7	Sugerir una alternativa Farmacéutica en DCI (s)	1	Verbal farmacéutico – paciente	44	77.2
5	Retirar un medicamento(s)	3			
8	Disminuir el incumplimiento involuntario (educar en el uso del medicamento)	15			
6	Sustituir un medicamento(s)	2			
4	Añadir un medicamento(s)	1			
8	Disminuir el incumplimiento involuntario (educar en el uso del medicamento)	2			
9	Disminuir el incumplimiento voluntario (modificar actitudes respecto al tratamiento).	2	Escrito farmacéutico – paciente	6	10.5
10	Educación en medidas no farmacológicas.	1			
5	Retirar un medicamento(s)	1			
7	Sugerir una alternativa Farmacéutica en DCI (s)	1	Directa farmacéutico – médico	7	12.3
6	Sustituir un medicamento(s)	4			
5	Retirar un medicamento(s)	2			
		57	TOTAL		100.0

Nota: Tabla de intervención y canal de comunicación extraída del cuadro N°6 del anexo.

Esta tabla ha sido extraída de “Efecto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico para resolver problemas relacionados con medicamentos en pacientes hipertensos. Botica A y K farma del distrito Nuevo Chimote, setiembre – diciembre 2014. Rodríguez, A. (2018). Repositorio Institucional ULADECH CATÓLICA. 1 – 117. <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/3892>

TABLA N°8

Distribución de frecuencia de los resultados de las intervenciones ejercidas en términos de su aceptación por parte del paciente y la solución del PRM. Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes hipertensos. Farmacia “Mifarma” N°63, Sullana-Piura.

N°	INTERVENCIÓN	fi	ACEPTACIÓN	SOLUCIÓN	Fi	%
9	Disminuir el incumplimiento voluntario (modificar actitudes respecto al tratamiento).	5				
1	Modificar la dosis	1				
10	Educación en medidas no farmacológicas.	14				
7	Sugerir una alternativa Farmacéutica en DCI (s)	2	SI	SI	45	90
5	Retirar un medicamento(s)	6				
8	Disminuir el incumplimiento involuntario (educar en el uso del medicamento)	10				
6	Sustituir un medicamento(s)	6				
4	Añadir un medicamento(s)	1				
9	Disminuir el incumplimiento voluntario (modificar actitudes respecto al tratamiento).	1				
8	Disminuir el incumplimiento involuntario (educar en el uso del medicamento)	3	SI	NO	5	10
10	Educación en medidas no farmacológicas.	1				
					50	100

Nota: Los datos de frecuencia fueron extraídos del cuadro N°6.

Esta tabla ha sido adaptada de “Eficacia de un programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre los problemas relacionados con medicamentos y las presiones arteriales de pacientes hipertensos. Farmacia del centro de salud Yugoslavia, Distrito Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash, Octubre–Diciembre 2013”, por Vergaray, F. (2013). Repositorio Institucional ULADECH CATÓLICA. (67), 1-148.

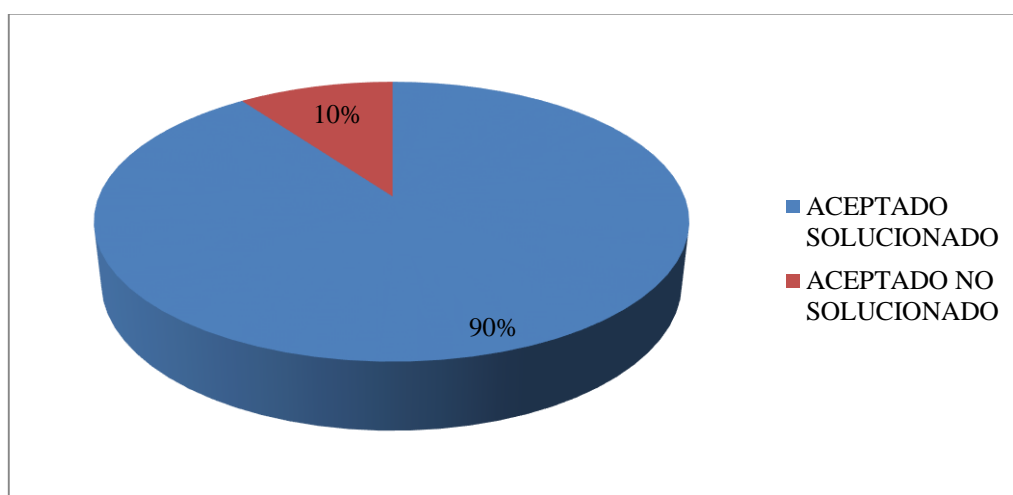


Figura 3. Gráfica circular de los Problemas Relacionados con medicamentos.

TABLA N°9

Distribución de frecuencia de la relación entre el canal de comunicación empleado, la aceptación y solución de los PRMs. Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes hipertensos. Farmacia “Mifarma” N°63, Sullana-Piura.

N°	CANAL DE COMUNICACIÓN	Fi	ACEPTACIÓN	SOLUCIÓN	Fi	%
1	Verbal farmacéutico – paciente	37			37	74
2	Escrito farmacéutico – paciente	2	ACEPTADO	SOLUCIONADO	2	4
3	Directa farmacéutico – médico	6			6	12
4	Verbal farmacéutico – paciente	3	ACEPTADO	NO SOLUCIONADO	3	6
5	Escrito farmacéutico – paciente	2			2	4
					50	100

Nota: Tabla de frecuencia de los canales de comunicación, las frecuencias, la aceptación y solución.

Esta tabla ha sido extraída de “Efecto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico para resolver problemas relacionados con medicamentos en pacientes hipertensos. Botica A y K farma del distrito Nuevo Chimbote, setiembre – diciembre 2014. Rodríguez, A. (2018). Repositorio Institucional ULADECH CATÓLICA. 1 – 117. <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/3892>

TABLA N°10

Resultados Negativos de la Medicación (RNM) y el Problema Relacionado con Medicamentos (PRM), que les dio origen. Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes hipertensos. Farmacia “Mifarma” N°63, Sullana-Piura.

PRM	DESCRIPCIÓN	fi	CLASIFICACIÓN DE RNM	DESCRIPCIÓN RNM	Fi	%
9	Incumplimiento	3	NECESIDAD	PROBLEMA DE SALUD NO TRATADO	9	16.1
16	Problemas económicos	3				
1	Administración errónea del medicamento	1				
2	Actitudes negativas del paciente	2				
12	Probabilidad de efectos adversos	3				
2	Actitudes negativas del paciente	1	EFECTIVIDAD	INEFICACIA NO CUANTITATIVA	16	28.6
12	Probabilidad de efectos adversos	1				
2	Actitudes negativas del paciente	2				
14	Influencias culturales, religiosas o creencias	1				
1	Administración errónea del medicamento	1				
9	Incumplimiento	6				
3	Conservación inadecuada	3				
16	Problemas económicos	2				
13	Problema de salud insuficientemente tratado	3				
2	Actitudes negativas del paciente	1				
12	Probabilidad de efectos adversos	5	SEGURIDAD	INEDICACIA CUANTITATIVA	9	16.1
2	Actitudes negativas del paciente	3				
3	Conservación inadecuada	3				
12	Probabilidad de efectos adversos	1				
14	Influencias culturales, religiosas o creencias	1				
9	Incumplimiento	3				
1	Administración errónea del medicamento	3				
14	Influencias culturales, religiosas o creencias	2				
3	Conservación inadecuada	1				
11	Otros problemas de salud que afectan al tratamiento	1				
					56	100.0

Nota: Los datos fueron extraídos del cuadro N°6 del anexo.

Esta tabla ha sido adaptada de “Rodríguez, A. (2018). Efecto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico para resolver problemas relacionados a pacientes hipertensos”. <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/3892>

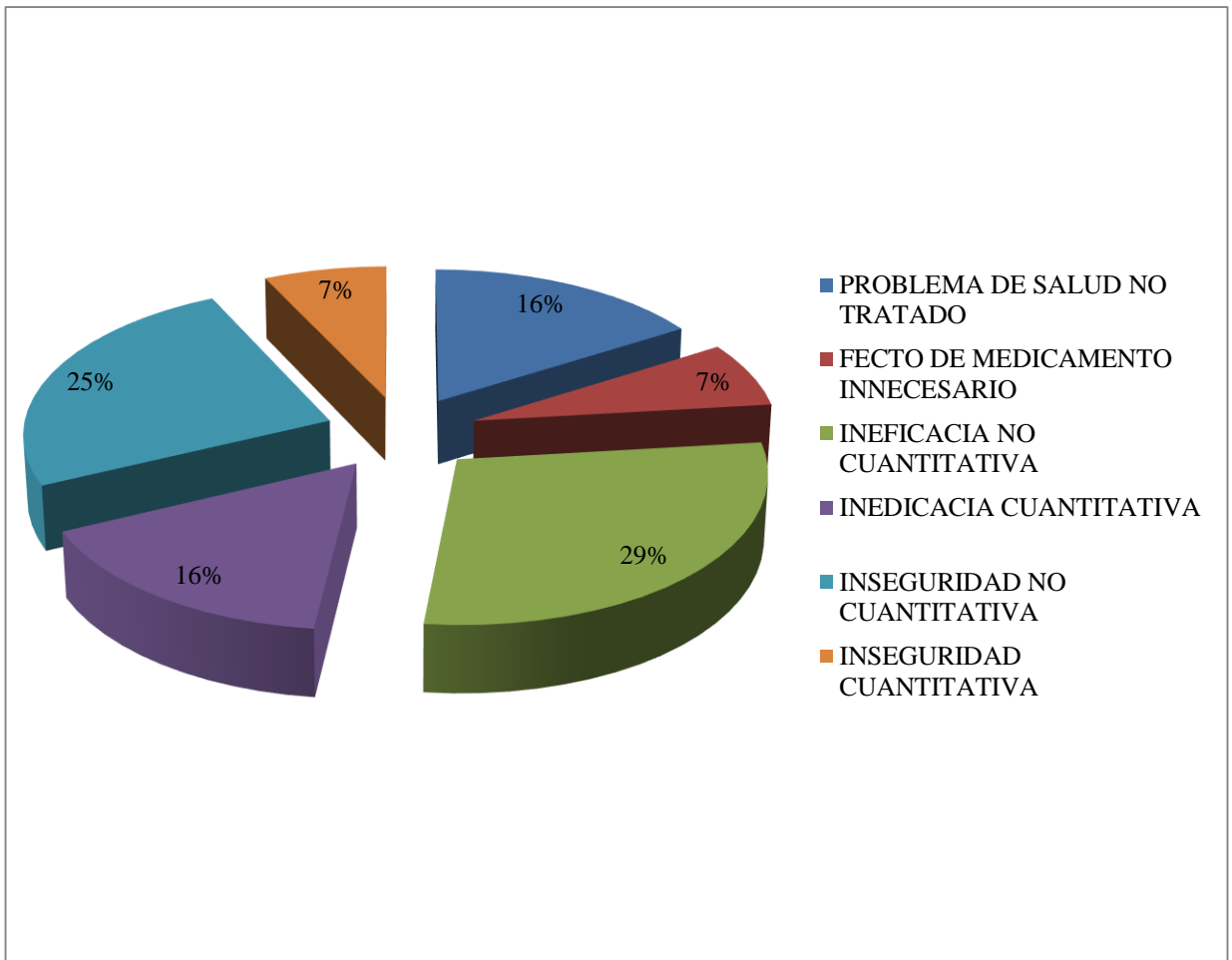


Figura 4. Gráfico circular de los porcentajes de Resultados Negativos de la Medicación.

TABLA N°11

Comparativo de la edad, cuantía de diagnósticos, número de medicamentos, PRMs diagnosticados, PRMs resueltos y PRMs no solucionados en los pacientes intervenidos. Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes hipertensos. Farmacia “Mifarma” N°63, Sullana-Piura.

CÓDIGO	GÉNERO	EDAD	NÚMERO				
			NÚMERO DE DIAGNÓSTICO	DE FARMACOS	fi PRMS	PRM SOLUCIONADO	PRM NO SOLUCIONADO
1	F	66	3	4	2	2	0
2	M	64	3	5	1	0	1
3	M	55	2	4	2	1	1
4	F	40	3	4	2	2	0
5	M	67	2	2	1	1	0
6	M	44	3	5	2	1	1
7	M	69	2	3	1	1	0
8	F	54	2	3	1	1	0
9	F	36	2	3	1	1	0
10	F	46	2	3	1	0	1
11	M	60	2	4	1	1	0
12	M	63	2	4	2	1	0
13	M	45	2	3	1	0	1
14	F	58	1	2	2	2	0
15	F	60	2	4	1	0	1
16	F	34	1	2	1	1	0
17	F	48	2	3	1	1	0
18	F	44	2	3	1	1	0
19	F	55	3	4	1	1	1
20	M	68	1	2	1	1	0
21	M	48	2	3	1	1	0
22	F	62	3	4	1	1	0
23	M	61	3	5	1	1	0
24	M	59	2	2	1	1	0
25	F	42	2	3	1	1	0
26	M	50	1	2	1	1	0
27	F	59	2	3	1	0	1
28	M	37	2	2	1	1	0
29	M	51	1	2	1	0	1
30	F	50	3	5	1	1	0
31	F	69	2	3	1	1	0
32	F	41	2	3	1	1	0
33	F	53	3	6	1	1	0

34	F	64	3	3	1	1	0
35	M	39	2	3	1	1	0
36	M	53	2	3	1	0	1
37	F	51	2	2	1	1	0
38	F	47	2	3	1	1	0
39	F	62	3	3	1	1	0
40	M	50	3	4	1	1	0
41	M	40	2	3	1	1	0
42	M	35	3	5	1	1	0
43	M	49	2	2	1	0	1
44	F	67	1	2	1	1	0
45	F	61	2	2	1	1	0
46	F	48	2	3	1	1	0
47	F	66	2	3	1	1	0
48	F	63	3	4	1	1	0
49	F	53	3	4	1	1	0
50	M	57	1	2	2	1	0
TOTAL			108	161	57	45	11
X̄		53.26	2.16	3.22	1.14	0.90	0.22

Nota: Los datos de la tabla muestra el total y el promedio (X) de los Problemas Relacionados con la Medicación (PRM) diagnosticados, resueltos y no resueltos.

Esta tabla ha sido adaptada de “Eficacia de un programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre los problemas relacionados con medicamentos y las presiones arteriales de pacientes hipertensos. Farmacia del centro de salud Yugoslavia, Distrito Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash, Octubre–Diciembre 2013”, por Vergaray, F. (2013). Repositorio Institucional ULADECH CATÓLICA. (67), 1-148.

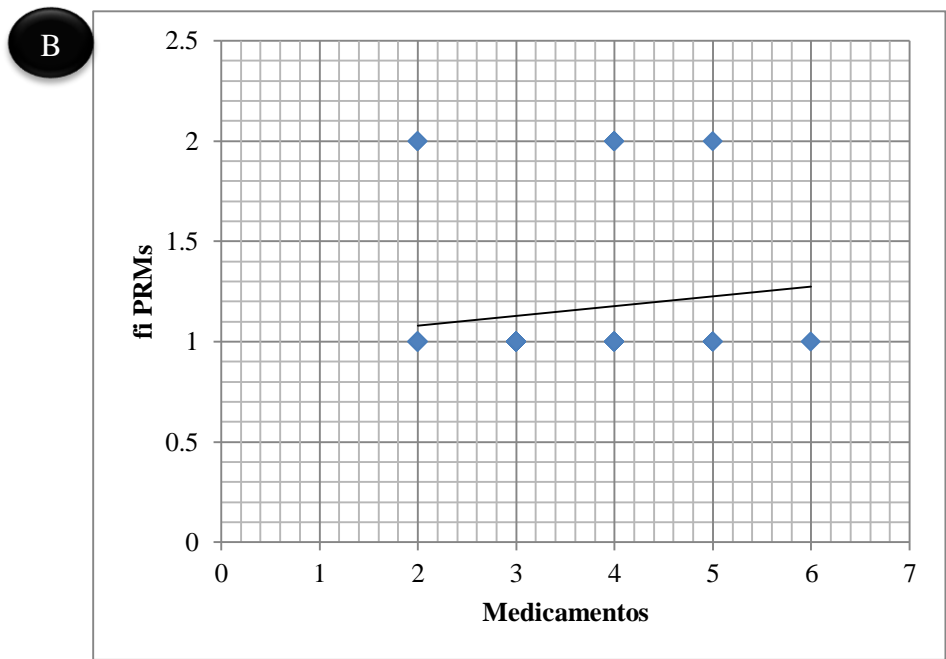
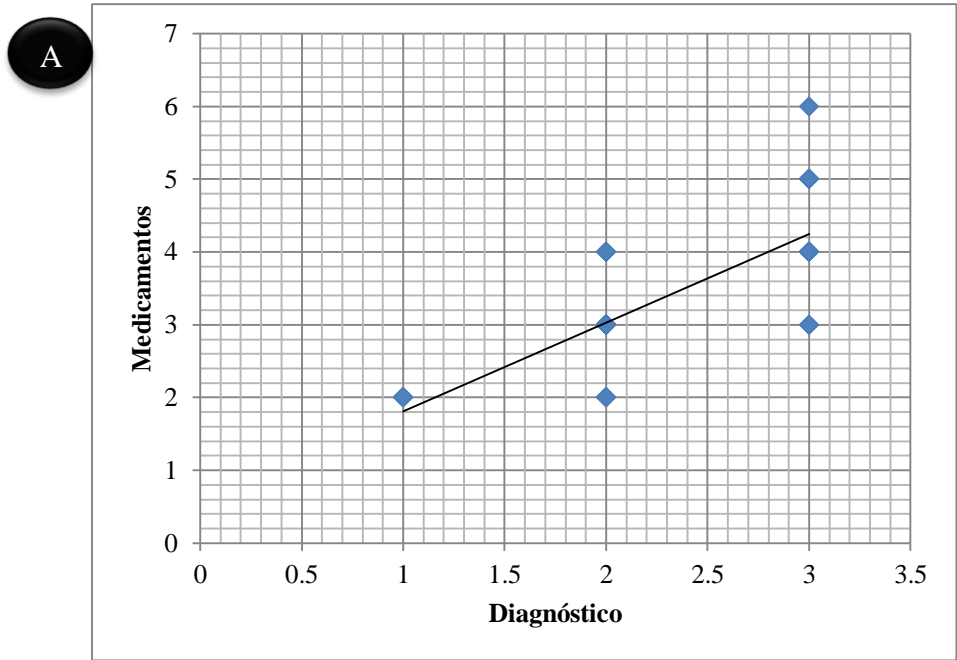


Figura 5. Gráfico de correlación a) cantidad de diagnósticos y cantidad de medicamentos empleados. b) proporción de medicamentos utilizados y los PRMs diagnosticados.

TABLA N°12

Impacto del Seguimiento Farmacoterapéutico en términos de correlaciones de PRMs solucionados y no solucionados, los pacientes expuestos a sufrir por lo menos un RNM. Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes hipertensos. Farmacia “Mifarma” N°63, Sullana-Piura.

Método	PRMs	Correlaciones	PRM SOL	PRM NO SOL
Rho de Spearman	PRM SOLUCIONADO	Coefficiente de correlación	1.000	-,744**
		Sig. (bilateral)		.000
		N	50	50
	PRM NO SOLUCIONADO	Coefficiente de correlación	-,744**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	
		N	50	50

*Nota: **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).*

Esta tabla es de elaboración propia con el programa IBM SPSS Statistic v 23.

3.6. Efecto de la intervención sobre la adherencia al tratamiento

TABLA N°13

Efecto del Seguimiento Farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento. Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes hipertensos. Farmacia “Mifarma” N°63, Sullana-Piura.

	ANTES DE LA INTERVENCIÓN			DESPUES DE LA INTERVENCIÓN		
	BAJA ADHERENCIA	MEDIANA ADHERENCIA	ALTA ADHERENCIA	BAJA ADHERENCIA	MEDIANA ADHERENCIA	ALTA ADHERENCIA
%	80	20	0	4	27	67

Nota: La datos de la tabla fueron extraídos de la encuesta del test de Morisky, antes y después de la intervención del Seguimiento Farmacoterapéutico.

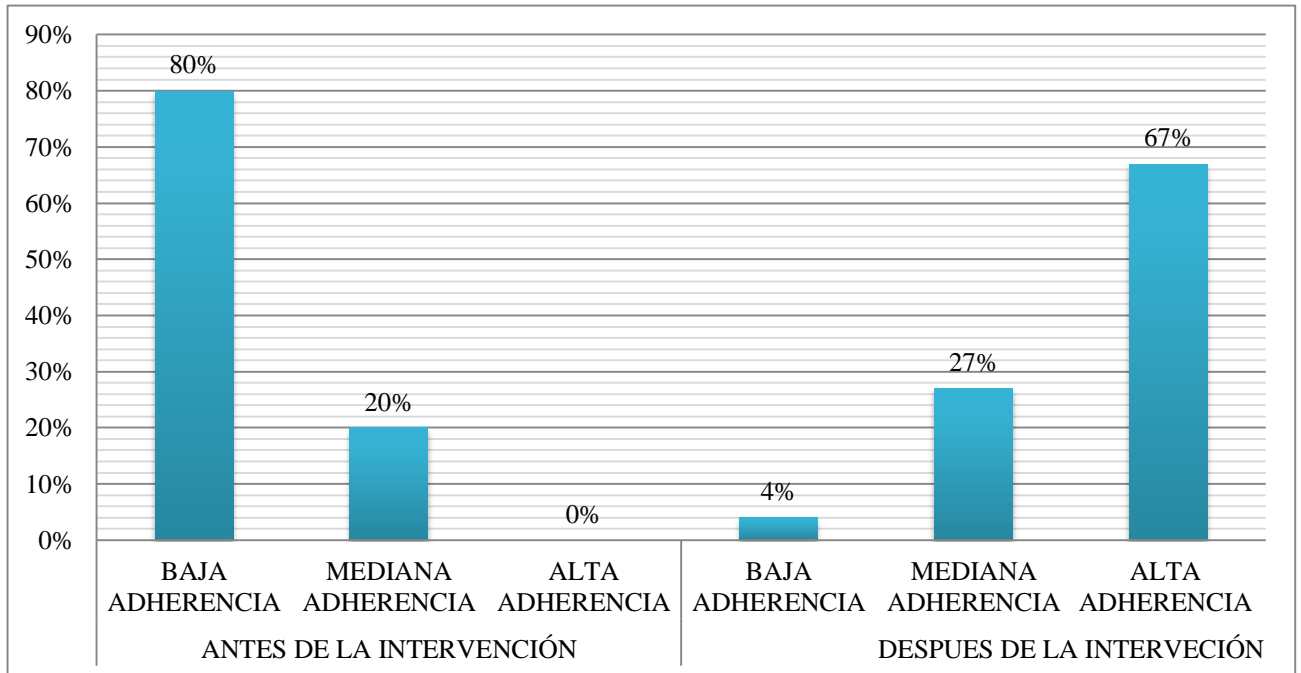


Figura 6. Gráfico de porcentaje de la adherencia al test de Morisky antes y después de la intervención.

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

4.1. Los pacientes y tiempos invertidos en la intervención

La hipertensión es una causa de riesgo, para la posible progresión inicial de la insuficiencia cardiaca congestiva (ICC), infarto de miocardio y enfermedades cerebrovasculares. Cuando la presión arterial (PA), se encuentra elevada y no controlada, la perspectiva de vida disminuye en un 30 a 40 %, realidad que se puede cambiar cuando la hipertensión se encuentre controlada adecuadamente (Sánchez et al., 2010).

El presente trabajo de investigación se fundamenta en un estudio para conocer el efecto de la influencia del Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), a pacientes hipertensos, sosteniendo como objetivo la mejora de la adherencia al tratamiento antihipertensivo, encontrando y solucionando los posibles Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRMs), y como efecto de la intervención, la minimización de los valores de PA.

En la tabla 1 se evidencio que los pacientes intervenidos a quienes se realizaron el Seguimiento Farmacoterapéutico, fueron en cantidades proporcionadas, siendo en pacientes femeninos (56%) en edad de más de 50 años (promedio 54). Estos resultados tienen relación con Rodríguez (2018) y Vergaray (2013), donde dan a conocer que la prevalencia de la Hipertensión Arterial (HTA), se da en un lapso de a partir de 50 años siendo mayor ligeramente en las mujeres que en los hombres.

Se tiene conocimiento que las hormonas sexuales tienen implicancia en la función protectora de los órganos del aparato cardiovascular, la deficiencia de dichas hormonas, como por ejemplo en la menopausia viene siendo un factor de riesgo para el incremento de la hipertensión en mujeres de 40 años a más (Preetpal. et al., 2012).

Epidemiológicamente, en la terapia de hormonas como el estrógeno, se evidencia que protege al sistema cardiovascular en mujeres postmenopáusicas, actuando indistintamente en las arterias frenando su endurecimiento, requisito esencial, para el desarrollo de HTA (Muños, 2012; Ayala, 2011).

La distribución de tiempos invertidos en cada proceso de contacto con el paciente durante el SFT y los reportes de estos promedios, se observa en la [tabla 2]. Se invirtió un promedio de 12 minutos para la captación de los pacientes en la Botica Mifarma N°63– Av. José de la Lama, Sullana, Piura. En este lapso de tiempo se le explicó a los pacientes los bondades de formar parte de la intervención de Seguimiento Farmacoterapéutico, la estrategia de trabajo y la cantidad de visitas a realizar en los domicilios de los pacientes.

A lo largo de las primeras y segundas visitas de intervención en los domicilios de los pacientes, el trabajo fue más cuidadoso, en el cual se les brindó de conocimiento las recomendaciones, los hábitos que deben seguir para una vida saludable, su tratamiento, que subvencionan a evitar complicaciones en la enfermedad. Durante el curso de intervención se dispuso un total de 330 contactos con los pacientes abarcando desde la captación y las visitas a domicilio, en promedio se realizó 7 contactos por paciente, disponiendo de un total de 6478 minutos, promediando 130 minutos que equivale en horas a un total de 21 h por paciente, así mismo con un promedio de duración no mayor a 41 minutos en cada visita ejercida.

Estos resultados son semejantes con los obtenidos por Vergaray (2013), que dispone como resultado un promedio de 4.3 contactos, invirtiendo 18.4 minutos en cada visita, siendo así su tiempo promedio de 116.8 minutos por paciente. Otro estudio realizado por Aguirre (2017), demostró datos semejantes, siendo el tiempo de visita de 30 minutos.

El estudio realizado, con los datos de otras investigaciones, nos demuestra que el tiempo promedio que se tarda en realizar el seguimiento farmacoterapéutico es de un aproximado de 18 a 41 min en cada visita que se dispone para los pacientes.

4.2. Diagnósticos encontrados y los medicamentos utilizados por los pacientes durante el proceso de Seguimiento Farmacoterapéutico.

En la tabla 3, la morbilidad se abordó teniendo en cuenta los medicamentos que fueron diagnosticados por un profesional médico. Los pacientes sosegaron padecer enfermedades diagnosticadas por el profesional de salud un total de 62.2%, y aquejaron una morbilidad no diagnosticada de un total de 37.8%. Se observó que las enfermedades diagnosticadas tuvieron sus respectivas prescripciones, a diferencia de las no diagnosticadas que fueron de procedencia de una automedicación ejercida por el propio paciente.

En otros estudios realizados, por Martel (2018), el porcentaje de morbilidad es paralelo, siendo para las enfermedades diagnosticadas un total de 72.2% y sin diagnóstico 27.8%. Indistintamente el estudio realizado por Delgado (2018), arrojan datos similares siendo 84% para las morbilidades diagnosticadas, y 16% para las no diagnosticadas. Estos datos con el anterior estudio y el presente, guarda una semejanza, por lo que se estima que casi el 37% de los pobladores del Perú padecen de morbilidades no diagnosticadas.

En una encuesta citada por Tagle, Rodrigo y Acevedo (2007), efectuada en el 2003, denota que existe una prevalencia de hipertensión, que incrementa de manera progresiva y esto va de la mano con el aumento de la población geriátrica. En esta encuesta ejercida se evidencio que el 36% de los hipertensos son hombres y un 30% mujeres.

De acuerdo a la OMS, se estima que para el año 2025, se incrementará la prevalencia de enfermedades crónicas e hipertensión en un 40%. (Du & Yuan, 2010). Y en el caso de la diabetes mellitus, la estimación es de dos a cuatro veces mayor, siendo el 86% el causante de muerte en las personas con esta enfermedad (Hipertensión Canadá, 2017)

De acuerdo a los datos efectuados en la tabla 4, se identificó que el 68.4% de los medicamentos prescritos fueron respaldados por una receta, mientras que el 31.6%, son de procedencia de haber ejercido la automedicación.

En la fig. 2, se puede apreciar que el 53% de los medicamentos prescritos son para la HTA, seguida de un 6% para los episodios depresivos y los que sufren de gastritis, un 5% para los que padecen de diabetes mellitus tipo I e infecciones de las vías urinarias, 4% para pacientes que tienen estreñimiento; artrosis reumática; osteoporosis, de igual modo un 3% para los que tienen bronquitis aguda; hipercolesterolemia; glaucoma y 2% para los que sufren de ulcera gástrica y migraña.

En un estudio realizado por Delgado, L. (2018), reporto que casi el 85% de los medicamentos identificados son de procedencia de la prescripción, siendo evidente que el 63.2% está asociada a la HTA. El 15% de los medicamentos identificados se debe a la automedicación. En el trabajo realizado por Culqui (2018), se evidencio que el 72.22% de los medicamentos identificados fueron medicamentos prescritos respaldados, siendo los más habituales los medicamentos para la presión como losartán, seguido de amlodipino, enalapril y hidroclorotiazida.

En el presente trabajo a diferencia de lo reportado por Culqui (2018), los medicamentos más habituales para la presión fueron losartán, nifedipino, seguido de captopril, hidroclorotiazida, atenolol, entre otros.

Según las publicaciones en las Guías de Europa, sugieren empezar la terapia antihipertensiva, con cualquiera de los siguientes grupos: ARA II, IECA, β - bloqueadores, diuréticos y bloqueadores de canales de calcio. (Gaviria et al., 2009; Whelton et al., 2002).

De acuerdo a la literatura se sabe que en promedio el empleo de medicamentos en mayores de 60 años en horas de la mañana es de 2 a 8 fármacos al día, y este va en progresión de entre 2 a 5 fármacos por día, estos valores dependen en su mayoría del número de enfermedades que padezca el paciente, y se sabe que un tercio de la población anciana toma más de 3 medicamentos de forma simultánea. Se considera

que esta población en la actualidad se encuentra expuesta a un sin número de riesgos elevados de presentar interacciones fármaco-fármaco, morbilidad farmacoterapéutica o efectos adversos indeseados. (García, 2008).

4.3. Problemas relacionados con Medicamentos (PRM) y los Resultados Negativos de la Medicación (RNM).

Para este trabajo se dispuso de una lista de 16 ítems de PRMs, en los cuales se diagnosticó y se propuso soluciones desde el punto de vista farmacéutico. Como se muestra en la tabla 5, siendo los principales el incumplimiento 21%, seguido de actitudes negativas 17.5%, probabilidad de efectos adversos 17.5%, conservación inadecuada 12.3% y entre los no principales están problemas económicos 8.8%, administración errónea del medicamento 8.8%, influencias culturales 7.0%, problemas insuficientemente tratado 5.3%, otros problemas de salud que afectan al tratamiento 1.8%.

En un estudio realizado por Rodríguez (2018) puntualiza que los PRMs, más frecuentes encontrados fueron el incumplimiento 64.7%, seguido del PRM asociado con los problemas económicos 11.8%.

Este resultado y el obtenido por la presente investigación, denota que el incumplimiento es un PRM a tener demasiado en cuenta, y sobre todo más en la población de la tercera edad, quienes no cumplen adecuadamente con las indicaciones de sus médicos o farmacéuticos.

Martínez (2000), reporta que la no adherencia al tratamiento puede ser un factor negativo predominante sobre los niveles de HTA. En un estudio efectuado en España, sostiene que los pacientes incumplidores presentan valores promedios de PA por encima de 160/110 mmHg.

De igual modo Sergia (2008), sostiene la idea de que la no adherencia es una de las principales responsables del agravamiento de los pacientes hipertensos debido a que

las presiones arteriales que no son controladas, pueden contribuir a la aparición de otras enfermedades como cardiovasculares o diabetes.

Dentro de las intervenciones ejercidas de acuerdo al PRM diagnosticado a cada paciente el más frecuente fue la disminución del incumplimiento involuntario (educar en el uso del medicamento) y educar en medidas no farmacológicas 29.8%, seguida de disminución del incumplimiento voluntario (modificar actitudes respecto al tratamiento) 10.5%, retirar un medicamento 10.5%, sustituir un medicamento 10.5% y las intervenciones menos ejercidas fueron pero no menos importante modificar la dosis 3.5%; sugerir una alternativa farmacéutica en DCI 3.5% y añadir un medicamento 1.8%.

De acuerdo a los PRMs reportados, las estrategias o canales de comunicación más empleadas para dirigirse al paciente fue la comunicación verbal directa con el paciente 72.2%, seguida de la comunicación directa con el médico 12.3%, y el escrito farmacéutico - paciente 10.5%. Como se observa en la tabla 7. Al igual que Vergaray (2013), el canal de comunicación más empleado fue el verbal entre el farmacéutico – paciente 85.7%.

El fin de este trabajo es orientar, aclarar las dudas de los PRMs encontrados, solución a los PMRs, enfermedad, conservación de la biodisponibilidad del medicamento, modificaciones de estilo de vida, a fin de contrarrestar los PRMs encontrados.

Las comunicaciones dirigidas fueron realizadas de manera personal y directa en un ambiente adecuado, para acrecentar las conductas recomendadas por la complejidad del problema que se intenta resolver. El razonamiento más práctico para argumentar el éxito de las intervenciones están relacionadas con la empatía que se generó entre el profesional farmacéutico y el paciente. El hecho de que un experto en medicamentos como es el caso de los farmacéuticos aconseje y oriente la forma adecuada en cómo utilizarlo los medicamentos, cuando utilizarlos, donde guardarlos, recoger evidencias de signos y síntomas que detallen que algo anda mal en el tratamiento o con el simple hecho de contar con el profesional, le da un plus importante para que el paciente confíe su salud en el profesional farmacéutico.

De acuerdo a la tabla 8 y fig. 3, el 90% acepto y soluciono su PRM y el 10% acepto, pero no soluciono su PRM. Los fracasos en la solución de los PRMs dejaron a los pacientes vulnerables a sufrir una morbilidad, en otras palabras, a sufrir un Resultado Negativo de la Medicación (RNM) (fig. 4).

En el trabajo existieron 10 intervenciones infructuosas. De las cuales 6 estuvieron relacionadas con la comunicación verbal y 4 de manera escrita como se evidencia en la [tabla 9]. Si se hubiese realizado de manera inversa la intervención, posiblemente el incumplimiento y comunicación hubiera sido de mayor envergadura, en la conducta del paciente.

De acuerdo al Tercer Consenso de Granada, el cual denota que los RNM es la consecuencia de los PRMs, vienen ser una definición teórica de lo que ocurre o podría sucederle al paciente si sigue utilizando el medicamento tal como se describe en el diagnóstico del PRM que le da origen. El resultado negativo de la medicación por lo general tiende a convertirse en un problema de salud, que llega a padecer el paciente a causa de un PRM. Del mismo modo existe la posibilidad de que un PRM pueda ser el origen de más de un RNM o que un RNM tenga como consecuencia más de un PRM. (Comité de Consenso GIAF-UGR, GIFAF-USE, GIF-UGR, 2007).

De acuerdo a la tabla 10 y a la fig. 4, los RNM que tuvieron mayor trascendencia fueron ineficacia no cuantitativa 29%, ocasionado por el PRM de incumplimiento, seguida de inseguridad no cuantitativa 25%, esta se debe a la conservación inadecuada, actitudes negativas del paciente. A diferencia de Vergaray, F. (2013), que obtuvo como resultado un RNM de eficacia no cuantitativa 42.9%, ocasionado por el PRM de interacciones y actitudes negativas.

En la tabla 11, se evidencia el efecto del Seguimiento Farmacoterapéutico en relación con los resultados negativos ocurridos o que de manera exponencial podrían haber sucedido por el efecto de los PRMs, según la clasificación del Consenso de Granada (Comité de Consenso, 2007). Expresando de tal modo que, de los 50 pacientes intervenidos, se llegaron a solucionar un total de 45 PRM y no se llegaron a solucionar un total de 11 PRM.

Se elaboró un gráfico de correlación lineal para verificar la correlación entre las variables de cantidad de diagnósticos, cantidad de medicamentos empleados (fig. 5a), y entre la porción de medicamentos utilizados y los PRMs diagnosticados (fig. 5b).

El efecto del Seguimiento Farmacoterapéutico se observó en la tabla 12, aplicando el método de Spearman, donde evidencia los PRMs solucionados y los no solucionados teniendo una correlación de significancia de un nivel de 0.01, expresando que, de los 50 pacientes, la mayor parte soluciono sus PRMs.

En la tabla 13 y fig. 6, se puede evidenciar un antes y un después del seguimiento farmacoterapéutico, el cual denota que antes del SFT el 80% tenía una baja adherencia, un 20% mediana adherencia y un 0% de alta adherencia. En tanto luego de la intervención, se aprecia un gran intervalo de cambio el cual se observa, una baja adherencia de 4%, mediana adherencia de 27% y una alta adherencia de 67%. Estos datos sugieren que si se logró el objetivo propuesto desde un principio, que es la mejora de la calidad de vida de estos pacientes crónicos.

V. CONCLUSIONES

- Gracias a esta importante herramienta de Ficha Farmacoterapéutica se logró determinar el efecto del Seguimiento Farmacoterapéutico y su influencia en el control de pacientes hipertensos, diagnosticando y solucionando los problemas relacionados con los medicamentos en la mayoría de los pacientes intervenidos, y en aquellos que no se logró solucionar, se les inculco la importante labor del químico farmacéutico, el cual es uno de los entes importantes que se encargan de velar por su salud.
- Gracias a la intervención farmacéutica se determinó que el 68.4% de los medicamentos que fueron prescritos si tuvieron un respaldo de una receta médica, mientras que el 31.6% de medicamentos utilizados consecuencias de la automedicación.
- El PRM diagnosticado con mayor trascendencia fue el incumplimiento con un 21%, dentro de las estrategias de intervención para las soluciones de los PRMs, se emplearon la comunicación verbal directa con el paciente, comunicación directa con el médico, escrito farmacéutico – paciente.
- Se logró escandir la estrategia de intervención, siendo el más empleado la comunicación verbal directa con el paciente 72.2%, seguida de la comunicación directa con el médico 12.3%, y el escrito farmacéutico - paciente 10.5%.
- Se escandió el efecto de la estrategia de intervención con respecto a la adherencia, obteniendo datos de un antes y un después gracias al Test de Morisky, evidenciándose una marcada diferencia en cuanto al aumento de adherencia de los pacientes hipertensos de la población de Sullana, mejorando así sus calidades de vida.

VI. RECOMENDACIONES

- Es recomendable realizar el seguimiento farmacoterapéutico de manera personal, realizando una visita guiada. Ya que, de este modo, el trato con el paciente será eficaz, en la medida que se podrá evidenciar cuál es su estilo de vida, su condición de salud, y lo importante que a través de estas visitas el profesional de salud llega a observar si el paciente guarda de una forma adecuada sus medicamentos o si este le importa su salud, o simplemente hace caso omiso a las indicaciones dadas por el personal de salud que le atendió.
- Se recomienda también, una vez que se capte al paciente, las intervenciones a domicilio deben realizarse en un lapso no mayor a 72 horas. Para disponer de mayor eficacia en cuanto a las intervenciones.

VII. AGRADECIMIENTO

En este trabajo de tesis en primer lugar me gustaría agradecer a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en mis momentos de debilidades y por hacer realidad este sueño anhelado.

Así mismo agradecer a mis padres por su amor y sacrificio en todos estos años de vida, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que incluye este trabajo de tesis.

Mi agradecimiento especial para la Universidad San Pedro, por abrirme las puertas para mi formación profesional, así como también a los distintivos docentes que me brindaron sus conocimientos y su apoyo a lo largo de estos años de estudio.

También me es grato agradecer a mí asesor de tesis: Dra. Torres Solano, Carol Giovanna, por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y su conocimiento científico en la orientación de la realización de mi tesis.

Así mismo mis sinceros agradecimientos al Director de Escuela de Farmacia y Bioquímica: Q.F. Cacha Salazar Carlos Esteban, de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Pedro. Por su apoyo y confianza en todo momento.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre, B., (2017). *Efecto del seguimiento farmacoterapéutico sobre los problemas relacionados con medicamentos de pacientes hipertensos atendidos en la farmacia Aguirre-Trujillo, 2013*. Repositorio Institucional ULADECH CATÓLICA, 1-129. <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/188>
- Alvarado Andy, J. A., & Contero, F. (2016). *Aplicación y evaluación del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con hipertensión arterial del servicio de consulta externa del Hospital José María Velasco Ibarra de Tena. Facultad de Ciencias*. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Recuperado de: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/5711>
- Álvarez de Toledo, F., Arcos González, P., Eyaralar Riera, T., Abal Ferrer, FF, Dago Martínez, A., Cabiedes Miragaya, L., ... Alvarez Sánchez, G. (2001). Atención farmacéutica en personas que han sufrido episodios coronarios agudos (estudio TOMCOR). *Revista Española de Salud Pública*, 75 (4), 375–387.
- Armando, P., Uema, S. y Solá, N. (2003). Seguimiento farmacoterapéutico en las prácticas tuteladas: Aplicación de la metodología Dáder en la identificación de PRM. *Ars Pharmaceutica*, 44(2), 185-192.
- Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada (2005). Método Dáder para el seguimiento farmacoterapéutico. *Ars Pharm.* 46 (3), 309-337
- Ayala, A. (2011). Seguimiento farmacoterapéutico aplicando el método Dáder a pacientes hipertensos de la Unidad de Salud de San Antonio Silva. San Miguel. Septiembre-Noviembre de 2009. Bachelor thesis, Universidad de El Salvador.
- Bentzen, N. (1997). Ed. Glosario Internacional de Medicina General / de familia. Comité de Clasificación de la WONCA. Barcelona: SEMFYC.

- Blasco, P., Mariño, EL, Aznar, MT, Pol, E., Almiñana, MA, Castells, M. y Velasco, ML (2001). Desarrollo de un método observacional prospectivo de estudio de Errores de Medicación para su aplicación en hospitales. *Farmacia Hospitalaria*, 25 (5), 253–273. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-hospitalaria-121-articulo-desarrollo-un-metodo-observacional-prospectivo-13119131>
- Bonal, J., Castro, L. (1989). Manual de Formación para Farmacéuticos Clínicos. Madrid: Días de Santo.
- Cajas Frías, M. C., & Contero, F. (2015). *Impacto de la intervención farmacéutica sobre el tratamiento para Hipertensión Arterial en pacientes adultos mayores de la comunidad de San Rafael Bajo del cantón Patate-Tungurahua. Facultad de Ciencias. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo*. Recuperado de:
<http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/3889/1/56T00498UDCTFC.pdf>
- Cipolle R, Strand L, Morley P. (2004). Pharmaceutical Care Practice. The Clinician's Guide. New York: McGraw-Hill.
- Comité de Consenso GIAF-UGR, GIFAF-USE, GIF-UGR (2007). Tercer consenso de granada sobre problemas relacionados con medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM). *Ars Pharmaceutica*. 48(1), 5–17.
- Consejo General de colegios Oficiales de Farmacéuticos (2006). PRM yRNM Conceptos. Portal Farma.com *Organización Farmacéutica Colegial. FARMACÉUTICOS* N.º 315 - Octubre 2006. Tomado desde:
https://www.portalfarma.com/inicio/serviciosprofesionales//forodeattfarma/Documentos/28_29_Atencion_farma.pdf.%20Tomado%20el%2014/07/2012
- Consejo de la República del Perú (2012). Ley General de Salud N°26842.Lima Julio 1997. En: Ministerio de Salud Normas legales y administrativas que regulan el trabajo y la carrera de profesionales de la Salud en el sector Salud. Oficina

- de Capacitación y Normas N°02. 2005. Tomado desde:
http://bvs.minsa.gob.pe/local/RRHH/92_profosalud.pdf
- Clopés, A. (2002). Intervención farmacéutica. *Farmacia Hospitalaria. Tomo I*, 113–144. Recuperado de:
<https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap1314.pdf>
- Comité de Consenso. (2007). Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociadas a la Medicación (RNM). *Ars Pharm.* 48 (1): 5-17.
- Culqui, D. (2018). Efecto del programa de seguimiento farmacoterapéutico sobre los niveles de presión arterial del paciente con hipertensión arterial. *Farmacia del puesto de salud San Pedro, distrito de Chimbote - Ancash. Octubre 2015 - Abril 2016.* 1-122. <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/3878>
- Delgado, L. (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.* 1-113. <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/3897>
- DIGEMID (2017) Decreto Supremo N ° 016-2017-SA: Modifican Reglamento para el registro, control, y vigilancia sanitaria de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios. *Los Límites al Derecho de Acceso a La Información Pública*, 69–84. Recuperado de:
http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Normatividad/2017/DS_016-2017.pdf
- Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. (2001). Consensó sobre Atención Farmacéutica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Du, S., & Yuan, C. (2010). Evaluación de resultados en la autogestión de pacientes en atención sanitaria: una revisión sistemática. *International Nursing Review En Español: Revista Oficial Del Consejo Internacional de Enfermeras.* E-Network Salud S. A. Recuperado de:

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3285972&info=resumen&idoma=SPA>

- Faus Dáder, M. y Fernández-Llimós Somoza, F. (2003). Problemas relacionados con medicamentos: como factores de riesgo. *Seguimiento Farmacoterapéutico*, 1 (3), 147–148.
- Faus, MJ, Sabater-Hernández, D., Silva-Castro, MM y Colorado Díaz-Caneja, G. (julio de 2008). Dáder Web: Una nueva herramienta del Programa Dáder para realizar un seguimiento farmacoterapéutico. *Atención Farmacéutica Española*.
- Federación Farmacéutica Internacional (FIP). (2012) *2012 FIP Global Pharmacy Workforce Report .Informe de la fuerza laboral* (p. 92). Recuperado de http://fip.org/files/fip/publications/2009_FIP_Global_Pharmacy_Workforce_Report.pdf
- Fernandez-llimos, F., Faus, M. J. M. J., Gastelurrutia, M. A., Baena, M. I., Martinez Martinez, F., & Martinez, F. M. (2005). Evolución del concepto de problemas relacionados con medicamentos: resultados como el centro del nuevo paradigma. *Seguimiento Farmacoterapéutico*, 3(4), 167–188.
- Flores, L., Segura, C., Quesada, MS., Hall, V., (2005). Seguimiento Farmacoterapéutico con el Método Dáder en un grupo de pacientes con hipertensión arterial. *Pharmacy Practice*, 3(3), 154–157.
- Fontana Raspanti, D., & Solá Uthurry, N. (2003). Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes pediátricos hospitalizados: Adaptación de la metodología Dáder. *Farmacia Hospitalaria*, 27(2), 78–83.
- Foro de Atención Farmacéutica. (2006). Problemas relacionados con los medicamentos y resultados negativos asociados a la medicación: conceptos. *Farmacéuticos*, 315, 28–9. Retrieved from https://www.pharmaceutical-care.org/archivos/806/foro_prm-rnm.pdf
- Garção, J. A., & Cabrita, J. (2002). Evaluation of a pharmaceutical care program for hypertensive patients in rural portugal. *Journal of the American*

Pharmaceutical Association (Washington, D.C.: 1996), 42(6), 858–864.
<https://doi.org/10.1331/108658002762063691>

- García, M. Puig, M. Mateu, MS. Bonet, M. (2008). Fuentes de información de medicamentos. En: Carnicero J (Coordinador). La gestión de los medicamentos en los Servicios de Salud. Informes SEIS (8). Pamplona: Sociedad Española de Informática de la Salud. <http://www.seis.es/>
- Gaspar Carreño, M. (2011). 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.
- Gaviria, A. M., Quiceno, J. M., Vinaccia, S., Taborda, M., Ruiz, N., & Francis, L. J. (2009). Emociones negativas en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. *Diversitas*, 5(1). <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2009.0001.03>
- Grainger-Rousseau, TJ, Miralles, MA, Hepler, CD, Segal, R., Doty, RE y Ben-Joseph, R. (1997). Monitoreo de resultados terapéuticos: aplicación de pautas de atención farmacéutica a la farmacia comunitaria. *Revista de la Asociación Farmacéutica Americana*, 37 (6), 647–661. [https://doi.org/10.1016/S1086-5802\(16\)30281-9](https://doi.org/10.1016/S1086-5802(16)30281-9)
- Hall-Ramirez, V. (2003). Atención farmacéutica. Seguimiento del tratamiento farmacológico. Universidad de Costa Rica. Centro Nacional de Información de Medicamentos. Enero 2003. Tomado de:
<http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed14.pdf>
- Hipertensión Canadá. (2017). Hypertension Canada 2017 Guidelines for management of Hypertension. *Hipertensión Canadá* . <https://doi.org/10.1016/j.mpmmed.2009.03.006>
- Lugo De Ortellado, G., De Bittner, MR, Chávez G., H., y Pérez, S. (2007). Implementación de un programa de atención farmacéutica en farmacias

- comunitarias para la detección de la hipertensión arterial y su seguimiento farmacoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Farmacia*, 26 (4), 590–595.
- Martel, R. (2018). Impacto de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico sobre los problemas relacionados con medicamentos en pacientes hipertensos, botica Inkafarma del distrito de Chimbote, septiembre - diciembre de 2014. 1-129. <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/3882>
- Martínez, A. (2000). El concepto atención farmacéutica, sus implicancias gnoseológicas en el contexto de la profesión. *Revista del Centro de Investigación. Universidad La Salle*, enero, año/vol. 4, número 014 Universidad La Salle Distrito Federal, México. Pp. 83-85.
- Método Dáder para el seguimiento farmacoterapéutico. (2005). *Ars Pharmaceutica*.
- MINSA-DIGEMID. (2014) Manual de Indicadores de Disponibilidad. Recuperado de <http://www.digemid.minsa.gob.pe/daum/indexacceso.html>
- Morisky, DE, Green, LW y Levine, DM (1986). Validez de la medida autoinformada [article_1986.pdf](#). *Atención médica*, 24 (1), 67-74.
- Muños, C. (2012). Promoción de la adherencia al tratamiento antihipertensivo e implementación de un programa de atención farmacéutica a pacientes hipertensos del Hospital Regional Juan José Ortega, Coatepeque, Quetzaltenango. Guatemala. USAC. 1-83.
- Ormeño Llanos, M. (2015). Efecto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hipertensos. *Farmacia metropolitana. Chimbote, 2014* Effect of a program on monitoring pharmacotherapy in hypertension patients. *Farmacia Metropolitana. Chimbote. 2014. In Crescendo. Ciencias de La Salud.*, 2(2), 134–144.
- Ocampo Rujel, P. A. (2014). Factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos establecimientos públicos. *In Crescendo*, 5(2), 181. <https://doi.org/10.21895/incres.2014.v5n2.04>

- Ocampo Rujel P. A. (2010). 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=S222230612010000200006&scrypt=sci_abstract
- Panel de Consenso. (199). Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. *Pharm Care Esp*; 1: 107-112.
- Preetpal, Rani, S., Malik, AK y Aulakh, JS (2012). Antidepresivos: farmacología, efectos sobre la salud y controversia. En *antidepresivos: farmacología, efectos sobre la salud y controversia* (págs. 49-76). Nova Science Publishers, Inc.
- Presidencia de la República. (2011). *Aprueban reglamento de establecimientos farmacéuticos*, Decreto Supremo N°014-2011-SA. El Peruano. Lima 27 de Julio de 2011.
- Presidencia de la república. (2006). *Reglamento de la Ley 28173, Ley de Trabajo del Químico Farmacéutico del Perú*. DS 008-2006-SA. Diario Oficial El Peruano. Octubre de 2006.
- Pickard, A. S., Johnson, J. A., & Farris, K. B. (1999). The impact of pharmacist interventions on health-related quality of life. *Annals of Pharmacotherapy*, 33(11), 1167–1172. <https://doi.org/10.1345/aph.18460>
- Rodríguez, A. (2018). Efecto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico para resolver problemas relacionados con medicamentos en pacientes hipertensos. Botica A y K farma del distrito Nuevo Chimbote, setiembre – diciembre 2014. Repositorio Institucional ULADECH CATÓLICA. 1 – 117. <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/3892>
- Rodríguez, A. (2006). Atención farmacéutica en farmacia comunitaria: ¿es ya realidad o todavía un proyecto de futuro? Discurso como académico de número. Academia de Farmacia de Galia. España. Santiago de Compostela. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=287758>

- Sánchez, R. A., Ayala, M., Baglivo, H., Velázquez, C., Burlando, G., Kohlmann, O., ... Zanchetti, A. (2010). Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. *Revista Chilena de Cardiología*, 29(1).
<https://doi.org/10.4067/s0718-85602010000100012>
- Sabater Hernández, D., Milena Silva Castro, M. y José Faus Dáder, M. (2007). Método DÁDER Guía de seguimiento farmacoterapéutico Tercera Edición 2007. *Grupo de Investigación En Atención Farmacéutica*.
- Sergia, G. (2008). Monitoreo ambulatorio terapéutico farmacéutico en pacientes hipertensos de la Caja de Salud de Caminos y RA – Oruro. vol.16, n.1, pp. 72-76. ISSN 1813-5363.
- Sindicato Médico del Uruguay (2005). El valor del medicamento: realidades y esperanzas de futuro. Mayo 2005. *El Diario Médico* N°65. Mayo de 2005. Tomado desde:
<https://www.smu.org.uy/publicaciones/eldiariomedico/n65/pag15.pdf>
- Strand, LM, Morley, PC, Cipolle, RJ, Ramsey, R. y Lamsam, GD (1990). Problemas relacionados con las drogas: su estructura y función. *DICP, Annals of Pharmacotherapy*, 24 (11), 1093-1097.
<https://doi.org/10.1177/106002809002401114>
- Tagle, Rodrigo y Acevedo, B. M. (2007). Hipertensión Arterial Y Dislipidemia : ¿ Puede La Hipercolesterolemia Favorecer El Desarrollo De Presión Arterial Elevada ? *Boletín Escuela de Medicina u. c., Pontificia Universidad Católica de Chile.*, 32(2), 74–83. Recuperado de:
<http://escuela.med.puc.cl/publ/Boletin/20072/hipertension.pdf>
- Vásquez Jugo, K. (2017). Efecto de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico sobre los niveles de presión arterial en pacientes hipertensos. Farmacia Metropolitana, Chimbote. Septiembre – Diciembre, 2013. Repositorio Institucional ULADECH CATÓLICA, 1-123.
<http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/186>

Vergaray, F. (2013). Eficacia de un programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre los problemas relacionados con medicamentos y las presiones arteriales de pacientes hipertensos. Farmacia del centro de salud Yugoslavia, Distrito Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash, Octubre–Diciembre 2013”. Repositorio Institucional ULADECH CATÓLICA. (67), 1-148.

Whelton, PK, He, J., Appel, LJ, Cutler, JA, Havas, S., Kotchen, TA, ... Karimbakas, J. (2002). Prevención primaria de la hipertensión: asesoramiento clínico y de salud pública del Programa Nacional de Educación sobre la Presión Arterial Alta. *Revista de la Asociación Médica Americana*, 288 (15), 1882-1888. <https://doi.org/10.1001/jama.288.15.1882>

WHO consultative group on the role of pharmacist.(2007). The role of pharmacist in the health care system. Preparing the future pharmacist: Curricular development. WHO/PHARM/97/599. [citado 16 Nov 2007]. Disponible en: <http://www.who.int/medicines/>

Wiedenmayer, K., Summers; RS, Mackie, CA, Gous, AGS, Everard, M. y Tromp, D. (2006). Desarrollo de la práctica farmacéutica: un enfoque en la atención al paciente. *Organización Mundial de la Salud, Federación Farmacéutica Internacional* , 87. Recuperado de <http://scholar.google.com/scholar?hl=es&btnG=Search&q=intitle:Developing+pharmacy+practice+A+focus+on+patient+care#3>
<http://www.who.int/iris/handle/10665/69399>

IX. ANEXOS Y APENDICE

9.1. Solicitud de permiso dirigido al establecimiento de salud.



UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA



Piura, 01 de Febrero de 2019

Señor
Q.F. Elvis Cueva Julca
FARMACIA MIFARMA N° 63
Sullana, Piura.-
Pte.

ASUNTO: Permiso y facilidades para desarrollar una investigación sobre Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes hipertensos.

De mi especial consideración.

Me es grato dirigirme a Usted de manera cordial para solicitarle por su intermedio las viabilidades para que la alumna **Calderón Paz Diana Steffanny**, Cód. USP N° **2513200043**, pueda ejercer labores de Seguimiento Farmacoterapéutico como parte de una investigación que dispone por objetivo determinar la eficacia de este servicio en la disposición, detección e intervención de problemas relacionados con medicamentos que pueden padecer los pacientes que acuden al establecimiento farmacéutico que usted dirige.

La praxis del trabajo requiere la captación post dispensación de 50 pacientes diagnosticados y con prescripción facultativa de medicamentos para el tratamiento de hipertensión. El mencionado personal ejercerá las labores iniciales de captación dentro del establecimiento farmacéutico brindando el servicio a los pacientes que efectúan los criterios de inclusión y recolectando información a través de fichas farmacoterapéuticas. El desarrollo de la intervención será a través de contactos y visitas domiciliarias, citas en la farmacia o contactos telefónicos para absolver información y medir los resultados.

Durante el progreso de la actividad se recolectará información que posiblemente será de utilidad para su institución con el fin de poner en práctica una asistencia permanente que les disponga garantizar el servicio de Buenas Prácticas de Farmacia de acuerdo a los estatutos y marcos legales vigentes.

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

Atentamente,


Q.F. Elvis A. Cueva Julca
QUINCO FARMACEUTICO
COFP. N° 22631

Figura 7. Solicitud para la autorización de captación de pacientes en “Mifarma” N°63.

9.2. 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... Mifarme... S. de C. S. 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 del proceso 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): María Martha Alicia Moore
* DIRECCION: Calle vigante 140 - Quevedo: 110
* TELEFONO: _____

* FIRMA: [Firma manuscrita]
* DNI: 83633106

* NOMBRE DEL QUIMICO FARMACÉUTICO Jr: DIANA STEFFANNY CALDERON PAZ
* TELÉFONO: 95979199

* FIRMA: [Firma manuscrita]
* DNI: 76574778

* FECHA: 23 / 06 / 19

* FECHA DE LA PRIMERA ENTREVISTA PARA EL LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN: 23 / 06 / 19

Figura 8. Firma del consentimiento informado por parte del paciente.

9.3. Fichas farmacoterapéuticas

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

COD° PACIENTE: 0001 FECHA: 23/06/19

1.1.- DATOS PERSONALES
 NOMBRE: Perez Mera Maria SEXO: F.
 DIRECCIÓN: Av. Alfonso Jagarte 140 - Cuarecillo ZONA: Sullana
 TELÉFONO DOMICILIO: _____ OTRO _____ (MAIL): _____
 FECHA DE NACIMIENTO: 02/03/53 EDAD: 66 AÑOS
 GRADO DE ESTUDIOS: ANALFABETO...... PRIMARIA..... SECUNDARIA SUPERIOR.....
 TIENE SEGURO SI: NO: _____ SEGURO INTEGRAL (SIS): _____ ESSALUD: PRIVADO: _____
 ¿OTRO CUAL?: _____
 EL SEGURO PRIVADO CUBRE LOS MEDICAMENTOS TOTALMENTE: SI: _____ NO: _____

1.2.- PARÁMETROS DE SEGUIMIENTO:

VISITA N°:	1	2	3	4
FECHA				
PRESIÓN ARTERIAL (en mm de Hg)/...../...../...../.....
GLICEMIA				
PESO (en Kg)	<u>1,65</u>			
TALLA (en cm)				
Temperatura (en °C)				
OTRO				

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

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

N°	NOMBRE DEL MEDICO / INSTITUCIÓN	ESTABLECIMIENTO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO
<u>01</u>	<u>Julio Cesar Timana</u>	<u>Hospital de Heredia Sullana</u>	<u>Nefrologo</u>	

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

CIE 10	NOMBRE DEL PROBLEMA DE SALUD	¿QUIEN LE DIAGNOSTICO?	Fecha de la receta
<u>I10</u>	<u>Hipertension arterial esencial (primaria).</u>	<u>Dr. Julio Cesar Timana</u>	<u>21-06-19</u>
<u>G43</u>	<u>Migraña.</u>	<u>Dr. Julio Cesar Timana</u>	
<u>E10</u>	<u>Diabetes mellitus Tipo I</u>	<u>Dr. Julio Cesar Timana</u>	
	<u>Mialgia</u>		

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

N°	NOMBRE DEL PROBLEMA DE SALUD, SIGNO O SINTOMA PERCIBIDO POR EL PACIENTE	¿QUIEN LE DIJO QUE SUFRÍA DE ESA ENFERMEDAD?
	<u>Mialgia</u>	

Figura 9. Datos personales de los pacientes hipertensos.

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

PRESCRIPCIÓN			DISPENSACIÓN			USO DEL PACIENTE				OBSERVACIÓN		
CIE 10	ATC	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 y concentración.	A: DOSIS (mg)	B: FREQ. DE DOSIS x DIA(h)	Horario de la medicación		C: Total Días que debe tomarse el med. (días).	Total de medicamento DISPENSADO:
I10	C03DA04	Espironolona	Espironolona	Espironolona	Espironolona	tab. 25mg	25mg	C/24h.	11:00am	30 días	30	21-06-19
I10	G02A01	Losartan	Losartan	Losartan	Losartan	tab. 50mg	50mg	C/19h	2:00pm	30 días	60	21-06-19
G43	N02BA01	Paracetamol	Paracetamol	Paracetamol	Paracetamol	tab. 500mg	500mg	EV	EV	8 días	10	21-06-19
E10	N02BA01	Insulina glargina	Insulina glargina	Lantus	Insulina glargina	300mg / 10ml / 10ml	10 U/ml x 10ml	C/1mes	11:00am	30 días	1	21-06-19
E10	N02BA01	gabapentina	gabapentina	gabapentina	gabapentina	300mg	300mg	C/24h	10:00am	30 días	20	22-06-19
E10	M02AC01	orfenadrina	orfenadrina	orfenadrina	orfenadrina	tab. 100mg	100mg	C/24h	3:00pm	30 días		
		Amoxicilina	Amoxicilina	Amoxicilina	Amoxicilina	1mg	1mg	C/8h	EV	EV	3	22-06-19

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

Figura 10. Medicamentos que toma el paciente para sus problemas de salud

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

N°	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA, MALESTAR, SENSACIÓN U OTRO.	QUE HA HECHO EL PACIENTE PARA SOLUCIONAR ESTOS PROBLEMAS

Preguntar sobre malestares, sensaciones, percepciones negativas que tiene el paciente luego de tomar alguno de los medicamentos recetados. Auxiliarse con la Ficha N°3 para el repaso anatómico fisiológico. Si el paciente declara algún problema preguntar que hace para solucionarlo. Las Reacciones adversas de medicamentos prescritos deben reportarse al EF mediante una hoja amarilla.

1.7. REGISTRO DE PROBLEMAS DURANTE EL USO DE MEDICAMENTOS.

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

Si la respuesta anterior fue Si, entonces:
 ¿Cuál fue el problema o necesidad?
 ¿Pudo comunicarse? Si No

¿Si es NO, Por qué?
 ¿Cómo resolvió el problema? ¿A quién recurrió?

Cree Usted que se resolvió el problema Si..... No..... Aún persiste.....
 ¿Si se comunicó con el médico, se solucionó el problema? Si No

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

N°	NOMBRE DE LOS REMEDIOS CASEROS	PARA QUE LO USA	CUANTO TOMA?	FRECUENCIA	DESDE CUANDO

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

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

NOMBRE DE LA ENFERMEDAD, ACCIDENTE O DAÑO.	Tuvo Dx?	QUIEN / DONDE LE DIAGNOSTICO?	TELÉF	¿Molesta ahora? Qué hace para solucionar la molestia.	¿Toma medicamentos para esto?
choque automovilístico	No				Si

**Las enfermedades del pasado, cirugías, accidentes, traumas, etc. Pueden dejar secuelas, signos o síntomas que podrían ser el origen de uso de medicamentos en el presente. Si es así, reportarlo como enfermedad actual no diagnosticado en la tabla 1.A.2
 **Anotar los medicamentos que usa como medicamento sin prescripción en la ficha 2.*

Figura 11. Autopercepción sobre los problemas que pueda tener con la toma de fármacos, enfermedades o accidentes que sufrió previamente.

1.10.- ANTECEDENTES FAMILIARES DE MORBILIDAD:

ENFERMEDAD	MADRE	PADRE	HERMANOS	OTROS
HIPERTENSIÓN			✓	
DIABETES			✓	
COLESTEROL			✓	
OTRA: <u>cáncer</u>	✓		✓	<u>tos.</u>

Observaciones:

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

1.11.- HABITOS DE VIDA:

HÁBITOS:	DESCRIBIR:	INDICACION DEL MEDICO AL RESPECTO
Ingesta de grasas o aceite	<u>aceite en la comida, zeroz.</u>	<u>normalmente.</u>
Ingesta de Azúcar	<u>te, bebidas</u>	<u>que tomao todo simple</u>
Ingesta de Sal	<u>en comidas</u>	<u>poco sal en las comidas</u>
Consumo de alcohol	VECES POR SEMANA <u>NO</u> ✓	<u>no debe consumir alcohol</u>
Fuma cigarrillos o alguien en casa lo hace?	SI: <u>NO</u> ✓ CANTIDAD AL DIA: _____	
Hace ejercicios:	CAMINA: <u>SI</u> ✓ CORRE: <u>no</u> . GIMNASIO: <u>no</u> PESAS: <u>no</u> . BICICLETA: <u>no</u> OTRO: _____	VECES POR SEMANA: <u>todos los dias</u> <u>para ver a su hija.</u>
Consumo de café o té	SI: <u>te</u> NO: _____ TAZAS DIARIAS: <u>una vez al dia.</u>	<u>que no podía tomar café.</u>
Dieta:	SI <u>SI</u> NO _____ Describir: <u>sopa, verduras.</u>	<u>ensalada de papinillo, zanahora, tomate, sopas.</u> <u>no comer pescado rojo cres.</u>

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

COD INTERV: .0001.....

Figura 12. Hábitos de vida del paciente y antecedentes de morbilidad

FICHA 02. HOJA DE INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEEF /Hospital/Centro/Puesto de Salud de ... *Antioquia* ...

PACIENTE COD. N°: *001*
 NOMBRE: *Pera Moe Mera*

FECHA: *23-06-19*

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

Nombre 1: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC) <i>Anastasio</i>	
1. ¿para qué? <i>Dolor de cabeza</i>	5. ¿cuánto toma (dosis)? <i>1mg.</i>
2. ¿quién lo recetó? <i>Nadie</i>	6. ¿cómo lo toma (frec. Dosis)? <i>18 hoes</i>
3. ¿cómo le va? <i>mal.</i>	7. ¿hasta cuándo lo tomará (duración)? <i>Contadme</i>
4. ¿desde cuándo lo toma? <i>1 semana</i>	8. ¿siente algo extraño luego de tomarlo (rx adv.)? <i>no</i>
Nombre 2: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC)	
1. ¿para qué?	5. ¿cuánto toma (dosis)?
2. ¿quién lo recetó?	6. ¿cómo lo toma (frec. Dosis)?
3. ¿cómo le va?	7. ¿hasta cuándo lo tomará (duración)?
4. ¿desde cuándo lo toma?	8. ¿siente algo extraño luego de tomarlo (rx adv.)?
Nombre 3: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC)	
1. ¿para qué?	5. ¿cuánto toma (dosis)?
2. ¿quién lo recetó?	6. ¿cómo lo toma (frec. Dosis)?
3. ¿cómo le va?	7. ¿hasta cuándo lo tomará (duración)?
4. ¿desde cuándo lo toma?	8. ¿siente algo extraño luego de tomarlo (rx adv.)?
Nombre 4: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC)	
1. ¿para qué?	5. ¿cuánto toma (dosis)?
2. ¿quién lo recetó?	6. ¿cómo lo toma (frec. Dosis)?
3. ¿cómo le va?	7. ¿hasta cuándo lo tomará (duración)?
4. ¿desde cuándo lo toma?	8. ¿siente algo extraño luego de tomarlo (rx adv.)?
Nombre 5: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC)	
1. ¿para qué?	5. ¿cuánto toma (dosis)?
2. ¿quién lo recetó?	6. ¿cómo lo toma (frec. Dosis)?
3. ¿cómo le va?	7. ¿hasta cuándo lo tomará (duración)?
4. ¿desde cuándo lo toma?	8. ¿siente algo extraño luego de tomarlo (rx adv.)?
Nombre 6: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC)	
1. ¿para qué?	5. ¿cuánto toma (dosis)?
2. ¿quién lo recetó?	6. ¿cómo lo toma (frec. Dosis)?
3. ¿cómo le va?	7. ¿hasta cuándo lo tomará (duración)?
4. ¿desde cuándo lo toma?	8. ¿siente algo extraño luego de tomarlo (rx adv.)?

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

Figura 13. Fármacos que el paciente administra sin diagnóstico.

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

Nombre 1:	
<i>Ibuprofeno</i>	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
<i>no</i>	<i>bien, pero con exceso le ha sido mal.</i>
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
<i>para el dolor</i>	<i>no.</i>
Nombre 2:	
<i>Naproxeno</i>	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
<i>si, esencialmente</i>	<i>bien</i>
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
<i>para el dolor</i>	<i>no.</i>
Nombre 3:	
<i>1</i>	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 4:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 5:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 6:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 7:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?

Esta lista de medicamentos puede verificarse en caso que el Farmacéutico tenga acceso al botiquín de medicamentos en el domicilio del paciente. Elaborar este listado tiene dos fines: 1) identificar uso eventual de medicamentos y 2) Educar al paciente para evitar prácticas irracionales de uso, detectar vencidos, en mal estado, adulterados, etc.
COD INTERV:0001..

Figura 14. Los fármacos que toma el medicamento sin prescripción médica.

FICHA 03. GUÍA ANATÓMICA DE REPASO PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS DE SALUD. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF /Hospital/Centro/Puesto de Salud de *Barro Alto, M. Pinar*

PACIENTE COD. Nº: 000
NOMBRE: *Pero More, Marra*

FECHA: *23-06-19*

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: *comezón y caída del Cabello.*
- CABEZA: *no.*
- OIDOS, OJOS, NARIZ, GARGANTA: *no.*
- BOCA (llagas, sequedad...): *sequedad de los labios.*
- CUELLO: *le trueno su cabeza si lo mueve mucho y siente dolor.*
- MANOS (dedos, uñas...): *que no puede hacer mucho, se le hinchan.*
- BRAZOS Y MÚSCULOS: *dolor.*
- CORAZÓN: *algunas veces le hinca.*
- PULMÓN: *no.*
- DIGESTIVO: *cuando toma glibenclamida con el metformina juntos le acide el estomago.*
- RIÑÓN (orina...): *dolor al momento de terminar de orinar.*
- HÍGADO: *no.*
- GENITALES: *no.*
- PIERNAS: *no.*
- PIÉS (dedos, uñas): *hinchazón de los pies.*
- MÚSCULO ESQUELÉTICO (gota, dolor espalda, tendinitis...): *dolor en la espalda.*
- PIEL (sequedad, erupción...): *sequedad en la piel, fiebre.*

- ALTERACIONES PSICOLÓGICAS (depresiones, epilepsia...): *colega.*
- PARÁMETROS ANORMALES (T³, PA, colesterol...): *colesterol y los triglicéridos son altos.
tiene parametro anormal en la presión arterial.*

- TABACO: *no.*
- ALCOHOL: *nunca.*
- CAFÉ: *antes tomaba café, ahora ya no.*
- OTRAS DROGAS: *no.*
- HABITOS ANORMALES (ejercicio, dieta...): *ejercicios no hace, dietas como la sopa, verduras.*
- VITAMINAS Y MINERALES: *si.*
- VACUNAS: *no.*
- ALERGIAS MEDICAMENTOS Y/O SOSPECHAS DE RAM: *no.*
- Situaciones fisiológicas (y fecha):
- OBSERVACIONES:

COD INTERV: *0001...*

Figura 15. Ficha sobre guía anatómica para identificar problemas de salud del paciente.

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

PACIENTE COD N°:
 NOMBRE: *Perez Mora, María.*

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

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

*Si el PRM detectado involucra a todos los medicamentos, como errores de prescripción o almacenamiento de medicamentos, etc. En nombre de medicamentos debe consignarse: todos.
 **Una morbilidad puede ser el origen de PRMs tales como 11 o 13.

4.2.- DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL PRM:

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

COD INTERV: *0001*...

Figura 16. Ficha de Intervención farmacéutica por parte del investigador.

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

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

Fecha final de la Intervención: 23-06-19

COMENTARIO:

Figura 17. Clasificación del resultado negativo de la medicación.

4.4. QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRM.

Educar al paciente a través de entrevistas guiadas, en donde se le orientará mediante afiches

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	X	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.
	X	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:

Figura 18. Clasificaciones de las intervenciones farmacéuticas.

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

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

4.6. RESULTADO:

Solución	PRM resuelto	PRM no resuelto
Aceptación		
Intervención aceptada	<input checked="" type="checkbox"/>	
Intervención no aceptada		

¿QUÉ OCURRIÓ CON LOS PRMs QUE NO SE RESOLVIERON?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

- A) PEOR B) IGUAL MEJOR D) CURADO

COD INTERV: 0001

Figura 19. La comunicación que tuvo el paciente para la solución del problema.

9.4. Ficha FFT. Test para medir la adherencia al tratamiento. Test de Morisky.

Test de Adherencia a la medicación de Morisky

Ítems	Preguntas	No	Si
1	Algunas veces se olvida usted de tomar sus medicamentos?		✓
2	Piense en las dos últimas semanas, hubo algún día en el cual no tomó sus medicamentos?		✓
3	Alguna vez ha dejado de tomar sus medicamentos por le te caían mal por propia decisión ?		✓
4	Cuando Usted viaja o sale de su casa por largo tiempo se olvida de llevar sus medicamentos?	✓	
5	Dejó de tomar sus medicamentos ayer?		✓
6	Cuando Usted siente que los síntomas de su enfermedad están bajo control deja de tomar su medicación?	✓	
7	Tiene ganas de dejar su tratamiento?		✓
8	Te olvidas de tomar sus medicamentos frecuentemente?		✓

Puntuación: >2 = BAJA ADHERENCIA
 1 or 2 = MEDIANA ADHERENCIA
 0 = ALTA ADHERENCIA

Fecha: 23-06-19.

Cod. Paciente: 0001.

Figura 20. Test de adherencia a la medicación de Morisky.

9.5. Datos generales de los pacientes y tiempos invertidos en la intervención

TABLA N°14

Edad de pacientes mujeres intervenidas en el Seguimiento

Farmacoterapéutico

EDAD	Xi	Fi	Fr	F	Xi . Fi
[30-38)	34	2	0.07	2	68
[38-46)	42	4	0.14	6	168
[46-54)	50	8	0.29	14	400
[54-62)	58	6	0.21	20	348
[62-70)	66	8	0.29	28	528
TOTAL		28	1.00		1512
				S	12.6

*Nota: Para el intervalo de edades se aplicó la Ley de Sturges.
La tabla es de elaboración propia.*

TABLA N°15

Edad de pacientes hombres intervenidos en el Seguimiento

Farmacoterapéutico.

EDAD	Xi	Fi	Fr	F	Xi . Fi
[30-38)	34	2	0.09	2	68
[38-46)	42	4	0.18	6	168
[46-54)	50	6	0.27	12	300
[54-62)	58	5	0.23	17	290
[62-70)	66	5	0.23	22	330
TOTAL		22	1		1156
				S	12.6

*Nota: Para el intervalo de edades se aplicó la Ley de Sturges.
La tabla es de elaboración propia.*

9.6. Estado de situación de los pacientes intervenidos en el Seguimiento Farmacoterapéutico “Mifarma” N°63.

CUADRO N°6

ESTADO DE SITUACIÓN DE LOS 50 PACIENTES DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO.

COD Paciente	COD CIE 10	DIAGNÓSTICO	nombre comercial	DCI	fp	dosis (mg)	frec dosis (dia)	días tto	COD PRM	Descripción del PRM	RNM	Acción realiz. por el QF	COD. INTERVENCIÓN	COD CANAL DE COMUNIC	aceptación	solución	Descripción de la NO solución	
1	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)		Espironolactona	Sol	25 mg	c 1 d	30 d	9	El paciente no dispone de tiempo para tomar sus medicamentos, y no se acuerda donde deja sus medicamentos	1	Se educó al paciente a través de tres visitas guiadas, en donde se le oriento mediante afiches, sobre los peligros que conlleva no tomar sus medicamentos a tiempo.	9	1	1	1		
				Losartán	Sol	50 mg	c 12 h	30 d										
	G43	Migraña	Panadol	Paracetamol	Sol	500mg	EV	8 d										
	E10	Diabetes mellitus tipo 1	Lantus	Insulina glargina	INY	100 ui/ml x 10 ml	c 1 mes	30 d										
			Gabapentina	Sol	300mg	c 1 d	30 d											

			Orfenadrina citrato	Sol	100mg	c 1 d	30 d										
		Mialgia	Arimidex	Anastrozol	Sol	1mg	c 8 d	EV	2	El paciente se automedica muy seguido, sin controlar el tiempo en que se elimina el fármaco de su organismo	5	Se modificó la dosis y el tiempo del medicamento, de forma gradual.	1	1	1	1	
			Ketoprofeno	Sol	75 mg	c 8 h	EV										
	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)	Hydrochlorothiazida	Sol	25 mg	c 1 d	30 d										
			Losartán	Sol	50 mg	c 1 d	30 d										
	F32	Episodio depresivo	Prozac	Fluoxetina	Sol	20 mg	c 1 d	15 d	14	El paciente no toma sus medicamentos porque en su religión le fomentan que la depresión se cura, por estar en el camino de Dios.	6	Se educó al paciente a seguir con su tratamiento, explicándole en una hoja y dándole hincapié el valor de este, en el beneficio que este ha de tener, si lo consume.	8	2	0	0	El paciente es muy apegado a su religión y hace caso omiso a la educación brindada por el investigador a cargo.
			Deprezapina	Mirtazapina	Sol	30 mg	c 1 d	15 d									
2	N39.0	Infección de las vías urinarias, sin lugar especificación	Trimetoprima + sulfametoxazol	Pol	40 mg + 200 mg/5 ml	c 12 h	7 d										

			Dolex	Acetomino fen + fenilefrina + clorfenami na	Sol	500mg + 5 mg + 2 mg	c 6 h	EV									
		Alergia		Duloxetina	Sol	40 mg	c 1 d	15 d									
		Ansiedad															
	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)		Captopril	Sol	75 mg	c 1 d	30 d	3	El paciente tiene sus medicamentos tirados, por su casa a lado de otros medicamentos que no tienen nada que ver con sus medicinas para su tratamiento.	6	Se realizó un pequeño mostrador en el cual estuvieron introducidos sus medicamentos para la hipertensión y los que no lo eran fueron retirados. Y aquellos que eran medicamentos con potencial riesgo de interacción se colocaron en un sobre negro, para ser desechados.	10	1	1	1	
3				Nifedipino	Sol	20 mg	c 8 h	30 d									

4	K29	Gastritis		Subsalicilat o de bismuto	Sol	524mg	C 12 h	10 d	2	El paciente consumía sus medicamentos en un intervalo de tiempo que no era el optimo	5	Se ajustó la pauta requerida aumentando de 12 a 24 h la administración	1	1	0	0	El paciente seguía tomando su medicamento cada 12 h, debido a que el dolor que tenía era por el trabajo forzoso de campo. Y necesitaba consumirlo.	
				Omeprazol	Sol	20mg	c 1 d	21 d										
		Mialgia		Raloxifeno	Sol	60mg	c 12 h	EV										
				Anastrazol	Sol	1mg	c 12 h	EV										
	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)		Amlodipin o + Valsartan	Sol	5mg + 80mg	c 1 d	30 d	16	El paciente no tiene los medios económicos requeridos para su tratamiento completo.	1	Se sugirió al paciente que compre los medicamentos con el nombre genérico.	7	1	1	1		
	K59	Estreñimiento		Metoclopra mida	INY	10 mg	1 d	EV										
				Bisacodolo	Sol	5mg	c 1 d	10 d										
	F32	Episodio depresivo		Paroxetina	Sol	10mg	c 1 sem	30 d	13	El paciente, sigue con los síntomas de la depresión por la muerte de un familiar y lleva meses	4	Se le explico al paciente mediante una conversación, sobre la ley de la vida y se le esucho.	10	1	1	1		

										con el mismo sintoma.								
		Alergia		Cetirizina	Sol	10 mg	c 12 h	5 d										
5	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)		Ácido acetil salicílico	Sol	100mg	c 1 d	20 d	12	El paciente presenta ardor abdominal, por lo que está deseoso de no seguir con su tratamiento.	2	Se le cambió la medicación por un farmaco IECA.	7	5	1	1		
	K59	Estreñimiento		Metoclopramida	Sol	10mg	c 8 h	EV										
		Reflujo gastroesofágico	Sal de andrew	Bicarbonato de sodio	Pol	5000mg	c 4 h	EV										
		Resequedad de la piel	Sarnol	Jabon antiséptico	Sem	5000mg	EV	EV										
6	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)		Valsartán						El paciente trabaja más de 8 horas diarias y no dispone de tiempo para regresar a su casa y tomar sus medicamentos a la hora indicada.	1	Se le visitó 3 veces a su domicilio y se le explico de forma dinámica sobre los problemas que pasa al no tomar sus medicamentos.	9	2	1	0	El paciente no hizo caso a las indicaciones, y siempre tenía la excusa de que trabaja y no tiene tiempo para sus medicamentos.	
				Espironolactona	Sol	100mg	c 1 d	30 d										
	K25	Úlcera gástrica		Esomeprazol	Sol	40mg	c 1 d	30 d										
				Pantoprazol	Sol	40mg	c 12 h	30 d										

N39.0	Infección de las vías urinarias, sin lugar especificación		Gentamicina	INY	3mg/kg	c 1 d	3 d	12	El paciente se queja de no oír muy bien, después de haberse reazlizado la inyección.	3	Se le retiró el medicamento, porque era evidente que este era el causante del daño.	5	1	1	1
	Resfriado		Mentol	Sem	5mg		EV								
	Ansiedad		Escitalopram	Sol	20mg	c 12 h	15 d								
7	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)	Amlodipino + Valsartan	Sol	5mg + 80mg	c 1 d	30 d	3	El paciente deja sus medicamentos rigados por la cocina.	5	Se le visito al paciente 4 veces a su domicilio y se le confeccionó un lugar para que deje sus medicamentos.	9	1	1	1
	E10	Diabetes mellitus tipo I	Insulina glargina	INY	300ui/ml	c 1 d	30 d								
			Gabapentina	Sol	900mg	c 1 d	30 d								
	Alergia		Clorfenamina	Sol	4mg	c 8 h	20 d								
8	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)	Enalapril	Sol	40mg	c 1 d	30 d								
			Amlodipino	Sol	10mg	c 1 d	30 d								
	F32	Episodio depresivo		Mirtazapina	Sol	15 mg	c 1 d	EV							
	Reflujo gastroesofágico		Ácido acetil salicílico	Sol	300mg	c 4 h	7 d	12	El paciente se queja de tener dolor en su estómago.	5	Se le visitó 4 veces a su domicilio y se realizó una	5	1	1	1

											investigación del medicamento, siendo el causante y luego se le retiro este medicamento.						
9	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)		Captopril	Sol	40mg	c 1 d	30 d									
	K59	Estreñimiento		Metoclopramida	Sol	10mg	c 8 h	3 d	2	El paciente hace caso omiso a las indicaciones que su médico le prescribió.	3	Se le educó al paciente para que consuma sus medicamento conforme el médico le prescribió.	10	1	1	1	
				Bisacocilo	Sol	15mg	c 1 d	3 d									
		Resfriado		Paracetamol + Clorhidrato de fenilefrina	Sol	500mg + 5 mg	c 8 h	3 d									
10	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)		Nifedipino	Sol	10mg	c 8 h	30 d	14	El paciente tiene la creencia de que si no toma sus medicamentos el estará gozando de buena salud.	5	Se le visitó 4 veces a su domicilio y en un papelógrafo se le explico las bondades que dispondrá con este medicamento para su	10	2	0	0	El paciente es muy apegado a su creencia y no piensa cambiarlo por nada.

	J20	Bronquitis aguda		Clorfenamina	Sol	4mg	c 6 h	7 d	1	El paciente se confunde a la hora de tomar sus medicamentos, no logra diferenciar cual es para su enfermedad crónica y cual es para su bronquitis	1	Se le visito en su domicilio y se le confeccionó una caja de colores estratégicos para que reconozca que medicamento debe consumir para su enfermedad.	10	1	1	1	
				Prednisona	Sol	90mg	c 1 d	7 d									
13	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)		Captopril	Sol	50mg	c 1 d	30 d	9	El paciente se olvida de tomar sus medicamentos cuando sale de casa.	5	Se le visitó 4 veces a su domicilio y se le colocó en su calendario los nombres de medicamentos que tiene que consumir.	8	2	1	0	El paciente no le toma importancia a su salud, prefiere hacer sus viajes.
	K59	Estreñimiento		Bisacolido	Sol	20mg	c 1 d	7 d									
		Resequedad de la piel		Metoclopramida	Sol	20 mg	c 12 h	5 d									
				Jabon antiséptico	Sem	5000mg	EV	EV									
14	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)		Valsartan	Sol	80mg	c 1 d	30 d	2	El paciente guarda sus medicamentos vencidos con sus medicamentos	4	Se le retiró el medicamento vencido, con el fin de que este no sea consumido y	5	1	1	1	

									actuales.		como tal hacer un efecto no deseado en el paciente.					
			Nifedipino	Sol	20mg	c 8 h	30 d									
	Resfriado		Té de jengibre	Pol	1000mg	c 12 h	EV									
	Dolor de espalda		Naproxeno + carisoprodo	Sol	200 + 500mg	c 4 h	EV									
			Orfenadrina	Sol	100mg	c 12 h	7 d	12	El paciente se siente estreñido y con dificultad para miccionar.	2	Se le retiro el medicamento porque estaba haciendo reacción	9	2	1	1	
I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)	Tenormin	Atenolol	Sol	50 mg	c 1 d	30 d									
			Hidroclorotiazida	Sol	25mg	c 1 d	30 d									
G43	Migraña	Cafegot	Ergotamina	Sol	100mg	c 12 h	6 d	14	El paciente religioso y tiene la creencia que hacer su aromaterapia, le ayudará a paliar sus nauseas.	6	Se le sugirió hacer su aromaterapia en un lapso de 2 horas después de consumir un medicamento, para que no exista interacción.	8	1	0	0	El paciente le da prioridad a su aromaterapia y no mide las consecuencias, de las posibles interacciones.
			Paracetamol	Sol	1000mg	c 4 h	EV									

15

		Nauseas		Dimenhidrato	Sol	400mg	c 1 d	12 d										
				Aromaterapia con hierba buena			EV	EV										
16	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)		Enalapril	Sol	5 mg	c 1 d	30 d	2	El paciente no le toma importancia a su medicación, por eso no compra.	1	Se le realizó 5 visitas guiadas en donde se le explicó de importancia de tomar sus medicamentos a la hora y día indicada	8	1	1	1		
				Amlodipino	Sol	5 mg	c 1 d	30 d										
		Mialgia		Ibuprofeno	Sol	400 mg	c 12 h	5 d										
17	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)		Captopril	Sol	75mg	c 1 d	60 d	2	El paciente trabaja como pescador, y navega varios días en el mar, por lo que no lleva consigo sus medicinas.	1	Se le sugirió guardar sus medicamentos en su mochila, para que así pueda consumirlos cuando este en el mar.	10	1	1	1		
				Atenolol	Sol	100mg	c 1 d	60 d										
	N39.0	Infección de las vías urinarias, sin lugar especificación		Ceftriaxona	Sol	2000mg	c 1 d	7 d										
		Resfriado		Jarabe de eucalipto	Liq	5000mg	c 8 h	3d										

		Problemas de audición		Complejo B	Sol	250mg	c 12 h	30 d										
18	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)		Valsartán	Sol	160mg	c 1 d	60 d										
				Nifedipino	Sol	20mg	c 8 h	60 d										
	F32	Episodio depresivo		Paroxetina	Sol	50mg	c 1 d	20 d										
		Nauseas		Dimenhidrato	Sol	400mg	c 1 d	2 d										
		Hinchazón de pies		Diclofenaco sódico	Sol	100 mg	c 8 h	4 d	13	El paciente no se recupera del todo y no dispone de tiempo para ir al médico.	4	Se le aconsejó cambiar el medicamento por una medida fitoterapia.	10	1	1	1		
19	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)		Atenolol	Sol	100mg	c 1 d	60 d										
				Enalapril	Sol	5 mg	c 1 d	60 d										
	J20	Bronquitis aguda		Prednisona	Sol	10mg	c 1 d	7 d										
	H40			Timolol	Liq	2.5mg/ml	c 12 h	10 d	11	El paciente es de edad, y no puede valerse por sí mismo para administrarse sus medicamentos.	6	Se realizó una visita a un familiar suyo y se le explico de la problemática para que este pueda ayudarlo en su medicación.	8	1	1	0	El familiar del paciente no dispone de tiempo para velar por la salud del paciente.	
		Glaucoma																
	Cansancio		Tiamina	Sol	30mg	c 1 d	30 d											
20	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)		Captopril	Sol	75mg	c 1 d	60 d	16	El paciente no dispone de los medios económicos necesarios	1	Se le sustituyó el medicamento por uno genérico que	6	5	1	1		

										para adquirir sus medicamentos por el tiempo de tratamiento.		no le origine gastos.					
		Alergia		Hidroclorotiazida	Sol	25mg	c 12 h	60 d									
				Cetirizina	Sol	5mg	c 12 h	3 d									
21	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)		Hidroclorotiazida	Sol	25mg	c 1 d	30 d									
				Enalapril	Sol	2.5mg	c 1 d	30 d									
	F32	Episodio depresivo		Mirtazapina	Sol	45mg	c 1 d	60 d	2	El paciente está demasiado deprimido que quiere le da igual si toma sus medicamentos o no.	2	Se le realizó una visita de 4 días y se le explico mediante afiches la importancia de consumir su medicación para superar su depresión.	9	1	1	1	
		Mialgia		Raloxifeno	Sol	60mg	c 1 d	5 d									
				Anastrozol	Sol	1 mg	c 1 d	3 d									
22	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)		Valsartán	Sol	40mg	c 1 d	30 d									
				Atenolol	Sol	100mg	c 1 d	30 d									
	E10	Diabetes mellitus tipo 1		Insulina glargina	INY	300ui/ml	c 1 d	30 d	9	El paciente dejo de administrarse su medicamento, por que viaja mucho y	5	Se le visitó 3 días en su domicilio y se le recomendó llevar consigo sus medicamentos.	9	1	1	1	

									siente que no le alcanza el tiempo para inyectarse.									
E78.0	Hipercolesterolemia		Atorvastatina + Ezetimiba	Sol	20 + 10 mg	c 1 d	30 d											
	Alergia		Clorfenamina	Sol	4mg	c 8 h	5 d											
	Hinchazón de pies		Naproxeno sódico	Sol	275mg	c 6 h	6 d											
23	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)	Losartán	Sol	25mg	c 1 d	60 d											
			Espironolactona	Sol	25mg	c 1 d	60 d											
	M05	Artrosis reumática	Ibuprofeno	Sol	400mg	c 8 h	15 d	12	El paciente se siente estreñido, y le duele el estómago de vez en cuando.	2	Se le sustituyó el medicamento causante de sus síntomas	6	5	1	1			
			Naproxeno	Sol	550mg	c 8 h	15 d											
	N39.0	Infección de las vías urinarias, sin lugar especificación	Reflujo gastroesofágico	Trimetoprima + sulfametoxazol	Sol	80 + 400mg	c 12 h	7 d										
				Bicarbonato de sodio	Pol	200'mg	c 1 d	EV										
			Ácido acetil salicílico	Sol	1000mg	c 8 h	EV											
24	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)	Captopril	Sol	12.5 mg	c 12 h	60 d											
	K29	Gastritis	Omeprazol	Sol	20 mg	c 1 d	30 d	3	El paciente	5	Se le	8	1	1	1			

									conserva sus medicamentos con sus medicamento para la presión, y no logra diferenciar muy bien sus medicinas.		confeccionó una caja para que guarde sus medicamentos y que estos estén divididos para cada enfermedad que padece.					
		Nauseas		Subsalicilato de bismuto	Sol	250mg	c 12 h	EV								
25	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)		Amlodipino	Sol	10mg	c 1 d	30 d								
			Hidroclorotiazida	Sol	100mg	c 12 h	30 d									
	E78.0	Hipercolesterolemia		Fluvastatina	Sol	80mg	c 12 h	30 d								
		Resequedad de la piel		Fluconazol	Sol	150mg	c 1 mes	60 d	14	El paciente menciona que su vecina le informo que aplicarse el fluconazol de manera local, su medicamento será más eficaz.	3	Se le sustituyo el medicamento por un gel antimicótico.	6	1	1	1
26	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)		Valsartán	Sol	80mg	c 24h	30 d								
				Nifedipino	Sol	20mg	c 12 h	60 d	1	El paciente combina su medicamento	3	Se le educó al paciente sobre la forma	8	1	1	1

									con otras medicinas que no tienen nada que ver son su tratamiento.		correcta en que tiene que consumir sus medicamentos.						
	Cansancio	LAMB ERTS	Riboflavin a	Sol	50mg	c 24 h	90 d										
	Hinchazón de pies		Ácido acetil salicílico		500mg	c 6 h	30 d										
27	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)	Losartán	Sol	50 mg	c 24 h	60 d										
			Espironola ctona	Sol	25 mg	c 24 h	14 d										
	G43	Migraña		Ergotamina	Sol	100mg	c 8 h	3 d	9	El paciente no consumió su medicamento porque estaba por viajar a provincias.	3	Se le educó al paciente sobre el riesgo que conlleva no tomar sus medicamentos prescritos.	10	1	1	0	El paciente no dispone de tiempo porque viaja mucho y le cuesta comprar sus medicamento s.
		Resfriado		Paracetamo l + Clorhidrato de fenilefrina	Sol	500mg	c 8 h	7 d									
28	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)	Amlodipin o	Sol	10mg	c 24 h	30 d	1	El paciente combina su medicamento para la presión, con su medicamento para la artrosis.	5	Se le realizó 3 visitas y se le educó mediante papelografo sobre el no combinar sus medicamentos,	8	1	1	1		

											si su médico no se le recomendó.						
	M05	Artrosis reumática		Naproxeno	Sol	550mg	c 8 h	14 d									
		Cansancio		Riboflavina	Sol	50mg	c 24 h	60 d									
29	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)		Atenolol	Sol	100mg	c 24 h	30 d	3	El paciente guarda sus medicamentos abajo del colchón.	3	Se le confeccionó al paciente una caja para que guarde mejor sus medicamentos y que estos estén en un sitio estratégico.	8	1	0	0	El paciente sigue con la mala costumbre de votar sus medicamentos por toda la casa.
				Hidroclorotiazida	Sol	12.5mg	c 24 h	60 d									
		Alergia	Bisolgríp	Acetaminofen + fenilefrina + clorfenamina	Sol	512mg	c 12 h	EV									
30	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)		Losartán	Sol	50mg	c 24 h	60 d									
				Amlodipino	Sol	10mg	c 24 h	30 d									
	M05	Artrosis reumática	Burofen	Ibuprofeno	Sol	400mg	c 8 h	30 d	16	El paciente no tiene dinero para comprar todos sus medicamentos.	3	Se le sustituyó su medicamento por uno genérico	6	1	1	1	

	M81	Osteoporosis	Actron	Carbonato de calcio	Sol	1 sobre	c 24 h	EV									
		Fiebre		Diclofenaco	INY	75mg	c 24 h	EV									
					Metamizol sódico	INY	1mg/1ml	c 24 h	EV								
31	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)		Amlodipino + Valsartan	Sol	5mg + 80mg	c 24 h	30 d									
	F32	Episodio depresivo		Sertralina	Sol	50mg	c 24 h	14 d	12	El paciente presenta diarrea y dolor de cabeza.	4	Se le retiró el medicamento porque evidentemente estaba que le cause una reacción adversa.	5	5	1	1	
					Paroxetina	Sol	20mg	c 24 h	14 d								
		Resfriado		Paracetamol + Clorhidrato de fenilefrina	Sol	500mg	c 8 h	7 d									
32	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)			Sol	20 mg	c 12 h	30 d	2	El paciente tritura sus medicamentos porque tiene la creencia que se absorberán mejor.	3	Se le visitó al 5 veces al paciente y se le educó de forma verbal como debe de consumir sus medicamentos.	8	1	1	1	
					Nifedipino												
	K29	Gastritis		Lansoprazol	Sol	30 mg	c 24 h	30 d									

		Mialgia		Ketoprofen o	Sol	75 mg	c 8 h	EV										
		Problemas de audición		Vitamina E	Sol	200mg	c 24 h	EV										
					Complejo B	Sol	2mg	c 1 d	EV									
33	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)		Valsartán	Sol	80mg	c 24 h	30 d										
				Enalapril	Sol	5 mg	c 24 h	EV										
	E78.0	Hipercolesterole mia		Pravastatin a	Sol	10 mg	c 24 h	28 d										
	E10	Diabetes mellitus tipo I			Insulina glargina	INY	100 ui/ml x 10 ml	c 1 mes	30 d									
					Glimeperid a	Sol	1mg	c 24 h	7 d									
					Gabapentin a	Sol	300 mg	c 24 h	30 d									
	Resequedad de la piel			Jabon antiséptico	Sem	50000mg	EV	EV										
	Ansiedad			Escitalopra m	Sol	5mg	c 24 h	21 d	12	El paciente presenta sudoración, temblores y dolor de cabeza.	4	Se le retiró el medicamento porque le estaba causando un malestar	5	2	1	1		
34	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)		Amlodipin o + Valsartan	Sol	5mg + 80mg	c 24 h	30 d										
				Captopril	Sol	75mg	c 24 h	30 d										
	J20	Bronquitis aguda		Clorfenami na	Sol	4mg	c 8 h	7 d	9	El paciente en el instante en que se sintió mejor dejó de tomar sus medicamentos.	3	Se le sugirió que termine su tratamiento porque de lo contrario surgiría un	10	1	1	1		

		Alergia		Cetirizina		10 mg	c 12 h	5 d									
		Ansiedad		Venlafaxina	Sol	75 mg	c 24 h	14 d									
37	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)		Amlodipino + Valsartan	Sol	5mg + 80mg	c 24 h	30 d									
	E78.0	Hipercolesterolemia		Atorvastatina	Sol	10 mg	c 24 h	EV	12	El paciente presenta dolores de las articulaciones y en sus extremidades.	4	Se le sustituyo el medicamento porque estaba haciendo reacción	6	5	1	1	
		Cansancio		Vitamina A	Sol	50.000UI	c 24 h	14 d									
38	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)		Captopril	Sol	25 mg	c 12 h	c 30 d	3	El paciente tiene sus medicamentos encima del inodoro.	3	Se le visitó 3 veces a su domicilio y se le aconsejo guardar mejor sus medicamentos en una vitrina.	10	1	1	1	
				Nifedipino	Sol	20 mg	c 8 h	30 d									
	K29	Gastritis		Subsalicilato de bismuto	Sol	524mg	c 12 h	15 d									
		Fiebre		Paracetamol	Sol	500mg	c 8 h	4 d									
39	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)		Enalapril	Sol	5 mg	c 1d	30 d									
	N39.0	Infección de las vías urinarias, sin lugar		Gentamicina	Sol	1 mg/kg	c 12 h	30 d	12	El paciente se siente deprimido y	4	Se le retiró el medicamento para que no le	5	5	1	1	

		especificación								confundido.		cause daño.					
	M05	Artrosis reumática		Ibuprofeno	Sol	400mg	c 8 h	EV									
		Fiebre		Claritromicina	Sol	250 mg	c 12 h	14 d									
40	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)		Losartán	Sol	50 mg	c 24 h	60 d	9	El paciente suele tomar sus medicamentos dejando dos 2 días, y eso que su prescripción es para 2 meses.	3	Se le recomendó al paciente consumir sus medicamentos de forma diaria para que no le dé un ataque.	10	1	1	1	
				Atenolol	Sol	50 mg	c 24 h	30 d									
	J20	Bronquitis aguda		Clorfenamina	Sol	8mg	c 8 h	7 d									
	H40	Glaucoma		Retinol	Sol	50.000UI	c 24 h	90 d									
		Reflujo gastroesofágico		Ácido acetil salicílico	Sol	100 mg	c 24h	20 d									
41	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)		Losartán	Sol	50 mg	c 24 h	30 d									
				Nifedipino	Sol	20 mg	c 8 h	30 d									
	F32	Episodio depresivo	Arapax el	Paroxetina	Sol	20 mg	c 24 h	21 d	16	El paciente trabaja en el campo y no tiene los medios para comprar sus medicinas.	1	Se le sugirió adquirir medicamentos genéricos para que no le afecte demasiado su economía.	10	1	1	1	

		Cansancio		Vitamina C	Sol	1000mg	c 1 d	10 d										
		Ansiedad		Duloxetina	Sol	30 mg	c 1 d	30 d										
42	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)		Atenolol	Sol	100mg	c 1 d	30 d										
				Espironolactona	Sol	25 mg	c 1 d	14 d										
	K25	Úlcera gástrica	Nedox	Esomeprazol	Sol	20 mg	c 1 d	60 d	9	El paciente no toma sus medicamentos porque tiene la convicción de sentirse mejor.	3	Se le recomendó cumplir con su tratamiento para evitar efectos indeseados	10	1	1	1		
	N39.0	Infección de las vías urinarias, sin lugar especificación		Gentamicina	Sol	1mg/kg	c 12 h	14 d										
				Ceftriaxona	Polv	1000mg	c 24 h	EV										
		Fiebre		Paracetamol	Sol	1g	c 8 h	EV										
43	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)		Amlodipino + Valsartan	Sol	5mg + 80mg	c 24 h	30 d	2	El paciente regala sus medicamentos a sus vecinos en vez de consumirlos.	3	Se le visitó al paciente 3 veces y se le educó la importancia de tomar sus medicamentos y no regalarlos.	8	1	1	0	El paciente es muy apegado a sus vecinos por lo que, sigue dándoles medicamentos que le recetan.	
	K25	Úlcera gástrica		Pantoprazol	Sol	40 mg	c 12 h	30 d										
		Dolor de espalda		Orfenadrina	Sol	100 mg	c 12 h	7 d										
44	I10	Hipertensión		Losartán	Sol	50 mg	c 24 h	30 d										

		arterial esencial (primaria)		Nifedipino	Sol	10 mg	c 8 h	30 d								
		Dolor de espalda		Naproxeno + carisoprodo	Sol	250 + 200mg	c 12 h	7 d	13	El paciente presenta mucho dolor por lo que se auto médica.	4	Se le recomendó añadir un medicamento gastroprotector para que no le afecte a sus órganos gástricos.	4	1	1	1
45	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)		Amlodipino + Valsartan	Sol	5mg + 80mg	c 24 h	30 d								
	M81	Osteoporosis		Carbonato de calcio	Polv	1 sobre	c 24 h	15 d	9	El paciente da prioridad a tomar sus medicamentos para la presión, en vez de consumirlo tal y como lo recetó el médico.	1	Se le visitó a su domicilio 4 veces y se le educó mediante fichas educativas, para que siga con su tratamiento.	8	1	1	1
		Mialgia		Ketoprofeno	Sol	200 mg	c 24 h	3 d								
				Ibuprofeno	Sol	400 mg	c 8 h	EV								
46	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)		Enalapril	Sol	5 mg	c 1 d	30 d								
				Losartán	Sol	50mg	c 24 h	60 d								
	N39.0	Infección de las vías urinarias, sin lugar especificación		Trimetoprima + sulfametoxazol	Sol	80 + 400mg	c 12 h	7 d	9	El paciente no tomó sus medicamentos por el lapso de tiempo	3	Se le recomendó cumplir con su tratamiento para evitar	10	1	1	1

									establecido.		efectos indeseados					
	Fiebre		Cloranfenicol	Liq	12.5 mg/kg	c 6 h	7 d									
	Dolor de espalda		Orfenadrina	Sol	100 mg	c 12 h	7 d									
47	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)	Captopril	Sol	50 mg	c 1 d	30 d	1	El paciente toma sus medicamentos con infusiones de manzanilla.	5	Se le recomendó tomar sus medicamentos con agua pura, porque las infusiones pueden causar interacción.	10	1	1	1	
			Losartán	Sol	50 mg	c 24 h	60 d									
	E78.0	Hipercolesterolemia	Pravastatina	Sol	10 mg	c 24 h	30 d									
	Mialgia		Raloxifeno	Sol	60 mg	c 1 d	EV									
48	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)	Ácido acetil salicílico	Sol	100 mg	c 24 h	15 d									
	M05	Artrosis reumática	Naproxeno	Sol	550mg	c 8 h	EV	12	El paciente presenta dolor epigástrico y diarrea.	4	Se le cambió la medicina por uno menos gastrolesivo.	6	5	1	1	
	M81	Osteoporosis	Diclofenaco	Sol	100 mg	c 8 h	7 d									
			Carbonato de calcio	Polv	1 sobre	c 24 h	30 d									
	Cansancio		Vitamina A	Sol	50.000UI	C 24 H	60 d									
I10	Hipertensión arterial esencial		Amlodipino +	Sol	5mg + 80mg	c 24 h	30 d									

	(primaria)		Valsartan													
K29	Gastritis	Gastropax	Omeprazol	Sol	20 mg	c 12 h	30 d	16	El paciente solo tiene medios económicos para comprar sus medicamentos para la presión.	3	Se le aconsejo comprar sus medicamentos en presentaciones genéricas.	10	1	1	1	
H40	Glaucoma		Timolol	Liq	2.5mg/ml	c 12 h	30 d									
			Retinol	Sol	50.000UI	c 1 d	60 d									
	Fiebre		Metamizol sódico	Liq	1mg/ml	c 24 h	EV									
I10	Hipertensión arterial esencial		Ácido acetil salicílico	Sol	100mg	c 1 d	20 d	2	El paciente tritura sus medicamentos y los toma en infusiones de té.	5	Se realizó una visita guiada y se le explico mediante afiches y papelografos, sobre el modo correcto de uso de estos medicamentos.	8	1	1	1	
			Losartán	Sol	50mg	c 24 h	60 d	9	El paciente consume sus medicamentos en intervalos de 1 a 2 días.	3	Se le educó al paciente de forma verbal para que cumpla con su medicación.	8	1	1	1	
	Alergia		Acetamino fén + fenilefrina +	Sol	500mg + 5 mg + 2 mg	c 6 h	EV									

			clorfenami na														
	Dolor de espalda		Orfenadrin a	Sol	100 mg	c 12 h	14 d										

Nota: Elaboración propia, los datos del cuadro fueron extraídos de las entrevistas proporcionadas por los 50 pacientes hipertensos . Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10); Denominación Común Internacional (DCI); Forma de Presentación (FP): Solido(Sol);Semisólida (Sem);Líquido(Liq); Inyectables (INY); Polvos (Pol). Código de Problemas Relacionados con Medicamentos (Cód. PRM);Resultados Negativos de la Medicación (RNM).

9.7. INTERVENCIÓN DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO POR PARTE DEL INVESTIGADOR.



Figura 21. Captación del paciente desde el establecimiento farmacéutico “Mifarma” N°63.



Figura 22. Realización del Seguimiento Farmacoterapéutico al paciente hipertenso en su domicilio.