

**ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES DE ALTA EN
MEDICINA INTERNA PARA REDUCIR REINGRESOS EN EL
HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL
ALCIDES CARRIÓN-HUANCAYO**

UNIVERSIDAD PRIVADA DE HUANCAYO FRANKLIN ROOSEVELT
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE CIENCIAS FARMACÉUTICAS Y
BIOQUÍMICA



TESIS

ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES DE
ALTA EN MEDICINA INTERNA PARA REDUCIR
REINGRESOS EN EL HOSPITAL DOCENTE
CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES
CARRIÓN-HUANCAYO

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

QUÍMICO FARMACÉUTICO

Presentado por:

ROSA ISABEL RAMOS SOTO
ANA MELVA GALA HILARIO

HUANCAYO-PERÚ

2017

ASESORA

Mg. Q.F. Vilma Amparo Junchaya Yllescas

JURADOS

PRESIDENTE:

Dra.Qf. Diana Esmeralda Andamayo Flores

MIEMBRO SECRETARIA:

Mg.Qf. Martha Raquel Valderrama Sueldo

MIEMBRO VOCAL:

Mg.Qf. Ivar Jines Lavado Morales

MIEMBRO SUPLENTE:

Mg. Javier Eduardo Curo Yllaconsa

A DIOS,

Por darnos la fuerza para seguir
esforzándonos y darnos la seguridad de
afrontar cada día los obstáculos de la vida.

A LOS MÍOS:

A nuestros padres, los seres
sublimes que nos ha dado Dios, que
con su sencillez y humildad supieron
ser los verdaderos forjadores de
nuestra superación y los que
alimentan nuestra vocación al
servicio de los demás.

AGRADECIMIENTO

A Dios Padre Eterno, a nuestros padres; quien nos alentó, impulso y apoyo en la elaboración del presente trabajo de investigación, mi eterno agradecimiento.

Agradezco al asesor Mg. Q.F. Vilma Amparo Junchaya Yllescas, por la colaboración prestada en el diseño y elaboración de la presente investigación.

Agradezco al Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión”, en especial al área de farmacia, a la Qf. Irma Rivera Ríos por el apoyo incondicional, el cual ha contribuido al análisis del presente trabajo de investigación.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
ÍNDICE	i
RESUMEN	iv
SUMMARY	v
INTRODUCCIÓN	vi

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema	2
1.3 Objetivos de la investigación	3
1.4 Justificación de la investigación	4
1.5 Limitacion de la Investigacion	4

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación	5
2.1.1 Antecedentes internacionales	5
2.2 Bases teóricas de la investigación	13
2.2.1 Atención Farmacéutica	13
2.2.2 Alta Hospitalaria	16
2.3. Marco Conceptual	17
2.4 Hipótesis de la Investigación	17
2.5. Variables	19

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Método de investigación	21
3.2 Tipo y nivel de investigación	21
3.2.1 Nivel de investigación	21
3.3 Diseño de la investigación	21
3.4 Población de estudio	22
3.5 Muestra de la investigación	22

3.6 Técnicas e instrumentos de la investigación	24
3.7 Técnicas de procesamiento de la investigación	26

CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

RESULTADOS	27
------------	----

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

DISCUSION DE RESULTADOS	37
-------------------------	----

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

CONCLUSIONES	41
--------------	----

CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES	43
-----------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	44
----------------------------	----

ANEXOS	46
--------	----

Anexo 1: Operacionalización de variables

Anexo 2: Validación de expertos

Anexo 3: Ficha de Intervención Farmacéutica

Anexo 4: Ficha de Atención Farmacéutica

Anexo 5: Fotos

TENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES DE ALTA EN MEDICINA INTERNA PARA REDUCIR REINGRESOS EN EL HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN-HUANCAYO

RESUMEN

La tasa de reingreso puede ser un índice de calidad asistencial, estando influenciada por múltiples factores ya sea clínicos, derivados del hospital y del propio paciente. Por ello el **OBJETIVO** fue Aplicar la Atención Farmacéutica a Pacientes de Alta en el Área de medicina interna del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión-Huancayo. Empleándose como **METODOLOGÍA** un estudio de nivel aplicada, de tipo explicativo y diseño cuasiexperimental, realizada en una **MUESTRA** de dos grupos uno experimento(GE) y otro grupo control(GC), donde el grupo experimento recibió la intervención farmacéutica(IF); obteniéndose como **RESULTADOS** que los medicamentos terapéuticos prescritos en el alta hospitalaria fueron Losartan en 38%(11), Metformina 28% (8), Acetilcisteína 17%(5), mientras que en el grupo control se ubican Losartan 34%(10), Insulina 28% (8) , Acetilcisteína 17%(5); cumpliéndose 88 (IF) al grupo experimento, en 60% (53) llamadas telefónicas, entrevista al alta hospitalaria 33% (29) y en tercer lugar con visita domiciliaria 7% (6). Además en 31%(9) se ocasionaron reingresos hospitalarios como (GC) a diferencia que en el (GE) fue en 3% (1), siendo los motivos 10% (3) no adherencia al tratamiento , con complicación de patología 7% (2), no respondieron al tratamiento y 3% (1) por presentar RAM. **CONCLUYÉNDOSE** que la Atención Farmacéutica aplicada contribuye en 97% (28) de los casos estudiados, al comprender la información recibida del tratamiento farmacológico, no reingresar al hospital en el grupo experimento, a diferencia que en el grupo control si reingresaron en un 31%(9), de los que no recibieron información del farmacéutico.

Palabras claves: Pacientes, Alta hospitalaria, Atención Farmacéutica.

**PHARMACEUTICAL CARE FOR DISCHARGED PATIENTS IN INTERNAL
MEDICINE TO REDUCE RE-ENTRIES IN THE DOCENTE CLINICO
QUIRURJICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN-HUANCAYO HOSPITAL**

SUMMARY

The re-entry rate can be an index of quality of care, being influenced by multiple factors, whether clinical, hospital and patient. Therefore, the **OBJECTIVE** was to Apply Pharmaceutical Care to High Patients in the Internal Medicine Area of the Docente Clinico Quirurjico Daniel Alcides Carrión-Huancayo Hospital. Using as **METHODOLOGY** a study of applied level, of explanatory type and quasi-experimental design, performed in a **SAMPLE** of two groups, one experiment group (EG) and another control group (CG), where the experiment group received the pharmaceutical intervention (PI); Getting as **RESULTS** that the therapeutic drugs prescribed at hospital discharge were Losartan in 38% (11), Metformin 28% (8), Acetylcysteine 17% (5), whereas Losartan 34% (10) was found in the control group, Insulin 28% (8), Acetylcysteine 17% (5); with 88 (PI) in the experiment group, 60% (53) telephone calls, hospital discharge 33% (29) and third with home visit 7% (6). In addition, in 31% (9), hospital readmissions were made as (CG), whereas in the (EG) it was 3% (1), the reasons being 10% (3) non - adherence to treatment, with complication of pathology 7% (2), did not respond to treatment and 3% (1) because of ADR. **CONCLUDING** that Applied Pharmaceutical Care contributes in 97% (28) of the cases studied, in understanding the information received from the pharmacological treatment, not reentering the hospital in the experimental group, unlike in the control group if they reentered in 31% (9), of whom did not receive information from the pharmacist.

Key words: Patients, Discharge, Pharmaceutical Care.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud alerta que en los países desarrollados la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes con enfermedades crónicas es de solo el 50% (1). El incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes, está en el origen de complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad, reduce la calidad de vida, aumenta la probabilidad de aparición de resistencia a los fármacos y desperdicia recursos asistenciales (1).

Es una labor muy importante educar e incitar al auto cuidado de nuestros pacientes en su hogar, es decir cumplir un plan que se realiza con el fin de prevenir infecciones, agravamiento de la patología, cuidados de la patología etc. (2) Además la tasa de reingreso puede ser un índice de calidad asistencial, estando influenciada por múltiples factores clínicos, derivados del hospital y del propio paciente (3) En ese sentido el objetivo de esta investigación será Aplicar la Atención Farmacéutica a Pacientes de Alta en Medicina Interna del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión-Huancayo. En consecuencia para el cumplimiento de este estudio se revisaron diferentes fuentes de información impresa y digital, datos que una vez procesados y analizados fueron establecidos en capítulos: Capítulo I, que involucra el resumen, introducción y objetivos, Capítulo II, contiene el marco teórico, así como los antecedentes que muestra el estudio y las teorías a las que se ajusta, Capítulo III, incluye el marco metodológico, la población y muestra con la que se trabajó, así mismo

las técnicas e instrumentos de recolección de datos, Capítulo IV considera los resultados del trabajo de investigación, Capítulo V, establece el análisis o discusión de los resultados, Capítulo VI involucra las conclusiones, Capítulo VII, las recomendaciones, Capítulo VIII las referencias bibliográficas y Capítulo IX los anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del Problema

Los reingresos hospitalarios son un importante reflejo de la complejidad tanto de las relaciones entre los distintos niveles asistenciales como de la atención a personas. Por ello un ingreso hospitalario en estas personas es un factor de riesgo de calidad de vida.⁴ Si bien es cierto los reingresos han sido estudiados en las últimas décadas bajo diferentes perspectivas, no queda claro todavía hasta qué punto reflejan problemas de calidad asistencial, que podrían ser susceptibles de mejora, o están fundamentalmente relacionados con características propias de los pacientes.^{5,6}

Generalmente los reingresos hospitalarios se producen por el incumplimiento del tratamiento y siendo la principal causa para no obtener todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes, encontrando su origen en las complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad, reducir la calidad de vida, aumentar la probabilidad de aparición de resistencia a los fármacos y desperdicio de recursos asistenciales.^{7,8}

Situación que no es ajena los usuarios del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, que ante una salida de alta frente en diferentes situaciones de salud y por los escasos recursos humanos en este nosocomio, no existe profesionales de farmacia que brinden la consejería que corresponde para indicar al paciente sobre la importancia del cumplimiento de tratamiento entregado por el médico ante un alta. Lo

que de una u otra manera contribuye a los reingresos del usuario poniendo en riesgo su salud y gasto innecesario por este hospital, surgiendo la necesidad que se implemente programas de Atención farmacéutica para brindar información sobre el medicamento y estilos de vida para alcanzar definitivamente su recuperación.

Por ello la Atención Farmacéutica es la respuesta sanitaria a la necesidad social que permite ayudar a los pacientes para obtener el máximo beneficio de sus medicamentos.⁹ De allí la importancia de esta investigación donde el químico farmacéutico siendo responsable de la provisión de la farmacoterapia del paciente, puede intervenir en el seguimiento de los pacientes de alta.

1.2 Formulación del Problema

¿Cómo la Atención farmacéutica a pacientes de alta en medicina interna permitirá reducir reingresos en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión-Huancayo?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

Aplicar la Atención Farmacéutica a pacientes de alta en medicina interna del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión-Huancayo

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Determinar la cantidad de pacientes de Medicina Interna que reciben alta hospitalaria del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión-Huancayo según sexo, edad y diagnóstico en el grupo experimento y control.
2. Determinar los medicamentos terapéuticos prescritos en el alta hospitalaria del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión-Huancayo en el grupo experimento y control.
3. Realizar la intervención farmacéutica en pacientes del grupo experimento, ya sea al alta hospitalaria, visita domiciliaria o llamada telefónica para informar sobre el tratamiento farmacológico, en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión.
4. Comparar el número de reingresos hospitalarios y los motivos de reingreso en pacientes de alta del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, tanto en el grupo experimento y control.

1.4 Justificación de la Investigación

Para obtener la máxima eficacia del tratamiento es importante que el paciente esté en todo momento informado acerca de los medicamentos que toma y sea consciente de sus problemas de salud. La decisión de tomar o no un medicamento es una decisión individual que se toma en relación con las creencias que se tienen sobre la enfermedad o la medicación; por lo que, no existiendo un programa de Atención Farmacéutica en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, se corre el riesgo que reingresen los pacientes por alguna alteración o complicaciones en la mejora de salud conllevando a mayor gasto económico.

1.5. Limitación de la Investigación

- El presente estudio de investigación se recopilaría los datos en Mayo, Junio y Julio del presente año, supeditado a que los pacientes reingresen, acepten formar parte del programa de Atención Farmacéutica.
- Disponibilidad de un espacio para implementar el consultorio farmacéutico.
- Existe escasa información sobre trabajo de Atención Farmacéutica en pacientes de alta hospitalizada.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Sánchez S. et al (2011), en el estudio Intervención farmacéutica al alta hospitalaria para reforzar la comprensión y cumplimiento del tratamiento farmacológico, encontraron como resultado que la intervención del farmacéutico al alta hospitalaria ha conseguido que el número de pacientes que reingresaron en el hospital al mes del alta hospitalaria fue de 3 (7,3%) en el grupo intervención y 10 (24,4%) en el grupo control ($p < 0,05$) y a los dos meses los reingresos fueron 3 (7,2%) y 13 (31,7%), respectivamente ($p < 0,01$). Sobre las discrepancias que afectan en mayor medida a fármacos prescritos se encuentran los antihipertensivos 16,6% (N = 12), inhaladores 18% (N = 13), hipolipidemiantes 11% (N = 8), antiulcerosos 8,5% (N = 6), suplementos minerales 9,7% (N = 7), entre otros. Conclusiones: La intervención del farmacéutico al alta hospitalaria ha conseguido que aumente el porcentaje de pacientes que comprenden y toman su medicación correctamente conforme la prescripción médica, y se ha observado una reducción de los reingresos hospitalarios de los pacientes del grupo intervención.¹⁰

López C. et al (2006), en el trabajo titulado: Ensayo clínico aleatorizado de un programa de atención farmacéutica al alta frente a seguimiento habitual en pacientes con insuficiencia cardíaca. Objetivo Valorar la eficacia de una intervención educativa multifactorial realizada por un farmacéutico en pacientes con insuficiencia cardíaca

(IC). La metodología utilizada fue el Ensayo clínico aleatorizado, prospectivo, abierto, en pacientes ingresados por IC. Los pacientes asignados al grupo intervención recibieron información sobre la enfermedad, el tratamiento farmacológico, educación dietética y seguimiento telefónico activo. Se realizaron visitas a los 2, 6 y 12 meses. Se evaluaron los reingresos hospitalarios, días de hospitalización, cumplimiento terapéutico, satisfacción con la atención recibida y calidad de vida (EuroQol); se realizó un estudio económico para valorar el posible impacto del programa. La intervención la efectuó el servicio de farmacia en coordinación con la unidad de cardiología. Los resultados encontrados fueron que al haberse incluido 134 pacientes, de edad media 75 años, nivel de estudios bajo. Los pacientes del grupo intervención presentaron un mayor nivel de adherencia al tratamiento que los pacientes del grupo control. A los 12 meses de seguimiento, los pacientes del grupo intervención reingresaron un 32,9% menos que los del grupo control. El análisis económico evidenció un ahorro en gastos hospitalarios de 578 por paciente favorable al grupo intervención. Concluyéndose que la atención farmacéutica al alta hospitalaria permite reducir el número de reingresos en pacientes con insuficiencia cardiaca, los días totales de hospitalización y mejora la adherencia al tratamiento sin aumentar los costos de la atención.¹¹

Alonso JL. Et al (2001) con la investigación titulada Reingreso hospitalario en Medicina Interna, siendo su objetivo analizar el reingreso en un área clínica de medicina interna de un hospital de tercer nivel. Su metodología que durante 11 meses de 1998 se registró según un cuestionario estructurado, los reingresos (R) (ingreso en los últimos 5 años) de todos los pacientes ingresados en un área clínica de 8 camas,

contabilizando número de ingresos, tiempo hasta el reingreso, área de procedencia (rural, urbana), médico de atención primaria (médico general, especialista en medicina de familia), modo de vida (sólo, familia, residencia, sin techo).

Se observa la causa desencadenante del R y la enfermedad causante, clasificándose a los reingresos relacionado (RR) (reingreso por la misma enfermedad o complicación de la misma), multingreso (MR) (reingreso de una misma patología atendida en diferentes servicios del hospital), reingreso evitable (RE) (aquel reingreso que no cumple criterios AEP), y reingreso temprano (RT) (reingreso antes de los 30 días tras el alta). Obteniéndose como resultados que de un total de 312 pacientes (edad media $67,93 \pm 15,5$, 64% varones, estancia media $7,75 \pm 4,35$ días, ingresos urgente 93%, tasa de mortalidad 3,52%). Fueron R 111 (35,5%), RR 83 (26% del total y 75% de R), MR 68 (61,2 de R y 82% de RR), RT 33 (39,7% de RR) y 16 RE (19% de RR). No hubo diferencias en edades, sexo ni estancia media.

Concluyéndose que la tasa de reingreso verdadero es de 26%, siendo la insuficiencia cardiaca y las enfermedades respiratorias crónicas las principales enfermedades, con tendencia a ocurrir más en mujeres.¹²

Cordero A. et al (2011), con la Investigación Mortalidad a largo plazo y reingreso hospitalario tras infarto agudo de miocardio, un estudio de seguimiento de ocho años; siendo la metodología utilizada un estudio observacional llevado a cabo en España. Los datos se obtuvieron de la Base de Datos Administrativa de Altas Hospitalarias para el

periodo comprendido entre 2000 y 2007, ambos inclusive, donde se analizaron la frecuencia y la duración de los reingresos mediante regresión logística y con el modelo de supervivencia de Wang. La mortalidad se analizó mediante una regresión logística. Siendo los resultados las tasas de reingreso en el 50% en los pacientes de menos de 45 años y del 38% en los de más de 75 años ($p < 0,001$). Los varones reingresaron con mayor frecuencia que las mujeres durante todo el periodo de seguimiento. Concluyéndose que los reingresos hospitalarios a medio plazo son muy frecuentes en los pacientes que sobreviven a un infarto agudo de miocardio. ¹³

Diz MT. Et al (2002) con la investigación titulada Factores predictores de reingreso hospitalario no planificado en pacientes dados de alta de una Unidad de Corta Estancia Médica; cuyo objetivo fue Determinar los factores independientes que predicen el reingreso hospitalario no planificado de pacientes que ingresan en una Unidad de Corta Estancia Médica (UCEM). Empleándose como metodología un diseño y ámbito del estudio: Cohorte prospectiva en un área sanitaria: 500000 habitantes, siendo la muestra los Pacientes que sobrevivieron a un ingreso hospitalario en la UCEM ($n=196$, $\alpha=0,05$, $d=7$). Mediciones o intervenciones: De cada paciente se estudiaron variables demográficas, situación social, ingresos en los 3 años previos y días de hospitalización de año anterior al ingreso.

Resultados: La mediana de la edad fue 72 años y el 60,2% varones, además un 75% tenían sólo estudios primarios; el 40% eran solteros, separados o viudos; vivían solos el 12% y en asilos el 1,5%; siendo los principales motivos de ingreso la enfermedad

pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), cardiopatía isquémica (C.Isq), arritmia cardíaca, enfermedad cerebrovascular aguda (ECVA), neumonía y asma. Concluyéndose que los factores que se asocian a estos reingresos, ya sean a los 10 días, 28 días o 3 meses, son los pacientes con enfermedades crónicas (ICC, EPOC) con constante necesidad de cuidados hospitalarios, peor recuperación y mayor convalecencia.¹⁴

Martina MT. et al (2001), en el estudio Problemas relacionados con la medicación como causa del ingreso hospitalario. Siendo el objetivo identificar y caracterizar los problemas relacionados con la medicación (reacciones adversas, fracasos terapéuticos relacionados con la dosis e intoxicaciones) que provocan ingresos en el Hospital Clínic de Barcelona, a través del servicio de urgencias; conocer qué tipo de medicamentos se ve implicado con más frecuencia; identificar los factores que predisponen al ingreso hospitalario por problemas relacionados con la medicación y evaluar cuántos de estos ingresos se podrían haber evitado. Teniendo como metodología un estudio de carácter prospectivo y se ha realizado durante los meses comprendidos entre agosto y noviembre de 1999 y entre enero y mayo de 2000. Durante estos períodos se han obtenido un total de 1.800 ingresos correspondientes a 1.663 pacientes.

Los resultados fueron un número de ingresos debidos a problemas relacionados con la medicación, incluyendo los casos definitivos, probables y posibles, ha sido de 215 (11,9%). De estos casos, 108 (50,2%) han correspondido a efectos adversos, 100 (46,5%) a fracasos terapéuticos relacionados con la dosis (fundamentalmente mal

cumplimiento) y siete (3,3%) a intoxicaciones. La mayoría de los ingresos evitables son debidos al mal cumplimiento, seguidos de ausencia de profilaxis y monitorización o seguimiento inapropiado. Concluyéndose que el número de ingresos debidos a problemas relacionados con la medicación es elevado y en muchos casos se podrían haber evitado. Demostraron que el número de ingresos debidos a problemas relacionados con la medicación es elevado y en muchos casos se podrían haber evitado.

15

Delgado O. et al (2009), con el trabajo Errores de conciliación en el ingreso y en el alta hospitalaria en pacientes. El objetivo del estudio es conocer la incidencia de los errores de conciliación en el ingreso y en el alta hospitalaria en pacientes ancianos polimedicados así como los factores de riesgo asociados. Siendo la metodología un estudio prospectivo aleatorizado y multicéntrico en el ingreso o en el alta hospitalaria. Resultado: Se incluyeron 603 pacientes, de los cuales 318 (52,7%) presentaron al menos un error de conciliación. De las 3.991 prescripciones, 2.340 prescripciones (59%) no mostraron discrepancias, mientras que 970 prescripciones (24%) fueron discrepancias justificadas y 644 prescripciones (16%) fueron discrepancias no justificadas; en 37 prescripciones (1%) no fue posible determinarlo. Concluyéndose que la conciliación de la medicación debe ser un objetivo estratégico para mejorar la seguridad de los pacientes. ¹⁶

Gorgas MQ. et al (2003), con la investigación Atención farmacéutica en los problemas relacionados con los medicamentos en enfermos hospitalizados, Objetivo: Valorar la

prevalencia de PRMs en enfermos hospitalizados y los resultados clínicos de la intervención farmacéutica realizada. Siendo la metodología un estudio aplicado durante 6 meses, en el Hospital Comarcal de Sant Bernabé, se registraron y clasificaron los PRMs detectados y se determinó su gravedad, donde la intervención farmacéutica se evaluó mediante dos códigos; impacto y significación clínica, además que las intervenciones se reevaluaron por otro farmacéutico y un médico y se calculó el grado de concordancia. Siendo los resultados que la prevalencia de pacientes hospitalizados con PRM fue del 10,8%. Se detectaron 425 PRMs, con una media de 1,51 PRM/paciente. El mayor porcentaje fueron medicamentos inadecuados (26%), sobredosificaciones (22%) e infradosificaciones (22%). Los principales medicamentos implicados fueron antiinfecciosos (21,6%), antiulcerosos (21,8%), y analgésicos-antiinflamatorios (8,1%). Concluyéndose que la atención farmacéutica permite prevenir y resolver PRMs. La validación de la metodología da seguridad para utilizarla en la práctica diaria.¹⁷

Así también **Bernández C. et al (2011)**, en el trabajo Atención Farmacéutica Domiciliaria, encontraron como resultado que la asistencia farmacéutica incluyó la revisión, in situ y a fondo, del botiquín de las pacientes, adecuándolo periódicamente a sus necesidades e incorporando medicamentos y material sanitario a propuestas de la farmacéutica comunitaria. Además las ventajas experimentadas sugieren que si el farmacéutico estuviera incluido en los equipos de asistencia domiciliaria, se conseguiría más calidad asistencial y se abrirían nuevos campos para el desarrollo profesional.¹⁸

Madidrejos R. (2007), en el trabajo Los consejos telefónicos realizados por el farmacéutico para mejorar el cumplimiento terapéutico se asocian con una reducción de la mortalidad en pacientes polimedicados, encontraron como resultado Los pacientes que eran cumplidores en la visita de aleatorización y que fueron asignados al grupo control no presentaron diferencias con los no cumplidores del grupo intervención. Los pacientes no cumplidores en la visita de aleatorización y que formaron parte del grupo control presentaron la mayor tasa de mortalidad. Después de ajustar los resultados según los posibles factores de confusión, la intervención se asoció con un 41% de reducción del riesgo relativo de mortalidad total y el número necesario a tratar para prevenir una muerte fue de 16. La utilización de recursos sanitarios fue superior en el grupo control. Concluyéndose que la intervención telefónica mejoró el cumplimiento, disminuyó la mortalidad y la utilización de recursos sanitarios. ¹⁹

Caballero A. et al (2016) con el trabajo Frecuencia de reingresos hospitalarios y factores asociados en afiliados a una administradora de servicios de salud en Colombia, encontraron como resultado que uno de cada 10 pacientes que egresan de nuestros hospitales y clínicas reingresan a los 30 días, con mortalidad y estancia mayor, comparadas con el grupo que no reingresa, y consumo del 16% de los costos globales de la atención hospitalaria; que el mayor número de reingresos correspondió a los pacientes que ingresaron por urgencias, sin embargo, los pacientes remitidos de otras instituciones, tienen el mayor riesgo de reingreso, al igual que los hombres y los mayores de 65 años; siendo los motivos de reingresos hospitalarios fueron la calidad

del proceso de atención, programas de seguimiento post-egreso, apoyo social y familiar.²⁰

2.2 Bases Teóricas de la Investigación

2.2.1. Atención Farmacéutica

1. Concepto

La atención farmacéutica (AF, en lo sucesivo) tiene una historia relativamente corta, ya que es en el año 1990 y en EEUU cuando Hepler y Strand acuñan el término AF (quizás desafortunada traducción de los términos “pharmaceutical care”, “como la provisión responsable de la farmacoterapia con el propósito de alcanzar unos resultados concretos que mejoren la calidad de vida de cada paciente”).⁹

2. Acciones de la Atención Farmacéutica

Según la OMS, las acciones de la AF al paciente incluyen, entre otras, la identificación, evaluación y valoración de los problemas relacionados con los medicamentos (PRM), de los síntomas descritos por los pacientes y de las dolencias autodiagnosticadas, y decidir si procede la acción del farmacéutico o si se necesita la colaboración de otros profesionales de la salud, así como iniciar o modificar tratamientos, decidir la acción en colaboración, la preparación y suministro de los medicamentos, el establecimiento de las metas del tratamiento, la puesta en marcha de planes de educación y asesoramiento y la vigilancia de los resultados terapéuticos. Uno de los aspectos clave de la AF se centra en la identificación, evaluación y valoración de los denominados

PRM, que incluyen los efectos indeseados de los medicamentos, las interacciones, la utilización “inadecuada” de los mismos o el incumplimiento terapéutico.

El Segundo Consenso de Granada sobre PRM (8) los define como problemas de salud, entendidos como resultados clínicos negativos, derivados de la farmacoterapia que, producidos por diversas causas, conducen a la no consecución del objetivo terapéutico o a la aparición de efectos no deseados y establece seis tipos.¹⁰

1) PRM 1: el paciente sufre un problema de salud consecuencia de no recibir una medicación que necesita.

2) PRM 2: el paciente sufre un problema de salud consecuencia de recibir un medicamento que no necesita.

3) PRM 3: el paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad no cuantitativa de la medicación.

4) PRM 4: el paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad cuantitativa de la medicación.

5) PRM 5: el paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad no cuantitativa de un medicamento.

6) PRM 6: el paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad cuantitativa de un medicamento.

3. El proyecto de Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios.

Este proyecto establece en su artículo 83, que “en las oficinas de farmacia, los farmacéuticos, como responsables de la dispensación de medicamentos a los ciudadanos, velarán por el cumplimiento de las pautas establecidas por el médico responsable del paciente en la prescripción, y cooperarán con él en el seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de atención farmacéutica, contribuyendo a asegurar su eficacia y seguridad”. Sin embargo, hasta ahora la AF no ha podido demostrar sus invocadas virtudes, como han puesto de manifiesto varios ensayos clínicos aleatorizados y controlados.²¹

Existen muchos puntos de discusión y la Organización Médica Colegial elaboró un informe el pasado año sobre el Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud, como consecuencia del cual adoptó una declaración sobre la AF. Uno de los propósitos de la AF es salvaguardar los intereses económicos del Sistema Nacional de Salud. No obstante, resulta sorprendente que esta labor se encomiende a los farmacéuticos de las oficinas de farmacia, que tienen carácter privado. En nuestra opinión, esta situación es una fuente inagotable de conflicto de intereses. Por otra parte, con respecto a la detección de PRM, el farmacéutico carece de formación clínica, por lo que resulta difícil entender cómo puede evaluar los síntomas descritos por los pacientes, decidir si procede su actuación, iniciar o modificar tratamientos o adoptar cualquier medida clínica.

La ausencia de formación clínica del farmacéutico se puede aplicar igualmente a otros procedimientos de la AF, como la indicación farmacéutica o el seguimiento farmacoterapéutico personalizado. Y es aquí donde entramos en el comprometido terreno del intrusismo. En este sentido, la OMC afirma de forma tajante: “la AF quebranta la autoridad y responsabilidad clínicas que amparan al enfermo” (14). En nuestra opinión, los problemas que pretende resolver o evitar la AF pueden y deben ser resueltos por los médicos y enfermeros de atención primaria, que forman parte del Sistema Nacional de Salud, si se redujera la presión asistencial que el propio Sistema Nacional de Salud genera sobre ellos. Estamos convencidos de que ello redundaría en un mayor bienestar de los pacientes, en una mejor utilización de los medicamentos por los mismos, en un mayor cumplimiento terapéutico y en un mayor ahorro económico para el sistema.²¹

2.2.2 Alta Hospitalaria

1. Concepto

El alta hospitalaria del paciente es el conjunto de actividades que se realizan para favorecer la continuidad de cuidados al paciente y familia fuera del medio hospitalario, coordinándolas con otros profesionales sanitarios si fuera necesario.¹⁸

2. Programas de alta hospitalaria (PAH).

Están conformadas por una serie de estrategias desarrolladas por los y las profesionales de Enfermería, que tienen como propósito principal brindar herramientas a las personas y sus familias a cerca de los cuidados en el hogar asociados a su problema de salud. De

esta manera, a nivel internacional, se identifican programas y estudios que apoyan la orientación y seguimiento del cuidado en el hogar, por ejemplo Willins V. (2008)¹⁹, realizó un estudio del seguimiento y fortalecimiento de la red de apoyo a la familia que egresaban de las unidades de cuidado neonatal, e identificó como el diseño del programa del alta para este tipo de usuarios facilitaba la transición del hospital a la casa y tenía un impacto positivo en el costo de efectividad del mismo. Además todo usuario tiene el derecho de recibir la información oportuna tras su proceso asistencial, se debe ser más sensible ante determinados grupos en los cuales se identifican mayores problemas de cuidados tras su alta hospitalaria.²³

2.3. Marco Conceptual

Atención Farmacéutica:

Es la participación activa del farmacéutico para la asistencia al paciente en la dispensación y seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutico, cooperando así con el médico y otros profesionales sanitarios a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente. También conlleva la implicación del farmacéutico en actividades que proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades.

Alta Hospitalaria

Conjunto de actividades que se realizan para favorecer la continuidad de cuidados al paciente y familia fuera del medio hospitalario, coordinándolas con otros profesionales sanitarios si fuera necesario.

2.4 Hipótesis de la Investigación

La Atención farmacéutica a pacientes de alta en medicina interna reducirá los reingresos en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión-Huancayo significativamente mediante la llamada telefónica.

Paciente:

El paciente es aquella persona que sufre de dolor y malestar y, por ende, solicita asistencia médica y, está sometida a cuidados profesionales para la mejoría de su salud.

La palabra paciente es de origen latín “patiens” que significa “sufriente” o “sufrido”.

Hospital:

Hospital es parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar. El Hospital es un Centro de formación de personal médico - sanitario y de investigación bio-social

2.5. Variables

Variable dependiente: Reducir Reingresos

Definición conceptual:

Pacientes de Alta del Hospital Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión que reciben Atención Farmacéutica

Operacionalización de la variable:

Definición operacional	Dimensión	Indicador	Instrumento
Pacientes que reingresan al hospital después del alta	Reingreso Paciente	Reingresa el paciente: () SI () NO N° de pacientes que reingresan Motivos de reingreso: - No adherencia al tratamiento - No responden al tratamiento - RAMS - Complicaciones de patologías	Historia Clínica

Variable Independiente: Atención Farmacéutica

Definición Conceptual:

Provisión responsable de la farmacoterapia que reciben los pacientes de alta de hospitalización.

Definición operacional	Dimensión	Indicador	Instrumento
Pacientes que no producen reingreso hospitalario al recibir Atención farmacéutica	DATOS GENERALES	Sexo Edad Diagnóstico	Historia Clínica Receta Médica
	ALTA HOSPITALARIA	Recibe alta hospitalaria: ()SI ()NO	
	MEDICAMENTOS TERAPÉUTICOS	Metformina Omeprazol Losartan Atorvastatina N - Acetilcisteína Insulina Ácido Acetilsalicílico Levofloxacino Otros	
	INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA	Pacientes de Alta reciben Intervención Farmacéutica. SI NO Nº de intervenciones que reciben: 1 vez 2 veces 3 veces Mayor a 3 veces Tipo: Entrevista en el Alta Llamada Telefónica Visita Domiciliaria	Ficha de Intervención Farmacéutica

3. Metodología

3.1 Método de la investigación³²

Corresponde a una investigación científica.

3.2 Tipo y Nivel de investigación

3.2.1 Tipo de investigación³³

Por la finalidad de los objetivos y de las variables que se estudiaron corresponde a un tipo aplicada porque tiene por finalidad la resolución de disminuir los reingresos hospitalarios.

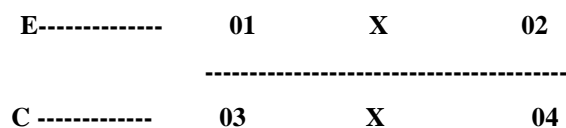
3.2.2 Nivel de investigación

La investigación fue de nivel explicativo.³⁴

3.3 Diseño de la investigación.

La presente investigación corresponde a un diseño cuasi-experimental con dos grupos, uno control y el otro experimental.

El diagrama representativo que se ha establecido es el siguiente.



Donde:

E = Grupo experimental

C = Grupo de control

X = Tratamiento experimental

01 02 = Observación e información de la intervención farmacéutica a pacientes de alta en el grupo experimental

03 04 = Observación e información recogidas del grupo control y no reciben intervención farmacéutica.

La investigación corresponde a un diseño cuasiexperimental.

3.4. Población de estudio

Según los datos estadísticos del establecimiento la población mes a mes del año 2016,

corresponde a:

Mes	Número
Enero	27
Febrero	24
Marzo	28
Abril	29
Mayo	32
Junio	26
Julio	31
Agosto	30
Septiembre	27
Octubre	34
Noviembre	35
Diciembre	29
Total	352

Promedio = 29

3.5 Muestra de la Investigación³⁵

La muestra corresponde al tipo no probabilístico, de tipo intencionada, por contar con una población pequeña:

TAMAÑO DE MUESTRA=29 para cada grupo

Con la finalidad de alcanzar un tamaño de muestra representativo se trabajó con:

Grupo experimento (GE) = 29 pacientes

Grupo Control (GC)= 29 pacientes

3.5.1 Criterios de inclusión y exclusión

3.5.1.1 Criterios de inclusión:

Se considerarán como unidad muestral para aquellos pacientes:

- Que se encuentren de alta hospitalaria
- Que sean atendidos en Medicina Interna
- De ambos sexos y mayores de 18 años
- Que sean seleccionados durante los meses de Mayo, Junio y Julio
- Que acepten participar del Programa de Atención Farmacéutica
- Que pertenezcan al Hospital Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión
- Pacientes polimedicados
- Que vivan en la ciudad de Huancayo
- Que cuenten con teléfono móvil o fijo

3.5.1.2 Criterios de exclusión

Se considera aquella población que reúne los siguientes criterios:

- Que los pacientes reciban atención ambulatoria
- Que salgan de alta después del mes de Julio
- Que no se hayan atendido por Medicina Interna

- Que se muestren renuentes a participar del programa de Atención Farmacéutica.
- Pacientes con intoxicación por órganos fosforados
- Pacientes que reciban una sola medicación
- Que vivan lejos de la ciudad de Huancayo
- Que no cuenten con teléfono móvil o fijo

3.6 Técnica e Instrumento de recolección de datos³⁴

3.6.1 Técnica de recolección de datos

Se utilizó para la recolección de datos la entrevista y el análisis documental.

Para cumplir la recolección de datos se desarrolló los siguientes pasos:

Paso 1:

Consistía en captar los pacientes que se encuentren con alta hospitalaria en el área de Medicina Interna con apoyo del médico y enfermera.

Paso 2:

Consistía en registrar los datos del paciente y tratamiento farmacológico en las fichas: Intervención Farmacéutica y Atención Farmacéutica verificando las Historias Clínicas y su Receta Médica de cada uno de ellos.

Paso 3:

Correspondía a la entrevista con el paciente o familiar que dura un promedio de 5- 15 minutos para el llenado de la ficha de Atención farmacéutica conjuntamente con ellos y explicarle en forma breve sobre su patología y como tomar sus medicamentos teniendo en cuenta el horario, beneficios y reacciones adversas del medicamento.

Paso 4:

Donde se cumplía la explicación al paciente del proyecto y firma del formato del consentimiento informado.

Paso 5:

En esta etapa se realizaba el registro en la ficha de Intervención Farmacéutica, considerando la fecha, empleándose entrevista al alta hospitalaria, las llamadas telefónicas, visitas domiciliarias y se les brindaba los números telefónicos y correo electrónico para que los pacientes en alta hospitalaria puedan solicitar cualquier consulta en el horario de 8:00am – 1: pm.

Paso 6:

Se realizaba las llamadas telefónicas y visitas domiciliarias en la fecha establecida, para solicitar información sobre el estado de salud del paciente, en cuanto a su evolución y si presentaban algún problema con su tratamiento, para enseguida buscar la solución en trabajo conjunto con el médico tratante.

El periodo de recopilación de datos para esta investigación fue desde el 1 de mayo hasta el 31 de julio, empleándose pacientes de diferentes patologías de medicina interna.

3.6.2 Instrumento de Recolección de Datos ³³

Los instrumentos a utilizarse fueron:

a. Ficha de Intervención Farmacéutica:

Este documento sirvió para realizar el seguimiento al paciente de alta hospitalizado.

Ficha de dosificación

b. Ficha de Alta para detectar RAM

c. Historia Clínica:

Este documento sirvió para recopilar datos sobre datos generales del paciente, Diagnóstico y tratamiento farmacológico.

d. Receta Médica:

Este instrumento fue utilizado para recopilar datos sobre los medicamentos prescritos por el médico.

3.7 Técnica de Procesamiento de datos³²

Para realizar la investigación se procedió a cumplir los siguientes pasos:

1. Planteamiento del problema
2. Solicitar el permiso adecuado para realizar la investigación en el Hospital
Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión
3. Recopilación de los datos en los instrumentos
4. Se realizó el procesamiento de datos en una hoja de cálculo de Excel

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

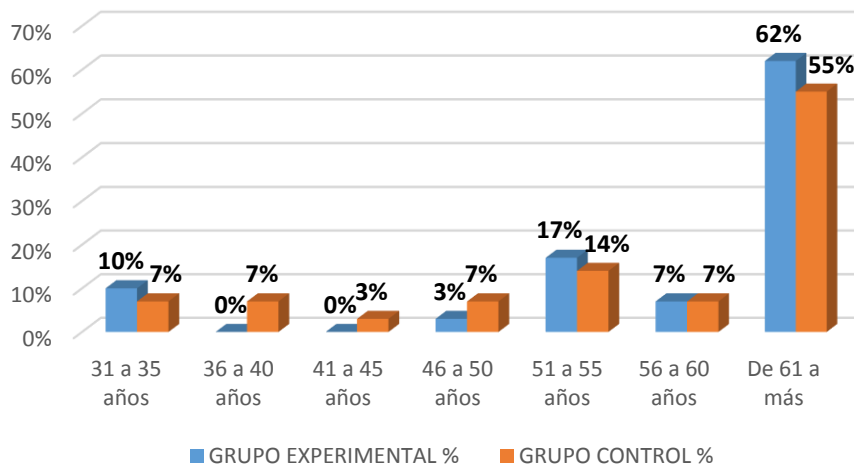
Una vez procesado los datos recopilados se expresan a continuación un conjunto de tablas y gráficos en base a los objetivos planteados.

Tabla 1: Distribución del grupo experimento y control según la edad

EDAD	GRUPO EXPERIMENTO	GRUPO CONTROL
	%	%
31 a 35 años	10%	7%
36 a 40 años	0%	7%
41 a 45 años	0%	3%
46 a 50 años	3%	7%
51 a 55 años	17%	14%
56 a 60 años	7%	7%
De 61 a más	62%	55%
Total	100%	100%

Fuente: Elaboración propia

Figura 1: Distribución del grupo experimento y control según la edad



Fuente: Elaboración propia

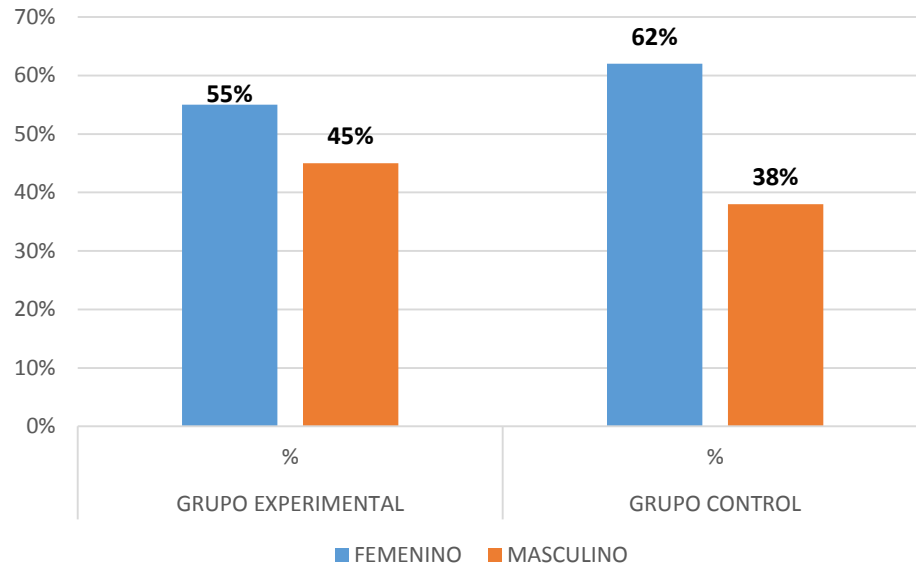
De acuerdo a la información presentada en la tabla y gráfico 1, se puede apreciar según la distribución por edades que los pacientes hospitalizados de alta en ambos grupos se encuentran entre las edades mayores a 61 años en el 62% en el grupo experimento y un 55% para el caso del grupo control .

Tabla 2: Distribución según sexo en el grupo experimento y control

SEXO	GRUPO EXPERIMENTO	GRUPO CONTROL
	%	%
FEMENINO	55%	62%
MASCULINO	45%	38%
TOTAL	100%	100%

Fuente: Elaboración propia

Figura 2: Distribución según sexo en el grupo experimento y control



Fuente: Elaboración propia

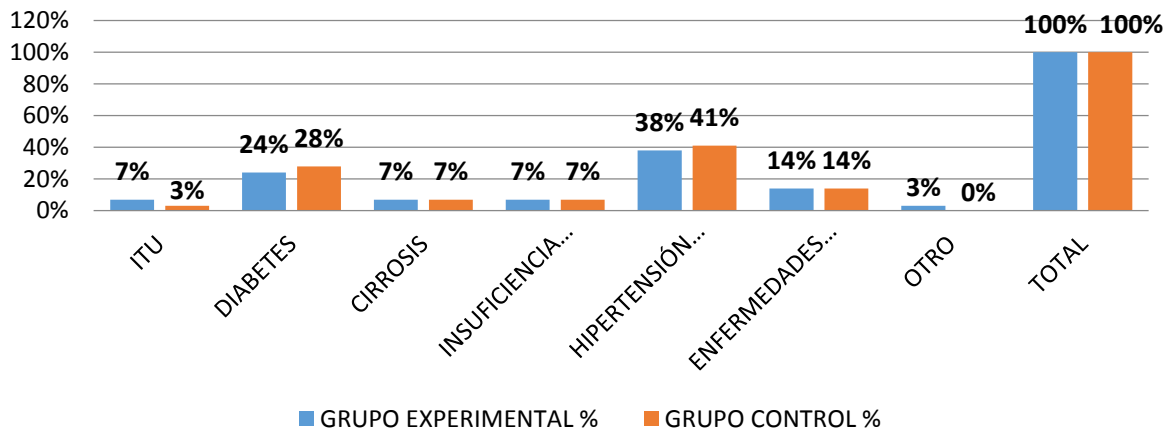
En la información de tabla y figura 2, se puede apreciar que el sexo que prevalece se encuentran un 55% para el grupo experimento (GE) con prioridad de sexo femenino y de igual manera para el grupo control (GC) con 62%.

Tabla 3: Distribución de la muestra según diagnóstico en el grupo experimento y control

DIAGNÓSTICO	GRUPO EXPERIMENTO	GRUPO CONTROL
	%	%
ITU	7%	3%
DIABETES	24%	28%
CIRROSIS	7%	7%
INSUFICIENCIA RENAL	7%	7%
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	38%	41%
ENFERMEDADES PULMONARES	14%	14%
OTRO	3%	0%
TOTAL	100%	100%

Fuente: Elaboración propia

Figura 3: Distribución de la muestra según diagnóstico en el grupo experimento y control



Fuente: Elaboración propia

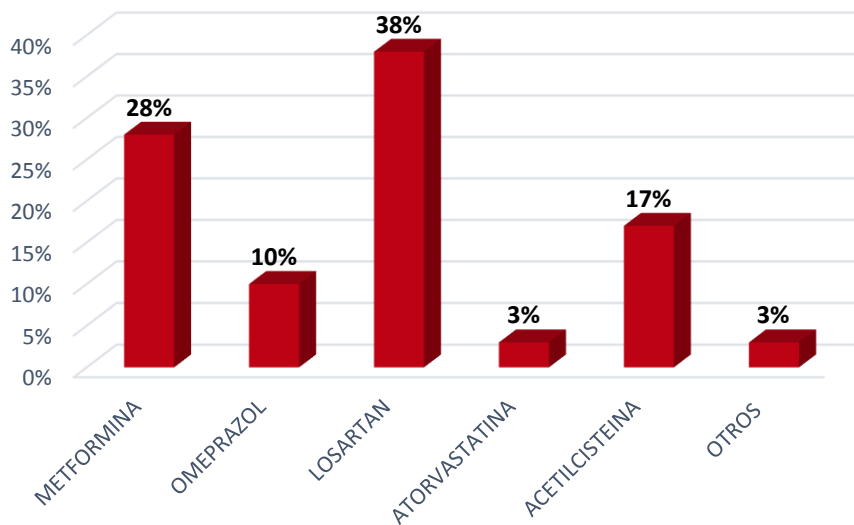
Según los resultados que reflejan la tabla y gráfico 3, se puede apreciar que los diagnósticos que prevalecen en el grupo experimento y control son Hipertensión arterial en 38% y 41% respectivamente, seguido de Diabetes en 24% y 28% respectivamente, los diagnósticos que menos se encontraron fueron enfermedades pulmonares en 14 % para ambos grupos.

Tabla 4: Medicamentos prescritos en el alta hospitalaria en el grupo experimento

MEDICAMENTOS	GRUPO EXPERIMENTO
	%
METFORMINA	28%
OMEPRAZOL	10%
LOSARTAN	38%
ATORVASTATINA	3%
ACETILCISTEINA	17%
OTROS	3%
TOTAL	100%

Fuente: Elaboración propia

Figura 4: Medicamentos prescritos en el alta hospitalaria en el grupo experimento



Fuente: Elaboración propia

La información presentada en la tabla y gráfico 4, expresa que el medicamento más prescrito en el alta hospitalaria del grupo experimento fue el Losartan en 38%, seguido de la Metformina en un 28% y la N-Acetilcisteina en un 17%.

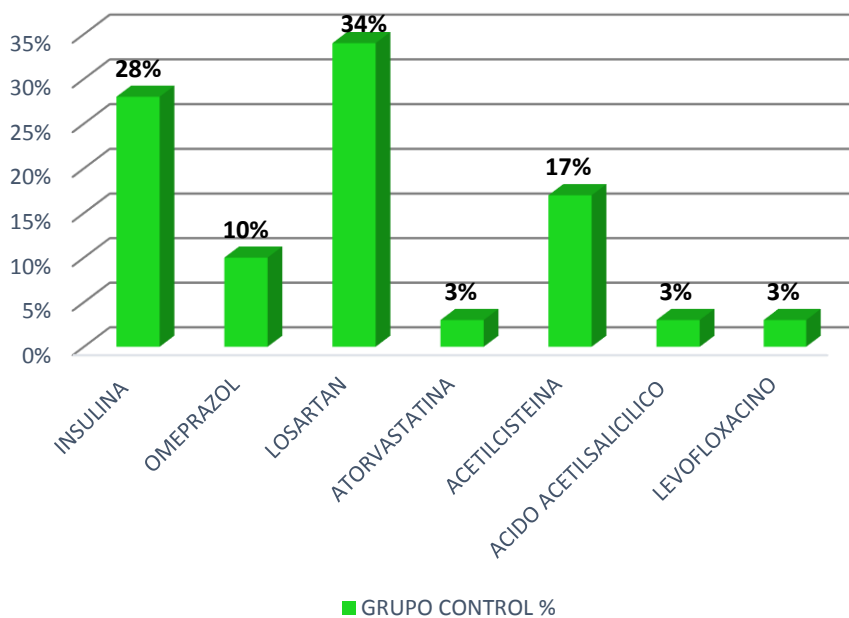
Tabla 5: Medicamentos prescritos en el alta hospitalaria en el grupo control

MEDICAMENTOS	GRUPO CONTROL	
		%
INSULINA		28%
OMEPRAZOL		10%
LOSARTAN		34%
ATORVASTATINA		3%
ACETILCISTEINA		17%
ACIDO ACETILSALICILICO		3%
LEVOFLOXACINA		3%
TOTAL		100%

Fuente: Elaboración propia

Figura 5: Medicamentos prescritos en el alta hospitalaria en el grupo Control

Fuente:



Elaboración propia

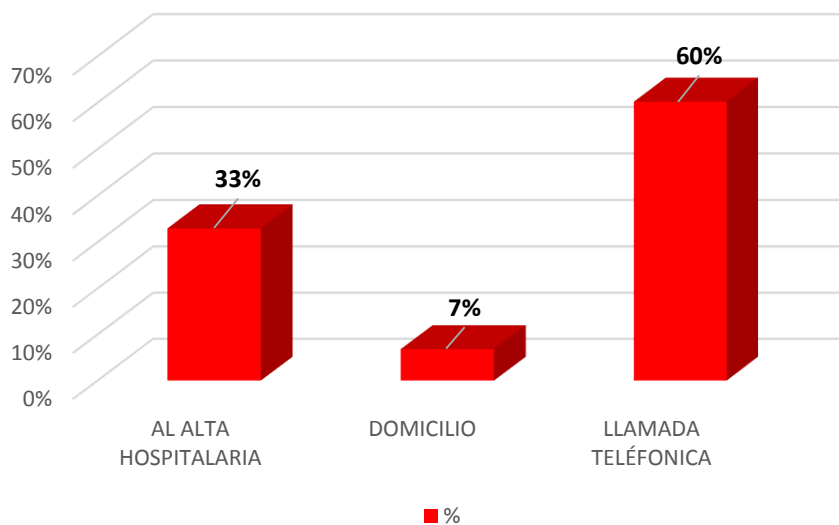
La información presentada en la tabla y gráfico 5, expresa que el medicamento más prescrito en el alta hospitalaria del grupo experimento fue el Losartan en 38%, seguido de la Metformina en un 28% y la N-Acetilcisteina en un 17%.

Tabla 6: Distribución por intervención Farmacéutica al paciente de alta hospitalaria como grupo experimento

INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS	GRUPO EXPERIMENTO
	%
AL ALTA HOSPITALARIA	33%
DOMICILIO	7%
LLAMADA TELÉFONICA	60%
TOTAL	100%

Fuente: Elaboración propia

Figura 6: Distribución por Intervención Farmacéutica al paciente de alta hospitalaria como grupo experimento



Fuente: Elaboración propia

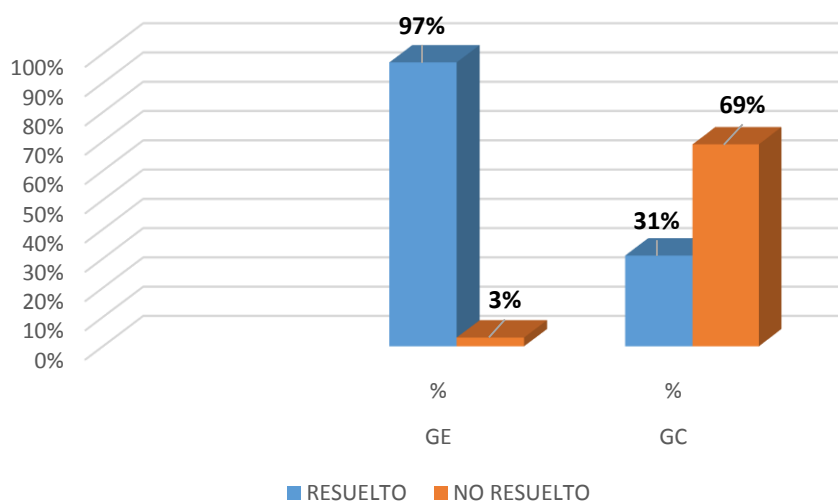
Los resultados presentados en la tabla y figura 6, muestran que se cumplieron 88 intervenciones farmacéuticas a pacientes de alta hospitalaria como grupo experimento, distribuidos en 60% las llamadas telefónicas, seguido de entrevista al alta hospitalaria 33% y en tercer lugar con visita domiciliaria en el 7% .

Tabla 7: Resolución de Problemas por la intervención Farmacéutica al paciente de alta hospitalaria en el grupo experimento y control

PROBLEMAS DE SALUD	GRUPO EXPERIMENTO	GRUPO CONTROL
	%	%
RESUELTO	97%	31%
NO RESUELTO	3%	69%
TOTAL	100%	100%

Fuente: Elaboración propia

Figura 7: Resolución de Problemas por la intervención Farmacéutica al paciente de alta hospitalaria en el grupo experimento y control



Fuente: Elaboración propia

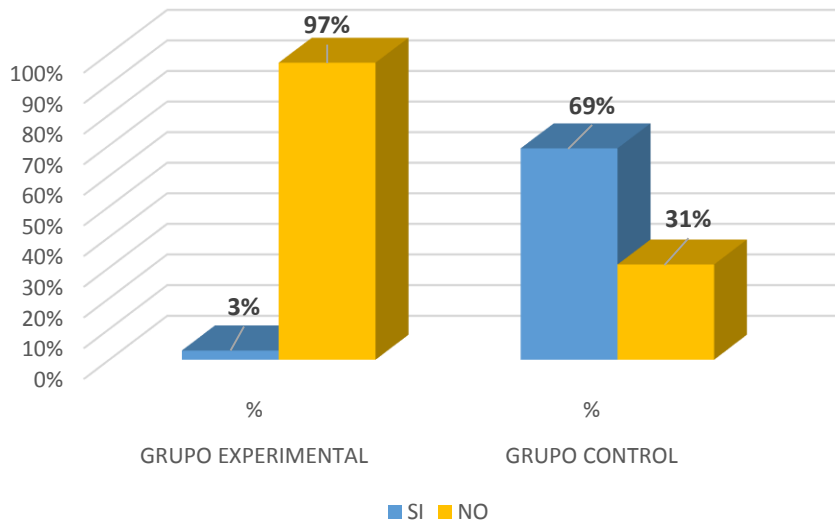
En la tabla y figura 7, se puede apreciar que en un 97% de los casos estudiados, fueron resueltos los problemas con la intervención farmacéutica en el grupo experimento, a diferencia que en el grupo control fue resuelto en un 31%.

Tabla 8: Reingreso de pacientes al alta hospitalaria en el grupo experimento y control

PROBLEMAS DE SALUD	GRUPO EXPERIMENTO %	GRUPO CONTROL %
RESUELTO	97%	31%
NO RESUELTO	3%	69%
TOTAL	100%	100%

Fuente: Elaboración propia

Figura 8: Reingreso de pacientes al alta hospitalaria en el grupo experimento y control



Fuente: Elaboración propia

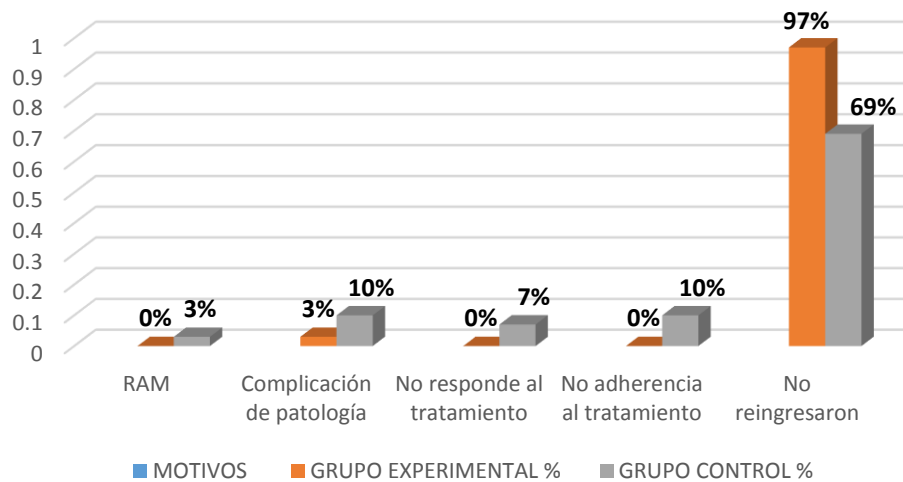
En la tabla y figura 8, se puede apreciar que en un 97% de los casos estudiados, comprendieron la información recibida del tratamiento farmacológico y no reingresaron al hospital en el grupo experimento, a diferencia que en el grupo control si reingresaron en un 31%, de los que recibieron la información de enfermería.

Tabla 9: Motivos del reingreso de pacientes al alta hospitalaria en el grupo experimento y control

MOTIVOS	GRUPO EXPERIMENTO	GRUPO CONTROL
	%	%
RAM	0%	3%
Complicación de patología	3%	10%
No responde al tratamiento	0%	7%
No adherencia al tratamiento	0%	10%
No reingresaron	97%	69%
Total	100%	100%

Fuente: Elaboración propia

Figura 9: Motivos del reingreso de pacientes al alta hospitalaria en el grupo experimento y control



Fuente: Elaboración propia

Según como se presenta la tabla y figura 9, se puede observar que de un 31% de pacientes que reingresaron al alta de hospitalización en el grupo control, los motivos fueron de preferencia en 10% porque no hay adherencia al tratamiento y existe complicación de patología, seguido de un 7%, porque no responde al tratamiento y 3% por presentar RAM, a diferencia que en el grupo experimento sólo hubo un 3% de reingreso.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Entre las características de los pacientes a quienes se les aplicó la atención farmacéutica en el Área de medicina interna del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión-Huancayo, se plantea los hallazgos encontrados, ya sea que más de la mitad en ambos grupos pertenecen al sexo femenino, siendo mayores de 61 años y de sexo femenino y cerca a mitad en ambos grupos padecen de hipertensión arterial, trabajado en 29 pacientes del Grupo experimento y 29 pacientes del grupo control. Así también encontrándose en tabla y figura 4, que dentro de los medicamentos al alta hospitalaria se encuentran el Losartan en 38% (antihipertensivo), lo que se corrobora en parte con el trabajo de **Sánchez S.et al (2011)** en el estudio Intervención farmacéutica al alta hospitalaria para reforzar la comprensión y cumplimiento del tratamiento farmacológico, encontraron como resultado que los medicamentos más prescritos al alta hospitalaria fueron los antihipertensivos 16,6%.¹⁰

Sobre la distribución por intervención Farmacéutica al paciente de alta hospitalaria en el grupo experimento se tiene como resultados en la tabla y figura 6, que se cumplieron 88 intervenciones farmacéuticas a pacientes de alta hospitalaria como grupo experimento, demostrándose una reducción de los ingresos hospitalarios y cuando **Bernández C.(2011)¹¹**, sostiene que las ventajas experimentadas sugieren que si el farmacéutico estuviera incluido en los equipos de asistencia domiciliaria, se conseguiría más calidad asistencial y se abrirían nuevos campos para el desarrollo profesional. La intervención telefónica mejoró el cumplimiento, disminuyó la mortalidad y la utilización de recursos sanitarios, así también se corrobora con el trabajo de **Madidrejos R. (2007)¹⁹**, en el trabajo Los consejos telefónicos realizados por el farmacéutico para mejorar el cumplimiento terapéutico se asocian con una reducción de la mortalidad en pacientes polimedicados, quienes concluyeron que la intervención telefónica mejoró el cumplimiento y la utilización de recursos sanitarios.

En tal sentido la intervención farmacéutica de los farmacéuticos cumple en obtener mejores resultados en la salud y la calidad de vida del paciente, mediante una farmacoterapia segura y eficaz, siendo un aspecto importante el ayudar a mejorar el cumplimiento terapéutico mediante estrategias de comunicación en visita domiciliaria y llamada telefónica.

Otra de las preocupaciones en esta investigación fue comparar los reingresos hospitalarios en ambos grupos demostrándose que un 97% de los casos estudiados, fueron resueltos los problemas con la intervención farmacéutica en el grupo

experimento, a diferencia que en el grupo control fue resuelto en la tercera parte (31%), lo que se corrobora con el trabajo de **Sánchez S. et al (2011)**¹⁰, en el estudio Intervención farmacéutica al alta hospitalaria para reforzar la comprensión y cumplimiento del tratamiento farmacológico, encontraron como resultado que la intervención del farmacéutico al alta hospitalaria ha conseguido que el número de pacientes que reingresaron en el hospital al mes del alta hospitalaria fue de 3 (7,3%) en el grupo intervención y 10 (24,4%) en el grupo control ($p < 0,05$). De igual forma se corrobora con el trabajo de **López C. et al (2006)**¹¹, en el trabajo titulado: Ensayo clínico aleatorizado de un programa de atención farmacéutica al alta frente a seguimiento habitual en pacientes con insuficiencia cardiaca, quienes concluyeron que la atención farmacéutica al alta hospitalaria permite reducir el número de reingresos hospitalarios, de igual forma se corrobora con el trabajo de **Alonso J. et al (2001)**¹² con la investigación titulada Reingreso hospitalario en Medicina Interna quienes demostraron que la tasa de reingreso verdadero disminuyó a 26% ; así también con el trabajo de **Gorgas MQ. et al (2003)**¹⁷, con la investigación Atención farmacéutica en los problemas relacionados con los medicamentos en enfermos hospitalizados, quienes concluyeron que la significación clínica de las intervenciones farmacéuticas según el resultado en el paciente, se ha valorado como: apropiada y extremadamente significativa para prevenir y resolver problemas de efectividad de los medicamentos.

Finalmente en esta investigación según la tabla y figura 10, se puede observar que de un 31% de pacientes que reingresaron al alta de hospitalización en el grupo control, los motivos fueron de preferencia en 10% porque no hay adherencia al tratamiento y existe

complicación de patología, seguido de un 7%, porque no responde al tratamiento y 3% por presentar RAM, lo que se contrapone con el estudio de Caballero A. *et al* (2016) con el trabajo Frecuencia de reingresos hospitalarios y factores asociados en afiliados a una administradora de servicios de salud en Colombia, encontraron como resultado que los motivos de reingresos hospitalarios fueron la calidad del proceso de atención, programas de seguimiento post-egreso, apoyo social y familiar. ²⁰

Por tanto el cambio de perspectiva profesional del químico farmacéutico a nivel hospitalario, permitirá alcanzar una posición en el equipo de salud y sus relaciones con los otros profesionales sanitarios, contribuyendo a evitar el reingreso hospitalario como índice de calidad asistencial

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

1. La Atención Farmacéutica aplicada a Pacientes de Alta en el Área de medicina interna del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión-Huancayo, contribuyeron en 97% (28) de los casos estudiados, al comprender la información recibida del tratamiento farmacológico, no reingresar al hospital en el grupo experimento, a diferencia que en el grupo control si reingresaron en un 31%(9), de los que no recibieron información del farmacéutico, de acuerdo a la tabla y figura 8.
2. La cantidad de pacientes al alta hospitalaria del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión-Huancayo según sexo, edad y diagnóstico en el grupo experimento y control, se encuentran los mayores a 61 años, seguido entre las edades de 51 a 55 años, siendo el sexo femenino de preferencia y los

diagnósticos se ubican Hipertensión arterial seguido de Diabetes, de acuerdo a la tabla y figura 1,2 y 3.

3. Los medicamentos terapéuticos prescritos en el alta hospitalaria del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión-Huancayo en el grupo experimento fueron Losartan en 38%(11), seguido de la Metformina en un 28% (8) y la N-Acetilcisteina en un 17%(5), mientras que en el grupo control se ubican Losartan en 34%(10), seguido de la Insulina 28% (8) la N-Acetilcisteina en un 17%(5), según la tabla y figura 5.
4. Se cumplieron 88 intervenciones farmacéuticas a pacientes de alta hospitalaria como grupo experimento, distribuidos en 60% (53) las llamadas telefónicas, seguido de entrevista al alta hospitalaria 33% (29) y en tercer lugar con visita domiciliaria en el 7% (6), de acuerdo la tabla y figura 6.
5. Un 97% (28) de los casos estudiados, fueron resueltos los problemas con la intervención farmacéutica en el grupo experimento, a diferencia que en el grupo control fue resuelto en un 31%(9), siendo los motivos en 10% (3) porque no hay adherencia al tratamiento y existe complicación de patología, seguido de un 7% (2) , porque no responde al tratamiento y 3% (1) por presentar RAM, según como figura en la tabla y figura 8 y 9.

CAPÍTULO VII

RECOMENDACIONES

1. El Ministerio de Salud en coordinación con las universidades debe Implementar programas de atención Farmacéutica, como campo clínico de internos para evitar los reingresos hospitalarios y complicaciones de la enfermedad.
2. Profundizar esta investigación analizando más variables de análisis para buscar alternativas de solución en beneficio del usuario con enfermedades crónicas.
3. Que como cursos de extensión de preinternado en la Escuela de Ciencias Farmacéuticas y Bioquímica de la universidad, se promueva la enseñanza en seguimiento farmacoterapeutico de casos clínicos mediante la atención Farmacéutica y según el Manual de Atención Farmacéutica del MINSA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sabaté E. Adherence to long-term therapies, evidence for action [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2003 [consultado 16 Ago 2010]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>.
2. Pineiro F, Gil V, Donís M, Orozco D, Pastor R, Merino J. Relación entre el cumplimiento del tratamiento farmacológico y el grado de control en pacientes con hipertensión arterial, diabetes no insulina dependiente y dislipemia. *Med Clin (Barc)*. 1998;111:5657.
3. Gracida R. Plan de Alta del Paciente de Enfermería.[Internet][Fecha de Acceso 30 de Abril del 2017] Disponible en la URL: <https://enfermeria.me/plan-de-alta-del-paciente-en-enfermeria/>.
4. García L, Linertová R, Lorenzo A, Vázquez JR, Duque B, López A, et al. Factores predictivos e intervenciones efectivas para la reducción del riesgo de reingreso hospitalario en pacientes de edad avanzada. Madrid:Plan Nacional para el SNS del MSC. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCS N° 2007/20.
5. Frankl SE, Breeling JL, Goldman L. Preventability of emergent hospital readmission. *Am J Med*. 1991;90:667—74.
6. Ludke RL, Booth BM, Lewis-Beck JA. Relationship between early readmission and hospital quality of care indicators. *Inquiry*. 1993;30:95—103.
7. Sabaté E. Adherence to long-term therapies, evidence for action [Internet]. Geneva: World Health Organization;2003 [consultado 16 Ago 2010]. Disponible en:<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>.
8. Piñeiro F, Gil V, Donís M, Orozco D, Pastor R, Merino J. Relación entre el cumplimiento del tratamiento farmacológico y el grado de control en pacientes con hipertensión arterial, diabetes no insulina dependiente y dislipemia. *Med Clin (Barc)*.
9. Faus MJ. Atención Farmacéutica como respuesta a una necesidad social. *Ars Pharmaceutica*, 41:1; 137-143, 2000.
10. Sánchez S.; Gallardo N.; Pons A.; Murgadella L.; Campins R. Intervención farmacéutica al alta hospitalaria para reforzar la comprensión y cumplimiento del tratamiento farmacológico.[Internet][Fecha de acceso 25 de Abril del 2017] Disponible en la URL: https://www.google.com.pe/search?q=Intervenci%C3%B3n+farmac%C3%A9utica+al+alta+hospitalaria+para+reforzar+la+comprensi%C3%B3n+y+cumplimiento+del+tratamiento+farmacol%C3%B3gico&rlz=1C1RLNS_esPE670PE670&oq=Intervenci%C3%B3n+farmac%C3%A9utica+al+alta+hospitalaria+p

ara+reforzar+la+comprensi%C3%B3n+y+cumplimiento+del+tratamiento+farmacol%C3%B3gico&aqs=chrome..69i57.964j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8.

11. López C, Falces C, Cubi D, Arnau A, Ylla M, Muro N, Homs E. Ensayo clínico aleatorizado de un programa de atención farmacéutica al alta frente a seguimiento habitual en pacientes con insuficiencia cardiaca. *Rev. Dialnet*. Vol 30. N.º 6. 2006. págs. 336-342.
12. Alonso JL, Llorente B, Echegaray M, Urbieto A, González C. Reingreso hospitalario en Medicina Interna. *Rev. AN. Med. Interna (Madrid)* Vol. 18, N.º 5, pp. 248-254, 2001.
13. Cordero A, Purificación E, Montserrat E, Magallón R, García L, Casanovas A. Mortalidad a largo plazo y reingreso hospitalario tras infarto agudo de miocardio, un estudio de seguimiento de ocho años. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65:414-20 - Vol. 65 Núm.05 DOI: 10.1016/j.recesp.2011.09.009.
14. Diz MT, Palomares L, De La Iglesia F, Nicolás R, Pellicer C, Ramos V, Diz F. Factores predictores de reingreso hospitalario no planificado en pacientes dados de alta de una Unidad de Corta Estancia Médica. *AN. MED. INTERNA (Madrid)* Vol. 19, N.º 5, pp. 221-225; 2002.
15. Martín MT, Codina C, Tuseta M, Carné X, Nogués S, Ribasa J. Problemas relacionados con la medicación como causa del ingreso hospitalario. [Internet] 2001 [Fecha de acceso 30 de Abril del 2017] Disponible en la URL: file:///C:/Users/USER/Downloads/13026201_S300_es.pdf.
16. Delgado A, Pico J, Martínez A, Serrano C, Jiménez L, Fernández F. Errores de conciliación en el ingreso y en el alta hospitalaria en pacientes ancianos polimedicados. Estudio prospectivo aleatorizado multicéntrico. *Rev. Med Clin (Barc)*. 2009;133(19):741-744.
17. Gorgas MQ, Odena E, Pastor F. Atención farmacéutica en los problemas relacionados con los medicamentos en enfermos hospitalizados. *Rev. Farm Hosp P (Madrid)* Vol. 27. N.º 5, pp. 280-289; 2003.
18. Bernádez C, Berenguer B, Calero JM. Atención Farmacéutica Domiciliaria. Una Experiencia Piloto. *Rev. Farmacéuticos Comunitarios* 2011; 3(3): 100-107.
19. Madidrejos R. Los consejos telefónicos realizados por el farmacéutico para mejorar el cumplimiento terapéutico se asocian con una reducción de la mortalidad en pacientes polimedicados. [Internet] 2007 [Fecha de acceso 24 de Septiembre del 2017] Disponible en la URL: https://www.researchgate.net/publication/250776488_Los_consejos_telefonicos_realizados_por_el_farmacaceutico_para_mejorar_el_cumplimiento_terapeutico

co_se_asocian_con_una_reduccion_de_la_mortalidad_en_pacientes_polimedica-
dos.

20. Caballero A, Ibañez M, Suárez IC, Acevedo JR. Frecuencia de reingresos hospitalarios y factores asociados en afiliados a una administradora de servicios de salud en Colombia. [Internet]Julio 2016[Fecha de acceso 24 de Septiembre del 2017] Disponible en la URL: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n7/1678-4464-csp-32-07-e00146014.pdf>.
21. Hospital Universitario Reina Sofía. Cuidados al Alta Hospitalaria o Voluntaria. [Internet]Abril 2011[Fecha de acceso 24 de Septiembre del 2017] Disponible en la URL: https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/a5_cuidados_alta_voluntaria.pdf.
22. Willis V, (S.F.) Parenting Premies, A Unique Program for Family Support and Education After NICU Discharge. *Advances in Neonatal Care* • Vol. 8, No. 4 Recuperado de www.advancesinneonatalcare.org
23. Vargas Z, Fernández R. Programa de alta hospitalaria programada para preparar el egreso del paciente y familia.[Internet][Fecha de acceso 24 de Septiembre del 2017]Disponible en la URL: <http://www.redalyc.org/pdf/448/44821176005.pdf>.
24. Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. COMITÉ DE CONSENSO. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (CTS- 131). Universidad de Granada (España). Grupo de Investigación en Farmacología Aplicada y Farmacoterapia (CTS-259). Universidad de Sevilla (España). Grupo de Investigación en Farmacología (CTS-164). Universidad de Granada (España). *Ars Pharmaceutica*, 43:3-4; 175-184, 2002.
25. Pastor IP, Ortiz de Urbina V, Pérez I, Quintana I, Moreno A, Martínez M. Implantación de un programa de mejora de la adherencia al tratamiento en personas mayores institucionalizadas. *Farm Hosp*. 2007;31:106.11.
26. Palop V, Martínez I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2004;28:113---20.
27. Unni EJ, Farris KB. Unintentional non-adherence and belief in medicines in older adults. *Patient Educ Couns*. 2011;83:265.8.
28. Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Ann Intern Med*.2003;138:161---7.
29. Shabbir MH, Alibhai MD, Han RK, Naglie MD. Medication education of acutely hospitalized older patients. *J Gen Intern Med*.1999;14:610.6.

30. Alvarez de Toledo F. Estudio TOMCOR. Ponencia presentada en el «I Congreso Nacional de Atención Farmacéutica». San Sebastián 1999.
31. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Alta Hospitalaria del Paciente.[Internet][Fecha de acceso 30 de Abril del 2017]Disponible en la URL:
<http://www.emprendelo.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DAlta+hospitalaria+del+paciente.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271685143934&ssbinary=true>.
32. Morone G. Métodos y Técnicas de la Investigación Científica. Universidad Nacional Autónoma de México: México; 2013.
33. Supo J. Seminario de la Investigación Científica.[Internet][Fecha de acceso 5 de Abril del 2017]. Disponible en la URL:
<http://seminariosdeinvestigacion.com/author/sipro/>.
34. Hernández R, Fernández C,Baptista M. Metodología de la investigación.6° ed.McGRAW-HILL/Interamericana Editores ,S.A:Mexico;2014.
35. Vara A. La Tesis de Maestría en Educación. Instituto para la Calidad de la Educación. 1era. Ed. Fondo editorial de la Universidad de San Martin de Porres: Perú; 2008.

ANEXOS

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable dependiente: Reducir Reingreso

Definición conceptual:

Pacientes de Alta del Hospital Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión que reciben Atención Farmacéutica

Operacionalización de la variable:

Definición operacional	Dimensión	Indicador	Instrumento
Pacientes que reingresan al hospital después del alta	Reingreso Paciente	Reingresa el paciente: () SI () NO N° de pacientes que reingresan Motivos de reingreso: - No adherencia al tratamiento - No responden al tratamiento - RAMS - Complicaciones de patologías	Historia Clínica

Variable Independiente: Atención Farmacéutica

Definición Conceptual:

Provisión responsable de la farmacoterapia que reciben los pacientes de alta de hospitalización.

Definición operacional	Dimensión	Indicador	Instrumento
Pacientes que no producen reingreso hospitalario al recibir Atención farmacéutica	DATOS GENERALES	Sexo Edad Diagnóstico	Historia Clínica Receta Médica
	ALTA HOSPITALARIA	Recibe alta hospitalaria: ()SI ()NO	
	MEDICAMENTOS	Metformina Omeprazol Losartan Atorvastatina N - Acetilcisteína Insulina Ácido Acetilsalicílico Levofloxacino Otros	
	INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA	Pacientes de Alta reciben Intervención Farmacéutica. SI NO N° de intervenciones que reciben: 1 vez 2 veces 3 veces Mayor a 3 veces Tipo: Entrevista en el Alta Llamada Telefónica Visita Domiciliaria	Ficha de Intervención Farmacéutica

FORMATO: B

FICHAS DE VALIDACIÓN DEL INFORME DE OPINIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

I. DATOS GENERALES

1.1. Título de la Investigación : **ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES DE ALTA DEL SERVICIO DE MEDICINA PARA REDUCIR REINGRESOS EN EL HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"- HUANCAYO**

1.2. Nombre del Instrumento : **FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores	Criterios	Deficiente		Baja				Regular				Buena				Muy Buena					
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado																				X
2. Objetividad	Está expresado en conductas observables																				X
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica																			X	
4. Organización	Existe una organización lógica																				X
5. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																				X
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación																				X
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos																				X
8. Coherencia	Entre los índices e indicadores																				X
9. Metodología	La estrategia responde al propósito del diagnóstico																				X
10. Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación																				X

PROMEDIO DE VALORACIÓN

98

OPINIÓN DE APLICABILIDAD

1) Muy deficiente 2) Deficiente 3) Regular 4) Buena 5) Muy buena

Nombres y Apellidos : Colonio Malina Vallejos
 DNI N° : 06708720 Teléfono/Celular : 964814020
 Dirección domiciliaria : Z. Nemesio Roca N° 728
 Título Profesional : Químico - Farmacéutico
 Grado Académico : Doctora
 Mención : Ciencias de la Salud y Salud Pública

Molina
 Firma
 Lugar y fecha: 21 - Julio - 2017

FORMATO: B

FICHAS DE VALIDACIÓN DEL INFORME DE OPINIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

I. DATOS GENERALES

1.1. Título de la Investigación : ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES DE ALTA DEL SERVICIO DE MEDICINA PARA REDUCIR REINGRESOS EN EL HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"- HUANCAYO

1.2. Nombre del Instrumento : FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores	Criterios	Deficiente					Baja					Regular					Buena					Muy Buena				
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100					
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado																				X					
2. Objetividad	Está expresado en conductas observables																				X					
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica																				X					
4. Organización	Existe una organización lógica																				X					
5. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																				X					
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación																				X					
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos																				X					
8. Coherencia	Entre los índices e indicadores																				X					
9. Metodología	La estrategia responde al propósito del diagnóstico																				X					
10. Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación																				X					

PROMEDIO DE VALORACIÓN

98.

OPINIÓN DE APLICABILIDAD

- 1) Muy Deficiente 2) Deficiente 3) Regular 4) Buena 5) Muy buena

Nombres y Apellidos : Roso Jerónima López Calderón
 DNI N° : 20075133 Teléfono /Celular :
 Dirección domiciliaria : Jr. Posenberg N° 324 - El Tambo
 Título Profesional : Químico Farmacéutico
 Grado Académico : Magister
 Mención : Problemas de Aprendizaje

Firma
 Lugar y fecha: 21/07/2017

FORMATO: B

**FICHAS DE VALIDACIÓN DEL INFORME DE OPINIÓN POR JUICIO DE
EXPERTO**

I. DATOS GENERALES

1.1. Título de la Investigación : ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES DE ALTA DEL SERVICIO DE MEDICINA PARA REDUCIR REINGRESOS EN EL HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"- HUANCAYO

1.2. Nombre del Instrumento : FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores	Criterios	Deficiente			Baja				Regular				Buena				Muy Buena				
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado																	X			
2. Objetividad	Está expresado en conductas observables																	X			
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica																	X			
4. Organización	Existe una organización lógica																	X			
5. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																	X			
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación																	X			
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos																	X			
8. Coherencia	Entre los índices e indicadores																X				
9. Metodología	La estrategia responde al propósito del diagnóstico																	X			
10. Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación																	X			

PROMEDIO DE VALORACIÓN

80

OPINIÓN DE APLICABILIDAD

1) Muy Deficiente 2) Deficiente 3) Regular 4) Buena 5) Muy buena

Nombres y Apellidos : Mónica Evencia Poma Vivas
 DNI N° : 28307350 Teléfono /Celular : 998007080
 Dirección domiciliaria : Av. Palian N°601 - Huancayo
 Título Profesional : Químico Farmacéutica
 Grado Académico : Doctora
 Mención : Educación


 Dra. Mónica Poma Vivas
 Químico Farmacéutica
 C.O.P.F. N° 08343
 Firma

Lugar y fecha: Huancayo, 20 de Julio del 2017

ANEXO 3: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a hombres y mujeres adultos que se encuentran con alta hospitalaria y a quienes se les invita a participar sobre la tesis: **ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES DE ALTA EN MEDICINA INTERNA PARA REDUCIR REINGRESOS EN EL HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN-HUANCAYO**

INVESTIGADORES:

ROSA ISABEL RAMOS SOTO

ANA MELVA GALA HILARIO

ORGANIZACIÓN:

UNIVERSIDAD PRIVADA DE HUANCAYO FRANKLIN ROOSEVELT.

Antes de participar de este estudio es importante que usted lea la siguiente información, que explica el propósito de la investigación.

I PARTE: INFORMACIÓN

ROSA ISABEL RAMOS SOTO y ANA MELVA GALA HILARIO, estudiantes egresados de la Universidad Privada de Huancayo, se encuentran realizando la investigación sobre la Atención Farmacéutica a Pacientes de Alta en Medicina Interna, debido a la reincidencia que se produce en un paciente por no cumplir su tratamiento; por lo que este estudio está dirigido a pacientes más vulnerables que se encuentren de alta, que hayan sido atendido por Medicina interna, de ambos sexos y mayores de 18 años, los cuales serán seleccionados por los investigadores, que cuenten con teléfono móvil y/o fijo y acepten participar del Programa de Atención Farmacéutica a quienes se le aplicará este programa con entrevista que dura entre 5 a 15 minutos. Los datos obtenidos serán de absoluta confidencialidad de los investigadores.

OBJETIVO

Realizar la Atención Farmacéutica a Pacientes de Alta en Medicina Interna del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión-Huancayo

BENEFICIOS:

El principal beneficio por participar del estudio es contar con resultados nuevos sobre el reingreso hospitalario al término de un alta en pacientes de Medicina Interna y alertar a las autoridades de del Hospital Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, sobre la importancia de la implementación de este programa, para evitar gasto innecesario y riesgos a la salud.

RIESGOS Y MOLESTIAS:

En una persona adulta cooperadora no se presentará ningún riesgo en el momento de la entrevista y sencillamente aportará unos minutos de su tiempo.

CONFIDENCIALIDAD:

Toda esta información será confidencial y solo los investigadores y la Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt tendrán acceso.

PAGOS A LOS PARTICIPANTES POR PARTICIPAR DE ESTE ESTUDIO.

Participar de este estudio **NO** cuesta nada, tampoco se pagará a los participantes por su colaboración en este proyecto de investigación.

Preguntas o dudas sobre el estudio:

Para cualquier pregunta relacionada al estudio de investigación, por favor llamar al teléfono 965803080 de ROSA ISABEL RAMOS SOTO y el teléfono de ANA MELVA GALA HILARIO 947826262 o escribir al correo electrónico: isabelramosros123456789@hotmail.com anita_86@hotmail.com

ACEPTACIÓN:

La firma de este acuerdo confirma que usted ha recibido una copia de este consentimiento informado. Dicha firma indica que usted está de acuerdo con participar de este estudio.

Fecha : 30/06/2017

Firma del Participante : 

Nombre del Participante : Silveña Rojas Tito de Gonzales

Firma del Investigador : 

Gracias por ser parte de esta investigación

FICHA DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA

DATOS PERSONALES:			FECHA:		
NOMBRES Y APELLIDOS:			N° HISTORIA CLÍNICA:		
DIRECCIÓN ACTUAL:			TELÉFONO:		
DIAGNÓSTICO:		EDAD:	SEXO:	F	M
SERVICIO :	CAMA:	PESO:	TALLA:		
RECIBE ALTA HOSPITALARIA:		SI()	NO()		
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:					
MEDICAMENTO D.C.I.	DOSIS	FRECUENCIA	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINO	RAM.
					<input type="checkbox"/> Náuseas, Vómitos <input type="checkbox"/> Hipersensibilidad <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> vértigo <input type="checkbox"/> Malestar Estomacal <input type="checkbox"/> Adormecimientos <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Cefalea Otros:
					<input type="checkbox"/> Náuseas, Vómitos <input type="checkbox"/> Hipersensibilidad <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> vértigo <input type="checkbox"/> Malestar Estomacal <input type="checkbox"/> Adormecimientos <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Cefalea Otros:
					<input type="checkbox"/> Náuseas, Vómitos <input type="checkbox"/> Hipersensibilidad <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> vértigo <input type="checkbox"/> Malestar Estomacal <input type="checkbox"/> Adormecimientos <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Cefalea Otros:
					<input type="checkbox"/> Náuseas, Vómitos <input type="checkbox"/> Hipersensibilidad <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> vértigo <input type="checkbox"/> Malestar Estomacal <input type="checkbox"/> Adormecimientos <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Cefalea Otros:
					<input type="checkbox"/> Náuseas, Vómitos <input type="checkbox"/> Hipersensibilidad <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> vértigo <input type="checkbox"/> Malestar Estomacal <input type="checkbox"/> Adormecimientos <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Cefalea Otros:
					<input type="checkbox"/> Náuseas, Vómitos <input type="checkbox"/> Hipersensibilidad <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> vértigo <input type="checkbox"/> Malestar Estomacal <input type="checkbox"/> Adormecimientos <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Cefalea Otros:
					<input type="checkbox"/> Náuseas, Vómitos <input type="checkbox"/> Hipersensibilidad <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> vértigo <input type="checkbox"/> Malestar Estomacal <input type="checkbox"/> Adormecimientos <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Cefalea Otros:
ALERGIA MEDICAMENTOSA	() NO	() SI	ESPECIFIQUE:		
ALERGIA ALIMENTO	() NO	() SI	ESPECIFIQUE:		

PRÓXIMA CONSULTA:

OBSERVACIÓN

PLAN TERAPÉUTICO Y CITAS

--	--

Aceptación Intervención Farmacéutica	Reingreso paciente	Motivos de reingreso	Problema de salud
<input type="checkbox"/> Aceptada <input type="checkbox"/> No Aceptada Motivo:	<input type="checkbox"/> Si reingreso <input type="checkbox"/> No reingreso	<input type="checkbox"/> No adherencia al tratamiento <input type="checkbox"/> No responden al tratamiento <input type="checkbox"/> Complicación de la patología <input type="checkbox"/> Presentar RAMs	<input type="checkbox"/> Resuelto <input type="checkbox"/> No Resuelto

Nº DE INTERVENCIÓN:

Fecha final de la Intervención:

Firma del Investigador



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO
"DANIEL ALCIDES CARRIÓN - HYO."
DEPARTAMENTO DE FARMACIA

SERVICIO DE FARMACIA CLÍNICA

FORMATO DE ATENCIÓN FARMACEÚTICA

Nº 008306

DATOS PERSONALES

PACIENTE _____ Nº HISTORIA CLÍNICA _____ Nº CUENTA _____

TIPO DE USUARIO: SIS () CTA. CTE.: () CONVENIOS: ()

SERVICIO: _____ CAMA: _____ EDAD: _____ PESO: _____ SEXO: _____ DIAGNÓSTICO: _____

Nº	Medicamento (DCI)	Dosis	Al levantarse	Desayuno	Almuerzo		Por la tarde	Cena		Al Acostarse	DURACIÓN / OBSERVACIONES
					1 hora antes			1 hora antes			
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											

Fotografía 1: Intervención farmacéutica en el alta hospitalaria



Fotografía 2: Intervención farmacéutica en el alta hospitalaria



Fotografía 3: Intervención farmacéutica en el alta hospitalaria



Fotografía 4: Intervención farmacéutica en el alta hospitalaria

