



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial-CompartirIgual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

# **UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN TARAPOTO**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



## **TESIS**

**“EFECTO DEL MÉTODO DÁDER APLICADO EN PACIENTES MIXTOS  
DEL PROGRAMA CONTROL DE ENFERMERÍA: DIABETES MELLITUS  
HIPERTENSIÓN ARTERIAL (DM - HTA) DEL HOSPITAL II - ESSALUD  
TARAPOTO”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
LICENCIADOS EN ENFERMERÍA**

## **AUTORES:**

**Bach. En Enf. YAJAIRA DANIELA CASTAÑEDA VÁSQUEZ**

**Bach. En Enf. ELDA MELI FERNÁNDEZ TERRONES**

## **ASESORA:**

**Lic. Enf. FLOR ENITH LEVEAU BARRERA**

**TARAPOTO- PERÚ**

**2016**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN TARAPOTO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



**TESIS**

**“EFECTO DEL MÉTODO DÁDER APLICADO EN PACIENTES MIXTOS  
DEL PROGRAMA CONTROL DE ENFERMERÍA: DIABETES MELLITUS -  
HIPERTENSIÓN ARTERIAL (DM - HTA) DEL HOSPITAL II - ESSALUD  
TARAPOTO”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
LICENCIADOS EN ENFERMERÍA**

**AUTORES:**

Bach. en Enf. Yajaira Daniela Castañeda Vásquez

Bach. en Enf. Elda Meli Fernández Terrones

**ASESORA:**

Lic. Enf. Flor Enith Leveau Barrera

**Tarapoto-Perú**

**2016**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN TARAPOTO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



**TESIS**  
**“EFECTO DEL MÉTODO DÁDER APLICADO EN PACIENTES MIXTOS**  
**DEL PROGRAMA CONTROL DE ENFERMERÍA: DIABETES MELLITUS -**  
**HIPERTENSIÓN ARTERIAL (DM - HTA) DEL HOSPITAL II - ESSALUD**  
**TARAPOTO”**

**JURADO CALIFICADOR:**

---

Obsta. Dra. Gabriela del Pilar Palomino Alvarado  
Presidente

---

Lic. Enf. Mg. Lucy Amelia Villena Campos  
Miembro

---

Lic. Enf. M.Sc. Luz Karen Quintanilla Morales  
Miembro.

## CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO

La que suscribe el presente documento hace constar:

Que las Bachilleres Yajaira Daniela Castañeda Vásquez y Elda Meli Fernández Terrones han realizado el Informe final de la Tesis "EFECTO DEL MÉTODO DÁDER APLICADO EN PACIENTES MIXTOS DEL PROGRAMA CONTROL DE ENFERMERÍA: DIABETES MELLITUS – HIPERTENSIÓN ARTERIAL (DM-HTA) DEL HOSPITAL II – ESSALUD TARAPOTO", bajo mi supervisión.

Por lo tanto, queda revisado y aprobado por la suscrita, se expide el presente a fin que sea presentado para el trámite respectivo.

Morales 22 de enero de 2017.

Atentamente:



---

Lic. Enf. Flor Enith Leveau Barrera

Asesora



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN - TARAPOTO**  
**Unidad de Bibliotecas Especializadas y**  
**Biblioteca Central**

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN NO EXCLUSIVO PARA**  
**PUBLICACIÓN**  
**ELECTRÓNICA EN REPOSITORIO DIGITAL**

**1. DATOS PERSONALES**

<b>Apellidos y Nombres:</b> CASTAÑEDA VÁSQUEZ YAJAIRA DANIELA		<b>DNI:</b> 75359768
<b>Domicilio:</b> Jr. Sucre 298 - Morales		
<b>Teléfono:</b> 966974188	<b>Correo Electrónico:</b> Yajaira.cvas.1@hotmail.com	

**2. DATOS ACADEMICOS**

<b>Facultad</b>	<b>: CIENCIAS DE LA SALUD</b>
<b>Escuela profesional</b>	<b>: ENFERMERIA</b>

**3. DATOS DE LA TESIS**

<b>Título:</b> “Efecto del Método Dáder aplicado en Pacientes Mixtos del Programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus - Hipertensión Arterial (DM - HTA) del Hospital II - EsSalud Tarapoto”
<b>Año de publicación</b> 2017

**4. AUTORIZACION DE PUBLICACION EN INVERSION ELECTRONICA**

A través de la presente autorizo a la Unidad de Bibliotecas Especializadas y Biblioteca Central – UNSM – T, para que publique, conserve y sin modificarla su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en su Repositorio Institucional su obra a texto completo el citado título (Resolución Rectoral N° 212-2013-UNSM/CU-R).

**CASTAÑEDA VÁSQUEZ YAJAIRA DANIELA**  
**DNI 75359768**

Fecha de recepción: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN - TARAPOTO**  
**Unidad de Bibliotecas Especializadas y**  
**Biblioteca Central**

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN NO EXCLUSIVO PARA**  
**PUBLICACIÓN**  
**ELECTRÓNICA EN REPOSITORIO DIGITAL**

**5. DATOS PERSONALES**

<b>Apellidos y Nombres:</b> FERNÁNDEZ TERRONES ELDA MELI		<b>DNI:</b> 71852853
<b>Domicilio:</b> Jr. Los Mártires s/n - Morales		
<b>Teléfono:</b> 945871126	<b>Correo Electrónico:</b> Elda_fer_94@hotmail.com	

**6. DATOS ACADEMICOS**

<b>Facultad</b>	<b>: CIENCIAS DE LA SALUD</b>
<b>Escuela profesional</b>	<b>: ENFERMERIA</b>

**7. DATOS DE LA TESIS**

<b>Título:</b> “Efecto del Método Dáder aplicado en Pacientes Mixtos del Programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus - Hipertensión Arterial (DM - HTA) del Hospital II - EsSalud Tarapoto”
<b>Año de publicación</b> 2017

**8. AUTORIZACION DE PUBLICACION EN INVERSION ELECTRONICA**

A través de la presente autorizo a la Unidad de Bibliotecas Especializadas y Biblioteca Central – UNSM – T, para que publique, conserve y sin modificarla su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en su Repositorio Institucional su obra a texto completo el citado título (Resolución Rectoral N° 212-2013-UNSM/CU-R).

**FERNÁNDEZ TERRONES ELDA MELI**  
**DNI 71852853**

Fecha de recepción: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## DEDICATORIA

Dedicada a mi padre celestial  
JEHOVÁ, quien me acompaña  
e ilumina en cada paso  
brindándome su fuerza y amor  
para continuar adelante.

A mis padres Zeigler y Marisol  
por ser los pilares de mi  
formación, por su amor, apoyo  
incondicional y sobre todo por  
creer en mí.

**Yajaira Daniela**



A DIOS porque me ha permitido culminar este trabajo, y me conceda poner al servicio de los demás los conocimientos recibidos.

A mis padres Eliseo y Fabiola por haberme apoyado en los buenos y malos momentos y creído en mí, por sus consejos que me han servido de mucho, estoy feliz y agradecida de tener unos padres como ustedes, por mostrarme que uno siempre tiene que luchar por lo que quiere y perseverar. Por ser ese faro que siempre me ha guiado y continúa guiándome cuando creo no hallar una salida.

**Elda Meli**

## **AGRADECIMIENTO**

A los pacientes del programa Control de Enfermería: DM-HTA del Hospital II-EsSalud Tarapoto, quienes fueron los protagonistas y principales beneficiados de nuestro estudio. Estamos muy agradecidas con cada uno de ellos por aceptar trabajar con nosotros, habernos brindado su confianza, paciencia, cariño y amistad.

A la Lic. Enf. Yrene Peña y al Dr. Jacobo Ibáñez, por su valiosa colaboración durante cada una de las etapas de desarrollo de nuestro trabajo, les agradecemos infinitamente por su amistad, sus enseñanzas y sabios consejos. Los respetamos y admiramos por ser excelentes profesionales de la salud, con vocación y humanismo, esas virtudes que nos impulsan a seguir su ejemplo.

A nuestra asesora Lic. Enf. Flor Enith Leveau Barrera, porque nos ofreció su ayuda incondicional, hizo que diéramos más de lo que podíamos, nos impulsó a asumir retos. Muchas gracias licenciada Flor por todo lo que has hecho por nosotras desde los comienzos de nuestra vida universitaria.

Por último, a todas nuestras docentes que se preocuparon por nosotras y nos brindaron su ayuda, así como nos felicitaron cuando obtuvimos nuestros primeros logros. Estamos más que agradecidas con cada una de ellas por las enseñanzas impartidas en nuestra casa de estudios y el campo clínico, nosotras llevaremos a la realidad sus deseos de ver nuestra hermosa carrera de Enfermería sobresaliendo y triunfando.

**Las investigadoras**

## INDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO .....	viii
INDICE DE CONTENIDO .....	ix
LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS .....	xi
INDICE DE TABLAS .....	xii
RESUMEN .....	xv
ABSTRACT .....	xvi
I. INTRODUCCIÓN .....	1
1.1. Marco Conceptual .....	1
1.2. Antecedentes .....	2
1.3. Bases Teóricas .....	10
1.4. Justificación .....	37
1.5. Problema .....	38
II. OBJETIVOS .....	42
2.1. Objetivo General .....	42
2.2. Objetivos Específicos .....	43
2.3. Hipótesis .....	43
2.4. Operacionalización de Variables .....	44
III. MATERIALES Y MÉTODOS .....	45
IV. RESULTADOS .....	59

V.	DISCUSIÓN .....	66
VI.	CONCLUSIONES .....	69
VII.	RECOMENDACIONES .....	71
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
IX.	ANEXOS .....	79

## LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

SFT	Seguimiento Farmacoterapéutico
GIAF-UGR	Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada
PRM	Problemas Relacionados con los Medicamentos
HTA	Hipertensión Arterial
DM	Diabetes Mellitus
DM1	Diabetes Mellitus tipo 1
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
DG	Diabetes Gestacional
RNM	Resultados Negativos Asociados a los Medicamentos
ECV	Enfermedad Cerebrovascular
RCV	Riesgo Cardiovascular
RAM	Reacción Adversa a Medicamentos
CVRS	Calidad de Vida Relacionada a la Salud
PA/CT	Presión Arterial y Colesterol Total
PMIR	Paciente Mixto Insulino Requiriente
PMNIR	Paciente Mixto No Insulino Requiriente
PS	Problema de Salud
CT	Colesterol Total
OMS	Organización Mundial de la Salud
Hb1Ac	Hemoglobina glicosilada
IMC	Índice de Masa Corporal
TG	Triglicéridos

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla N°</b>	<b>Título</b>	<b>N° Pág.</b>
01	Dimensión Necesidad antes y después de la aplicación del Método Dáder en Pacientes Mixtos del Programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus - Hipertensión Arterial (DM - HTA) del Hospital II - EsSalud Tarapoto.	59
02	Dimensión Efectividad antes y después de la aplicación del Método Dáder en Pacientes Mixtos del Programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus - Hipertensión Arterial (DM - HTA) del Hospital II - EsSalud Tarapoto.	61
03	Dimensión Seguridad antes y después de la aplicación del Método Dáder en Pacientes Mixtos del Programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus - Hipertensión arterial (DM - HTA) del Hospital II - EsSalud Tarapoto.	63

- 04 Efecto del Método Dáder aplicado en Pacientes Mixtos del Programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus - Hipertensión Arterial (DM - HTA) del Hospital II - EsSalud Tarapoto en las tres dimensiones. 65
- 05 Descripción de las características sociodemográficas de Pacientes Mixtos del programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus – Hipertensión Arterial (DM-HTA) del Hospital II-EsSalud Tarapoto. 92
- 06 Descripción de las características clínicas de Pacientes Mixtos del programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus – Hipertensión Arterial (DM-HTA) del Hospital II-EsSalud Tarapoto. 93
- 07 Pacientes Mixtos del programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus - Hipertensión Arterial (DM-HTA) del Hospital II-EsSalud Tarapoto según Adherencia al Tratamiento Farmacológico (Test Morisky–Green-Levine). 94

- 08 Causas de identificación de los RNM en los Pacientes Mixtos del programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus – Hipertensión Arterial (DM-HTA) del Hospital II-EsSalud Tarapoto. 95
- 09 Evolución del valor promedio de la Presión Arterial en los Pacientes Mixtos del programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus-Hipertensión Arterial (DM-HTA) del Hospital II-EsSalud Tarapoto. Período Julio-Setiembre 2016. 96
- 10 Evolución del valor promedio de la Glucosa en Ayunas en los Pacientes Mixtos del programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus – Hipertensión Arterial (DM-HTA) del Hospital II-EsSalud Tarapoto. Período Julio – Setiembre 2016. 96
- 11 Valoración del Método Dáder en los Pacientes Mixtos del programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus – Hipertensión Arterial (DM-HTA) del Hospital II-EsSalud Tarapoto. 97



## RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo principal determinar el efecto del Método Dáder aplicado en Pacientes Mixtos del Programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus - Hipertensión Arterial (DM - HTA) del Hospital II - EsSalud Tarapoto. Es un estudio descriptivo - pre-experimental, con enfoque cuantitativo, prospectivo de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 37 pacientes elegidos por conveniencia, asimismo se utilizó como instrumentos una ficha elaborada por las investigadoras, que permitió la recolección de datos en el pre y post test.

Los resultados finales después de la aplicación del método Dáder muestran que de los 151 problemas encontrados en las tres dimensiones (Necesidad, Efectividad y Seguridad), 132 de ellos fueron resueltos representando el 87%.

Finalmente se acepta la hipótesis debido a que el efecto del Método Dáder aplicado en Pacientes Mixtos del Programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus - Hipertensión Arterial (DM - HTA) del Hospital II - EsSalud Tarapoto, es significativo y positivo.

**Palabras claves:** Aplicación del Método Dáder, Programa Control de Enfermería.

## ABSTRACT

The following research work was aimed to determine the effect of the Dader method applied in mixed patients of the Nursing Control program: Diabetes Mellitus - Arterial Hypertension (DM - HTA) of Tarapoto II - EsSalud Hospital. This is a descriptive-pre-experimental study, with quantitative, prospective, transversal cut approach. The sample was consisted of 37 patients chosen for convenience; also a form prepared by the researchers was used as data collecting instrument, which allowed the collection of data in the pre and posttest.

The final results after the application of the Dader method show that of 151 problems found in three dimensions (Need, Efficiency and Security), 132 of them were solved representing 87%.

Finally the hypothesis is accepted due to the fact that the effect of the Dader Method applied in Mixed Patients of the Program Control of Nursing: Diabetes Mellitus - Arterial Hypertension (DM - HTA) of the Tarapoto II - EsSalud Hospital is significant and positive.

**Keywords:** Application of the Dader Method, Nursing Control Program.

## **TITULO:**

**Efecto del Método Dáder aplicado en Pacientes Mixtos del Programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus - Hipertensión Arterial (DM - HTA) del Hospital II - EsSalud Tarapoto.**

## **I. INTRODUCCIÓN**

### **1.1. Marco Conceptual**

#### **Seguimiento Farmacoterapéutico**

Hepler y Strand (1990), lo definen como “la provisión responsable de la farmacoterapia con el propósito de alcanzar unos resultados concretos que mejoren la calidad de vida de cada paciente, siendo estos resultados: curación de la enfermedad, eliminación o reducción de la sintomatología del paciente, interrupción o enlentecimiento del proceso patológico y prevención de una enfermedad o de una sintomatología **(1)**.”

#### **Programa Dáder**

El Programa Dáder tiene el propósito de promover y apoyar la realización del seguimiento farmacoterapéutico (SFT) y conseguir la implantación de esta actividad asistencial en los servicios de farmacia, independientemente del ámbito asistencial que se considere. El programa Dáder tiene carácter internacional y se extiende no sólo en España, sino también en Portugal, Brasil, Costa Rica, Colombia, Bolivia, Guatemala, Perú, Argentina y Chile **(2)**.

## **Programa Control de Enfermería: DM-HTA**

El Programa de DM-HTA (Diabetes Mellitus - Hipertensión Arterial), brinda atención integral a todos los pacientes Diabéticos e Hipertensos, con el objetivo de detectar y prevenir complicaciones secundarias que estas enfermedades pueden generar, mediante promoción de estilos de vida saludable y consejería.

En el Programa se define como paciente mixto aquella persona que padece de Diabetes Mellitus e Hipertensión a la vez, razón por la cual se consideran vulnerables a sufrir complicaciones cardiovasculares y daño renal avanzado.

En este sentido como enfermeras nos basamos en teorías para brindar cuidado a este tipo de pacientes, por la misma se expone la Teoría de Nola Pender: Modelo de promoción de la salud. Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos - perceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. La Teoría de Nola Pender se basa en cuatro Paradigmas, que son la Salud, Persona, Entorno y Enfermería **(3)**.

### **1.2. Antecedentes**

En un plano internacional se exponen las siguientes investigaciones:

**Badesso R. (2013), Córdoba – Argentina**, en su tesis *“Efecto del seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 en un servicio de atención primaria de Córdoba (Argentina)”*, tuvo como objetivo

determinar el efecto del SFT a pacientes que se encuentran en el Programa Municipal de Detección Precoz de DM2 en la ciudad de Alta Gracia, provincia de Córdoba (Argentina). El tipo de estudio fue de seguimiento longitudinal, prospectivo, empleando la Metodología Dáder para efectuar el SFT y la Clasificación MEDAFAR para registrar las derivaciones farmacoterapéuticas. En esta investigación se concluye que el SFT a pacientes con DM2 permitió una resolución elevada de resultados negativos asociados a la medicación (RNM), mejorar los valores de glucemia en ayunas, aumentar la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes y lograr una adecuada coordinación entre los profesionales a través del uso de la Clasificación MEDAFAR. Los pacientes que presentaron DM2, HTA e hipercolesterolemia, en consecuencia son pluripatológicos y están polimedicados, se encontraron factores que están asociados a la aparición de RNM, en los cuales el SFT permitió conseguir una mejor adherencia al tratamiento farmacológico como para mejorar el conocimiento de la enfermedad y su mayor autocontrol (4).

**Araniva R, Zelaya M. (2012), San Salvador – El Salvador**, en su tesis titulada *“Realizar seguimiento farmacoterapéutico a pacientes del club de diabéticos del Hospital Nacional “Dr. Juan José Fernández” Zacamil. Aplicando el Método Dáder”*, tuvo como objetivo general realizar Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes del Club de diabéticos del Hospital Nacional “Dr. Juan José Fernández” Zacamil, este estudio fue de tipo transversal y descriptivo, y la muestra estuvo conformada por 12 pacientes que formaban parte del club. Se concluyó que durante el seguimiento farmacoterapéutico, de los 33 Problemas relacionados con los

medicamentos detectados 19 fueron tratados; contribuyendo así a una mejora es el estado de salud del paciente. Además el impacto positivo de la intervención farmacéutica se ven reflejados en la disminución de los valores de glucemia y la mejora en la adherencia al tratamiento **(5)**.

**Cobián M. (2011), Santiago de Compostela – España**, en su Tesis *“Diseño, implantación y análisis de un modelo para la gestión del seguimiento Farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria”*, tuvo como objetivo principal Diseñar, implantar y analizar un modelo para la gestión del servicio de seguimiento Farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria, para alcanzar tal objetivo se diseñó un modelo para la gestión del SFT y su puesta en práctica fue desarrollada con un estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal con una muestra de pacientes crónicos y usuarios frecuentes de la farmacia, a los que se incorporó a un programa de seguimiento Farmacoterapéutico durante seis meses. Se concluyó que la implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico representa una oportunidad de colaboración entre diferentes profesionales sanitarios para la mejora de la salud de los pacientes en cuanto se refiere a calidad de vida, satisfacción del paciente y la utilización y el coste de los servicios de salud. La causa por la que se produjo un Resultado Negativo de la Medicación fue mayoritariamente el incumplimiento, con un 49% y la otra causa identificada fue la duplicidad de medicamentos con un 11%. Se intervino directamente con el paciente en el 38% de los casos y fue necesario ponerse en contacto con el médico en el resto de las ocasiones, por escrito en el 30% y de forma verbal en el 32% **(6)**.

**Pérez C. (2010), Madrid – España**, en su Tesis Doctoral *“Problemas de Salud relacionados con los medicamentos (PRM) con motivo de Ingreso Hospitalario”*, el objetivo principal de esta investigación fue Identificar, clasificar y cuantificar la frecuencia de los problemas de salud relacionados con los medicamentos (PRM) como motivo del ingreso hospitalario desde el SU (servicio de urgencias), este estudio fue transversal, prospectivo, observacional el cual permite conocer la frecuencia y las características de los PRM que motivan el ingreso hospitalario, identificar aquellos factores de riesgo que contribuyen a su aparición, así como calcular el gasto económico que éstos generan en el hospital y por último que porcentaje del mismo podría haberse evitado. Se diseñó y llevó a cabo un estudio piloto de carácter prospectivo sobre 20 pacientes que acudieron al SU, luego durante los doce meses que duro el estudio se trabajó con un total de 258 pacientes. Las conclusiones obtenidas en este estudio demuestran que los PRM son la causa de un alto porcentaje de ingresos hospitalarios, pudiendo evitarse más de la mitad de los casos. Dos de cada tres (65,3%) ingresos hospitalarios relacionados con los medicamentos son evitables, siendo originados como consecuencia de un error de medicación, dando lugar a la morbilidad por producirse un error en los medicamentos **(7)**.

**Silva M. (2010), Granada – España**, en su Tesis Doctoral *“Evaluación del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hospitalizados. Análisis del método Dáder y su implantación en los diferentes servicios asistenciales”*, tuvo por objetivo general, analizar la aplicación del Método Dáder para el seguimiento farmacoterapéutico en pacientes ingresados en servicios de hospitalización y examinar los resultados obtenidos en estudios de

seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hospitalizados para reconocer la implantación y evaluación del proceso asistencial. Diseñaron un estudio observacional prospectivo en tres etapas con una duración de tres meses de trabajo de campo, la muestra que se tomó para este estudio fue de 22 paciente ingresados en el servicio de cirugía del hospital Infanta Margarita de Cabra, a quienes se realizó seguimiento farmacoterapéutico. Según los resultados de esta investigación se puede concluir que los problemas de salud atribuibles a la farmacoterapia están relacionados mayoritariamente con la efectividad, luego con la seguridad y finalmente con la necesidad. El método Dáder es aplicable en entornos diferentes a la farmacia comunitaria con los correspondientes ajustes en la forma y registros de información pero sin dejar de obedecer su estructura básica, al aplicar este método disminuye los PRM durante el ingreso hospitalario (8).

**Hernández E, Ixmatlahua D. (2010), Ciudad de Orizaba, Veracruz – México,** en su Tesis *“Detección de problemas relacionados con los medicamentos en pacientes ambulatorios con enfermedades cardiovasculares”*. En este estudio su objetivo fue utilizar el Método Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) para identificar en consulta externa problemas relacionados con los medicamentos, fue un estudio prospectivo, longitudinal, descriptivo y observacional en pacientes con ECV que acuden a consulta externa de cardiología en un consultorio privado de segundo nivel. La muestra tomada para este estudio fue de 50 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos en la investigación. Según resultados obtenidos en la investigación se concluye que los fármacos que más provocaron PRM de tipo RAM fueron los antihipertensivos, las



manifestaciones clínicas presentadas fueron diferente en cada paciente poniendo de manifiesto la variabilidad biológica y que el fármaco puede presentar diferente mecanismo de acción para producir una RAM. Los PRM más frecuentes presentados en pacientes ambulatorios con ECV en la cuida de Orizaba, fueron 10 (91%) de seguridad, y 1 (9%) de efectividad los cuales se resolvieron satisfactoriamente, mostrando que el SFT no solo permite la prevención o solución de PRM sino también el tratamiento integral de los problemas de salud del paciente logrando alcanzar resultados concretos que mejoren su calidad de vida **(9)**.

En un plano nacional se exponen las siguientes investigaciones:

**Gallego A, Ocampo P. (2014), Ancash – Perú,** en su tesis *“Efecto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico sobre los problemas relacionados con medicamentos en pacientes hipertensos - Farmacia del Centro de Salud Yugoslavia Distrito de Chimbote.* Tuvo por principal objetivo Medir la eficacia del programa en la detección y solución de problemas relacionados con medicamentos (PRM) para prevenir o curar resultados negativos de la medicación (RNM).La investigación fue de tipo aplicada, cuantitativa de nivel explicativo; prospectivo de corte longitudinal, de una sola casilla y no probabilística. El universo de sujetos de estudio estuvo conformado por aquellos pacientes atendidos de manera regular en la farmacia del Hospital La Caleta - II Chimbote. Realizaron un programa piloto de seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), adaptado del modelo DADER, se intervinieron 12 pacientes hipertensos. Se concluye que el efecto del SFT sobre la percepción del paciente de la actividad profesional del farmacéutico

antes – después de la intervención fue significativa. El programa de SFT es eficiente en el diagnóstico de PRMs, en la prevención y solución de RNMs. El seguimiento farmacoterapéutico tuvo buena aceptación por parte del paciente, ya que en su gran mayoría la información impartida fue clara y comprensiva, además aportó beneficios a su salud y alcanzaron un mayor nivel de educación en lo que respecta a su salud, por tal motivo consideran necesaria la Aplicación de este sistema de atención **(10)**.

**Velezmoro H, Ocampo P. (2012), Trujillo – Perú**, en su tesis “Aplicación y Desarrollo de un Programa Piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico para Pacientes con Infección Aguda Leve de Tracto Urinario desde la Botica Arcángel N° 14 del Barrio Chicago centro de la ciudad de Trujillo”. El Objetivo general fue Determinar el impacto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico dirigido a pacientes con infección de tracto urinario que se atienden en la Botica Arcángel N° 14 ubicada en el Barrio Chicago de la Ciudad de Trujillo e Identificar, durante el programa de SFT, Problemas Relacionados con el Uso de Medicamentos (PRMs) en los pacientes que solicitan dispensación de medicamentos por infecciones de tracto urinario que se atienden en la Botica Arcángel N°14. La investigación en seguimiento farmacoterapéutico fue de Tipo Aplicada, Cuantitativa de Nivel No Explicativo o Descriptivo. El diseño de la investigación es de tipo descriptivo explicativo prospectivo de corte longitudinal de una sola casilla y no probabilístico. Se concluye que los resultados alcanzados en esta investigación apelan a que la Aplicación de un programa de seguimiento Farmacoterapéutico para pacientes que sufren de Infección de Tracto Urinario desde una farmacia comunitaria tiene impacto positivo sobre el

manejo integral de la enfermedad y el uso de medicamentos por parte de los pacientes **(11)**.

**Tafur E. (2010), Lima – Perú**, en su Tesis Doctoral. *“Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes con VIH/SIDA: Evaluación de la Adherencia y la Calidad de Vida Relacionada a la Salud en el Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara - Perú”*. El Objetivo fue Evaluar el impacto de la intervención farmacéutica en la mejora de la adherencia y de la calidad de vida de los pacientes con VIH y SIDA del Centro Médico Naval, e identificar los factores que influyen en la adherencia y en la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) y que pueden ser modificados por la intervención farmacéutica en el seguimiento farmacoterapéutico (SFT). Es un estudio cuasi – experimental, antes – después sin grupo control. La muestra fue de 52 pacientes mayores de 18 años, que dieron su consentimiento informado, y que tenían el diagnóstico por VIH, y con tratamiento antirretroviral por más de tres meses, a quienes se les realizó SFT durante los meses de febrero 2006 a diciembre 2007. Se Concluye que: Los resultados demuestran que la intervención mediante el seguimiento farmacoterapéutico mejora la adherencia al tratamiento antirretroviral, mejora los aspectos de cumplimiento y de creencias del paciente sobre su tratamiento y enfermedad mediante su intervención. El seguimiento farmacoterapéutico mejora la calidad de vida como resultado final de salud en el paciente; la intervención farmacéutica fue significativa en las escalas de función física, salud mental y función cognitiva **(12)**.

A nivel regional: No se evidencian trabajos similares de las variables en estudio.

### **1.3. Bases Teóricas**

#### **Aplicación del Método Dáder**

##### **Programa Dáder**

El Programa Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico nace en octubre de 1999 como iniciativa del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (GIAF-UGR).

Este proyecto surge ante la necesidad de llevar a la práctica el seguimiento farmacoterapéutico (SFT), una vez identificadas aquellas barreras y facilitadores que pueden influir en la prestación de este servicio. Por tanto, el propósito que se pretende con desarrollo del Programa Dáder es promover y apoyar la realización del seguimiento farmacoterapéutico (SFT) y conseguir la implantación de esta actividad asistencial en los servicios de farmacia, independientemente del ámbito asistencial que se considere.

El programa Dáder tiene carácter internacional y se extiende no sólo en España, sino también en Portugal, Brasil, Costa Rica, Colombia, Bolivia, Guatemala, Perú, Argentina y Chile **(2)**.

Se trata de un programa docente desarrollado para farmacéuticos en ejercicio, que pretende conseguir que aprendan a realizar un SFT a sus pacientes de una forma totalmente práctica («aprender mientras se hace»).

Para alcanzar su objetivo, el Programa Dáder dispone de tres estrategias básicas:

- Formación en atención farmacéutica, específicamente en SFT.
- Desarrollo del Método Dáder para la realización del SFT.
- Diseño e implantación de un sistema estandarizado de documentación-comunicación, que permite registrar las intervenciones realizadas por cada participante del Programa Dáder **(13)**.

En la actualidad, las líneas de trabajo del Programa Dáder para promocionar la realización del SFT son:

- Desarrollo del MÉTODO DÁDER para la realización SFT.
- Formación en materia de SFT y del Método Dáder impartida por el GIAF-UGR: El Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (GIAF-UGR), se creó en 1993, bajo la responsabilidad de la Dra. María José Faus Dáder y del Dr. Fernando Martínez Martínez. El GIAF-UGR está integrado por profesores universitarios y profesionales sanitarios (farmacéuticos y médicos), cuyo interés común es investigar en el campo de la Atención Farmacéutica, así como desarrollar toda una serie de actividades formativas. El objetivo central del GIAF-UGR son obtener resultados a través de trabajos de investigación, que demuestren la magnitud de los resultados negativos asociados a los medicamentos, internacionalmente admitidos como un auténtico problema de salud pública y desarrollar una nueva tecnología sanitaria: Seguimiento

Farmacoterapéutico (servicio incluido en la Atención Farmacéutica), para detectar, prevenir y resolver estos fallos de la farmacoterapia **(14)**.

- Diseño e implantación de un sistema de documentación-comunicación: el Programa Dáder facilita una serie de documentos (en formato impreso y electrónico), destinados a elaborar la historia farmacoterapéutica de los pacientes, y de forma general, a registrar la información derivada del SFT a los pacientes. En la actualidad, la base de datos del Programa Dáder consta de 16000 registros con intervenciones farmacéuticas realizadas por más de 1200 servicios de farmacia de distintos países y ámbitos asistenciales, que alguna vez han estado inscritos al Programa Dáder.

- DADERWEB: se presenta como una estrategia innovadora, que aprovecha las nuevas tecnologías disponibles para apoyar, facilitar el trabajo y favorecer la comunicación de los farmacéuticos que realizan SFT **(2)**.

### **Seguimiento Farmacoterapéutico**

La definición de seguimiento farmacoterapéutico (SFT) ha evolucionado en los últimos años, desde que los profesores Hepler y Strand, en 1990, lo definieron como “la provisión responsable de la farmacoterapia con el propósito de alcanzar unos resultados concretos que mejoren la calidad de vida de cada paciente, siendo estos resultados: curación de la enfermedad, eliminación o reducción de la sintomatología del paciente, interrupción o enlentecimiento del proceso patológico y prevención de una enfermedad o de una sintomatología **(1)**”.

El Seguimiento Farmacoterapéutico constituye la actividad asistencial del farmacéutico más importante y trascendente, su realización implica el seguimiento y la evaluación continuada de los efectos de la farmacoterapia que utilizan los pacientes **(15)**.

Es la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos mediante la detección de problemas relacionados con la medicación (PRM) y la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM) de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud. Con este servicio se busca alcanzar los objetivos de la farmacoterapia (necesaria, efectiva y segura), atendiendo de forma real las necesidades de los pacientes. De esta definición de SFT es preciso se consideren ciertos aspectos:

- El SFT aborda de manera global de todos los problemas de salud y los medicamentos que utiliza el paciente, centrándose en la valoración de la necesidad, efectividad y seguridad de la farmacoterapia.
- La detección, prevención y resolución de RNM requiere de la monitorización y evaluación continuada de los efectos de los medicamentos que utiliza el paciente. Por ello el SFT es una actividad clínica en la que se deberá detectar cambios en el estado de salud del paciente (síntomas, signos, eventos clínicos, mediciones metabólicas o fisiológicas) atribuibles a

la utilización de la farmacoterapia y determinar si está siendo necesaria, efectiva y/o segura **(16)**.

El Foro de Atención Farmacéutica, en su documento de consenso de enero de 2008, indica que los objetivos del SFT son:

- Detectar los PRM, para la prevención y resolución de los RNM.
- Maximizar la efectividad y seguridad de los tratamientos, minimizando los riesgos asociados al uso de medicamentos.
- Contribuir a la racionalización de los medicamentos, mejorando el proceso de uso de los mismos.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- Registrar y documentar la intervención personal **(1)**.

El SFT, tendente a identificar, prevenir y resolver RNM, es una estrategia que permite un mejor control de la farmacoterapia y, por tanto se convierte en una solución viable y factible a un problema sanitario que causa sufrimiento humano y costes innecesarios **(16)**.

### **Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM)**

En España, el término PRM se definió por primera vez en 1998, en el primer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. Diferentes interpretaciones de la definición original supusieron que el concepto se revisara nuevamente en el año 2002, en el Segundo Consenso de Granada.



El año 2007, en el Tercer Consenso de Granada definieron a los PRM como “aquéllas circunstancias que causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado al uso de los medicamentos”. Por tanto, los PRM pasan a ser todas aquellas circunstancias que suponen para el usuario de medicamentos un mayor riesgo de sufrir RNM.

A continuación se señala la lista de PRM que pueden ser señalados como posibles causas de RNM:

- Administración errónea del medicamento.
- Características personales.
- Conservación inadecuada.
- Contraindicación.
- Dosis, pauta y/o duración no adecuada.
- Duplicidad.
- Errores en la dispensación.
- Errores en la prescripción.
- Incumplimiento o falta de adherencia.
- Interacciones.
- Otros problemas de salud que afectan al tratamiento.
- Probabilidad de efectos adversos.
- Problema de salud insuficientemente tratado, otros **(17)**.

Los PRM se agrupan en tres categorías según sus causas de procedencia:

a. Factores asociados a la Prescripción: La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece en la definición de uso racional del medicamento que

para alcanzar el objetivo de un tratamiento farmacológico es decisiva la elección del medicamento adecuado para un paciente concreto y una situación clínica específica.

b. Factores asociados al Paciente: Deben tenerse en cuenta aquellos factores asociados tanto a las características intrínsecas del paciente como a su comportamiento. Entre los factores asociados al paciente tenemos la edad, el sexo, raza, Polimedición, paciente con Insuficiencia renal, pacientes con Insuficiencia hepática, el incumplimiento y la automedicación.

c. Factores asociados al Medicamento: Deben considerarse las interacciones medicamentosas, márgenes terapéuticos estrechos, farmacotecnia del producto y deficiencias de calidad de los mismos **(7)**.

### **Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM)**

Los RNM son problemas de salud, cambios no deseados en el estado de salud del paciente atribuibles al uso (o desuso) de los medicamentos. Para medirlos se utiliza una variable clínica (síntoma, signo, evento clínico, medición metabólica o fisiológica, muerte), que no cumple con los objetivos terapéuticos establecidos para el paciente.

Para clasificar los RNM es necesario considerar las tres premisas con las que ha de cumplir la farmacoterapia utilizada por los pacientes: necesaria (debe existir un problema de salud que justifique su uso), efectiva (debe alcanzar los objetivos terapéuticos planteados cuando se instauró) y segura (no debe producir ni agravar otros problemas de salud). El medicamento(s)

que dé lugar a la aparición de un RNM no cumpliría alguna de estas premisas. Así pues, el RNM (o la sospecha, en su caso) se clasificará en función de cuál de estas premisas “no se cumple”. Teniendo en cuenta lo mencionado, los RNM se clasifican en:

a. RNM de Necesidad

- Problema de Salud no tratado: el paciente sufre un problema de salud asociado a no recibir una medicación que necesita.
- Efecto de medicamento innecesario: el paciente sufre un problema de salud asociado a recibir un medicamento que no necesita.

b. RNM de Efectividad

- Inefectividad no cuantitativa: el paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad no cuantitativa de la medicación.
- Inefectividad cuantitativa: el paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad cuantitativa de la medicación.

c. RNM de Seguridad

- Inseguridad no cuantitativa: el paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad no cuantitativa de un medicamento.
- Inseguridad cuantitativa: el paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad cuantitativa de un medicamento **(17)**.

### **Sospechas de resultados negativos asociados a la medicación**

Se considera que existe una “sospecha de RNM” cuando se identifica una situación en que el paciente está en riesgo de sufrir un problema de salud

asociado al uso de medicamentos, por la existencia de uno o más PRM, a los que podemos considerar como factores de riesgo del RNM **(17)**.

### **El método Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico**

En el último trimestre del año 1999, el grupo de investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada, desarrolló un programa docente de seguimiento farmacoterapéutico denominado Dáder, con el objetivo inicial de dotar al farmacéutico de una herramienta que le permitiese prevenir, identificar y solucionar los PRM y RNM que presentaba la población y con ello facilitar la realización y el logro de los objetivos establecidos con el SFT. Dicha herramienta se conoce como Método Dáder **(4)**.

Se trata de un procedimiento operativo sencillo que permite realizar SFT a cualquier paciente, en cualquier ámbito asistencial, de forma sistematizada, continuada y documentada. Su desarrollo permite registrar, seguir y evaluar los efectos de la farmacoterapia que utiliza un paciente, a través de unas pautas simples y claras **(14)**.

El Método Dáder se basa en obtener información sobre los problemas de salud y la farmacoterapia del paciente para ir elaborando la historia farmacoterapéutica. A partir de la información contenida en dicha historia se elaboran los estados de situación del paciente, que permiten visualizar el “panorama” sobre la salud y el tratamiento del paciente en distintos momentos del tiempo, así como evaluar los resultados de la farmacoterapia. Consecuencia de la evaluación y del análisis de los estados de situación se

establece un plan de actuación con el paciente, dentro del cual quedarán enmarcadas todas aquellas intervenciones que se consideren oportunas para mejorar o preservar su estado de salud **(17)**.

Es importante señalar que estas pautas básicas establecidas en el Método Dáder son adaptables a las particularidades del ámbito asistencial donde vaya a realizarse el SFT. Desde que surgió en 1999, el Método Dáder ha evolucionado y se ha ido adecuando a los requerimientos de una actividad asistencial, el SFT, que se encuentra en continuo desarrollo **(14)**.

Uno de los resultados más importantes obtenidos ha sido la propia evolución y el desarrollo del método, que ha dado lugar a la publicación de tres ediciones revisadas del Método Dáder de SFT: la primera en el año 2000, la segunda en 2003 y en septiembre de 2007, se ha publicado la nueva guía del Método Dáder de SFT, la última edición **(13)**.

### **Etapas del Método Dáder**

En un principio el Método Dáder estaba compuesto por 9 etapas o fases, pero en el Tercer Consenso de Granada estos se redujeron a siete, los cuales se describen a continuación:

#### **1. Oferta del servicio**

A grandes rasgos, la oferta del servicio consiste en explicar, de forma clara y concisa, la prestación sanitaria que va a recibir el paciente: qué es, qué pretende y cuáles son sus principales características. Claramente, su propósito será captar e incorporar al paciente al servicio de SFT.

El destinatario inevitable de la oferta del servicio es el paciente, pues este es quien va a recibir la asistencia, y por tanto, es este quien debe tomar la decisión última de aceptar o no, la prestación que se le ofrece.

Generalmente, el servicio de SFT se ofrece cuando se percibe alguna necesidad del paciente relacionada con sus medicamentos. No obstante, al margen de que exista (o no) algún motivo que induzca la oferta del servicio, el SFT podrá ofertarse a cualquier paciente cuando se considere que ello pueda mejorar los resultados de su farmacoterapia y/o, en general, que el paciente pueda beneficiarse de esta práctica sanitaria.

**¿Cómo ha de ofrecerse el servicio?:** En la oferta del servicio, las técnicas de comunicación adquieren especial importancia. La asertividad y las expresiones positivas ayudaran a captar el interés del paciente.

- **Al realizar la oferta del servicio.** No conviene que esta se centre o se apoye en los aspectos negativos que pueden presentar los medicamentos o los problemas de salud (el paciente, de por sí, ya puede tenerles miedo y no es bueno incrementarlo). Tampoco se recomienda realizar ofertas triunfalistas sobre los beneficios del SFT, ya que pueden crear falsas expectativas y ocasionar decepciones en el futuro.

- **Al finalizar la oferta del servicio.** Es importante, para que la entrevista farmacéutica transcurra satisfactoriamente, acordar con el paciente, el día, la hora, que lleve la bolsa con sus medicamentos y que lleve la documentación clínica que tenga disponible.

¿Quién es el candidato para ser el primer paciente en SFT?

Aunque el SFT permite trabajar con cualquier paciente que tome medicamentos, se aconseja comenzar con pacientes cuyos problemas de salud puedan ser atendidos y monitorizados, como por ejemplo pacientes con diabetes, dislipemia, hipertensión.

Este tipo de pacientes posibilita trabajar con los recursos disponibles en la farmacia, como tensiómetros, glucómetros o medidores del colesterol. De este modo se podrán monitorizar los datos clínicos del paciente que permiten conocer los problemas de salud y evaluar la efectividad de los tratamientos. Esto confiere gran autonomía en el trabajo y permite ir ganando confianza de cara a futuros pacientes. Por otra parte, son pacientes que precisan de intervención educativa directa del enfermero (a) en este caso y el trabajo conjunto con el paciente, que se prolongará inevitablemente en el tiempo, al tratarse en general de problemas de salud crónicos.

Otro aspecto importante a tener en cuenta para la selección del primer paciente, es que presente alguna queja o preocupación. Este hecho atrae la atención del paciente por el servicio y hace que muestre una mayor predisposición a colaborar **(17)**.

## **2. Entrevista farmacéutica: (primera entrevista)**

Las entrevistas farmacéuticas con el paciente constituyen la base del SFT. En las entrevistas, el paciente va a ofrecer su visión particular sobre los problemas de salud que padece y su tratamiento, aportando información valiosa al respecto (información subjetiva), que se ha de recoger,

comprender e interpretar. Es importante tener presente y entender que las entrevistas con el paciente constituyen la principal fuente de información durante el SFT. Aunque los encuentros con el paciente van a repetirse periódicamente a lo largo del proceso asistencial, el propósito de los mismos puede variar.

En la primera entrevista, el objetivo consiste en obtener la información inicial del paciente y abrir la historia farmacoterapéutica. En las entrevistas posteriores (sucesivas) es incierto lo que va a realizarse: obtener información que puede faltar del paciente, realizar educación para la salud, proponer un plan de trabajo al paciente, iniciar una intervención concreta, obtener información sobre el desenlace de una intervención, etc. Las entrevistas se realizarán cuantas veces como se necesiten, y constituyen un elemento imprescindible y fundamental para el desarrollo del SFT.

El método Dáder de SFT estructura o divide la primera entrevista en tres partes:

- **Preocupación y problemas de salud.**- Esta parte de la entrevista consiste en una pregunta abierta que pretende indagar sobre las preocupaciones en salud del paciente. Se busca que el paciente ofrezca una respuesta amplia y realice una descripción lo más completa posible de sus problemas de salud desde el principio, exponiendo sus ideas y sus dudas. Para iniciar esta parte de la entrevista, es conveniente empezar con algún comentario que rompa el hielo y permita introducir la conversación, a la vez que logramos que el paciente se exprese sobre aquellos problemas de salud



que más le preocupan y el farmacéutico expone de manera clara el propósito de la entrevista.

- **Medicamentos.** Para iniciar esta segunda parte de la entrevista, centrada en la medicación, una buena opción es tomar la bolsa de medicamentos que ha traído el paciente e ir sacándolos de uno en uno para obtener la información oportuna de forma individualizada. Utilizar las cajas de los medicamentos y mostrarlas suele ser mejor que emplear los nombres de los mismos, pues en ocasiones el paciente no va a relacionar estos nombres con el medicamento en sí. Ya que las cajas pueden resultarle más “familiares”. En esta parte de la entrevista se puede aprovechar para “limpiar el botiquín” de aquellos medicamentos que el paciente no use en la actualidad y/o no necesite (ej. medicamentos caducados, duplicados, etc.). De cada medicamento se obtendrá la información necesaria que permita indagar sobre el conocimiento y la adherencia del paciente, así como sobre la efectividad y seguridad de la farmacoterapia.

- **Repaso general por sistemas.** El repaso general consiste en realizar una serie de preguntas acerca del funcionamiento o estado del organismo, por aparatos y sistemas, desde la cabeza a los pies. Se puede comenzar preguntando si toma algo para los dolores de cabeza; si tiene problemas de visión o de audición; si sufre mareos, etc. Además, servirá para anotar posibles alergias, así como el peso y la talla, si no se ha hecho anteriormente. A grandes rasgos el repaso está pensado para: descubrir nuevos problemas de salud y medicamentos que no hayan sido

mencionados, obtener más información la cual el paciente no haya ofrecido anteriormente, verificar la información obtenida, profundizar en los aspectos que no hayan quedado claros y corregir cualquier error aclarando confusiones que pueda presentar el paciente **(17)**.

### **3. Estado de situación**

El estado de situación es un documento que muestra, a modo de resumen, la relación de los problemas de salud y los medicamentos del paciente a una fecha determinada. Se trata de una herramienta que permite analizar una “foto del paciente” a una fecha concreta.

El estado de situación se elabora con la información de la historia farmacoterapéutica del paciente, la cual se organiza de forma estructurada en el documento. Finalmente se obtiene una “esquemmatización” de los problemas de salud y los medicamentos del paciente que permite disponer de una “visión general” sobre el estado de salud del mismo.

En general, el estado de situación se elabora con alguno de los siguientes fines: Evaluar la farmacoterapia del paciente, Visualizar el panorama sobre el estado de salud del paciente y Exponer un caso en una sesión clínica. Para que la evaluación de la farmacoterapia no presente dificultades y el proceso de identificación de los RNM transcurra satisfactoriamente, el estado de situación ha de estar correctamente cumplimentado. El cuerpo central consta de cuatro bloques:

- **Problemas de salud.** En él se diferencian cuatro columnas: inicio del problema de salud (fecha de aparición), nombre del problema de salud (se marcará con un asterisco cuando corresponda a un diagnóstico médico y se pondrá entrecomillado cuando corresponda a una explicación del paciente), control del problema de salud (se indicará Si, No, No se sabe) y preocupación (se indicará P: poco; R: regular; B: bastante).
  
- **Medicamentos.** Este bloque presenta también cuatro columnas: fecha de inicio de la prescripción (fecha de inicio del medicamento o de la última modificación realizada), nombre de los principios activos del medicamento, pauta prescrita por el facultativo y pauta que utiliza el paciente.
  
- **Evaluación.** Se compone de cuatro columnas, tres que permiten llevar a cabo la evaluación de la farmacoterapia y que están encabezadas por las siglas N (necesidad), E (efectividad) y S (seguridad), y una cuarta donde se clasificarán los RNM detectados.
  
- **Intervención farmacéutica.** Se anota las fechas de las intervenciones, según el Plan de Actuación previsto, para así organizarlas y priorizarlas. Es conveniente anotar los problemas de salud que puedan estar relacionados, lo más cerca posible unos de otros en su columna, ya que puede existir relación entre ellos y ayuda a entender posibles estrategias terapéuticas diseñadas por el médico **(17)**.

#### 4. Fase de estudio

La fase de estudio es la etapa que permite obtener información objetiva sobre los problemas de salud y la medicación del paciente. Se trata de encontrar la mejor evidencia científica disponible a partir de una búsqueda de la información, que se realizará con el mayor rigor posible, en las fuentes más relevantes y centrada en la situación clínica del paciente.

En términos generales, la fase de estudio ha de aportar la información necesaria que permita: Evaluar críticamente la necesidad, la efectividad y la seguridad de la medicación que utiliza el paciente a una fecha determinada. Diseñar un plan de actuación con el paciente y el equipo de salud, que permita mejorar y/o preservar los resultados de la farmacoterapia de forma prolongada en el tiempo. Promover la toma de decisiones clínicas basada en la evidencia científica durante todo el proceso de SFT.

- **Problemas de Salud.** Para analizar los problemas de salud relacionados es importante tener en cuenta que es conveniente comenzar por estudiar los problemas de salud del paciente, especialmente los que estén diagnosticados por el médico, el farmacéutico es un profesional que conoce los medicamentos, pero no las enfermedades, por lo que estudiándolas en ciertos aspectos, entenderá el porqué de cada medicamento y su propósito, así como su utilidad o limitaciones en el control del problema, los aspectos más interesantes para el farmacéutico de cada enfermedad serán básicamente los signos y síntomas a controlar o parámetros consensuados de control, que luego podrán dar lugar a sospechas, en cuanto a la falta de efectividad de los tratamientos como

también los mecanismos fisiológicos de aparición de la enfermedad, para así entender cómo actúan los medicamentos que intervienen y predecir que puede ocurrir con otros que tome, o incluso relacionarlos con otros problemas de salud que puedan derivarse.

- **Medicamentos.** Para el análisis de los medicamentos es importante tener en cuenta que es necesario realizar un buen estudio de los medicamentos que el paciente toma, para que la intervención tenga las mayores garantías de utilidad para la salud del paciente. Los aspectos más relevantes a tener en cuenta de los medicamentos son los siguientes:

- Indicación del medicamento.
- Acción farmacológica y mecanismo de acción.
- Objetivo terapéutico del medicamento.
- Dosis, dosificación y pauta del medicamento.
- Normas de correcto uso y administración.
- Efectos adversos.
- Aspectos que pueden comprometer la efectividad y seguridad de los medicamentos.
- Educación para la salud sobre el medicamento. **(17)**

## **5. Fase de evaluación.**

El objetivo de la fase de evaluación es identificar los resultados negativos asociados a la medicación que presenta el paciente (tanto aquellos manifestados como las sospechas de RNM).

La identificación de los resultados negativos asociados a la medicación se realiza mediante un proceso sistemático de preguntas, que ha sido modificado del propuesto por Fernández-Llimós y col. Este proceso comienza por la primera línea del estado de situación que contenga celdas con medicación y su resultado será un listado con los distintos RNM detectados (siempre que haya alguno), que serán clasificados según lo estipulado en la clasificación de RNM.

Para la fase de evaluación se realizarán las siguientes preguntas de los medicamentos de cada fila del estado de situación:

- **¿necesita el paciente el/los medicamento/s?** Siempre que exista una prescripción consciente por parte de un médico, y exista un problema de salud que lo justifique, no podrá catalogarse en principio, un medicamento o una estrategia terapéutica, como no necesarios. Sólo si a consecuencia de alguna intervención desaparece el problema de salud que era tratado con algún medicamento, puede llegarse a la conclusión de que algún medicamento prescrito por un médico pueda no ser necesario.
  
- **¿Y esta/n siendo efectivo/s?** Una respuesta negativa a la segunda pregunta daría lugar a sospechar problemas de efectividad del método.
  
- **¿El medicamento está siendo seguro?** La pregunta se realiza a cada medicamento de la estrategia de forma individual, ya que cada uno puede tener características particulares de seguridad.

- **¿Y existe algún problema de salud que no está siendo tratado?** Es decir, además de no estar siendo tratados farmacológicamente, estos problemas de salud no han debido ser considerados como el resultado negativo de algún medicamento innecesario, inefectivo o inseguro. En caso de existir estos problemas de salud, se determinará si son susceptibles de ser tratados con medicamentos y, en caso afirmativo, se valorará si la instauración de la farmacoterapia es necesaria en el momento actual. Si el resultado de esta segunda valoración también es positivo, entonces se habrá detectado un RNM asociado a no recibir un tratamiento farmacológico que necesita **(17)**.

## **6. Fase de intervención: (plan de actuación)**

El objetivo de la fase de intervención es diseñar y poner en marcha el plan de actuación con el paciente. El plan de actuación es un programa de trabajo continuado en el tiempo, diseñado en conjunto con el paciente, en el que quedarán fijadas las diferentes intervenciones que van a emprenderse para mejorar o preservar el estado de salud del paciente.

Una intervención es cualquier “acción (actividad), que surge de una toma de decisión previa, y que trata de modificar alguna característica del tratamiento, del paciente que lo usa o de las condiciones presentes que lo envuelven”. Su finalidad será: Resolver o prevenir los RNM, preservar o mejorar los resultados positivos alcanzados o, simplemente, asesorar o instruir al paciente para conseguir un mejor cuidado y seguimiento de sus problemas de salud y un mejor uso de sus medicamentos.

Con la Educación para la Salud (EpS) se pretende que el paciente asuma la mayor responsabilidad posible respecto a su propia salud y así, contribuya a la consecución de los objetivos terapéuticos. Se busca fomentar el empoderamiento de las personas, potenciar sus recursos y su autonomía ofreciéndoles la posibilidad de participar en la toma de decisiones acerca de su salud y de adquirir un mayor control sobre las acciones que afectan a su salud (el paciente no debe limitarse a asimilar conocimientos, además debe consolidarlos y ponerlos en práctica).

- **Características y generalidades del plan de actuación**

Diseñar el plan de actuación y fijar dentro de él las correspondientes intervenciones farmacéuticas, implica necesariamente tomar decisiones clínicas. Para la correcta toma de decisiones es fundamental tener claro el objetivo que se persigue, reunir toda la información relevante que posibilite conocer, comprender y analizar el problema, así como tener en cuenta la opinión y preferencias de la persona a la que afecta la toma de decisión, es decir, al paciente. La participación de los pacientes en el diseño del plan de actuación es imprescindible, ya que son ellos los principales responsables de su salud, y quienes han de querer colaborar en lo que se les proponga. Es fundamental explicarles qué se pretende hacer, cómo se pretende conseguir y con qué intención se propone, tratando de hacerlos partícipes, en todo momento, de las decisiones que hayan de tomarse. Es sabido que el paciente valora positivamente tener un papel activo en la toma de decisiones sobre su farmacoterapia y sus problemas de salud. Es por esto que el mejor modelo clínico para la toma de decisiones en el SFT (también en otras



actividades asistenciales) sea el modelo de decisiones compartidas centrado en el paciente, en el que tanto el farmacéutico como el paciente comparten información y responsabilidades para escoger la mejor opción terapéutica.

- **Pasos para diseñar el plan de actuación:**

○ Definir objetivos. Se trata de establecer unas metas asequibles, que permitan mejorar y / o mantener el estado de salud del paciente.

○ Priorizar los objetivos, Para esto se tendrá en cuenta la relevancia clínica de los problemas de salud (gravedad objetiva de los problemas de salud), así como las preferencias de los pacientes (gravedad subjetiva).

○ Determinar las intervenciones farmacéuticas. La mejor forma es tener en cuenta cuales han sido las intervenciones que, según la evidencia científica, han demostrado ser efectivas en el control de los distintos problemas de salud.

○ Planificar las intervenciones farmacéuticas. En general, es conveniente que para cada intervención que se pretenda realizar se establezca y acuerde, aunque sea de forma aproximada la fecha de inicio de la intervención farmacéutica, fechas de revisión de la intervención y la fecha de valoración del resultado de la intervención.

Para recoger, a modo de resumen, la información sobre las intervenciones farmacéuticas realizadas, tanto para resolver o prevenir un RNM (manifestados y sospechas de RNM) como para preservar los resultados

positivos alcanzados en el paciente, el Método Dáder incorpora como parte de su material impreso las denominadas hojas de intervención, las cuales son:

- **Hoja de intervención farmacéutica para la comunicación de los RNM.-** parte del RNM identificado, a continuación se describe la acción o acciones que el profesional de salud ha iniciado para solucionarlo, y finalmente se especifica el resultado derivado de las mismas.
- **Hoja de intervención farmacéutica para la comunicación de los resultados positivos alcanzados.-** está diseñada para registrar aquellas acciones farmacéuticas indispensables para preservar los resultados positivos alcanzados en el paciente **(17)**.

## **7. Entrevistas sucesivas**

Las entrevistas sucesivas, cierran el proceso de seguimiento del paciente, haciéndolo cíclico. En este momento el SFT al paciente sólo finaliza cuando éste o el personal deciden abandonarlo. Tras diseñar el plan de actuación con el paciente y haber iniciado las primeras intervenciones, es importante realizar un seguimiento de las mismas. En este sentido, las entrevistas sucesivas con el paciente sirven para:

- **Conocer la respuesta del paciente** y/o del médico ante la propuesta de intervención realizada. De esta forma, se podrá determinar si la intervención ha sido aceptado o no, por los restantes miembros del equipo de salud, incluido el paciente.

- **Comprobar la continuidad de la intervención.** Es decir, asegurar que los cambios promovidos por las intervenciones se mantienen o continúan en el tiempo.
- Obtener información sobre el resultado de la intervención farmacéutica. Transcurrido el tiempo necesario, se medirán las variables clínicas (síntomas, signos, mediciones fisiológicas o metabólicas) que permitan valorar el efecto de la intervención **(17)**.

En cuanto a la segunda variable de estudio de la presente investigación, corresponde a la evaluación del control del programa de enfermería, en ese sentido vamos a inferir y contrastar, con la teoría expuesta en líneas arriba con la realidad ejecutada en la institución sujeto a la presente investigación, se procede posteriormente a analizar las necesidades, efectividad y seguridad del programa en mención, como sus dimensiones las cuales se evaluaron antes y después de la Aplicación del Método Dáder, a continuación se describen al Programa y las dimensiones.

### **Control del programa de enfermería: DM-HTA (Evaluación de las dimensiones)**

Este programa pertenece al servicio de consultas externas de Hospital II-EsSalud de Tarapoto, por lo que atiende a pacientes citados por día, de lunes a sábado, de 7am-1pm, alcanzando un promedio de 20 pacientes citados atendidos diariamente, sin mencionar los pacientes que se integran al programa los cuales son enviados de diferentes consultorios externos del hospital. Esto nos permite visualizar la realidad de nuestra población, ya que cada día la cifra de pacientes diabéticos e hipertensos va en aumento.

El programa consiste en controlar mensualmente el peso, perímetro abdominal, presión arterial y niveles de glucosa de cada uno de los pacientes, cuyos datos encontrados van registrados en su historia clínica y en su carnet respectivamente, también es el responsable de entregar jeringas de tuberculina a aquellos pacientes Insulino-requirentes.

El Programa de DM-HTA (Diabetes Mellitus-Hipertensión Arterial), brinda atención integral a todos los pacientes Diabéticos e Hipertensos, con el objetivo de detectar y prevenir complicaciones secundarias que estas enfermedades pueden generar, así como también identificar los problemas que tienen los pacientes con los medicamentos, para esto se tomó la decisión de Aplicar el método Dáder para identificar y resolver los Resultados Negativos asociados a los Medicamentos (RNM) con su respectiva clasificación como dimensiones del presente estudio.

## **1. Dimensión Necesidad**

### **- Problema de Salud no tratado**

Es muy frecuente que un paciente que necesita una determinada terapia farmacológica no la reciba, lo cual puede estar originado por diversos motivos, siendo los más habituales el incumplimiento terapéutico y la aparición de reacciones adversas **(7)**.

Aquí se observa si el paciente presenta algún problema de salud aparte de los que normalmente se tratan, y se determina si está recibiendo un tratamiento adecuado para este problema de salud.

- **Efecto de medicamento innecesario**

Algunos estudios señalan que los pacientes polimedicados, con un alto número de fármacos, presentan un mayor riesgo de consumir medicamentos inadecuados y/o de baja utilidad terapéutica.

Es por eso que en la mayoría de los casos el paciente recibe el tratamiento que no necesita, lo cual complica su estado de salud **(7)**.

**2. Dimensión de Efectividad**

- **Inefectividad no cuantitativa**

Aquí se estudia si el paciente está respondiendo de manera adecuada al tratamiento que le fue indicado, y en el caso de no observar mejoras puede deberse a múltiples factores como el incumplimiento de la rutina clínica **(7)**.

Además en esta dimensión se observa los valores de presión arterial de cada uno de los pacientes, calificándose: de 130/80 a menos como normal y de 130/80 a más como alta.

De igual manera se observa los valores de glucosa en ayunas de cada uno de los pacientes, calificándose: Menor de 70 (Hipoglicemia) –Bajo. De 70 hasta 130 (normal) y de 130 a más (Hiperglicemia) – Alto.

En cuanto a los valores de glucosa postprandial, la cual se evalúa después de dos horas de cada comida se consideró: Hasta 140 (normal) Dos horas después de la comida.

- **Inefectividad cuantitativa**

El paciente sufre un PRM de salud como consecuencia de no recibir suficiente cantidad de fármaco. Puede deberse a interacciones medicamentosas, tolerancia a determinados fármacos, incumplimiento del paciente, entre otras **(7)**.

Aquí también se examina los valores de presión arterial, glucosa en ayunas, y glucosa postprandial considerándose los mismos niveles que el anterior.

Además también se evalúa el test de Morisky calificando al paciente como cumplidor o incumplidor en cuanto a su tratamiento, y también se identifican si están cumpliendo con la pauta prescrita y pauta usada que estableció el médico.

**3. Dimensión de Seguridad**

- **Inseguridad no cuantitativa**

Este tipo de reacciones son responsables del 10% de los ingresos hospitalarios motivados por RAM y aunque su incidencia es generalmente baja, suelen ser de gran gravedad presentando una alta mortalidad **(7)**.

En esta dimensión identificamos las reacciones adversas no asociadas a la cantidad o frecuencia de administración del fármaco.

- **Inseguridad cuantitativa**

Se manifiesta clínicamente como un problema por aumento de la dosis del fármaco o de la frecuencia de administración **(7)**.

Teniendo en cuenta este concepto en esta dimensión identificamos las reacciones adversas asociadas a la cantidad o frecuencia de administración del fármaco

#### **1.4. Justificación**

##### **Justificación teórica**

Se justifica teóricamente debido al conocimiento que proporcionará al investigador, utilizando las teorías expuestas por autores que brindan información y que además permitirá desarrollar el presente estudio de manera correcta, es por ello que para el desarrollo de nuestra primera variable, El Método Dáder se utilizó la Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico del grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada al igual que para el desarrollo de la segunda variable, Resultados Negativos asociados a la Medicación.

##### **Justificación práctica**

Se justifica de manera práctica porque servirá de base para futuras investigaciones que se realicen en función al tema en estudio. Ayudará a las personas a tener un conocimiento sobre el Método Dáder y sobre los RNM, contribuyendo al mejoramiento de su salud, lo cual se verá reflejado en toda la sociedad.

##### **Justificación social**

Se justifica en lo social, debido al beneficio que proporcionará en un futuro a la sociedad en su conjunto, a través de la información que se impartirá a las

diferentes Instituciones, lo cual permitirá estudiar el Método Dáder y los RNM, por ende la sociedad se beneficia, ya que tendrán un conocimiento más amplio concerniente al tema de estudio.

### **1.5. Problema**

El uso de medicamentos constituye en la actualidad una de las principales causas de mortalidad en el mundo desarrollado, históricamente se han utilizado para salvar vidas y prevenir enfermedades. Sin embargo la utilización inadecuada los está convirtiendo en un importante problema de salud pública **(18)**.

El seguimiento Farmacoterapéutico es una práctica en la que el farmacéutico detecta, previene y resuelve Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) así como los Resultados Negativos de la Medicación (RNM) **(16)**.

Se define a los PRM, como aquellas situaciones que en el proceso de uso de medicamentos causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación (RNM), y a los RNM, como los resultados en la salud del paciente no adecuados al objetivo de la farmacoterapia y asociados al uso de medicamentos. Existe una clasificación para los RNM en función de los requisitos que todo medicamento debe tener para ser utilizado: que sea necesario, efectivo y seguro **(17)**.

El método Dáder se reconoce como una herramienta fundamental para el cumplimiento de esta labor **(16)**.



Es un procedimiento operativo sencillo que permite realizar SFT a cualquier paciente, en cualquier ámbito asistencial, de forma sistematizada, continuada y documentada. Su desarrollo permite registrar, monitorizar y evaluar los efectos de la farmacoterapia que utiliza un paciente, a través de unas pautas simples y claras. Este método se caracteriza por ser adaptable y ajustarse a las particularidades del ámbito asistencial donde se realice **(17)**.

El incumplimiento o mala adherencia terapéutica es uno de los problemas más importantes de la práctica médica, siendo uno de los factores más frecuentes asociados a la aparición de RNM **(1)**.

Constituyen 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 de los pacientes, aumenta la probabilidad de aparición de resistencia a los fármacos y desperdicia recursos asistenciales. Todas estas consecuencias directas alteran la capacidad de los sistemas de atención de salud de todo el mundo para lograr sus objetivos relacionados con la salud de la población. El problema del incumplimiento del tratamiento tiende a aumentar a medida que lo hace la carga mundial de enfermedades crónicas **(19)**.

La tasa de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú es mayor que por enfermedades transmisibles, constituyendo causas principales de muerte, enfermedad coronaria, accidente cerebro-vascular (ACV), hipertensión arterial (HTA), neoplasias malignas y diabetes mellitus

(DM). Se estima que en las próximas décadas en el Perú ocurrirá un incremento notable de la población adulta y de las tasas de morbilidad por enfermedades crónicas. Diversos estudios han demostrado, por otro lado, que la DM, la intolerancia a la glucosa, la HTA, el tabaquismo y la hipercolesterolemia son factores de riesgo para enfermedad coronaria y ACV en población adulta **(20)**.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son pues uno de los mayores retos que enfrenta un sistema de salud. Lo son por varios factores: el gran número de casos afectados, con su creciente contribución a la mortalidad general, es la causa más frecuente de incapacidad prematura; además, el costo de su tratamiento es cada vez más elevado.

La diabetes está asociada a un incremento del riesgo de muerte prematura; así, cada año, cerca de 4 millones de muertes son atribuidas directamente a la diabetes mellitus (DM), lo que constituye el 6,8 % de la mortalidad global por todas las causas; la mayoría (80 %) de las muertes por DM se producen en países en vías de desarrollo.

Debido a la reducción de la mortalidad infantil y al incremento de la esperanza de vida de la población peruana como consecuencia de haber superado la transición epidemiológica, es esperable un incremento de los casos de DM, de sus consecuencias fatales y discapacitantes. Esto se evidencia en el último estudio de carga de enfermedad realizado por la Dirección General de Epidemiología, en el que la DM fue responsable del 3,4% de la carga nacional del año 2008.

En este mismo estudio se encontró que hay una alta frecuencia de control glicémico inadecuado y pobre adherencia al tratamiento, uno de cada tres diabéticos presenta alguna complicación crónica, las más frecuentes son la neuropatía, el pie diabético y la insuficiencia renal; aproximadamente uno de cada cuatro diabéticos tiene microalbuminuria o proteinuria, lo que a su vez se asocia con retinopatía y con mortalidad por enfermedad cardiovascular.

Por otro lado, en el Perú más de la mitad (55 %) de la población nacional ignora tener hipertensión arterial. Este desconocimiento alcanza en la sierra al 60 %, en la selva a 57 %, en la costa disminuye a 51 %. Los factores asociados de esta gran población no tratada o no adecuadamente compensada se atribuirían a la ausencia de adherencia al tratamiento, a los efectos secundarios de los medicamentos, a interacciones de medicamentos, a condiciones económicas, o insuficiente información del problema a nivel social e individual **(21)**.

La experiencia adquirida durante los meses de rotación de Internado en el Programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus – Hipertensión Arterial (DM-HTA), del Hospital II- EsSalud Tarapoto, permitió detectar problemas en cuanto a la adherencia al tratamiento, sobre todo en pacientes adultos mayores que por lo general son pluripatológicos y por lo tanto polimedicados como en el caso de los pacientes Mixtos, falta de conocimiento y concientización en los pacientes acerca de su enfermedad y las consecuencias que traen consigo, y sobre la importancia del control de enfermería; se detectó dificultades derivadas por la falta de control de los

medicamentos y estilos de vida saludable por parte del personal, ya que no se realizan visitas domiciliarias.

El Programa Control de Enfermería: DM-HTA, del Hospital II- EsSalud Tarapoto, brinda atención primaria a la población asegurada, el personal responsable de dicho programa es un Licenciado (a) en Enfermería, el cual ejerce parte de la actividad comunitaria mediante la educación en salud y fomento de estilos de vida saludable para prevenir complicaciones de la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial pero de manera limitada.

Ante esta situación problemática encontrada en dicho programa, nos preguntamos si ¿podríamos aplicar el Método Dáder adaptado o modificado para el contexto de enfermería?, ¿En qué tipo de pacientes pertenecientes al programa sería conveniente aplicarlo? y sobre todo ¿cuál sería el efecto que obtendríamos?

### **Formulación del problema**

¿Cuál es el efecto del método Dáder aplicado en Pacientes Mixtos del Programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus - Hipertensión Arterial (DM - HTA) del Hospital II - EsSalud Tarapoto?

## **II. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo General**

Determinar el efecto del Método Dáder aplicado en Pacientes Mixtos del Programa Control de Enfermería: Diabetes mellitus - hipertensión arterial (DM - HTA) del hospital II - EsSalud Tarapoto.

## **2.2. Objetivos Específicos**

1. Evaluar la Dimensión Necesidad antes y después de la aplicación del Método Dáder en Pacientes Mixtos del Programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus - Hipertensión arterial (DM - HTA) del Hospital II - EsSalud Tarapoto.
2. Evaluar la Dimensión Efectividad antes y después de la aplicación del Método Dáder en Pacientes Mixtos del Programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus - Hipertensión arterial (DM - HTA) del Hospital II - EsSalud Tarapoto.
3. Evaluar la Dimensión Seguridad antes y después de la aplicación del Método Dáder en Pacientes Mixtos del Programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus - Hipertensión arterial (DM - HTA) del Hospital II - EsSalud Tarapoto.

## **2.3. Hipótesis**

Hi: El efecto del Método Dáder aplicado en Pacientes Mixtos del Programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus - Hipertensión arterial (DM - HTA) del Hospital II - EsSalud Tarapoto es significativo y positivo.

## 2.4. Operacionalización de Variables

Variable Independiente	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
<b>Aplicación del Método Dáder</b>	Es un procedimiento operativo que permite realizar de manera sencilla el seguimiento farmacoterapéutico a cualquier paciente, de forma sistematizada, continuada y documentada. (16)	Este método nos permite llevar un control adecuado de los medicamentos que se utilizan, así como también ayuda a identificar y resolver los PRM y los RNM.	Oferta del servicio	- Al realizar la oferta del servicio - Al finalizar la oferta del servicio
			Entrevista farmacéutica	- Preocupación y problemas de salud - Medicamentos - Repaso general por sistemas
			Estado de situación	- Problemas de salud - Medicamentos - Intervención farmacéutica
			Fase de estudio	- Problemas de salud - Medicamentos
			Fase de evaluación	- Identificación de los PRM y RNM - ¿Necesita el paciente los medicamentos? - ¿Están siendo efectivos? - ¿El medicamento está siendo seguro? - ¿Problema de salud no tratado?
			Fase de intervención	- Características y generalidades del plan de actuación - Pasos para diseñar el plan de actuación
			Entrevistas sucesivas	- Conocer la respuesta del paciente ante la intervención. - Comprobar la continuidad de la intervención - Registrar y documentar la intervención profesional de Enfermería. - Conocer nuevos problemas de salud.

<b>Variable Dependiente</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>
<b>Control del programa de enfermería</b>	El programa consiste en controlar mensualmente el peso, perímetro abdominal, presión arterial y niveles de glucosa de cada uno de los pacientes, cuyos datos encontrados van registrados en su historia clínica.	Ayuda a la población en general a tener un mejor y adecuado control con respecto a su salud.	Necesidad	Problema de Salud no tratado. Efecto de medicamento innecesario
			Efectividad	Inefectividad no cuantitativa Inefectividad cuantitativa
			Seguridad	Inseguridad no cuantitativa Inseguridad cuantitativa

### III. MATERIALES Y MÉTODOS

#### 3.1. Tipo de Estudio

El tipo de investigación es descriptivo - pre-experimental, con enfoque cuantitativo, prospectivo de corte transversal.

Pre experimental puesto que se evalúo un antes de la aplicación del Método Dáder como tratamiento en los pacientes mixtos del programa control de enfermería, y un después de la aplicación de este mediante un pre test y un post test.

Cuantitativa: porque se utilizó la estadística como herramienta básica para el análisis de datos.

Prospectivo: porque se registró la información según fueron ocurriendo los fenómenos, siguiendo una línea presente-futuro.

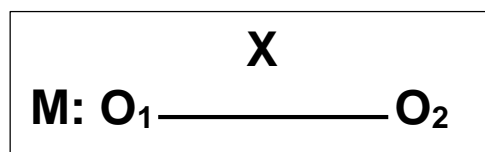
Transversal ya que se estudió el problema durante el periodo de julio a setiembre de 2016, para medir el efecto de la aplicación del método Dáder en un solo momento temporal.

### **Nivel de investigación:**

El presente proyecto de investigación, es de nivel aplicativo, porque pretende resolver los problemas detectados en la población objeto de estudio y evaluar el éxito de la intervención.

### **3.2. Diseño de Investigación**

Se aplicó un diseño pre experimental, de un solo grupo, con pre test – tratamiento – post test.



Donde:

- ✓ M: Representa a la muestra en estudio.
- ✓ O<sub>1</sub>: control del programa de enfermería – pre test
- ✓ X: Aplicación Método Dáder (tratamiento)
- ✓ O<sub>2</sub>: control del programa de enfermería – post test



### **3.3. Universo Población y Muestra**

#### **Universo**

Todos los pacientes que acuden a los programas del Hospital II – EsSalud Tarapoto

#### **Población**

La población estuvo constituida por 102 pacientes Mixtos del programa Control de Enfermería: DM-HTA del Hospital II-EsSalud Tarapoto

#### **Muestra**

Se utilizó la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia. La muestra estuvo constituida por 37 pacientes Mixtos del programa Control de Enfermería: DM-HTA del Hospital II-EsSalud Tarapoto, que cumplieron con los criterios de inclusión.

#### **Unidad de análisis**

Un paciente Mixto del programa Control de Enfermería: DM-HTA del Hospital II-EsSalud Tarapoto.

#### **3.3.1. Criterios de inclusión**

- Pacientes que tengan una continuidad de 6 meses en adelante en el programa.
- Pacientes que radiquen en las ciudades de Tarapoto, Banda de Shilcayo y Morales, para la aplicación del Método Dáder.

- Pacientes que acepten la oferta de servicio de nuestro proyecto de investigación.

### **3.3.2. Criterios de exclusión**

- Pacientes que tengan una continuidad menor de 6 meses.
- Pacientes que vivan fuera de las ciudades mencionadas.
- Pacientes que no acepten la oferta de servicio.
- Pacientes que abandonen el programa o el proyecto de investigación.

### **3.4. Procedimiento de Recolección de Datos**

#### **Plan General:**

- Se solicitó permiso a las autoridades correspondientes del Hospital II-EsSalud Tarapoto para la ejecución respectiva del proyecto de tesis.
- Se coordinó con la Licenciada responsable del programa Control de Enfermería: DM-HTA para tener acceso a las historias clínicas de los pacientes.
- Se diseñó un pre test para los pacientes en base a las tres dimensiones de nuestra variable dependiente, consta de once ítems. Dicho test tiene como finalidad recolectar información.
- Se aplicó el Método Dáder modificado y validado, en los pacientes Mixtos del programa Control de Enfermería: DM-HTA del Hospital II-EsSalud Tarapoto, para identificar y solucionar los PRM y RNM que presente la población en estudio.

Este Método se desarrolló siguiendo cada una de sus fases que se detallan a continuación:

**Oferta del Servicio:** Esta fase fue ejecutada del 01 al 10 de julio del 2016, se ofreció el servicio de seguimiento farmacoterapéutico a 37 pacientes en base a visitas domiciliarias de manera directa en el programa control de enfermería y de manera indirecta por vía telefónica. En esta fase se explicó al paciente de forma clara y concisa el propósito de este servicio

**Primera Entrevista:** se realizó del 05 al 23 de julio del 2016, y tuvo como objetivo aplicar la ficha del pre test y la del formato Dáder que estuvo estructurado en 4 partes. (a) datos sociodemográficos y clínicos del paciente. (b) Preocupaciones y problemas de salud del paciente, comenzando con una pregunta abierta para lograr que el paciente exprese sus problemas de salud, además se identificaron los factores de riesgo. (c) Medicamentos que usa el paciente: nos permitió saber el grado de conocimiento que el paciente tiene sobre sus medicamentos y su cumplimiento terapéutico. Se solicitó a cada paciente su bolsa o paquete de medicamentos (botiquín de medicamentos) que utiliza para identificar la adherencia al tratamiento mediante la observación y el Test de Morisky Green Levine. (d) Repaso general por sistemas: se realizó una serie de preguntas acerca del funcionamiento o estado del organismo, por aparatos y sistemas, desde la cabeza a los pies., esto nos sirvió además para anotar posibles alergias, así como parámetros del paciente y datos de laboratorio.

A los 37 pacientes se les reprogramó para las fechas 29 y 30 de julio con el fin de realizarles un control de glucosa (ayunas) y de presión arterial y a su

vez se coordinó que los controles se realizarían cada dos semanas; dependiendo de su estado de salud algunos pacientes fueron programados semanalmente.

***Estado de Situación, fase de estudio y fase de evaluación***, todas juntas fueron desarrolladas del 24 de julio al 05 de agosto del 2016. A modo de detalle el formato del estado de Situación consta de 5 partes diferenciadas. (a) Parte superior: contiene fecha del estado de situación, identificación del paciente y otros datos demográficos y clínicos. (b) Cuerpo central del estado de situación: compuesto por los Problemas de salud, los Medicamentos y la Evaluación. (c) Cuadro de Observaciones: donde se registró toda aquella información de la historia farmacoterapéutica que no aparece en el cuerpo del estado de situación, pero que sea relevante. (d) Tabla de Mediciones clínicas: para registrar los datos de laboratorio, cifras de presión arterial y glucosa. (e) Tabla resumen de los RNM: donde se detalla el listado de los RNM detectados a la fecha de evaluación del caso. La fase de estudio permitió evaluar críticamente la necesidad, la efectividad y la seguridad de la medicación que utiliza el paciente a una fecha determinada, diseñar un plan de actuación con el paciente y el equipo de salud. Por último la fase de evaluación nos permitió identificar los PRM y los RNM que presenta el paciente (tanto aquellos manifestados como las sospechas de RNM).

Todas estas fases se desarrollaron en un mismo tiempo con todos los datos recolectados en la primera entrevista con el paciente puesto que para elaborar un buen estado de situación es fundamental analizar en profundidad lo obtenido.

Al término de estas fases los PRM manifestados con mayor frecuencia fueron: las características personales, el incumplimiento y los problemas de salud insuficientemente tratados, la probabilidad de efectos adversos y la dosis – pauta y/o duración no adecuada; los menos frecuentes fueron otros problemas de salud que afectan al tratamiento, y la conservación inadecuada. Por otro lado los RNM manifestados con frecuencia según dimensiones fueron de efectividad y de necesidad y en menos frecuencia la seguridad.

***Fase de Intervención*** desarrollada el 17 de agosto hasta el 24 de setiembre del 2016. En esta fase con los datos obtenidos, Se diseñó y aplico un plan de actuación (intervención) con el paciente según necesidad, con la finalidad de resolver o prevenir los RNM, preservar o mejorar los resultados positivos alcanzados o simplemente educar y concientizar al paciente para conseguir un mejor cuidado y seguimiento de sus problemas de salud así como un mejor uso de sus medicamentos. Seguidamente se procedió a citar a los pacientes mediante llamadas telefónicas el día 17 de agosto y el 18 de agosto se visitó aquellos pacientes programados el día anterior siguiendo con nuestro plan de actuación.

El plan diseñado se basó en Educación al paciente en temas como Estilos de vida saludable, Conservación y manejo de la insulina, Importancia del tratamiento, también se realizó una “limpieza del Botiquín”.

Cabe resaltar que con algunos pacientes tuvimos que hacer intervenciones inmediatas puesto que se encontraban cifras de presión arterial y/o de glucosa alterados siendo derivados por emergencia.

El día sábado 27 de agosto se desarrolló una sesión educativa en los ambientes del policlínico de Morales, en la cual estuvieron presentes 15 pacientes de nuestra muestra de estudio, algunos de ellos con sus respectivos familiares, el objetivo de esta sesión fue aumentar la adherencia farmacológica y así evitar las complicaciones de la Diabetes Mellitus y de la Hipertensión arterial.

A los pacientes que no acudieron a la sesión educativa, se les programo visitas domiciliarias mediante vía telefónicas para recibir la intervención que necesitaban. A todos los 37 pacientes se les entrego la copia de la sesión educativa, además de afiches y trípticos con contenido educativo.

En esta fase se realizó varias visitas domiciliarias a cada paciente para constatar que el paciente haya aprendido y ponga en práctica lo enseñado.

Por otro lado, los pacientes que no presentaron PRM y RNM, no se les hizo ninguna intervención ya que se encontraban estables y controlados, solo se les hizo visitas domiciliarias de rutina.

***Entrevistas sucesivas*** desarrollada el 26 al 30 de setiembre del 2016. Esta fase cerró el proceso de seguimiento del paciente. Tuvo como finalidad conocer la respuesta del paciente ante la intervención realizada, comprobar la continuidad de nuestras intervenciones y por último conocer nuevos problemas de salud.

En esta fase se realizó un test de valoración por parte del paciente, el mismo que tuvo resultados positivos.

Finalizando todo el trabajo de campo (aplicación del Método Dáder), se procedió a aplicar la ficha del post test cuyos datos obtenidos se expresan en los resultados de nuestra investigación.

### 3.5. Métodos e Instrumentos de Recolección de Datos

Las técnicas e instrumentos para el recojo de datos se detallan a continuación.

Técnicas	Instrumento	Alcance	Fuente
Observación	Ficha	Variable II	Control de programa de enfermería
Entrevista directa			
Análisis Documental	Guía de Análisis documental		

#### Instrumentos:

##### 1. Ficha para pacientes (pre test – post test)

Esta ficha contiene preguntas elaboradas en base a las dimensiones de nuestra segunda variable mencionada anteriormente y está estructurada en el siguiente orden:

- a. Datos de identificación del paciente: Nombre, edad, fecha.
- b. Para la dimensión necesidad:
  - Problemas de salud no tratados: ¿el paciente presenta algún problema de salud aparte de DM – HTA?, ¿Recibe tratamiento para este problema de salud? Para las respuestas se utiliza SI/NO, también contiene un cuadro de observaciones para describir información que sea relevante.

- Para el efecto de Medicamento Innecesario: ¿El paciente recibe tratamiento que no necesita? Para las respuestas se utiliza SI/NO, también contiene un cuadro de observaciones para describir información que sea relevante.

c. Para la dimensión efectividad:

- Para Inefectividad no cuantitativa: ¿El paciente responde adecuadamente al tratamiento? Para las respuestas se utiliza SI/NO. En esta sección también se evalúan los valores de presión arterial de la siguiente manera 130/80 a menos (normal), 130/80 a más (alta). Valores de glucosa en ayunas: Menor de 70 (Hipoglicemia), 70 hasta 130 (normal) ,130 a más (Hiperglicemia), así mismo los Valores de glucosa Postprandial Hasta 140 (normal) Dos horas después de la comida, marcando con una cruz o aspa en el valor que corresponda. Las observaciones para describir información que sea relevante (si es necesario).

- Para la Inefectividad cuantitativa también se evalúan los valores de presión arterial y glucemia (ayunas/postprandial) con los mismos valores mencionados, así mismo se incluye en esta sección el test de Morisky Green catalogando al paciente como cumplidor o incumplidor, consecuentemente también se realiza la pregunta ¿Cumple con la pauta prescrita y pauta usada?, para la respuesta es SI/NO y se marca con una cruz o aspa el que corresponda.



d. Para la dimensión seguridad:

- En Inseguridad no cuantitativa: ¿Presenta reacciones adversas no asociadas a la cantidad o frecuencia de administración del fármaco?

- En Inseguridad cuantitativa: ¿Presenta reacciones adversas asociadas a la cantidad o frecuencia de administración del fármaco?

Para ambas preguntas las respuestas son SI/NO y se marca la que corresponda. Si es necesario se escribe algunas observaciones relevantes.

**2. Método Dáder:** consta de 9 formatos que se detallan a continuación:

*1er formato:* Es de carácter informativo, contiene una sección para datos generales, características sociodemográficas – clínicas. Otra sección para anotar alergias y un cuadro de observaciones para registrar datos relevantes.

*2do formato:* Para registrar los problemas de salud, contiene recuadros indicando el problema de salud e inicio del mismo.

*3er formato:* Para registrar los Medicamentos, en este formato se anota el nombre del medicamento, la pauta prescrita y usada, la percepción de efectividad (¿cómo le va?), la percepción de seguridad (¿algo extraño?) y un cuadro de observaciones, este formato también contiene el test de Morisky Green Levine que consta de cuatro preguntas dicotómicas con respuestas de SI/NO, para medir la adherencia al tratamiento.

*4to formato:* Contiene tres secciones, en la primera se registra el repaso por sistemas de manera general y completa, se realiza empezando desde la cabeza hasta los pies (céfalocaudal) para identificar otros problemas de salud que no fueron mencionados anteriormente, además de un cuadro para la descripción exacta del problema identificado. La segunda sección contiene una tabla en la que se registran los parámetros del paciente indicando la fecha, el peso, talla, IMC, perímetro abdominal, glucosa (ayunas/postprandial) y la presión arterial. La tercera sección contiene el registro de los datos de laboratorio indicando la fecha, hemoglobina glicosilada, colesterol, triglicéridos, urea, creatinina y otros adicionales que el paciente pueda tener.

*5to formato:* Corresponde a la fase del estado de situación contiene los datos generales del paciente (nombre, edad, historia clínica, código, alergias, IMC), los problemas de salud (inicio, controlado, preocupa), medicamento implicado (desde cuándo, nombre del mismo, pauta prescrita y usada) y la evaluación (en base a la Necesidad, Efectividad y Seguridad). Además también contiene un cuadro de observaciones, una tabla para anotar los parámetros (fecha, glucosa, PA, otros), otra tabla a modo de resumen de los RNM (RNM, medicamento implicado, clasificación de RMN, causa o PRM y las observaciones de enfermería).

*6to formato:* corresponde a la fase de intervención, contiene el plan de actuación en base a un cronograma de actividades en el que se anotan los objetivos, las actividades a realizar en un tiempo determinado indicando el mes y la semana a ejecutarse.

*7mo formato:* Está estructurado de la siguiente manera: fecha, problema de salud y motivo de visita, observaciones y realizado.

*8vo formato:* se registran las intervenciones de enfermería mediante la hoja de intervención para la comunicación de los RNM, contiene: la identificación del paciente, la clasificación de los RNM, situación del problema de salud, medicamento implicado, las causas (identificación de PRM), la acción en la que se decide el tipo de intervención a realizar, la vía de comunicación para realizarla y por últimos los resultados de las mismas.

*9no formato:* corresponde también al registro de intervenciones, llamada hoja de intervención para la comunicación de resultados positivos alcanzados, en esta se registran a modo de resumen todos los resultados positivos obtenidos, el medicamento implicado, la acción, la vía de comunicación y el resultado con la medición final. También contiene un test de valoración del paciente hacia el Método Dáder que consta de cuatro preguntas dicotómicas.

**Para medir la efectividad** del Método Dáder se realizó en base a la resolución de los RNM y problemas encontrados en las dimensiones de la segunda variable: Se tuvo como premisa que es significativo y positivo este Método mediante la solución del cincuenta por ciento más uno de los problemas identificados.

**Eficacia de los instrumentos:** Para conformar la versión definitiva del instrumento se realizó las validaciones respectivas.

**Validez de contenido:** Se realizó mediante “Juicio de Expertos”, utilizando la opinión de 3 expertos especialistas vinculados con el tema, quienes analizaron y evaluaron los ítems de los instrumentos presentados.

### **Plan de tabulación y análisis de datos**

Se procesaron los datos obtenidos en el pre test y el post test luego de la aplicación del método Dáder. Para ello se utilizó programas como Microsoft Excel, Paquete estadístico SPSS. Esto nos permitió la elaboración clara y concisa de tablas, figuras y establecer frecuencias. Se realizó un análisis estadístico de los resultados de la investigación para determinar el efecto del Método Dáder aplicado en los pacientes mixtos del Programa Control de Enfermería: DM – HTA del Hospital II – EsSalud Tarapoto.

#### IV. RESULTADOS

**Tabla N° 01:** Dimensión Necesidad antes y después de la aplicación del Método Dáder en Pacientes Mixtos del Programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus - Hipertensión Arterial (DM - HTA) del Hospital II - EsSalud Tarapoto.

Método Dáder	Antes		Después	
	N	%	N	%
<b>Resumen General</b>				
1. ¿El paciente presenta algún problema de salud aparte de DM y HTA?				
Si	30	81%	6	16%
No	7	19%	31	84%
2. ¿Recibe tratamiento para este problema de salud?				
Si	6	20%	24	80%
No	24	80%	6	20%
3. ¿El paciente recibe tratamiento que no necesita?				
Si	27	73%	0	0
No	10	27%	37	100%

**Fuente:** Elaboración propia de las investigadoras.

Se muestra los resultados en base a la Dimensión Necesidad antes y después del Método Dáder, en la cual se establecieron 3 preguntas claves, las mismas que nos permitirán llegar al resultado general; asimismo cabe resaltar que las respectivas respuestas fueron obtenidas de los 37 pacientes que conforman la muestra de estudio; en este sentido se puede observar en la pregunta 1. ¿El paciente presenta algún problema de salud aparte de DM

y HTA?, antes de la aplicación del método Dáder un 81% de pacientes presentaba problemas de salud aparte de DM y HTA y solo un escaso 19% no presentaba; después de la aplicación del método Dáder este porcentaje ha disminuido, es así que solo un 16% presentan otro tipo de enfermedad, mientras que un 84% no presentan otro problema de salud aparte de DM y HTA.

En base a la pregunta 2. ¿Recibe tratamiento para este problema de salud?, se demostró que antes del método Dáder solamente un 20% recibía el tratamiento, mientras que un 80% no lo recibía, después de la aplicación del método Dáder un 80% de los pacientes recibe tratamiento para su problema de salud y un 20% aún no están recibiendo tratamiento.

Con respecto a la pregunta 3. ¿El paciente recibe tratamiento que no necesita?, se observa que antes del método Dáder un 73% recibió un tratamiento que no necesitaba y que sólo un 27% estaba recibiendo un tratamiento adecuado, mientras que después de la aplicación del método Dáder todos los pacientes sin excepción se encuentran recibiendo el tratamiento adecuado a su problema de salud; todos estos resultados obtenidos demuestran que la aplicación del método Dáder ayuda en gran manera a la necesidades que presenta cada paciente de acuerdo a su problema de salud, ya que antes de la aplicación estos problemas tienen altos índices del inadecuado manejo de los problemas de salud presente en los 37 pacientes que acuden a este establecimiento.

**Tabla N° 02:** Dimensión Efectividad antes y después de la aplicación del Método Dáder en Pacientes Mixtos del Programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus - Hipertensión Arterial (DM - HTA) del Hospital II - EsSalud Tarapoto.

Método Dáder	Antes		Después	
	N	%	N°	%
1. ¿El paciente responde adecuadamente al tratamiento?				
Si	11	30%	33	89%
No	26	70%	4	11%
2. Valores de presión arterial				
Normal	9	24%	33	89%
Elevado	28	76%	4	11%
3. Valores de glucosa en ayunas				
Bajo	6	16%	1	3%
Normal	7	19%	27	73%
Elevado	24	65%	9	24%
4. Niveles de glucosa postprandial				
Normal	12	32%	37	100%
Elevado	25	68%	0	0
5. ¿El paciente cumple con la pauta prescrita?				
Si	5	14%	33	89%
No	32	86%	4	11%
6. Test de Morisky				
Cumplidor	2	5%	33	89%
Incumplidor	35	95%	4	11%

**Fuente:** Elaboración propia de las investigadoras.

Se visualizan los resultados en base a la Dimensión Efectividad del método Dáder antes y después de su aplicación; para lo cual se realizaron preguntas y también se realizó chequeos en donde se pudo obtener los resultados expuestos, siendo así que para la pregunta 1: ¿El paciente responde adecuadamente al tratamiento?, en donde se puede evidenciar que antes de la aplicación del método Dáder un 70% de los pacientes no responde al tratamiento adecuadamente, mientras que un escaso 30% si responde, después de la aplicación del método Dáder este resultado cambió mostrando que un 89% responde adecuadamente al tratamiento y un 11% aún no.

En cuanto a los valores de presión arterial antes de la aplicación del método Dáder un 28% de pacientes tenían una elevada presión arterial, mientras que un 24% estaba normal, después de la aplicación de método Dáder un 89% cuenta con una presión arterial normal y un 11% aún se mantiene elevado.

Con respecto a la glucosa en ayunas antes de la aplicación del método Dáder el 16% de los pacientes presentaba niveles bajos, 19% normal y un 65% elevado; mientras que después de la aplicación del método Dáder un 3% presentaron niveles bajos, un 73% dentro de lo normal y un 24% valores elevados, y en cuanto a los niveles de glucosa postprandial se evidenció que antes del método Dáder un 32% estaba dentro de lo normal y un 68% de pacientes presentaban un nivel elevado; después de la aplicación del método Dáder los 37 pacientes presentaron valores normales de glucosa postprandial.



Con respecto a la pregunta 5 ¿El paciente cumple con la pauta prescrita?, se observa que antes de método Dáder un 14% cumplía con las pautas, mientras que un 86% no; después del método Dáder un 89% si cumplen con las pautas prescritas y un 11% aún no están cumpliendo.

Por último se muestran los resultado en cuanto al Test Morisky, en donde antes del método Dáder 5% cumplían y 95% incumplían, esto reflejaba el nivel de falta de adherencia al tratamiento, después de la aplicación del método Dáder un 89% cumplen y un 11% aún son incumplidores. Todos estos resultados basados en la dimensión efectividad, muestran la efectividad que tiene el método Dáder en el tratamiento de las diversas enfermedades.

**Tabla N° 03:** Dimensión Seguridad antes y después de la aplicación del Método Dáder en Pacientes Mixtos del Programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus - Hipertensión arterial (DM - HTA) del Hospital II - EsSalud Tarapoto.

Método Dáder	Antes		Después	
	N°	%	N°	%
<b>Resumen General</b>				
1. ¿Presenta reacciones adversas no asociadas a la cantidad o frecuencia de administración del fármaco				
Si	11	30%	3	8%
No	26	70%	34	92%
2. ¿Presenta reacciones adversas asociadas a la cantidad o frecuencia de administración del fármaco?				
Si	28	76%	2	5%
No	9	24%	35	95%

**Fuente:** Elaboración propia de las investigadoras.

Se detallan los resultados obtenidos de la Dimensión Seguridad antes y después de la aplicación del método Dáder, donde se realizaron 2 preguntas claves, las cuales nos permitieron llegar a los resultados, es así que en cuanto a:

La pregunta 1, un 30% si presentó reacciones adversas no asociadas a la cantidad y frecuencia del fármaco, mientras que un 70% no, después de la aplicación del método Dáder un 8% presentó reacciones adversas y un 92% no presenta reacciones adversas de este tipo.

Con respecto a la pregunta 2, antes de la aplicación del método Dáder un 76% si presentaba reacciones adversas asociadas a la cantidad o frecuencia de administración del fármaco, mientras que un 24% no presentaba; después del método Dáder 5% si lo presentaron y un 95% no presentó reacciones de este tipo, lo que demuestra que el método Dáder genera seguridad en cuanto al tratamiento que se lleve.

**Tabla N° 04:** Efecto del Método Dáder aplicado en Pacientes Mixtos del Programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus - Hipertensión Arterial (DM - HTA) del Hospital II - EsSalud Tarapoto en las tres dimensiones.

<b>Tipo de RNM</b>	<b>Detectados</b>		<b>Resueltos</b>	
<b>Necesidad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Problema de Salud no tratado	24	80%	18	75%
Efecto del medicamento innecesario	27	73%	27	100%
<b>Efectividad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Inefectividad no cuantitativa	26	70%	22	84.6%
Inefectividad Cuantitativa	35	95%	31	88.5%
<b>Seguridad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Inseguridad no cuantitativa	11	30%	8	73%
Inseguridad cuantitativa	28	76%	26	93%
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>100,0%</b>	<b>132</b>	<b>87%</b>

Fuente: Elaboración propia de las investigadoras.

Se observa los resultados finales después de la aplicación del Método Dáder en Pacientes Mixtos del Programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus - Hipertensión Arterial (DM - HTA) del Hospital II - EsSalud Tarapoto, en donde se concluye que la aplicación del Método Dáder en las tres dimensiones fue positiva y significativa, debido a que de los 151 problemas encontrados, se llegaron a resolver 132, representando una efectividad del 87%.

## V. DISCUSIÓN

Los resultados generales en la investigación determinaron que la Aplicación del método Dáder a pacientes mixtos del programa control de enfermería: diabetes mellitus - Hipertensión arterial (DM - HTA) del hospital II - Es salud Tarapoto es significativo y Positivo, esto se ve reflejado en los resultados obtenidos durante el desarrollo de la presente investigación, en base a cada una de sus dimensiones estudiadas que tienen que ver con ambas variables objeto de estudio, siendo así que las distintas teorías dimensiones e indicadores han sido encontrados en las diversas investigaciones planteadas como antecedentes, además encaja en la teoría de autores como Sabater D, Silva M y Faus M, Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (1999) y la Guía Farmacoterapéutica del Método Dáder; el cual hace mención que se basa en obtener información sobre los problemas de salud y la farmacoterapia del paciente para ir elaborando su historia farmacoterapéutica.

A partir de la información contenida en dicha historia se elaboran los estados de situación del paciente, que permiten visualizar el panorama sobre la salud y el tratamiento del paciente en distintos momentos del tiempo, así como evaluar los resultados de la farmacoterapia.

En contraprestación con la teoría expuesta por Sabater D, Silva M y Faus M, quien define al Método Dáder como un procedimiento operativo sencillo que permite realizar SFT a cualquier paciente, en cualquier ámbito asistencial, de forma sistematizada, continuada y documentada; se evidencia que ambas teorías recalcan la importancia del Método Dáder en la Industria

farmacéutica; ya que permiten en control adecuado del tratamiento que deben de seguir los pacientes que enfrenta distintas enfermedades en este caso la Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.

De esta manera se tomó una investigación como referencia, la expuesta por Badesso R, en su tesis “Efecto del seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 en un servicio de atención primaria de Córdoba (Argentina)”, quien concluye que el SFT a pacientes con DM2 permitió una resolución elevada de resultados negativos asociados a la medicación (RNM), mejorar los valores de glucemia en ayunas, aumentar la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes y lograr una adecuada coordinación entre los profesionales a través del uso de la Clasificación MEDAFAR; en contraprestación con la presente investigación se recalca la importancia del Método Dáder en los distintos tratamientos, con la finalidad de lograr una adecuada coordinación de los medicamentos que se deben tomar teniendo en cuenta la hora y el tiempo necesario para culminar el tratamiento de manera adecuada, lo cual mejora la adherencia al tratamiento instaurado, disminuye los valores de glucosa, mejora la calidad de vida del paciente y la atención al mismo en el programa control de enfermería.

Por su parte Araniva R, y Zelaya M, en su tesis titulada “Realizar seguimiento farmacoterapéutico a pacientes del club de diabéticos del Hospital Nacional “Dr. Juan José Fernández” Zacamil. Aplicando el Método Dáder”, concluye que durante el seguimiento farmacoterapéutico, de los 33 Problemas relacionados con los medicamentos detectados 19 fueron

tratados; contribuyendo así a una mejora es el estado de salud del paciente, por lo que se deduce que el impacto fue positivo en la intervención farmacéutica ya que se ven reflejados en la disminución de los valores de glucemia y la mejora en la adherencia al tratamiento; en relación con la presente investigación de los 151 problemas de salud encontrados 132 de ellos fueron resueltos, lo que indica que la aplicación del Método Dáder en los pacientes mixtos del programa control de enfermería tiene un efecto significativo y positivo, además se da conocer los resultados positivos que genera la aplicación del método Dáder en las distintas instituciones dedicadas a la salud ya que permite lograr cambios positivos en cuanto a las enfermedades que se diagnostican a los pacientes y como debe ser el control de las mismas.

Por otro lado Silva M, en su Tesis doctoral “Evaluación del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hospitalizados. Análisis del método Dáder y su implantación en los diferentes servicios asistenciales”, quien concluye que los problemas de salud atribuibles a la farmacoterapia están relacionados mayoritariamente con la efectividad, luego con la seguridad y finalmente con la necesidad, es por ello la necesidad del Método Dáder en entornos relacionados a la farmacia comunitaria con los correspondientes ajustes en la forma y registros de información pero sin dejar de obedecer su estructura básica, en comparación con la presente investigación los problemas de salud atribuibles a la farmacoterapia se relacionan primero con la efectividad, luego con la necesidad y por ultimo con la seguridad, es así que se percibe la importancia de utilizar adecuadamente la estructura del método Dáder para obtener mayores beneficios en cuanto al tratamiento de pacientes.

## VI. CONCLUSIONES

1. Con respecto a la dimensión necesidad, después de la aplicación del Método Dáder, la cifra de pacientes que presentaron problemas de salud aparte de DM y HTA se redujo considerablemente de un 81% a 16%, así mismo del 80% de pacientes que no recibían tratamiento para dichos problemas se redujo al 20%, y de un 73% de pacientes que recibían tratamiento que no necesitaban la cifra se redujo totalmente a 0%.

2. En la dimensión efectividad, el total de pacientes que respondían correctamente al tratamiento después de aplicar el Método Dáder aumentó cuantiosamente de un 30% a 89%. En cuanto a los valores de presión arterial normal se mejoraron considerablemente pasando de 24% a 89%, lo mismo sucedió con los valores de glucosa en ayunas pasando de un 19% a 73% dentro de los valores normales después de la aplicación del Método Dáder, así mismo el valor de glucosa postprandial tuvo la misma tendencia positiva pasando de un 32% a un 100% del nivel normal. Con respecto a la pauta prescrita, un 86% de pacientes no cumplían con la indicación médica antes de aplicar el método Dáder sin embargo después de ello un 89% de los pacientes cumplieron con ella, además con respecto al test de Morisky se concluyó que gracias al método Dáder se mejoró la adherencia al tratamiento en los pacientes teniendo un 89% de pacientes “cumplidores”.

3. En la Dimensión Seguridad, después de aplicarse el Método Dáder las cifras de reacciones adversas no asociadas a la cantidad y la frecuencia de la administración del fármaco se redujeron a 8%, ya que durante la etapa de

intervención se brindó educación y concientización sobre las terapias farmacológicas. Por otro lado con respecto a los pacientes que presentaron alguna reacción adversa asociada a la cantidad y frecuencia de la administración del fármaco se mejoró notablemente después de la aplicación de este método de 76% a un 5%.

4. Se acepta la hipótesis debido a que el efecto del Método Dáder aplicado en Pacientes Mixtos del Programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus - Hipertensión Arterial (DM - HTA) del Hospital II - EsSalud Tarapoto, es significativo y positivo, puesto que con la aplicación de este método se resolvieron la mayoría de los Resultados Negativos asociados a la Medicación detectados, por ende los pacientes tendrán una mejor calidad de vida.



## VII. RECOMENDACIONES

1. Se sugiere concientizar a los pacientes acerca de que el control de su enfermedad depende de un trabajo integrado entre los profesionales de la salud y el mismo, en este sentido sería recomendable que el propio paciente genere formatos de control e información del tratamiento que está llevando orientados por la experiencia de los profesionales que lo atienden y aumentar en esta medida la adherencia a su tratamiento.
2. Se sugiere que el programa control de enfermería comience por sistematizar detalladamente y con ayuda de la tecnología cada uno de los procesos del servicio, de esta manera efectivizar el control del mismo, es decir, es necesario que cada paciente cuente con un historial detallado, claro y oportuno en el proceso de atención.
3. Dentro de los diversos talleres originados por el programa control de enfermería, se debe expresar a los pacientes los resultados tácitos de diversas investigaciones como medida de concientización al llevar un control en su tratamiento, dichos talleres deben contener información relevante a su realidad, además los mencionados también deben estar expuesta en las instituciones que engloban la población vulnerable de las enfermedades sujetas en la presente investigación.
4. Se recomienda que el método Dáder debe implementarse en todas las instituciones de salud puesto que ayudara a llevar un mejor control en el tratamiento farmacológico que los médicos administren a los pacientes,

contribuyendo a la disminución de los resultados negativos asociados a la medicación y por ende ayudando así a mejorar la salud de estos.

5. Se sugiere realizar visitas domiciliarias a los pacientes para conocer más de cerca la situación de salud de los mismos, identificar, prevenir y solucionar los problemas de salud que estén interfiriendo o no con la farmacoterapia del paciente, lo cual impide que estas cumplan con los objetivos para los cuales han sido establecidos. En este sentido apoyar a la población en la adherencia al tratamiento y a la adquisición de nuevos estilos de vida saludables.

6. A futuros investigadores que tienen como interés analizar el efecto de la implementación de un método para la efectivización de un tratamiento se sugiere ampliar el seguimiento longitudinal y periódico como también trabajar con una muestra más amplia, ello ayudara significativamente a reforzar la hipótesis que se plantee en su investigación.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez M. Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes ambulatorios con Riesgo Cardiovascular. EMDADER-CV-INCUMPLIMIENTO. [Tesis doctoral] Granada, Universidad de Granada. Facultad de Farmacia; [En Línea]. Diciembre de 2008. disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Eva\\_Perez/publication/257059264\\_Efecto\\_de\\_la\\_actuacion\\_farmacutica\\_en\\_la\\_adherencia\\_del\\_tratamiento\\_farmacologico\\_de\\_pacientes\\_ambulatorios\\_con\\_riesgo\\_cardiovascular\\_\(Estudio\\_EMDADERCVINCUMPLIMIENTO\)/links/54dc7e8c0cf28d3de65ffa0b.pdf?disableCoverPage=true](https://www.researchgate.net/profile/Eva_Perez/publication/257059264_Efecto_de_la_actuacion_farmacutica_en_la_adherencia_del_tratamiento_farmacologico_de_pacientes_ambulatorios_con_riesgo_cardiovascular_(Estudio_EMDADERCVINCUMPLIMIENTO)/links/54dc7e8c0cf28d3de65ffa0b.pdf?disableCoverPage=true)
2. Grupo de investigación en atención farmacéutica (GIAF). Universidad de Granada. Programa Dáder. [En línea]. 2010. [consultado el 28 de Mayo del 2016]. Disponible en: [http://www.atencionfarmaceutica-ugr.es/index.php?option=com\\_content&task=view&id=16&Itemid=50](http://www.atencionfarmaceutica-ugr.es/index.php?option=com_content&task=view&id=16&Itemid=50)
3. Cisneros F. Teorías y modelos de Enfermería. Programa de Enfermería, fundamentos de Enfermería, Universidad del Cauca, [en línea], Febrero de 2005. [Fecha de acceso 11 de agosto de 2016]. 1(11): 15. Disponible en: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>
4. Badesso R. Efecto del seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en un servicio de atención primaria de Córdoba

[Tesis de Pre-grado en Internet]. Argentina: Servicio de Publicaciones Universidad Nacional de Córdoba; 2013. Disponible en: [http://www.ctfh.com.ar/css/images/finales/TIF%20%20ROXANA%20BADES SO%2026-06-13.pdf](http://www.ctfh.com.ar/css/images/finales/TIF%20%20ROXANA%20BADES%20SO%2026-06-13.pdf)

5. Araniva R, Zelaya M. Realizar seguimiento farmacoterapéutico a pacientes del club de diabéticos del Hospital Nacional “Dr. Juan José Fernández” Zacamil. Aplicando el Método Dáder. [Tesis de Pre-grado en Internet]. El Salvador: Servicio de Publicaciones Universidad de El Salvador; 2012. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/files/342/11227734.pdf>

6. Cobián M. Diseño, implantación y análisis de un modelo para la gestión del seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria. [Tesis Doctoral en Internet]. Santiago de Compostela: Universidad Santiago de Compostela; 2011. Disponible en: [http://www.pharmaceutical-care.org/archivos/833/tesis\\_belen.pdf](http://www.pharmaceutical-care.org/archivos/833/tesis_belen.pdf)

7. Pérez C. Problemas de salud relacionados con los medicamentos (PRM) con motivo de ingreso hospitalario. [Tesis Doctoral en Internet]. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid; 2010. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/10731/1/T31858.pdf>

8. Silva M. Evaluación del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hospitalizados. Análisis del método Dáder y su implantación en los diferentes servicios asistenciales. [Tesis Doctoral en Internet]. España: Universidad de

Granada; 2010. Disponible en:  
<http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/14620/1/18950474.pdf>

9. Hernández E, Ixmatlahua D. Detección de problemas relacionados con los medicamentos en pacientes ambulatorios con enfermedades cardiovasculares. [Tesis de Pre-grado en Internet]. Orizaba, Veracruz: Universidad Veracruzana; 2010. Disponible en:  
<http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/30416/1/IxmatlahuaRiberayHdzAquino.pdf>

10. Gallego A, Ocampo P. Efecto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico sobre los problemas relacionados con medicamentos en pacientes hipertensos” Farmacia del Centro de Salud Yugoslavia Distrito de Chimbote, diciembre a febrero de 2014. [Tesis de Pre-grado en Internet]. Ancash, Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2014. Disponible en:  
<http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2014/01/08/016128/20140722095959.pdf>

11. Velezmoro H, Ocampo P. Aplicación y Desarrollo de un Programa Piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico para Pacientes con Infección Aguda Leve de Tracto Urinario desde la Botica Arcángel N° 14 del Barrio Chicago centro de la ciudad de Trujillo. [Tesis de Pre-grado en Internet]. Chimbote, Perú: Universidad Los Ángeles de Chimbote; 2012. Disponible en:

<http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2012/01/08/000180/00018020130726054957.pdf>

12. Tafur E. Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes con VIH/SIDA: Evaluación de la Adherencia y la Calidad de Vida Relacionada a la Salud en el Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara – Perú. Perú. [Tesis Doctoral en Internet]. Granda: Universidad de Granada; 2010; Disponible en: <http://www.melpopharma.com/wp-content/uploads/2013/04/edith-tafur-valderrama.pdf>

13. Faus M, Sabater D, Silva M, Colorado G. INFORME, DaderWeb: una nueva herramienta del Programa Dáder para efectuar un seguimiento farmacoterapéutico. PharmaceuticalCare España [en línea]. 2008; [citado el 18 de mayo de 2016]. 10(3); 137-141. Disponible en <http://www.pharmaceutical-care.org/revista/doccontenidos/articulos/137-141%20INFORME%20DADER.indd.pdf>

14. Grupo de investigación en atención farmacéutica (GIAF). Universidad de Granada. Convocatoria de plazas de investigador colaborador. [en línea]. 2010. [consultado el 28 de Mayo del 2016]. Disponible en: [http://www.atencionfarmaceutica-ugr.es/index.php?option=com\\_frontpage&Itemid=1](http://www.atencionfarmaceutica-ugr.es/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1)

15. Grupo de investigación en atención farmacéutica (GIAF). Universidad de Granada. Seguimiento Farmacoterapéutico. [En línea]. 2010. [consultado el

28 de Mayo del 2016]. Disponible en: [http://www.atencionfarmaceutica-ugr.es/index.php?option=com\\_content&task=category&sectionid=12&id=50&Itemid=81](http://www.atencionfarmaceutica-ugr.es/index.php?option=com_content&task=category&sectionid=12&id=50&Itemid=81)

16. Amariles P, Giraldo N. Método Dáder de seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes y Problemas Relacionados con la Utilización de Medicamentos en el contexto de Colombia. Centro de investigaciones y Publicaciones Farmacéuticas Granada, España. [En Línea] 2003. [Citado el 27 de mayo del 2016]. Vol. 1(3); 99-104 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69010302>

17. Sabater D, Silva M, Faus M. Método Dáder: guía de seguimiento farmacoterapéutico. (3ª ed.). Granada, España; 2007. Disponible en. <http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA%20FINAL%20DADER.pdf>

18. García O, Alfonso I, García M, Gonzales L. Identificación de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) en adultos mayores con polifarmacia, ingresados en el Hospital Calixto García durante mayo 2006 - 2007. GERONINFO. Publicación de Gerontología y Geriatria. [En línea]. 2008 [consultado el 28 de mayo del 2016]. RNPS2110. Vol. 3 (1) ;28 Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/identificacion\\_de\\_\\_pmr.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/identificacion_de__pmr.pdf)

19. OMS. El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura. Los pacientes no reciben el apoyo necesario. Ginebra, [Citado el 02/06/2016.] Centro de

Prensa OMS: 1 de julio de 2003. Disponible en:  
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>.

20. Johnson J. Estratégico Sectorial Multianual –PESEM 2012-2016. 2012. [Citado el 02/06/16] Documento de Trabajo. Disponible en:  
[http://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/13628/PLAN\\_13628\\_2013\\_PESEM\\_2009-2013.pdf](http://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/13628/PLAN_13628_2013_PESEM_2009-2013.pdf)

21. Peñarrieta G, Reyes S, Krederdt F, et al. Automanejo de enfermedades crónicas: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y cáncer. Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener. [en línea]. 2015. [Citado el 02/06/2016]. Disponible en  
[http://www.uwiener.edu.pe/portales/centroinvestigacion/documentacion/revista\\_4/4\\_AUTOMANEJO\\_EN\\_ENFERMEDADES\\_CRONICAS.pdf](http://www.uwiener.edu.pe/portales/centroinvestigacion/documentacion/revista_4/4_AUTOMANEJO_EN_ENFERMEDADES_CRONICAS.pdf)



## IX. ANEXOS

### Anexo N° 01: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES		
			Variables de caracterización	Dimensiones	Indicadores
¿Cuál es el efecto del método Dáder aplicado en Pacientes Mixtos del Programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus - Hipertensión Arterial (DM - HTA) del Hospital II - EsSalud Tarapoto?	<b>Objetivo General</b> Determinar el efecto del método Dáder aplicado en Pacientes Mixtos del Programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus - Hipertensión Arterial (DM - HTA) del Hospital II - EsSalud Tarapoto	Hi: El efecto del método Dáder aplicado en Pacientes Mixtos del Programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus - Hipertensión Arterial (DM - HTA) del Hospital II EsSalud Tarapoto es significativo y Positivo.	Aplicación del Método Dáder	Oferta del servicio	-Al realizar la oferta del servicio -Al finalizar la oferta del servicio
	<b>Objetivos Específicos</b> -Evaluar la dimensión Necesidad Antes y Después de la aplicación del Método Dáder en Pacientes Mixtos del Programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus - Hipertensión arterial (DM - HTA) del Hospital II - EsSalud Tarapoto.			Entrevista farmacéutica	-Preocupación y problemas de salud -Medicamentos -Repaso general por sistemas
	-Evaluar la dimensión Efectividad Antes y Después de la aplicación del Método Dáder en Pacientes Mixtos del Programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus			Estado de situación	-Problemas de salud -Medicamentos -Intervención farmacéutica
				Fase de estudio	-Problemas de salud -Medicamentos
				Fase de evaluación	Identificación de los PRM y RNM -¿Necesita el paciente los medicamentos? -¿Están siendo efectivos? -¿El medicamento está siendo seguro? -¿Problema de salud no tratado?
				Fase de intervención	-Características y generalidades del plan de actuación -Pasos para diseñar el plan de actuación
				Entrevistas sucesivas	-Conocer la respuesta del paciente ante la intervención. -Registrar y documentar la intervención profesional de Enfermería. -Conocer nuevos problemas de salud

	<p>Hipertensión arterial (DM - HTA) del Hospital II - EsSalud Tarapoto.</p> <p>- Evaluar la dimensión Seguridad Antes y Después de la aplicación del Método Dáder en Pacientes Mixtos del Programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus Hipertensión arterial (DM - HTA) del Hospital II - EsSalud Tarapoto</p>		<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1030 331 1249 392">Variables de caracterización</th> <th data-bbox="1249 331 1458 392">Dimensiones</th> <th colspan="2" data-bbox="1458 331 2024 392">Indicadores</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1030 392 1249 571" rowspan="3">Control del programa de enfermería</td> <td data-bbox="1249 392 1458 453">Necesidad</td> <td colspan="2" data-bbox="1458 392 2024 453">-Problema de Salud no tratado -Efecto de medicamento innecesario</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1249 453 1458 513">Efectividad</td> <td colspan="2" data-bbox="1458 453 2024 513">-Inefectividad no cuantitativa -Inefectividad cuantitativa</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1249 513 1458 571">Seguridad</td> <td colspan="2" data-bbox="1458 513 2024 571">-Inseguridad no cuantitativa -Inseguridad cuantitativa</td> </tr> </tbody> </table>				Variables de caracterización	Dimensiones	Indicadores		Control del programa de enfermería	Necesidad	-Problema de Salud no tratado -Efecto de medicamento innecesario		Efectividad	-Inefectividad no cuantitativa -Inefectividad cuantitativa		Seguridad	-Inseguridad no cuantitativa -Inseguridad cuantitativa	
Variables de caracterización	Dimensiones	Indicadores																		
Control del programa de enfermería	Necesidad	-Problema de Salud no tratado -Efecto de medicamento innecesario																		
	Efectividad	-Inefectividad no cuantitativa -Inefectividad cuantitativa																		
	Seguridad	-Inseguridad no cuantitativa -Inseguridad cuantitativa																		
<b>DISEÑO</b>	<b>POBLACIÓN Y MUESTRA</b>	<b>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS</b>																		
<p>Se aplicó un diseño cuasi experimental, de un solo grupo (grupo intacto)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p style="text-align: center;"><b>X</b></p> <p style="text-align: center;"><b>M: O<sub>1</sub> ——— O<sub>2</sub></b></p> </div> <p>Donde:</p> <p>M: Representa a la muestra en estudio.</p> <p>O<sub>1</sub>: control del programa de enfermería – pre test.</p> <p>X: Aplicación del Método Dáder. (tratamiento)</p> <p>O<sub>2</sub>: control del programa de enfermería – post test.</p>	<p>Población.</p> <p>La población estuvo constituida por 102 pacientes Mixtos del programa Control de Enfermería: DM-HTA del Hospital II-EsSalud Tarapoto.</p> <p>Muestra</p> <p>La muestra estuvo constituida por 37 pacientes Mixtos del programa Control de Enfermería: DM-HTA del Hospital II-EsSalud Tarapoto que cumplieron con los criterios de inclusión.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1030 802 1261 834">Técnicas</th> <th data-bbox="1261 802 1485 834">Instrumento</th> <th data-bbox="1485 802 1709 834">Alcance</th> <th data-bbox="1709 802 1933 834">Fuente</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1030 834 1261 866">Observación</td> <td data-bbox="1261 834 1485 866">Ficha</td> <td data-bbox="1485 834 1709 866" rowspan="2">Variable II</td> <td data-bbox="1709 834 1933 866" rowspan="2">Control de programa de enfermería</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="1030 866 1485 898" style="text-align: center;">Entrevista directa</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1030 898 1261 959">Análisis Documental</td> <td data-bbox="1261 898 1485 959">Guía de Análisis documental</td> <td data-bbox="1485 898 1709 959"></td> <td data-bbox="1709 898 1933 959"></td> </tr> </tbody> </table>				Técnicas	Instrumento	Alcance	Fuente	Observación	Ficha	Variable II	Control de programa de enfermería	Entrevista directa		Análisis Documental	Guía de Análisis documental			
Técnicas	Instrumento	Alcance	Fuente																	
Observación	Ficha	Variable II	Control de programa de enfermería																	
Entrevista directa																				
Análisis Documental	Guía de Análisis documental																			

## Anexo N° 02: Ficha para pacientes (pre test y post test)

Nombre:

Edad:

Fecha:

<b>Problemas de Salud no tratados</b>	
¿El paciente presenta algún problema de salud aparte de DM y HTA?	
SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES	..... .....
¿Recibe tratamiento para este problema de salud?	
SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES	..... ..... .....
<b>Efecto de Medicamento Inecesario</b>	
¿El paciente recibe tratamiento que no necesita?	
SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES	..... ..... .....
<b>Inefectividad no cuantitativa</b>	
¿El paciente responde adecuadamente al tratamiento?	
SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES	..... ..... .....

Valores de presión arterial

130/80 a menos (normal)

130/80 a más (alta)

OBSERVACIONES.....

.....

.....

Valores de glucosa en ayunas

Menor de 70 (Hipoglicemia)

70 hasta 130 (normal)

130 a más (Hiperglicemia)

.....

.....

.....

Valores de glucosa Postprandial

Hasta 140 (normal) Dos horas después de la comida

SI

NO

OBSERVACIONES.....

.....

.....

**Inefectividad cuantitativa**

Valores de presión arterial

130/80 a menos (normal)

130/80 a más (alta)

OBSERVACIONES.....

.....

.....

Valores de glucosa en ayunas

Menor de 70 (Hipoglicemia)

70 hasta 130 (normal)

130 a más (Hiperglicemia)

.....

.....

.....

Valores de glucosa postprandial

Hasta 140 (normal) Dos horas después de la comida

SI

NO

OBSERVACIONES.....  
.....  
.....

¿El paciente cumple con la pauta prescrita?

SI

NO

OBSERVACIONES.....  
.....  
.....

Test de Morisky

CUMPLIDOR

INCUMPLIDOR

**Inseguridad no cuantitativa**

¿Presenta reacciones adversas no asociadas a la cantidad o frecuencia de administración del fármaco?

SI

NO

OBSERVACIONES.....  
.....  
.....

Inseguridad cuantitativa

¿Presenta reacciones adversas asociadas a la cantidad o frecuencia de administración del fármaco?

SI

NO

OBSERVACIONES.....  
.....  
.....

### Anexo N°03: Formatos del Método Dáder



PROGRAMA CONTROL DE ENFERMEIA: DM - HTA  
METODO DADER



DATOS GENERALES							
Paciente:				Sexo	M	F	
HC:			COD		Edad	Adulto: <60 a.	
Dirección:			Telefono:			Adulto mayor: ≥ 60 a.	
Residencia	Morales		Tarapoto		Banda de Shilcayo		
Estado civil:	Soltero (a)		Casado (a)		Conviviente	Viudo	
Responsable:							
Tiempo de enfermedad:	DM	<5 a	De 5-10 a	De 11-20 a	> 20 a	Tipo de paciente mixto	PMIR
	HTA	<5 a	De 5-10 a	De 11-20 a	> 20 a		PMNIR
<b>ocupacion:</b>		<b>Grado de instrucción:</b>			<b>Alergias:</b>		
Ama de casa		Primaria completa					
Trab. Independiente		Primaria incompleta					
Trab. Dependiente							
Jubilado (a)		Secundaria completa			<b>Obserbaciones:</b>		
<b>Factores de Riesgo:</b>		Secundaria incompleta					
Sedentarismo							
Nutricional		Superior completo					
Tabaquismo		Superior incompleto					
Alcoholismo							



Entrevista: *Problemas de salud*

Fecha: / /



<u>Problema de Salud</u>	Inicio:

<u>Problema de Salud</u>	Inicio:

<u>Problema de Salud</u>	Inicio:

<u>Problema de Salud</u>	Inicio:

<u>Problema de Salud</u>	Inicio:

<u>Problema de Salud</u>	Inicio:



Entrevista: Medicamentos

Fecha: / /



<b>Medicamento:</b> <input style="width: 90%;" type="text"/> Pauta prescrita: Pauta usada: Percepción de efectividad (¿Cómo le va?) Bien <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/> Percepción de seguridad (¿Algo extraño?) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Observaciones:	<b>Medicamento:</b> <input style="width: 90%;" type="text"/> Pauta prescrita: Pauta usada: Percepción de efectividad (¿Cómo le va?) Bien <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/> Percepción de seguridad (¿Algo extraño?) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Observaciones:	<b>Medicamento:</b> <input style="width: 90%;" type="text"/> Pauta prescrita: Pauta usada: Percepción de efectividad (¿Cómo le va?) Bien <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/> Percepción de seguridad (¿Algo extraño?) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Observaciones:			
<b>Medicamento:</b> <input style="width: 90%;" type="text"/> Pauta prescrita: Pauta usada: Percepción de efectividad (¿Cómo le va?) Bien <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/> Percepción de seguridad (¿Algo extraño?) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Observaciones:	<b>Medicamento:</b> <input style="width: 90%;" type="text"/> Pauta prescrita: Pauta usada: Percepción de efectividad (¿Cómo le va?) Bien <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/> Percepción de seguridad (¿Algo extraño?) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Observaciones:	<b>Medicamento:</b> <input style="width: 90%;" type="text"/> Pauta prescrita: Pauta usada: Percepción de efectividad (¿Cómo le va?) Bien <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/> Percepción de seguridad (¿Algo extraño?) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Observaciones:			
<b>Test de Morisky - Green - Levine</b>					
¿Olvida alguna vez tomar sus medicametos para tratar su enfermedad?	Si	No	Cuando se encuentra bien ¿Deja de tomar la medicación?	Si	No
¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	Si	No	Si alguna vez le sienta mal ¿Deja usted de tomarla?	Si	No





Entrevista: Repaso por sistemas

Fecha: / /



REPASO POR SISTEMAS					
Cefalea	<input type="checkbox"/>	Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	Molestias genitourinarias	<input type="checkbox"/>
Mareo	<input type="checkbox"/>	Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	Dolores articulares	<input type="checkbox"/>
Visión borrosa	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	Adormecimiento	<input type="checkbox"/>
Problemas de audición	<input type="checkbox"/>	Dolor pélvico	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>

**Descripción:**

PARÁMETROS DEL PACIENTE						
PESO	TALLA	IMC	Perímetro abdominal	Glucosa		PA
				Ayunas	Postprandial	

DATOS DE LABORATORIO						
Fecha	HbA1c	Colesterol	TG	Urea	Creatinina	Otros



*Intervención*



PLAN DE ACTUACION																					
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																					
OBJETIVOS	ACTIVIDADES	MESES / SEMANAS																			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				



*Entrevistas sucesivas*



Fecha	Problema de salud y motivo de visita	Observaciones	Realizado



## Entrevistas sucesivas



REGISTRO DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA						
Hoja de intervención para la Comunicación de los RNM y PRM						
Identificación			Acción			
paciente:		Fecha:		RNM	fecha:	objetivo:
<b>Clasificación de RNM (Marcar)</b>			<b>Situación del PS (Marcar)</b>		<b>Que se pretende hacer para resolver el problema</b>	
<input type="checkbox"/>	Problema de salud no tratado		<input type="checkbox"/>	Problema manifestado		Intervenir sobre la cantidad de los medicamentos
<input type="checkbox"/>	Efecto de medicamento innecesario		<input type="checkbox"/>	Riesgo de aparición		
<input type="checkbox"/>	Inefectividad no cuantitativa		<b>Medición inicial:</b>			
<input type="checkbox"/>	Inefectividad cuantitativa					
<input type="checkbox"/>	Inseguridad no cuantitativa					
<input type="checkbox"/>	Inseguridad cuantitativa					
<b>Medicamento (s) implicado (s)</b>						
Tipo	Nombre, potencia, forma farmacéutica					
<b>Causa: Identificación de PRM (Seleccionar cuantas considere oportunas)</b>						
<input type="checkbox"/>	Administración errónea del medicamento					
<input type="checkbox"/>	Características personales					
<input type="checkbox"/>	Conservación inadecuada					
<input type="checkbox"/>	Contraindicación					
<input type="checkbox"/>	Dosis, pauta y/o duración no adecuada					
<input type="checkbox"/>	Duplicidad					
<input type="checkbox"/>	Errores en la dispensación					
<input type="checkbox"/>	Errores en la prescripción					
<input type="checkbox"/>	Incumplimiento					
<input type="checkbox"/>	Interacciones					
<input type="checkbox"/>	Probabilidad de efectos adversos					
<input type="checkbox"/>	Problema de salud insuficientemente tratado					
<input type="checkbox"/>	Otros problemas de salud que afecten al tratamiento					
<b>Vía de comunicación</b>						
<input type="checkbox"/>			Verbal con el paciente y/o familiar		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			Verbal con el paciente - médico y/o familiar		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			Escrita con el paciente y/o familiar		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			Escrita con el paciente - médico y/o familiar		<input type="checkbox"/>	
<b>Resultado</b>						
¿Qué ocurrió con la intervención?				Fecha:		
¿Qué ocurrió con el problema de salud?				Fecha:		
<b>Resultado</b>						
Medición final						
Descripción:						
	RNM resuelto	RNM no resuelto	PRM resuelto	PRM no resuelto		
Intervención aceptada						
Intervención no aceptada						



## Entrevistas sucesivas



REGISTRO DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA											
Hoja de intervención para la comunicación de resultados positivos alcanzados											
Identificación						Identificación					
Resultado		Descripción del signo, sintoma o parametro cuantificable a controlar o prevenir.				Resultado		Descripción del signo, sintoma o parametro cuantificable a controlar o prevenir.			
Medición inicial:						Medición inicial:					
Medicamento (s) implicado (s)						Medicamento (s) implicado (s)					
Tipo	Nombre, potencia, forma farmacéutica					Tipo	Nombre, potencia, forma farmacéutica				
Acción						Acción					
Fecha:		Objetivo:				Fecha:		Objetivo:			
Descripción						Descripción					
Vía de comunicación						Vía de comunicación					
Verbal con el paciente y/o familiar			Escrita con el paciente y/o familiar			Verbal con el paciente y/o familiar			Escrita con el paciente y/o familiar		
Verbal con el paciente - médico y/o familiar			Escrita con el paciente - médico y/o familiar			Verbal con el paciente - médico y/o familiar			Escrita con el paciente - médico y/o familiar		
Resultado						Resultado					
Medición final				Fecha:		Medición final				Fecha:	

Test de valoración del paciente hacia el Método Dáder		
¿Piensa usted que el Método Dáder mejoró la adherencia en su tratamiento?	Si	No
¿Piensa usted que el Método Dáder ha contribuido a mejorar su calidad de vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Piensa usted que es un buen método para mejorar la atención a los pacientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le gustaría que el Método Dáder se implante en el programa control de enfermería: DM - HTA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Fuente:** Modelo del método Dáder extraído del Programa Dáder, modificado por las investigadora.

#### **Anexo N° 04: Datos durante la ejecución del Método Dáder**

**Tabla N° 05:** Descripción de las características sociodemográficas de Pacientes Mixtos del programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus – Hipertensión Arterial (DM-HTA) del Hospital II-EsSalud Tarapoto.

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>N° PACIENTES</b>	<b>% PACIENTES</b>
<b>EDAD</b>		
Adulto	4	10,8
Adulto Mayor	33	89,2
<b>SEXO</b>		
Masculino	15	40,5
Femenino	22	59,5
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Soltero	2	5,4
Casado	23	62,2
Conviviente	4	10,8
Viudo	8	21,6
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>		
Primaria Completa	10	27,0
Primaria incompleta	7	18,9
Secundaria Completa	3	8,1
Superior Completa	17	45,9
<b>RESIDENCIA</b>		
Morales	5	13,5
Tarapoto	27	73,0
Banda de Shilcayo	5	13,5
<b>OCUPACIÓN</b>		
Ama de casa	13	35,1
Trabajador Independiente	5	13,5
Trabajador dependiente	1	2,7
Jubilado	18	48,6

**Fuente:** Datos obtenidos al ejecutar el estudio de Investigación

Las características sociodemográficas de Pacientes Mixtos del programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus – Hipertensión Arterial (DM-HTA) del Hospital II-EsSalud Tarapoto, la población sobresaliente fueron los adultos mayores ( $\geq$ de 60 años) con un 89,2%, el sexo femenino con 59,5% de los pacientes, el ser casado en un 62,2%, los residentes en Tarapoto son en un 73,0% y finalmente respecto a la ocupación prevalecen la categoría Jubilado, Ama de Casa y Trabajador Independiente con el 48,6%, 35,1% y 13,5% respectivamente de los pacientes.

**Tabla N° 06:** Descripción de las características clínicas de Pacientes Mixtos del programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus – Hipertensión Arterial (DM-HTA) del Hospital II-EsSalud Tarapoto

CARACTERÍSTICAS	N° PACIENTES	% PACIENTES
TIEMPO ENFERMEDAD DM		
Menor de 5 Años	5	13,5
De 5 a 10 Años	9	24,3
De 11 a 20 Años	13	35,1
Mayor a 20 Años	10	27,0
TIEMPO ENFERMEDAD HTA		
Menor de 5 Años	9	24,3
De 5 a 10 Años	11	29,7
De 11 a 20 Años	11	29,7
Mayor a 20 Años	6	16,2
TIPO PACIENTE MIXTO		
PMIR	17	45,9
PMNIR	20	54,1
SEDENTARISMO		
Si	9	24,3
No	28	75,7
NUTRICIONALES		
Si	23	62,2
No	14	37,8

**Fuente:** Datos obtenidos al ejecutar el estudio de Investigación

Las características clínicas de Pacientes Mixtos del programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus – Hipertensión Arterial (DM-HTA) del Hospital II-EsSalud Tarapoto, donde se registra que la evolución de la enfermedad de la Diabetes Mellitus como la más prevalente de 11 a 20 años y mayor de 20 años con el 35,1% y 27,0% de los pacientes respectivamente, mientras que en la evolución de Hipertensión Arterial muestra como más prevalente en los estratos de 5 a 10 año y de 11 a 20 con el 29,7% de pacientes cada uno respectivamente; respecto al tipo de paciente mixto prevalece el PMNIR en comparación al PMIR con 54,1% y 45,9% respectivamente; los factores Sedentarismo sólo se presenta en el 24,3% de pacientes y el factor Nutricional en el 62,2 de pacientes, en el presente estudio no aparecen los factores de Tabaquismo y Alcoholismo en los pacientes involucrados.

**Tabla N° 07:** Pacientes Mixtos del programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus - Hipertensión Arterial (DM-HTA) del Hospital II - EsSalud Tarapoto según Adherencia al Tratamiento Farmacológico (Test Morisky–Green – Levine).

<b>ADHERENCIA</b>	<b>N° PACIENTES</b>	<b>% PACIENTES</b>
Si	2	5.4%
No	35	94.6%
TOTAL	37	100,0%

**Fuente:** Datos obtenidos al ejecutar el Estudio de Investigación.

La Adherencia al Tratamiento Farmacológico según el Test Morisky–Green–Levine, en los pacientes, se muestra que de los 37 sujetos involucrados en el estudio, 2 de ellos respondieron positivamente a todos los indicadores evaluados en el test Morisky-Green-Levine: Olvida la Medicación, Ingiere los



medicamentos a las Horas Indicadas, Deja de tomar los medicamentos cuando se siente bien y Deja el medicamento cuando se siente mal. Representando un 5.4% de pacientes con Adherencia al tratamiento Farmacológico y un 94.6% de ellos no son adherentes al tratamiento farmacológico.

**Tabla N° 08:** Causas de identificación de los RNM en los Pacientes Mixtos del programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus – Hipertensión Arterial (DM-HTA) del Hospital II-EsSalud Tarapoto

CAUSAS	N° PACIENTES	% PACIENTES
Características personales	24	80,0%
Conservación inadecuada	6	20,0%
Dosis, pauta y/o duración no adecuada	26	70,0%
Incumplimiento	24	80,0%
Probabilidad de efectos adversos	28	76,0%
Problema de salud insuficientemente tratado	24	80,0%
Otros problemas de salud que afectan el tratamiento	2	6,7%

**Fuente:** Datos obtenidos al ejecutar el Estudio de Investigación

Los PRM que constituyeron las causas de los RNM fueron las características Personales, el Incumplimiento y el Problema de Salud Insuficientemente tratados prevalecen en el 80,0% de pacientes, seguidos a ellos están la Probabilidad de efectos adversos con 76 %, Dosis, pauta y/o duración no adecuada con 70%, por otra parte la Conservación inadecuada con el 20,0% y por último se encuentra Otros problemas de salud que afectan el tratamiento como con el 6,7% como el menos prevalente.

**Tabla N°09:** Evolución del valor promedio de la Presión Arterial en los Pacientes Mixtos del programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus – Hipertensión Arterial (DM-HTA) del Hospital II-EsSalud Tarapoto. Período Julio – Setiembre 2016

<b>MES</b>	<b>PROMEDIO PAS</b>	<b>PROMEDIO PAD</b>
Julio	142,40	85,00
Agosto	124,32	70,00
Setiembre	119,73	70,27

**Fuente:** Datos obtenidos al ejecutar el Estudio de Investigación

La evolución del promedio de la presión arterial evidencia una disminución de la PAS desde el mes de Julio a Setiembre, donde se observa que el valor promedio inicial fue de 142,40 y que descendió a 119,73. Igualmente los valores promedio de PAD descendieron de 85,00 a 70,27, lo cual muestra una efectividad significativa del Método Dáder.

**Tabla N° 10:** Evolución del valor promedio de la Glucosa en Ayunas en los Pacientes Mixtos del programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus – Hipertensión Arterial (DM-HTA) del Hospital II-EsSalud Tarapoto. Período Julio – Setiembre 2016

<b>MES</b>	<b>PROMEDIO GLUCOSA AYUNAS</b>
Julio	146,51
Agosto	133,89
Setiembre	102,15

**Fuente:** Datos obtenidos al ejecutar el Estudio de Investigación

La evolución de la Glucosa en Ayunas de los Pacientes Mixtos del programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus – Hipertensión Arterial (DM-HTA) del Hospital II-EsSalud Tarapoto. Período Julio – Setiembre 2016, refleja que de un promedio 146,51 mg/dl en el mes de Julio se pasa a un promedio de 102,15 mg/dl en el mes de Setiembre, esta disminución muestra la efectividad del Método Dáder.

**Tabla N° 11:** Valoración del Método Dáder en los Pacientes Mixtos del programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus – Hipertensión Arterial (DM-HTA) del Hospital II-EsSalud Tarapoto

<b>VALORACIONES</b>	<b>N° PACIENTES</b>	<b>% PACIENTES</b>
¿Piensa Ud. que con el Método Dáder mejoró la adherencia en su tratamiento?	36	97,3%
¿Piensa Ud. que el Método Dáder ha contribuido a mejorar su calidad de vida?	35	94,6%
¿Piensa Ud. que es un buen método para mejorar la atención de los pacientes?	35	94,6%
¿Le gustaría que el Método Dáder se implante en el Programa Control de Enfermería: DM-HTA?	35	94,6%

**Fuente:** Datos obtenidos al ejecutar el Estudio de Investigación

La valoración del Método Dáder por los Pacientes Mixtos del programa Control de Enfermería: Diabetes Mellitus – Hipertensión Arterial (DM-HTA) del Hospital II-EsSalud Tarapoto, consigna que un 97,3% de ellos piensa que mejoró la adherencia farmacológica a su tratamiento, el 94,6% piensa que mejora la calidad de vida, la atención al paciente y desea que sea implantado en el Programa Control de Enfermería: DM-HTA.

**Anexo N° 05: Registro fotográfico de la investigación.**

- Elaboración de afiches, rotafolios y organizadores de medicamentos:



- Sección de medicamentos encontrados:



- Organización de medicamentos- “post limpieza de Botiquín”:



- Entrevistas con los pacientes





- Intervenciones de enfermería



- Manejo adecuado y conservación de insulina







- Control de Glucemia (ayunas/postprandial) y Presión Arterial

