

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

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

**EFFECTO DE UN PROGRAMA PILOTO DE
SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO SOBRE LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE QUÍMICO
FARMACÉUTICO

AUTOR:

Bach. ANGIE THALIA ALCANTARA VILCHERREZ

ORCID: 0000-0003-4055-3956

ASESOR:

Dr. Farm. PERCY ALBERTO OCAMPO RUJEL

ORCID: 0000-0002-9498-5431

CHIMBOTE - PERÚ

2019

TITULO

**EFECTO DE UN PROGRAMA PILOTO DE
SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO SOBRE LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS**

EQUIPO DE TRABAJO

AUTOR

Angie Thalia Alcantara Vilcherrez

ORCID: 0000-0003-4055-3956

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

ASESOR

Ocampo Rujel Percy

ORCID: 0000-0002-9498-5431

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

JURADO

DIAZ ORTEGA, JORGE LUIS

ORCID: 0000-0002-6154-8913

RAMIREZ ROMERO, TEODORO WALTER

ORCID: 0000-0002-2809-709X

VASQUEZ CORALES, EDISON

ORCID: 0000-0001-9059-6394

JURADO Y ASESOR

Dr. DIAZ ORTEGA, JORGE LUIS

PRESIDENTE

Mgtr. RAMÍREZ ROMERO, TEODORO WALTER

MIEMBRO

Mgtr. VASQUEZ CORALES, EDISON

MIEMBRO

Dr. OCAMPO RUJEL, PERCY

ASESOR

AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA

El agradecimiento de mi tesis es principal a Dios quien me ha guiado a lo largo de todos estos años y me ha traído hasta donde ahora estoy, me ha ayudado hacer mejor persona cada día y me ha dado la fortaleza de seguir adelante.

Gracias a mis padres Flor de Maria y Wilfredo, el amor recibido, la dedicación y la paciencia con la que cada día se preocupan por mí es incondicional. Pues ellos son los principales promotores de mis sueños, gracias por cada día confiar y creer en mi y en mis expectativas pero sobre todo gracias a mi padre, por cada consejo y por cada una de tus palabras que me guiaron durante mi vida ,pues siempre deseas y anhelas lo mejor para mí. Infinitamente agradecida porque lo que soy y lo que pueda lograr en esta vida se lo debo a ellos.

Agradezco a mi novio por entenderme, por el apoyo incondicional que me brinda. Tú ayuda ha sido fundamental, has estado conmigo incluso en los momentos más difíciles siempre ayudándome y motivándome hasta donde tus alcances los permitían. Te lo agradezco muchísimo.

A mi asesor de tesis Mg. Percy Ocampo Rujel por brindarme su esfuerzo, dedicación, accesibilidad, conocimiento y experiencia para terminar este presente trabajo

A la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote por darme la oportunidad de estudiar y ser un profesional. Agradezco a nuestros docentes que compartieron sus conocimientos y experiencias con cada uno de nosotros, debido a ello estamos muy agradecidos por tener la vocación de formar profesionales de calidad.

RESUMEN

El presente estudio de investigación tiene como objetivo el determinar el efecto del programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento de pacientes con infecciones respiratorias agudas. La muestra de 12 pacientes fue monitoreada a través de un programa de seguimiento farmacoterapéutico basado en una modificación de método DADER de cinco fases: captación, levantamiento de información, evaluación de la información, intervención, seguimiento y medición de resultados. El seguimiento farmacoterapéutico se dirigió a través del sistema de reunión individual, esta se llevó a cabo en la farmacia y en la casa del paciente. En cada fase se recogió información en herramientas e instrumentos específicos: Fichas fármaco terapéuticas, Escala para la adherencia (MAS) de Morisky – Green – Levine, Test de Macnemar para la significancia de la intervención. Resultados: Se solucionaron 22 problemas relacionados con medicamentos (PRM) (73.3%) y los no resueltos dejaron expuesto al paciente a la aparición de resultados negativos asociados a la medicación (RNMs). La no adherencia pasó del 91,3 % al 25%. La adherencia comparada antes–después de la intervención indico un efecto significativo del seguimiento farmacoterapéutico ($p=$ El SFT obteniendo un efecto de mediana adherencia por parte de los pacientes con un significativo $P=0.021$ sobre el nivel del tratamiento medido luego de la intervención.). Por lo tanto se concluye que el efecto del programa piloto de SFT fue positivo al mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con infecciones respiratorias agudas.

Palabras claves: intervención farmacéutica, infección respirtoria aguda, seguimiento farmacoterapéutico, adherencia al tratamiento.

SUMMARY

The objective of this research study is to determine the effect of the pilot program of pharmacotherapeutic follow-up on adherence to treatment of patients with acute respiratory infections. The sample of 12 patients was monitored through a pharmacotherapeutic follow-up program based on a modification of the DADER method of five phases: recruitment, information gathering, information evaluation, intervention, monitoring and measurement of results. The pharmacotherapeutic follow-up was conducted through the individual meeting system, this was carried out in the pharmacy and in the patient's home. In each phase, information was collected on specific tools and instruments: Therapeutic drug sheets, Morisky - Green - Levine Adherence Scale (MAS), Macnemar test for the significance of the intervention. Results: 22 problems related to medications (PRM) were solved (73.3%) and the unresolved problems left the patient exposed to the appearance of negative results associated with the medication (RNMs). Non-adherence went from 91.3% to 25%. Adherence compared before – after the intervention indicated a significant effect of pharmacotherapeutic follow-up (p = SFT obtaining a medium adhesion effect by patients with a significant P = 0.021 on the level of treatment measured after the intervention.) . Therefore, it is concluded that the effect of the SFT pilot program was positive to improve treatment adherence in patients with acute respiratory infections.

Key words: pharmaceutical intervention, acute respiratory infection, pharmacotherapeutic follow-up, adherence to treatment.

INDICE

AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA.....	v
RESUMEN.....	vi
SUMMARY.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	15
1.1. Planteamiento del problema.....	18
1.2. Objetivos de la Investigación.....	18
1.2.1. Objetivo General.....	19
1.2.2. Objetivos Específicos.....	19
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	20
2.1. Antecedentes.....	20
2.1.1. Atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico.....	20
2.1.2. Evolución del seguimiento farmacoterapéutico en el Perú.....	22
2.1.3. Antecedentes epidemiológicos de las infecciones respiratoria agudas.....	24
2.1.4. Seguimiento farmacoterapéutico y calidad de vida relacionada con la salud.....	25
2.2. Marco Teórico.....	26
2.2.1. Problemas Relacionados con el uso de Medicamentos y Resultados Negativos de la Medicación.....	26
2.2.2. Diagnóstico de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM).....	28
2.2.3. Atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico: contribución del farmacéutico al mantenimiento de la salud pública.....	32
2.2.4. Definición de adherencia al tratamiento.....	35
2.2.5. Infección respiratoria aguda (IRA).....	35
2.2.6. Centro de salud de Santa.....	38
III. HIPÓTESIS.....	39
IV. METODOLOGÍA.....	40
4.1. Diseño de la investigación.....	40
4.1.1. Tipo y el nivel de la investigación.....	40
4.1.2. Diseño de la investigación.....	40
4.2. Población y muestra.....	41
4.3. Definición y operacionalización de las variables.....	42
4.3.1. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT).....	42
4.3.2. Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM).....	42
4.3.3. Resultados negativos asociados a la medicación (RNM).....	43
4.3.4. Medición de la adherencia al tratamiento.....	43

4.4.	Técnicas e instrumentos	43
4.4.1.	Técnica	43
4.4.2.	Instrumento	44
4.4.2.1.	Fichas Farmacoterapéuticas (FFT). (Anexo N° 03).....	44
4.4.2.2.	Instrumento para medir la adherencia. Test de Morinski (Cuadro N° 06)	44
4.4.3.	Procedimiento de recolección de datos.....	46
4.4.3.1	Oferta del servicio y captación de los pacientes	46
4.4.3.2.	Levantamiento de información.....	47
4.4.3.3.	Fase de estudio y evaluación de la información para la identificación de problemas relacionados con medicamentos y la estrategia de intervención.....	48
4.4.3.4.	Fase de intervención: actividades de seguimiento farmacoterapéutico	49
4.4.3.5.	Matriz de consistencia.....	58
4.5.	Plan de análisis de datos	59
4.6.	Criterios éticos.....	60
V.	RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	61
5.1.	Resultados	61
5.2	Análisis de Resultados.....	68
5.2.1	Sobre los pacientes y los tiempos de intervención en SFT	68
5.2.2.	Sobre los diagnósticos identificados y los medicamentos utilizados por los pacientes durante el proceso de SFT	71
5.2.3.	Resultados negativos asociados a la medicación por PRMS	74
5.2.3.	Efecto de la intervención sobre la adherencia.....	75
VI.	CONCLUSIONES Y ASPECTOS COMPLEMENTARIOS	78
6.1.	Conclusiones	78
6.2.	Aspectos Complementarios	79
6.2.1	Recomendaciones.....	81
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82
VIII.	ANEXOS.....	91
Anexo N° 8.1.	Solicitud de permiso dirigido al establecimiento farmacéutico	91
Anexo N°8.2.	Hoja de consentimiento informado	92
Anexo N°8.3	Fichas Farmacoterapéuticas.....	93
Anexo N° 8.4.	Estado de situación.....	107
Anexo N° 8.5.	Fotos del frontis	112
Anexo N°8.5.	Mapa de ubicación del establecimiento de salud.....	113
Anexo N° 8.6.	Glosario de términos.....	114

ÍNDICE DE CUADROS, FIGURAS, TABLAS Y GRÁFICOS

CuadroN°01	Listado de problemas relacionados con medicamentos (PRN).	28
	·	
	Clasificación de resultados negativos asociados con la medicación. (RNM).	
CuadroN°02	Tercer consenso de Granada. 2007. (Clasificación que le correspondía a los PRMs hasta el segundo consenso de Granada).	29
	·	
	Actividades de atención farmacéutica en el ejercicio profesional del farmacéutico comunitario.	36
CuadroN°03	·	
	Clasificación de intervenciones farmacéuticas destinadas a prevenir o resolver resultados clínicos negativos de la farmacoterapia.	39
CuadroN°04	·	
	Clasificación de infecciones respiratorias agudas.	41
CuadroN°05	·	
	Escala de adherencia a la medicación (MAS) de Morisky – Green – Levine.	51
CuadroN°06	·	
	Tipos de canales para comunicar las recomendaciones del farmacéutico para la solución de problemas relacionados con medicamentos.	55
CuadroN°07	·	
	Criterio para calificar la adherencia o cumplimiento de los pacientes	58
CuadroN°08		

Índice de gráficas

FiguraN°01 Flujograma de la etapa y evaluación. Tomado de Comité de Consenso.....	35
FiguraN°02 Etapas clave del proceso de seguimiento farmacoterapéutico modificado de DADER.....	38
FiguraN°03 Flujograma de las actividades de seguimiento farmacoterapéutico.....	45
FiguraN°04 Frontis de la Posta de Salud San pedro.....	105
FiguraN°05 Ejemplo de paciente en la firma de la hoja de consentimiento . informado.....	106
FiguraN°06 Ejemplo del paciente en la medición de su infección respiratoria.... .	106
FiguraN°07 Ejemplo inicial de cómo se encontraron los medicamentos..... .	107
FiguraN°08 Ejemplo de ordenamiento y conservación de los medicamentos por parte del paciente.....	107
FiguraN°09 Revisión, estudio y descargo de información por paciente.....	108

Índice de tablas

TablaN°01.	Distribución de frecuencias y porcentajes por sexo y edad promedio de los pacientes intervenidos. Programa de seguimiento farmacoterapéutico dirigido a pacientes con infecciones respiratorias agudas..	63
TablaN°02.	Contactos entre el químico farmacéutico y los pacientes según el lugar donde fue realizado durante la intervención farmacéutica dirigido a pacientes con infecciones respiratorias agudas.	64
TablaN°03.	Distribución de la frecuencia y porcentajes de los Problemas de Salud identificados en los pacientes intervenidos según si fueron diagnosticadas o no. Programa de SFT dirigido a pacientes con infecciones respiratorias agudas.	65
TablaN°04.	Medicamentos prescritos y no prescritos utilizados por los pacientes identificados durante el seguimiento farmacoterapéutico dirigido a pacientes infecciones respiratorias agudas.	66

TablaN°05.	Distribución de los pacientes según sexo edad diagnósticos medicamentos y PRMs identificados y PRMS solucionados por paciente intervenido. Programa de SFT a pacientes con infecciones respiratorias agudas.	67
TablaN°06.	Impacto del SFT sobre la Adherencia al Tratamiento. Programa de SFT a pacientes con Infecciones Respiratorias Agudas.	68
Tabla N° 07	Efecto del Seguimiento Farmacoterapéutico sobre las actitudes que reflejan cada una de las preguntas del Test de Morinsky en pacientes con infecciones respiratorias agudas.	69

Índice de gráficos

GráficoN°01	Porcentaje de los medicamentos usados para los problemas de salud identificados. Programa de SFT a pacientes con infecciones respiratorias agudas.	65
GráficoN°02	Comparación del resultado Test de Morisky antes - después del SFT en los pacientes con infecciones respiratorias agudas.	68

I. INTRODUCCIÓN

La atención farmacéutica es hoy en día conceptuada como la disposición participativa del Químico Farmacéutico consciente de la farmacoterapia detrás de la recuperación apegada al uso de los medicamentos y con el motivo de lograr resultados sólidos que mejoren la satisfacción personal y salud de los pacientes. ¹

Esta definición con el tiempo se ha tenido que evaluar por las distintas entidades tras varios consensos o reuniones generando cambios con el pasar de los estudios que mostraban como se transmitían repercusiones, percepciones e impactos tras el trabajo elaborado por los farmacéuticos en el ámbito hospitalario, comunitario y centros de formación de nuevos profesionales, incidiendo todos en mejorar los servicios que se creaban o fortalecían con las actividades, pero este trabajo trajo en si una mayor evolución como efecto de las intervenciones sanitarias, sobre todo en personas con enfermedades crónicas que necesitan de cuidado constante en el tiempo con apoyo de todos los profesionales sanitarios. ²

Por ello el nombre de "Atención Farmacéutica" desde el año 1999 que fue promocionado ya encausaba todo el significado que hoy se concentra en esas palabras que nace en España, donde se caracteriza después del Consenso primario reconocida en esa reunión donde se abrevia sintonizando con el reglamento, que se inicia con una reunión, entrevista y seguimiento de los medicamentos farmacológicos que toma, que después de la dedicación se encarga de encontrar una respuesta después de un resultado ominoso, para bien de los pacientes. ³

Por lo tanto, la técnica llamada Método Dáder viene a dar mayor entendimiento, la cual se presentó en el mismo año para representar esta consideración como un desarrollo, sin excluir a ningún tipo de paciente, experimentando buenos resultados pero fue en su desarrollo con nuevas modificaciones por un segunda consenso y no obstante hasta por un tercero que concluiría su última revisión el año 2005, aquí se mejoraría e incluiría nuevos términos como el resultado negativo relacionado a los medicamentos. ⁴

No solo la eficacia de un tratamiento depende de un protocolo terapéutico sino también de una vigilancia, como seguimiento, pero sobre todo de una voluntad del paciente para apegarse, adherirse a las indicaciones precisas como cambio de estilo de vida para conseguir un mejor fin, actualmente los errores de una mala prescripción, forma de administración, duplicidad o vivencia de un efecto adverso se relacionó con un resultado negativo identificado con los medicamentos. ⁵

En ese punto, el seguimiento farmacoterapéutico viene como un programa de consideración que brinda información sobre las actividades de la reunión, el estudio de la patología, la historia clínica y la observación, hasta que se intenta abordar los errores y solución, por ejemplo, respuestas desfavorables indocumentadas, para finalizar si hay un impacto positivo o negativo en consecuencia después de la recopilación de cada dato del paciente utilizado en su tratamiento. ⁶

Los objetivos de un servicio de salud después de la utilización del procedimiento de seguir hábilmente al paciente sobre su tratamiento, sus medicamentos, son hacerlos cada vez más poderosos, progresivamente seguros después de la administración dada, si se descubre un problema, este debe ser representado, establecido, razón para explicar, ya que la necesidad de la población es obvia en esta temporada de polipatologías, terminando polimedicados. ⁷

Una infección respiratoria aguda (IRA) se trata de una contaminación de patógenos en vías áreas respiratorias, en el mundo es tan prevalente que la organización mundial de salud como la OMS, ha determinado que solo este grupo de enfermedades pueden traer consigo la muerte de 4,3 millones de personas por año, incidiendo más en niños y adultos mayores, siendo proporcionalmente un 30% del total de muertes anuales, la etiología puede ser vírica como bacteriana originando las dos una neumonía mortal. ⁸

En el Perú según los estudios de prevalencia mencionan desde el 2014 y 2015 la población sufren de IRA de tipo superior o inferior según nueva clasificación teniendo entre estos males las variadas neumonías, las faringitis, amigdalitis, laringitis, sinusitis, bronquitis e influencias, de todas ellas la neumonía vírica ha conseguido la muerte por año de 2.300 pacientes en el país. ⁹

Para el tratamiento de estas infecciones agudas existen un listado de medicamentos desde corticoides, antiinflamatorios, antipiréticos, vacunas, pero el uso principal de remedios son los antimicrobianos y antivirales grupos farmacológico que combaten su contaminación, son dos de los principales medicamentos de recuperación en estas afecciones en el planeta, son incompatibles con la supervivencia de estos microorganismos, frustrando su avance y aumento. ¹⁰

Como todo en el mundo también existen los efectos contrarios tras el uso de antibióticos la poca responsabilidad de llevar una a una las indicaciones del profesional que atiende su caso, expresa un montón de malos comportamientos y actitudes desde generar pretextos como si me generan gastritis, me los olvido tomar, los perdí, no compre todos, no los tome completamente, los hice junto a comidas, los cambie por otros mejores. ¹¹

Que sobreviene con ello, reacciones negativas desde una mala recuperación, una extensa estadía de enfermedad, un arsenal de sobrevivencia e invasión de otros órganos, aumenta el riesgo de resistencias, y el gasto de bienes por no contar con una adherencia real a sus tratamientos importantes para su pronta sanación.¹²

La utilización en pautas medicas es el mejor habito que puede tener un enfermo de IRA con infección microbiológica, la promoción de los riesgos del uso inadecuado de antibióticos es insuficiente a tal extremo que el grupo de medicamentos bandera en el mundo como las penicilinas dejaron de ser eficaz, tanto así que la esperanza de vida ha disminuido y se toman en cuenta lo dicho por la OMS que para el 2050 una infección leve será de carácter mortal.¹³

Entonces la adherencia se muestra como una conducta de filiación a lo que traiga consigo su recuperación, relacionando con ello otras pautas como el modo de vida, demografía de viviendas, en el Perú las zonas alto andinas, frías son las que aumentan los casos de estas recurrentes infecciones, y la adherencia al tratamiento suministrándose todos los fármacos necesarios en dosis, fracción, horario, frecuencia y manera de hacerlo se cumplan y se sigan como lo redactado en sus recetas médicas.¹⁴

Por tanto es de rigor continuar con investigaciones que determinen el comportamiento de las personas al seguimiento farmacoterapéutico como labor de los profesionales de salud, por el impacto con los buenos o malos resultados obtenidos hasta el presente y si ello mejora con la correcta adherencia, entonces se podrá masificar estas prácticas en todo espacio garantizando el papel sobresaliente y útil del Químico farmacéutico peruano en un país donde hace falta más su trabajo profesional.¹⁵

1.1. Planteamiento del problema.

Ante lo propuesto en esta presente investigación, se planteó el siguiente problema:
¿Cuál es el efecto de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento de pacientes con infecciones respiratorias agudas?

La Investigación se desarrolló en la Posta de Salud San Pedro. Chimbote, Febrero – julio 2014.

1.2. Objetivos de la Investigación.

1.2.1. Objetivo General.

Determinar el efecto del programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento de pacientes con infecciones respiratorias agudas.

1.2.2. Objetivos Específicos.

1.2.2.1. Identificar el estado de situación de uso de medicamentos en los pacientes con infecciones respiratorias agudas.

1.2.2.2. Diagnosticar y solucionar Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs) mediante un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) y en pacientes con Infecciones Respiratorias Agudas.

1.2.2.3. Evaluar la influencia de la intervención mediante seguimiento Farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con Infecciones Respiratorias Agudas.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes.

2.1.1. Atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico

Maidana ¹⁶ et al, define en el año 2016 a la Atención Farmacéutica como la acción respetable y que cuenta con un propósito enmarcado en la farmacoterapia con el fin de mejorar concretamente la vida de los pacientes.

Pero en años anteriores como referencia Faus ¹⁷ encontraba que los tratamientos deberían contar con una supervisión debido a la mala disposición de los pacientes a la utilización de ciertos fármacos, por lo que el acuerdo consistía en aplicar programas de consideración farmacéutica en espacios de clínicas médicas, farmacias en una premisa ambulatoria, de esta manera avanzar hacia un seguimiento farmacoterapéutico como una idea en revolución para la época.

Otros autores como Riera y Uema ¹⁸ a inicios del 2000 también reafirmaron ese año que para el proceso, hacía falta la consideración farmacéutica por ello se produjo una reunión subyacente a la del año 1999, esta fue fundamental, ya que abrió la relación de responsabilidad de los farmacéuticos en la oficina farmacéutica, su inscripción, así como obtener datos vitales para seguir los objetivos del bienestar, social para hacer como tal la mejora de todos, desde la lectura de su historia clínica, terapéutica, como información cercana al hogar en los distintos pasos desde una primera reunión o entrevista

La mejora se trabajó mediante pilotos como ensayo así en la actualidad se llevan a cabo programas pilotos en instituciones superiores de estudios para ensayar pues esa experiencia que se crea y queda como una percepción de las labores hechas en la población logrando la convicción general y la mejora de los ejercicios del servidor farmacéutico. ¹⁹

Los años siguientes se han ido implementando estos programas en farmacias, se han ofrecido desde el 2001 la atención farmacéutica, para Vázquez ²⁰ y sus compañeros de equipo, el desarrollo de la atención y consideración farmacéutica reaccionó a una necesidad social, buscando una ventaja en la terapia de los pacientes, esto era algo natural de estilo humanista que se llevó a presentar proyectos nuevos, desde el 2001 hasta el 2003 un medicamento mal usado era considerado un punto de origen de los problemas para lograr una visión decente de la administración de seguimiento farmacoterapéutico en su momento.

De esta manera, en el 2003 Barris y Faus ²¹ con su estudio en una farmacia de la comunidad razonaron que este tipo de prescripciones eran antihipertensivas, hostiles a los medicamentos asmáticos y para reducir los lípidos.

Chamorro ²² para el año 2004 resumió su estudio en que existe un impacto sinérgico debido a la certeza y el conocimiento de la administración dada por el especialista en medicamentos, ya que descubre cómo lograr un resultado superior en el paciente, tras el cumplimiento de 86 miembros en el programa Dáder, observando que el trabajo individual había mejorado el estado de bienestar y todo por un trato superior contra otro. Fajardo ²³ a partir del 2005 comprendió que la consideración farmacéutica proporcionó al especialista circunstancias favorables para crear, determinar problemas, identificarlos y tener un cuestionamiento de la medicación, mas luego del desarrollo perfecto de la intervención en la farmacoterapia, encontrar una solución.

En Argentina, en 2005, tras una reunión de especialistas en drogas también vio en los especialistas un reconocimiento después de la expansión de la información de los objetivos identificados con sus proyectos aprobadas, ya que mostraba la posibilidad del programa y el asombro de la reducción de la desolación de la Población general con cada movimiento de seguimiento farmacoterapéutico. ²⁴

Ocampo ²⁵ menciona en su estudio el año 2010, que la consistencia de los signos farmacológicos molestos tras su intervención profesional como farmacéutico enseguida denoto un mejor promedio en los sujetos tomados como pacientes, mostrando un cambio positivo y notable al observar los resultados de las pruebas tras la mediación farmacoterapéutica.

2.1.2. La evolución del seguimiento como servicio farmacoterapéutico en Perú.

El artículo del decreto supremo en el 2004 analiza la cuestión de cómo tratar la condición de medicación en la distribución de la población peruana con esta declaración del Decreto 29459 la medicación cambia a ser una política de estado, a través del registro de guías en tres enfoques atención farmacéutica, Buenas Prácticas de Farmacia (BPF) y el seguimiento farmacoterapéutico (SFT) en todos los espacios donde requiera implementarse un servicio o establecimiento de salud. ²⁶

La consulta de los datos, regulación, permisos y registro de conformidades recaen entonces en la Dirección General de Medicamentos (DIGEMID) de la mano a las disposiciones del Ministerio de Salud (MINSA), desde el 2008, hasta el momento el uso de la norma y una guía oficial donde el proceso es pautado no se ha ejecutado en la realidad de los tipos de establecimiento para adaptar los procesos pero ha tenido tras pilotos y proyectos un impacto bueno y en mejora constante sin detenerse en la atención farmacéutica como pilar dentro del sistema de salud. ²⁷

En el año 2012, con el administrador principal Digemid, el modelo de SFT, se torna como un enfoque para proporcionar datos sobre la nación de pacientes con un seguimiento terapéutico, algo que experimento la población peruana con buenos resultados y transmitiendo el ejemplo de las universidades de la isla Británica. ²⁸

Risco ²⁹ en la capital del país Lima, denoto que la comunidad de pacientes carecían de la atención del farmacéutico desde la medida de su signos vitales como la presión, peso y

manejo de efectos adversos suscitados sin hallar mejor propicio que su seguimiento en el tiempo para corregir e introducir practicas necesarias que fortalezcan el servicio.

Otro aspecto de la atención farmacéutica que apporto mucho al sistema de salud encontrado por Mejía ³⁰ el año 2013, es que se pueden notificar sospechas de nuevos efectos adversos de medicamentos y fomentar la farmacovigilancia como se observó en la farmacia Institucional DIGEMID luego de implementar el servicio.

2.1.3. Antecedentes epidemiológicos de las infecciones respiratorias agudas

Una infección respiratoria aguda (IRA) según la organización mundial de salud como es la OMS, ha determinado que solo este grupo de enfermedades pueden traer consigo la muerte de 4,3 millones de personas por año, incidiendo más en niños y adultos mayores, siendo proporcionalmente un 30% del total de muertes anuales, la etiología puede ser vírica como bacteriana originando las dos una neumonía mortal. ³¹ Instituciones como el fondo de las naciones unidas para la infancia (UNICEF) refiere que cada año 1,6 millones de vidas se pierden en niños solo por neumonía, que va desde menores de 5 año entre un 14.5 % mientras que mayores de 5 hasta 15 años son el 90 % de fallecidos por este mal, por ello se crean proyectos que prevengan como que mejoren el tratamiento de estas infecciones. ³²

Según el Ministerio de salud (MINSA) en la población del Perú la realidad es similar la neumonía es el ente que ha cobrado millones de vidas de personas desde prematuros, niños, adultos mayores, adolescentes, tanto que menciona que las IRAS bajas siguen siendo la principal causa de muerte y la real epidemiologia seguirá en crecimiento por ser un país donde esto ha logrado que se reinstaure en regiones como zonas del norte, alturas, como llano por los patógenos. ³³

Las múltiples deficiencias en el lavado de manos como poca prevención con las vacunas contra la influenza, así la generación y propagación de bacterias como los *Estreptococos* de tipo A y B que han creado resistencia y hoy en día son multiresistentes condicionan la efectividad del tratamiento.³⁴

Entre los departamentos que más alcanzan altos índices son Loreto, Madre de Dios, Pasco, Arequipa y Huánuco, Puno y Cuzco, demostrando que en la sierra se dan hasta un 49% de muertes por infecciones respiratorias y en la costa un 17% y la selva 34%, dejando evidente que esta patología de rápida sintomatología puede extenderse en toda región sin importar el clima y produce los mismo efectos mortales. Las muertes por estas infecciones pueden también ser designadas intrahospitalarias o extra hospitalarias.³⁵

2.1.4. Seguimiento farmacoterapéutico y calidad de vida relacionada con la salud.

Autores como García³⁶ sugieren que realizar este servicio después del acto de definir sus problemas y soluciones consideradas, la atención farmacéutica óptima, en todo participante se le dará un beneficiaba con el seguimiento farmacoterapéutico entonces suponiendo su visión cambia hacia una percepción de mejora la calidad de vida, impacta en su comportamiento y prevención de encontrar salud mediante estas estrategias impartidas y consentidas.

Otro detalle del impacto sobre la calidad lo demuestra Calles³⁷ quien asevera la utilidad de este trabajo para el paciente, por lo que su actividad es remedio excelente en el tiempo esperado, la superación e identificación de los síntomas adversos en origen al medicamento que usa y detener o retirar el principio recomendado se van ello las dificultades para su bienestar.

Pela ³⁸ decidió que la evaluación de cumplimiento de los pacientes mayores con seguimiento farmacoterapéutico estos sintieron que simplificaron la utilización de cada uno de ellos, disminuyeron manifestaciones irritantes, exhibidas y revivieron su bienestar, es la razón por la que los altos puntajes de evaluación adquiridos se debieron a la experiencia extraordinaria que el programa les brindó.

Después de una encuesta eficiente Silva ³⁹ razonó que los especialistas en medicamentos han logrado a largo plazo establecer programas de intervención en farmacias centrada en el campo de la farmacoterapia, obteniendo una alta consideración con el tiempo por los médicos para facilitar la calidad de un tratamiento y su efecto en la salud y vida e los pacientes.

Programas de seguimiento farmacoterapéutico también se aplicaron en localidades de Chimbote, cuando Chávez ⁴⁰ dirigió una investigación para conocer la idoneidad de un programa de casos de prueba de SFT en cumplimiento con el tratamiento de pacientes con Diabetes Mellitus, demostrando que el programa SFT era competente en la resolución de los resultados negativos por los medicamentos como la adherencia al tratamiento.

En este contexto el 2014 se mejora la calidad de vida de pacientes diabéticos en un tras llevarse a cabo el programa SFT y se establecieron PRM en el centro de salud privada FarmaVida resolviendo con el cumplimiento de la consideración farmacéutica utilizando la estrategia DADER los errores diagnosticados por el desarrollo constante.⁴¹

2.2. Marco Teórico.

2.2.1. Problemas Relacionados con el uso de Medicamentos y

Resultados Negativos de la Medicación.

De autores como Hepler, Strand, hasta Ocampo se contextualiza que los problemas relacionados con los medicamentos (PRM), hoy en día abordados como lo hace el estado peruano lo define como una expresión de mala prescripción o mal uso en este moderno periodo de tecnologías, pasando del bien social al económico, con efectos en recuperación de la salud, diagnosticar o curar, pero puede atesorar nuevas interacciones que disminuyan sus beneficios y concluyan siendo un riesgo con resultado negativo.⁴²

Los errores de prescripción de medicamentos continúan causando una triste y mortal realidad, el deterioro de la integridad del fármaco, caducidad, forma de administración o frecuencia convergen a englobar detalles de las características que resaltan tras los análisis para entender los efectos sociales, sobre gastos, bajo aporte a encontrar bienestar, terminando por ser de mayor importancia su estudio para disminuir los enormes errores, como la creciente pérdida de confianza por la cantidad de baja eficacia, seguridad y alta necesidad de su tratamiento así los medicamentos terminan siendo públicamente lo más primordial para la salud.^{43,44}

Entonces los Problemas relacionados con los medicamentos o PRM son aquellas reacciones adversas en circunstancias que no deberían ocurrir, tras o durante el tiempo empleado en el uso de medicamentos, así estos pueden causar un resultado final negativo fijado en relación al consumo del medicamento, que surgen en el mismo momento que tienen contacto con él o sus componentes, también después de iniciado el proceso de medicalización, todo ello como ante el resultado no favorable, percibido como malo.⁴⁵

En tanto los PRM solo suponen para el cliente que consume los medicamentos un peligro más grave que solo un resultado negativo puede afectar su entorno, hacer perenne las circunstancias que vive tras sobrellevar su enfermedad, pues durante el tiempo empleado de los medicamentos debería provocar en el recuperación progresiva, así la presencia de otro actor como la receta mal detallada, dispensación errónea pueden hacer suma y ser de riesgo en la vitalidad del paciente.⁴⁶

Los precedentes molestos en el paciente son encontrados dentro de la lista de clasificaciones de PRM, por ello para adherirse a los tratamientos de largas temporadas incluyendo pausas en selectivos medicamentos sin dejarlos de usar.⁴⁷

En todo tratamiento con medicamentos, el uso terapéutico se debe a una evidencia farmacológica, por ello de la confianza del uso de cada uno, la patología nutre de malestares al paciente el medicamento debería frenar o alejar esos malestares y que en cada porción administrada se cumpla la recuperación de la salud para no enfrentarnos a un problema negativo en evidente relación con el medicamento que puede causar un deterioro significativo.⁴⁸

Debido a la PRM, el paciente puede citar nula estabilidad en su enfermedad, poca seguridad en su fármaco de toma diaria, con la presencia de nuevas manifestaciones puede requerir mejora del tratamiento, sentirse agraviado, retirar la prolongación de hospitalización tras la afección no mejorada, esto condiciona totalmente la buena salud de las instituciones que trabajan por ello.⁴⁹

Entre el listado de errores o problemas se ha demostrado que dentro ellos tenemos como (PRM) errores en el tratamiento, prescripción inadecuada, interacciones, poca necesidad, dosis no adecuada y otros, esto albergan la necesidad de mejores resultados y bienestar porque no se puede lidiar con un PRM cuando estamos conscientes de la vitalidad que debería generar un medicamento.⁵⁰

Por ello un PRM se caracteriza como en los acuerdos de Granada como un problema médico identificado con la farmacoterapia y no es deseado, mientras que otros consideran la fusión de estos nuevos términos e ideas en el significado de farmacoterapia sin desarrollo positivo, mucho mayor que los errores de medicación (EM) todo según el Tercer Consenso de Granada, generando sucesos adversos o de interacción durante el uso de medicamentos por su base hereditaria o por idiosincrasias (Cuadro N°01).⁵¹

CUADRO N°01. Lista de los problemas relacionados con los medicamentos (PRMs) propuesta por el Método DADER de Seguimiento Farmacoterapéutico⁵¹.

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

Tercer Consenso sobre medicamentos de la Universidad de Granada⁵¹.

Esta lista origen, fue modificada por Ocampo P. el autor introdujo tres necesarios PRMs entre ellos a: 14) Influencia del entorno; 15) Uso de medicamentos de origen Ilegal y 16) Problemas económicos. Este cambio se logró por recomendación de la misma Universidad de Granada.⁵²

Recientemente la definición de resultados negativos aunados a la toma de medicamentos (RNM) es en el propio sentido anteriormente expuesto como problemas en relación a medicamentos. Para el 2007 el consenso Tercero de Granada va precisando como una sospecha al RNM entre la condición, en la que el paciente se ha expuesto a padecer un problema de salud asociado al uso del medicamentos prescrito así con vivencia de la existencia de uno o más PRMs que se considera como un factor de alto riesgo que causan un RNM.⁵³

CUADRO N° 02. Clasificación de resultados negativos asociados con la medicación. Tercer Consenso de Granada 2007. (Clasificación que le correspondía a los problemas relacionados con medicamentos hasta el Segundo Consenso de Granada)⁵³

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

Culbertson ⁵⁴ et al, en 1997, tomado de Hurley calificaron como Diagnóstico Farmacéutico (DF) al procedimiento subjetivo concentrado en la prueba distintiva de problemas particulares que surgen de la utilización de medicamentos por parte de los pacientes. El DF debe basarse en pruebas adecuadas para ayudar a que la razón por la cual el paciente atiende el problema médico sea con éxito la utilización de medicamentos. Ferriols ⁵⁵ expresa que, con una alta recurrencia, los PRM comienzan de la manera en que se eligen, avalan o muestran las recetas, se distribuyen, se controlan y, en su mayor parte, se verifican. En este sentido, a pesar de la naturaleza innata requerida de los medicamentos que se tratan tras una elección correcta.

En otras palabras, como dice Calvo ⁵⁶ después de la organización, es importante evaluar el cumplimiento de los resultados y el avance del paciente por parte del farmacéutico para evitar o anticipar las ocasiones antagónicas identificadas con la farmacoterapia.

2.2.2. Diagnóstico de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM).

El final de la clasificación de un PRM se hace al conjunto de signos e indicaciones de resultados de prescripción negativa (RNM), así se acercó a los especialistas farmacéuticos este listado para el avance de los límites de accesos y puntos de alcances para reconocer cada tipo de característica como posible riesgo que da resultado negativo. Mientras tanto, es imperativo utilizar instrumentos variables de reclutamiento e información para la documentación total de cada caso por ello en este informe se hace mención de ellos. ⁵⁷

El Tercer Consenso de Granada y la Guía de seguimiento farmacoterapéutico del Método DADER presentaron una extensión de la importancia de lo identificado como PRM propuesta en la Figura No. 01 y el Archivo de farmacoterapia. ⁵⁷

a) Administración de medicamentos errónea (PRM 1): los pacientes son los que quedan de acuerdo con especialistas médicos en su medicación, sin embargo estos terminan eligiendo las alternativas sobre la utilización que los especialistas no prescriben en el acuerdo o el control, es una opción del paciente utilizar una receta o una cura, sin que lo requiera.⁵⁸

b) Actitudes negativos (PRM 2): Ocurren cuando el paciente espera iniciar una conducta contraria a la medicinal, en una perspectiva errónea sobre los efectos de las fórmulas. El paciente es persuadido, ya sea por factores naturales o extraños, por ejemplo creencias.⁵⁸

c) Protección o conservación inadecuada (PRM 3): condiciones poco normales en las que se mantienen los medicamentos en conservación requerida que tiene un impacto explícito en la modificación de su calidad. Estas condiciones pueden ser lugares de riesgo, niños cercanos, exposición a luces el sol, temperaturas altas o bajas en lugares donde pueden causar maltrato físico.⁵⁸

d) Duplicidad (PRM4): es la utilización de dos medicamentos de manera asociativa, con el mismo contenido para el similar cumplimiento farmacológico, la identidad farmacológica, la comparabilidad de la acción restaurativa repetida, de esta manera se considera que dos medicamentos son duplicados.⁵⁹

e) Dosis, diseño y / o intervalo no adecuado (PRM 5): Ocurre cuando la afirmación de la porción no está indicada por los principios de la guía farmacológica y se propone en los diseños de la convención de bienestar. La incongruencia también puede destacar, durante todo el período, la reiteración de la frecuencia o el tiempo abreviado o ampliado para el tratamiento.⁶⁰

f) Contraindicaciones (PRM 6): un medicamento está contraindicado cuando se espera una alteración de las condiciones patofisiológicas del paciente, por lo que no es apropiado usar un medicamento en particular en sus circunstancias, por lo tanto las contraindicaciones pueden incorporar daño para el paciente. ⁶⁰

g) Errores de dispensación (PRM 7): los medicamentos deben, por regla general, administrarse, obtenerse o administrarse según lo sugerido por el especialista, según las instrucciones actuales, se afirma que el especialista en medicamentos ofrece al paciente una alternativa farmacéutica además de la bioequivalencia, siempre que el cambio se enseñe de misma equivalencia, pues es el mayor contraste en una medicación respaldada por el bien del comercio por otro en DCI. ⁶¹

h) Errores de prescripción (PRM 8): El error ocurre cuando se realiza el tratamiento o cuando el paciente usa el medicamento, prescrito por el especialista este puede no describe la solución emitida, no estar regulado la frecuencia, la fracción, sin considerar el peso, la talla, prescripción, sin todas las cosas necesarias sustanciales tanto para el paciente como para el especialista en medicamentos que debe descubrir el enfoque, por ejemplo, el nombre del medicamento, DCI, la porción, la recurrencia, la presentación, la fecha, la firma, etc. ⁶¹

i) No adherencia o incumplimiento en el tratamiento prescrito (PRM 9): La importancia de lo que se conoce como "Premisa directa de la conducta de un paciente al cumplimiento de la toma de su medicamento sin desinteresarse del día a día con el apego real por hacerlo con convicción para su mejoría, así como relacionar el régimen de alimentación o formas de vida, seguir cada una de las reglas dadas por el profesional restaurador. ⁶²

j) Interacciones (PRM 10): Inconveniente que surge cuando se toma juntos al menos dos medicamentos que impactan con el objetivo de que pueda tener un efecto farmacológico favorable de ambos o de cualquiera de ellos; disminuir o mejorar increíblemente sus actividades, al igual que poner en peligro la prosperidad del paciente por la recuperación.⁶³

k) Otros problemas médicos que afectan el tratamiento (PRM 11): se trata de problemas médicos que se rompen o que tienen un efecto significativo para los pacientes que se arriesgan a utilizar soluciones afirmativas por pseudociencias creando hipersensibilidades, estrés y debilitamiento, alborotos gastrointestinales, infecciones respiratorias, sensaciones poco comunes, etc.⁶⁴

m) Posibles respuestas adversas (PRM 12): estos son problemas intrínsecos del fármaco prescrito por ello es útil revisar la prueba lógica que existe acerca de la probabilidad de demostrar un efecto no deseado particular y además, su gravedad, como es valioso también adquirir datos sobre los resultados de los síntomas clínicos que pueden ser características de advertencia, pues suele ser contraproducente debido a la utilización en los diferentes organismos humanos.⁶⁵

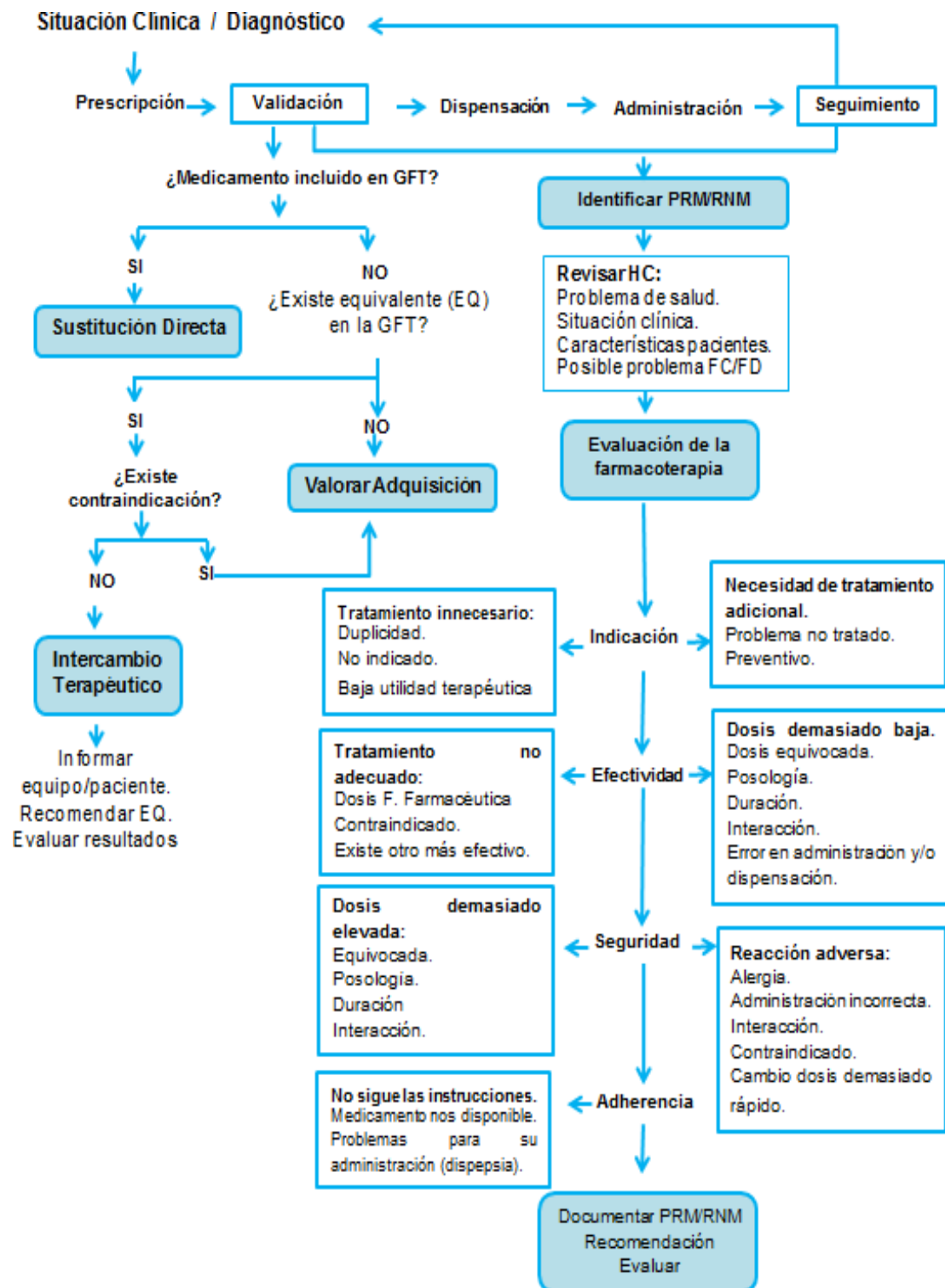
n) Problemas tratados de manera deficiente (PRM 13): el experto farmacéutico puede percibir estos problemas generándole preguntas para respuestas concretas para averiguar si siente mejora, empeoramiento o sigue igual, de esta manera el problema significa la insuficiencia del tratamiento recomendado, convirtiéndose en una fuente de prácticas equivocadas para la prosperidad del paciente, por lo que el especialista en drogas debe resolver el problema.⁶⁵

o) Influencia Negativa del propio entorno (PRM 14): son prácticas según el estado de ánimo de los pacientes debido al efecto de la condición social, íntima familiar, económico y cultural que incorpora su grado de valor y comportamiento hacia las prescripciones de cumplimiento diario. ⁶⁶

p) Medicamentos ilegales (PRM 15): uso de fórmulas sin inscripción genuina o fuente ilegal, sin garantía estéril, por ejemplo, alistamiento, distorsionado, corrompido, robado de asociaciones abiertas. Lo que podemos reconocer a través de la mirada organoléptica, es decir, el envase básico y auxiliar maltraído sin rotulado, poco cuidado de manejo, sin registro de inscripción para su comercialización, la fecha de finalización, el estado físico y adulterado. ⁶⁶

q) Problemas económicos (PRM 16): el problema se afirma cuando el paciente no toma su medicamento por no contar con las condiciones vitales una baja accesibilidad a la cura sin tener como patrocinado ni al propio estado. ⁶⁷

Figura N° 01. Flujograma de la etapa de estudio y evaluación. Tomado de Comité de Consenso. ⁶⁷



2.2.3. Atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico: contribución del farmacéutico al mantenimiento de la salud pública.

La Federación Internacional de Farmacéuticos (IFF) junto a la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 1993 concordó que la más ambiciosa misión de la profesión farmacéutica en la práctica no era solo proporcionar una correcta dispensación de medicamentos o servicios de salud si no enmarcarse dentro del nuevo concepto de Pharmaceutical Cure.⁶⁸

El buen significado de la Atención Farmacéutica, que en países como España el término se incorporó en lo asistencial en salud, luego al seguro social, el Ministerio de Salud, desarrollando énfasis en servicios desde la medida de la presión arterial, glucosa, en bien del paciente, el control de calidad del medicamento, la adherencia al tratamiento por el seguimiento farmacoterapéutico hasta la farmacovigilancia.⁶⁹

Según lo indicado por Rodríguez⁸, los ejercicios de AF podrían delimitarse en el cuadro N ° 03, Los ejercicios identificados con la atención farmacéutica son: dispensación, asesoramiento farmacéutico, farmacovigilancia y seguimiento de la farmacoterapia.⁷⁰

Cuadro N° 03. Actividades de atención farmacéutica en el ejercicio profesional del farmacéutico comunitario.

ACTIVIDADES ORIENTADAS AL MEDICAMENTO	Adquisición, custodia, almacenamiento, Conservación, de materias primas, especialidades farmacéuticas y productos Sanitarios.
ACTIVIDADES ORIENTADAS AL PACIENTE: ATENCIÓN FARMACÉUTICA	Dispensación de medicamentos. Formulación magistral.
	Indicación farmacéutica. Formación en uso racional. Educación sanitaria.
	Farmacovigilancia.
	Seguimiento de tratamiento farmacológico.

Tomado de Andrés Rodríguez⁷¹

Como ha evaluado Ocampo los ejercicios que no requieren tratamiento directo con medicamentos similares al tema de estudio, deben considerarse como un objetivo, así tener en cuenta al seguimiento dentro de ello las buenas prácticas de dispensación (BPD), la atención farmacéutica y su importancia pues tras una buena gestión de la calidad de las actividades esto fortalece los programas.⁷²

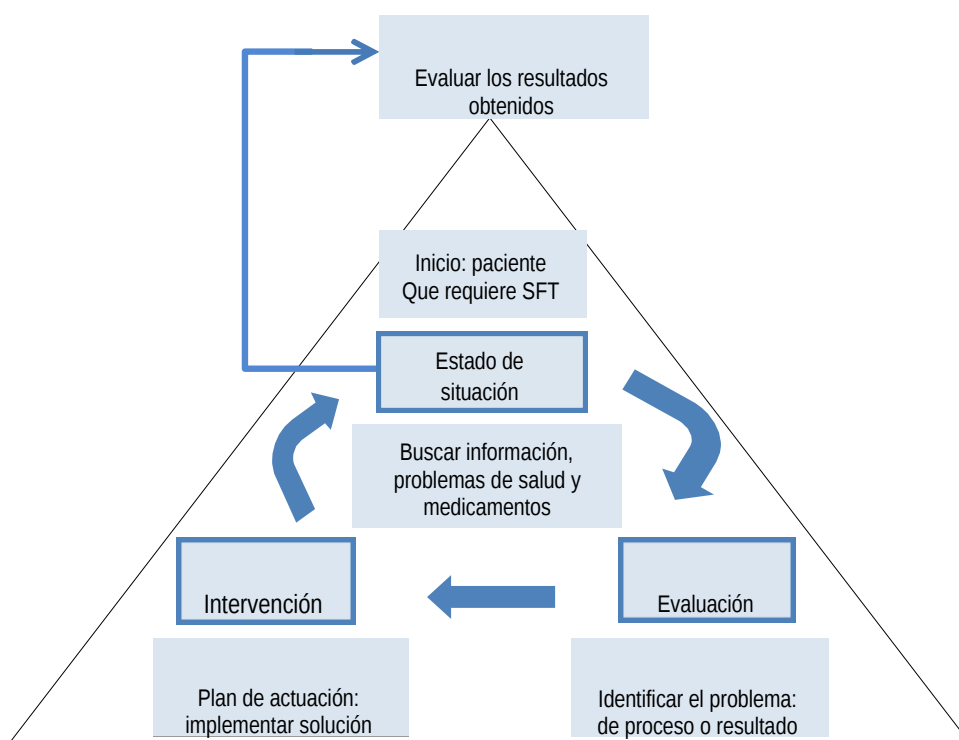
Es deber individual de cada paciente tener un resultado positivo con el tratamiento para que el seguimiento pueda entregar bienestar y seguridad, el servicio implica esencialmente funciones o actividades de los farmacéuticos en primera línea sus pasos y procesos bien ejecutados.⁷³

Estamos proponiendo objetivos sólidos que nos permitan alcanzar los resultados y las consecuencias del uso del medicamento según la administración y mejorar los problemas con estos hasta hallar una satisfacción personal. Así mismo "Los ejercicios de SFT están equipados para atender problemas relacionados con medicamentos (PRM) con el fin de pronosticar resultados negativos por errores como asociaciones de fármacos y la cooperación con el procedimiento de las estrategias expuestas.⁷⁴

Las siguientes son algunas de las características del marco de los RNM: una identificación de los privilegios de las personas que aceptan ayuda relacionada con el dinero; (b) el centro de alistamiento de las clasificaciones y las razones del punto de partida de los problemas identificados con los medicamentos y la documentación; (c) alarmas generales sobre los resultados genuinos del seguimiento; d) Evaluar el uso de los métodos de preparación actuales e) Facilitador de la administración de correspondencia y la administración.⁷⁵

Citando a Ocampo este menciona en varias ocasiones que “Tanto en el método Dáder⁵² como su estilo modificada se podrá siempre identificar cada fase central del procedimiento del seguimiento Farmacoterapéutico como : a) La elaboración del primerizo estado de salud o situación del paciente; b) El examen e identificación de sospechosas reacciones de PRMs; c) Intervenciones que resuelvan PRMs como su prevención de encontrar RNMs y d) Evaluaciones de cada reciente estado de salud o situación del participante. (Figura N° 01)⁵¹.

Figura N° 02. Etapas clave del proceso de seguimiento farmacoterapéutico modificado de DADER.



Tomado de: P. Ocampo⁵¹.

Un impacto significativo es la extensión que se aprueba en el saneamiento de un error por medicación, genera un impulso a las actividades de la profesionalidad y la rentabilidad económica en el farmacéutico, el objetivo del seguimiento farmacoterapéutico no dependiente del tipo de modelo, es brindar solución a todos los problemas en relación con las prácticas farmacéuticas efectivas. ⁷⁷

Sabater y et al. "Planifican la clasificación de cada servicio como de las a intervenciones farmacéuticas que se inician con el proceso del seguimiento terapéutico con medicamentos. (Cuadro No. 04).⁷⁸

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

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

Tomado de Sabater y et al.⁷⁸

2.2.4. Definición de adherencia al tratamiento.

La Organización Mundial de la Salud caracteriza la adhesión a un medicamento o tratamiento; como el acto de cumplir con todo lo prescrito, indicado y aconsejado por el facultativo en todo el determinado tiempo necesario que tenga de prioridad su medicación.⁷⁸

Digemid, nuestras actividades inspiradoras para apegar al paciente a sus medicaciones, poder encontrar estrategias educativas, informativas, razones de su falta de consideración, también gestión de los pasos más importantes en este proceso que pueda ayudar a cumplir responsablemente.⁷⁹

2.2.5. Infección respiratoria aguda

Una enfermedad infecciosa puede ser la manifestación clínica consecuenta a una infección provocada por un microorganismo desde bacterias, virus, etc. Una infección respiratoria aguda (IRA) se trata de una contaminación de patógenos en vías áreas respiratorias, en el mundo es tan prevalente que la organización mundial de salud como la OMS, ha determinado que solo este grupo de enfermedades pueden traer consigo la muerte de 4,3 millones de personas por año, incidiendo más en niños y adultos mayores, siendo proporcionalmente un 30% del total de muertes anuales, la etiología puede ser vírica como bacteriana originando las dos una neumonía mortal. Este tipo de patología puede ser clasificados en altas y bajas designados como complicados y no complicados que van poder determinar su gravedad⁸⁰

Cuadro 05. Clasificación de infecciones respiratorias agudas

Iras altas	Iras bajas
No complicadas	No complicadas
Rinofaringitis aguda Faringoamigdalitis	Laringitis espasmódica Epiglotitis Laringitis (L) Laringotraqueitis (LT) Laringotraqueobronquitis (LTB) Bronquitis y traqueobronquitis Bronquiolitis aguda Neumonías
Complicadas	Complicadas
Adenitis Otitis media Abscesos periamigdalino y retrofaríngeo Sinusitis	Atelectasia Empiema Absceso pulmonar Pericarditis Neumotórax Edema pulmonar Traqueítis bacteriana Osteomielitis Artritis Sepsis

Propio del estudio.⁸¹

Para el tratamiento de estas infecciones agudas existen un listado de medicamentos desde corticoides, antiinflamatorios, antipiréticos, vacunas, pero el uso principal de remedios son los antimicrobianos y antivirales grupos farmacológico que combaten su contaminación, son dos de los principales medicamentos de recuperación en estas afecciones en el planeta, son incompatibles con la supervivencia de estos microorganismos, frustrando su avance y aumento.⁸²

La utilización en pautas medicas es el mejor habito que puede tener un enfermo de IRA con infección microbiológica, la promoción de los riesgos del uso inadecuado de antibióticos es insuficiente a tal extremo que el grupo de medicamentos bandera en el mundo como las penicilinas dejaron de ser eficaz, tanto así que la esperanza de vida ha disminuido y se toman en cuenta lo dicho por la OMS que para el 2050 una infección leve será de carácter mortal.⁸³

Impacto en el sistema de salud

Las infecciones respiratorias ha puesto en muchos periodos al estado en apuros por crear estrategias de prevención de este tipo de infecciones, así también ha tratado de en cada sector de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promover la salud física a través de esfuerzos sociales orientados a la mejora del medio ambiente, el control de las infecciones de la comunidad, la educación en aspectos higiénico-sanitarios, la organización de los servicios médicos para la rápida detección y el tratamiento preventivo de las enfermedades, el desarrollo de la maquinaria social que asegure a cada individuo de la comunidad un modo de vida adecuado para el mantenimiento de su salud.⁸⁴

Factores ambientales

Los establecimientos de atención de salud son un entorno donde se congregan las personas infectadas y las expuestas a un mayor riesgo de infección. Los pacientes hospitalizados que tienen infección o son portadores de microorganismos patógenos son focos potenciales de infección para los demás pacientes y para el personal de salud. Los pacientes que se infectan en el hospital constituyen otro foco de infección.⁸⁵

Las condiciones de hacinamiento dentro del hospital, el traslado frecuente de pacientes de una unidad a otra y la concentración de pacientes muy vulnerables a infección en un pabellón (por ejemplo, de recién nacidos, pacientes quemados, cuidados intensivos) contribuyen a la manifestación de infecciones nosocomiales. La flora microbiana puede contaminar objetos, dispositivos y materiales que ulteriormente entran en contacto con sitios vulnerables del cuerpo de los pacientes.⁸⁵

2.2.6. Posta de salud San Pedro

La presente investigación piloto se llevó a cabo en la Farmacia del Puesto de Salud San Pedro que se encuentra ubicada en el Distrito de Chimbote en la zona de San Pedro a cargo del Químico Farmacéutico Olga Risco. La farmacia ofrece la administración de medicamentos no exclusivos y medicamentos aprobados por médicos que son agentes antiinfecciosos. La farmacia tiene una tienda decente y grandes ensayos de reparto. La farmacia llega a un normal de 50 pacientes día a día. Las patologías más continuas para las que se administran medicamentos son: medicamentos para infecciones, la tarea más sucesiva es la cesárea y, además, trata patologías, por ejemplo, las contaminaciones del tracto urinario que se visitan como remedios para las enfermedades respiratorias, ya sea para adultos o para jóvenes. Otra patología a la que se recurre con frecuencia son los pacientes que acompañaron a la hipertensión y que además aterrizan con personas con agonías articulares.⁸⁷

III. HIPÓTESIS.

3.1. Ho

El programa de seguimiento Farmacoterapéutico no tiene efecto sobre la adherencia al tratamiento de pacientes con infecciones respiratorias agudas.

3.2. H1

El programa de seguimiento Farmacoterapéutico tiene efecto sobre la adherencia al tratamiento con pacientes con infecciones respiratorias agudas.

IV. METODOLOGÍA

4.1. Diseño de la investigación.

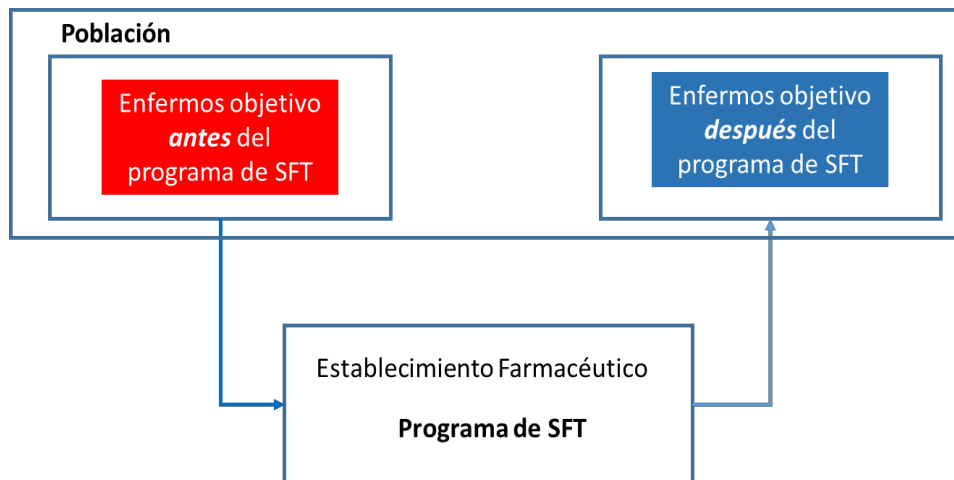
4.1.1. Tipo y el nivel de la investigación:

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

4.1.2. Diseño de la investigación:

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

Figura N° 03. Esquema del modelo de intervención farmacéutica.



Fuente: elaborado por Ocampo⁵¹.

4.2. Población y muestra.

Entre los individuos que conformaron el universo se pudo estimar 12 pacientes con infección respiratoria aguda IRA atención de forma regular en la Posta de Salud San Pedro el 2014, pacientes fueron auto elegidos por la visita entre los meses de febrero a julio del 2014, que asistieron al Establecimiento Farmacéutico (EF).

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

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

- Pacientes con IRA con edades entre 40 y 65 años.
- Pacientes con su receta en vigencia no mayor a los tres meses.
- La capacidad para poder firmar el documento de consentimiento informado.
- Capacidad de comunicación en idioma español de manera verbal o escrito
- Capacidad para valerse en cada toma de sus medicamentos sin necesidad de depender de un tercero.

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

- Pacientes ya participantes en pasados estudios o similares programas al mismo tiempo de la intervención como del seguimiento farmacoterapéutico.
- Pacientes en gestación

4.3. Definición y operacionalización de las variables.

Variables	Denominación	Definición teórica	Instrumento	Indicadores
Variable Independiente	Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT)	Es un ejercicio donde el profesional farmacéutico responsable de pacientes y sus problemas identificados con relación a su medicación (PRM). ¹⁰⁹ La SFT es en tanto una variable autónoma reglamentada en los pacientes para lograr analizar, aliviar y / o prevenir algún PRM que produce evidente efecto negativo para su salud. Esta reacción esta interconectada por las cinco etapas liderada por el profesional farmacéutico y en coordinación, paciente y medico prescriptor.	El instrumento SFT es el documento de farmacoterapia (FFT) (Anexo N ° 8.3) en el cual se registra el procedimiento realizado. También se registra, patología o morbilidades, uso de recetas, costumbres y más.	Medicamentos usados. PRMS, tipo de intervenciones aplicadas, tipos de canales de comunicación utilizados.
Variables Dependientes	Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM's)	Acontecimientos durante un tiempo tomado tras la administración de un medicamento recetado, relacionado a un resultado desfavorable o negativo. Se tendrá como referencia el consenso tercero. ³⁵	La conclusión de los PRM fue cuantitativa debido a la investigación de los datos recopilados en las hojas de farmacoterapia.	Cantidad de PRMs que fueron diagnosticados respectivo a la tabla modificada por Ocampo, conformado por 16 posibles problemas y descritas en el cuadro N°01.
	Resultados Negativos Asociados con la Medicación (RNM).	Se denominado como sospechas de un RNM a la reacción desfavorable que pone al paciente en la situación de sufrir un problema basado al uso de fármacos, creando factores de riesgo por resultados negativos (Cuadro N° 01). ³⁵	La identificación de los RNMs se aplicó en la FFT posterior del análisis y tipificación d un PRM original.	Los RNMs se dividen según: Necesidad, efectividad y seguridad.
	Adherencia al tratamiento.	Es el cumplimiento o apego al tratamiento o respectiva toma de forma correcta de sus medicamentos que fue definido por Hynes ⁹⁶ en el presente estudio este concepto solo se refiere a la toma de medicamentos.	El grado de la variable fue determinado de manera indirecta con el uso del algoritmo Morinsky, Green y Levine ⁵⁴ definido como Medication Adherent Scale (MAS). Este Test Morinski compuesto por 8 preguntas conectado a respuesta dicotómica Si (1, uno) o No (0, cero). Según el planteamiento de las preguntas, responder positivamente Si es negativa al cumplimiento y No es positivo.	Puntaje = a 0, cumplidor, Puntaje > de 0 (de 1 a 8), incumplidor.

4.3.1. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT).

Es una práctica experta en la que el especialista en medicamentos está a cargo de las necesidades de los pacientes identificados con recetas a través del reconocimiento, la evitación y los objetivos de los Problemas relacionados con la medicación (PRM) ⁷².

La SFT es un factor libre regulado para que los pacientes analicen, traten y / o anticipen PRM que presentan un efecto negativo en las secuelas negativas del medicamento. La SFT está conectada a través de una mediación experta en una sucesión de ejercicios en cinco etapas liderada por el farmacéutico y coordinada con el paciente y / o prescriptor. ^{72,83}.

El instrumento SFT es el archivo de farmacoterapia (FFT) (Anexo N ° 8.3) donde se registra el avance del procedimiento. Se registra información persistente, morbilidades, utilización de drogas, tradiciones y otros. Los PRM analizados se enlistan, los objetivos propuestos para su respuesta y los canales de correspondencia utilizados. La FFT finalmente registra la consecuencia de la intercesión y los RNM relacionadas con los PRM distinguidos.

4.3.2. Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM).

Circunstancias que, durante el tiempo empleado en el uso de medicamentos, causan o pueden causar la presencia de un resultado negativo relacionado con la receta. En el presente examen, se utilizó como premisa el resumen modificado de PRM propuesto por el Tercer Consenso de Granada. ⁶⁹ (Cuadro No. 01).

El hallazgo de los PRM es cuantitativo debido al examen de los datos recopilados en los documentos de farmacoterapia. Cada paciente puede soportar más de un PRM cuya naturaleza se registra en la FFT como una ocasión alternativa e individual en las tablas de recurrencia.

4.3.3. Resultados negativos asociados a la medicación (RNM).

Las circunstancias en las que el paciente está en peligro de sufrir un problema médico relacionado con la utilización de medicamentos se caracterizan como dudas de un RNM, en general debido a la presencia de al menos un PRM, que podemos considerar como factores de riesgo para esto. RNM⁴¹. (Tabla No. 02) ⁶⁹. La señalización de los RNM se realizará mediante la traducción de la PRM relacionada y su inscripción como una ocasión alternativa e individual en las tablas de periodicidad. Cada paciente muestra el mismo número de RNM como los análisis de PRM.

4.3.4. Medición de la adherencia al tratamiento.

El nivel de la variable se resolvió por implicación utilizando el cálculo de Morisky, Green y Levine ⁶⁵, llamado Medication Adherent Scale (MAS), que consta de un tamaño de 8 elementos con SI y NO como alternativas de reacción. Si se incluyen las reacciones de un número considerable de cosas, se obtiene un puntaje absoluto que puede ir de 0 a 8. Cero habla de una alta consistencia o una adherencia extremadamente alta, mientras que 8 recomienda un alto valor predeterminado o una baja adherencia ⁶⁵. El instrumento o prueba se conectó en la primera y última visita.

4.4. Técnicas e instrumentos.

4.4.1. Técnica.

El seguimiento farmacoterapéutico se dirigió a través del sistema de reunión individual y discusión telefónica. La reunión individual se llevó a cabo en la farmacia o en la casa del paciente. El procedimiento de metodología y conexión con el paciente en las reuniones fue sugerido por la guía de seguimiento farmacoterapéutico de la técnica Dáder^{1,30}.

4.4.2. Instrumento.

4.4.2.1. Fichas Farmacoterapéuticas (FFT). (Anexo N° 8.3).

Los registros farmacoterapéuticos son hojas para la inscripción de información de seguimiento farmacoterapéutico. Es el instrumento fundamental para la ocasión social de los datos. Es un registro que consta de 5 partes de datos sobre el paciente: datos generales, datos sobre enfermedades, medicamentos consumidos, problemas con la utilización de medicamentos y los movimientos realizados por el experto farmacéutico para determinarlos. Este instrumento fue utilizado en los 5 periodos de la SFT. El registro de los datos en la FFT se realizó mediante los signos de la guía para el seguimiento farmacoterapéutico de la estrategia Dáder.³⁰

4.4.2.2. Instrumento para medir la adherencia. Test de Morinski (Cuadro N° 06).

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

Las preguntas de este instrumento se idearon en la primera y última cita entrevista como etapa de una conversación disimuladamente sin objetivo seguido para evitar las respuestas con sesgos del paciente.

CUADRO N° 06. Escala de adherencia a la medicación (MAS) de Morisky- Green Levine⁶⁵.

Ítems	Preguntas	0	1
1	¿Algunas veces usted se olvida de tomar sus medicamentos?		
2	Las personas no toman sus medicamentos por razones a veces diferentes a olvidarse. ¿Recuerda en las últimas dos semanas, si paso que en algún día no tomó sus medicamentos?		
3	¿Alguna vez ha dejado la toma de sus medicamentos porque caían mal, callándose al médico o tu farmacéutico?		
4	¿Cuándo sale de casa por un prolongado tiempo se olvida de llevar consigo sus medicamentos?		
5	¿Se ha olvidado de tomar todos sus medicamentos ayer?		
6	¿Cuándo siente usted que los síntomas de su enfermedad están controlados deja de tomar sus medicamentos?		
7	Tomar los medicamentos cada día día es muy complicado para casi todos. ¿Alguna vez se ha sentido usted decidido a dejar su tratamiento?		
8	¿Cuán frecuente tiene dificultades usted para recordar la toma de sus medicamentos?		
	A. Nunca/raramente, B. Muy esporádicamente, C. Algunas veces, D. Frecuentemente, E. Todo el tiempo. A=0, B-E=1		

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

4.4.3. Procedimiento de recolección de datos.

Se recolectaron los datos durante el desarrollo del programa de seguimiento farmacoterapéutico, cuyo procedimiento se refleja en la Figura N° 03. En principio se sigue el proceso sugerido de esencia en el método Dáder con las modificaciones de términos y la suma de anexo de otros datos que son indispensables para la mejor realidad. Las etapas del proceso de recolección de datos:

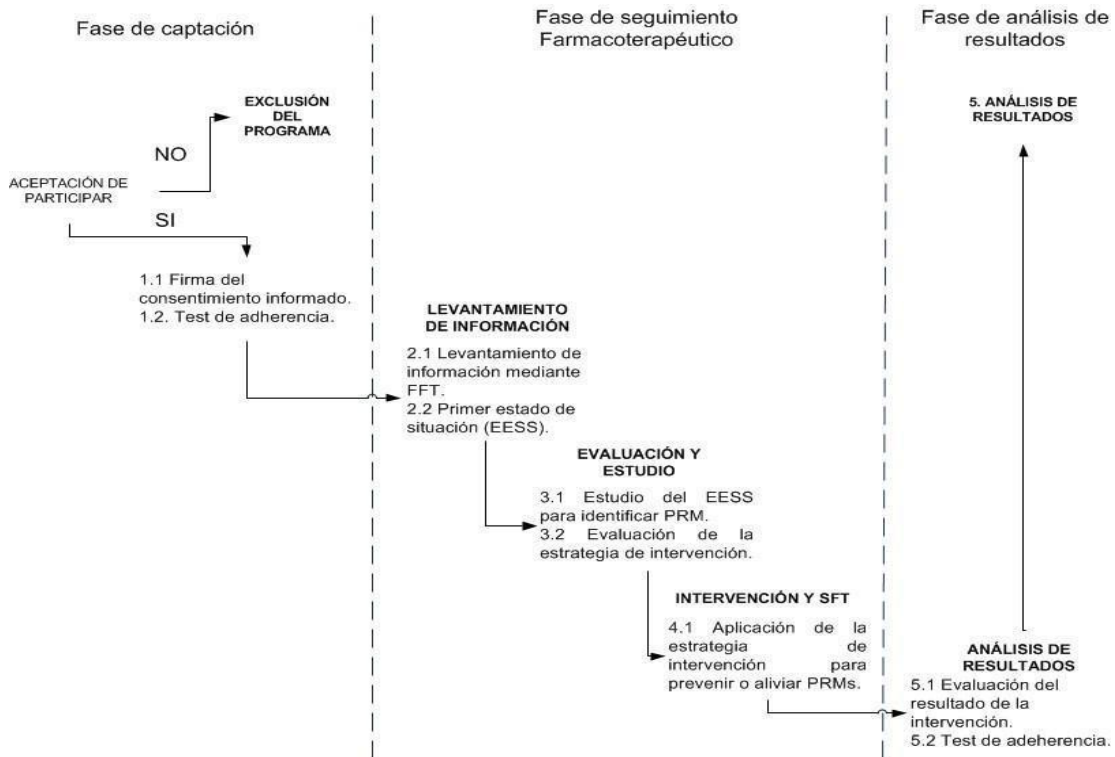
1. Oferta del servicio y la captación de pacientes.
2. Levantamiento de la información. Primer estado de situación.
3. Estudio y evaluación.
4. Intervención y seguimiento.
5. Análisis de los resultados.

4.4.3.1 Oferta del servicio y captación de los pacientes.

Se ofertó a todos los pacientes con infecciones respiratorias aguda que acudieron al servicio de farmacia de la Posta de salud San Pedro; hasta lograr obtener los 12 pacientes. Todos los pacientes firmaron su consentimiento de ser participantes del estudio en un documento firmado (Anexo N° 8.2). El documento de consentimiento detalladamente describe la responsabilidad del farmacéutico en suma vigilancia del uso de cada medicamento, la confidencia de los datos del paciente, gratuidad del servicio, ni hacer la venta o donar de algún medicamento.

Así mismo este consentimiento da valor al farmacéutico de interactuar con el medico e intermediar la solución de los problemas encontrados complejos o urgentes en relación con el uso de los medicamentos prescritos. También ordena al paciente la entregar toda la información requerida a enfermedades referidas y uso de todo medicamento que será útil para el real diagnóstico de PRMs.

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



Elaboración por Ocampo.

4.4.3.2. Levantamiento de información.

Los datos se registraron en el registro farmacoterapéutico (FFT) (Anexo N ° 8.3). Se registraron los datos generales del paciente, la información sobre enfermedades, los expertos que analizaron, los medicamentos utilizados, las propensiones a la vida, la ascendencia familiar y la impresión de signos y efectos secundarios de los problemas médicos que el paciente asocia con la utilización de medicamentos¹.

La utilización de elementos comunes y la utilización de medicamentos sin solución también se registraron. Por esta razón, se le solicitó al paciente que demostrara todos los productos farmacéuticos que utilizó de manera constante, independientemente de si se utilizaron para la infección objetivo

Durante el alistamiento, el paciente es interrogado sobre las variables de peligro y las dudas de los problemas identificados con la utilización de drogas. Se garantizó que el tiempo entre la acumulación y la reunión de datos no supera los 5 días.

4.4.3.3. Fase de estudio y evaluación de la información para la identificación de problemas relacionados con medicamentos y la estrategia de intervención.

Los datos se analizaron en una situación con cada uno de los estados buenos de materiales y equipos para desarrollar una investigación exhaustiva de cada caso. El ambiente fue agradable adaptado con teléfono, web, materiales de área de trabajo y material bibliográfico.

Todos los datos incluidos en la FFT se concentran para interrelacionar los factores que buscan PRM: análisis de enfermedades, errores, prescripciones aprobadas, automedicación, dudas de respuestas antagónicas, adherencia al tratamiento, etc., para determinar los problemas que se deben solucionar. Medicamentos (PRM) como motivo del desagrado Medicamento terapéutico o RNM. Se utilizó material de ayuda bibliográfica para garantizar los descubrimientos de PRMs y RNMs.

Para cada problema analizado, el farmacéutico contemplará la mejor metodología de arreglo que se contabilizará en la hoja 5 de la FFT. El procedimiento podría contener una progresión de actividades coordinadas directamente al paciente o al prescriptor. Para cada PRM y sus metodologías de respuesta, se buscó el mejor canal de correspondencia que podría haber atendido al paciente o al especialista. Se podría determinar que cada paciente tiene más de un PRM.

Debido a esta etapa, el hallazgo de los PRM emerge, los objetivos que el paciente y / o el especialista deben cumplir para su respuesta y la técnica de correspondencia. Las direcciones de correspondencia utilizadas se muestran en la tabla adjunta:

CUADRO N° 07. Tipos de canales para comunicar las recomendaciones del farmacéutico para la solución de problemas relacionados con medicamentos¹.

N°	.Canales de comunicación.
1	.Verbal farmacéutico - paciente.
2	.Escrito farmacéutico - paciente.
3	.Verbal farmacéutico - paciente - médico.
4	.Escrito farmacéutico - paciente - médico.
5	.Verbal farmacéutico - médico.

4.4.3.4. Fase de intervención: actividades de seguimiento farmacoterapéutico.

El objetivo de esta etapa era impartir con confianza los objetivos y las fechas de vencimiento que el paciente y / o especialista deben cumplir para la solución de los PRM. La intercesión fue a través de visitas domiciliarias y contacto telefónico. Se utilizaron reuniones individuales y propuestas compuestas para transmitir las técnicas de respuesta del paciente.

Para la correspondencia de los sistemas coordinados con el paciente, el especialista en drogas utilizará el lenguaje verbal y, en ocasiones, cuando sea importante corregir inequívocamente algún punto de vista, se dejarán sugerencias integradas.

A raíz de transmitir la recomendación de acuerdo, se verificó la consistencia a través de nuevas visitas o llamadas telefónicas. El tiempo de control fue siete días máximo, después de lo cual se cerró el procedimiento.

4.4.3.5. Evaluación del impacto de la intervención

La reunión para la evaluación definitiva de los resultados fue dirigida por un especialista que no era exactamente lo mismo que la persona que realizó el desarrollo de la farmacoterapia.

Se preguntó al paciente si ejecutaba las propuestas dadas para la solución del PRM o si el especialista ponía en marcha recomendaciones para cambiar el tratamiento. A pesar del reconocimiento de la propuesta para la solución, se le preguntó si consideraba que todos los problemas identificados con los medicamentos analizados habían sido resueltos. Se estimaron los últimos grados de adherencia y los parámetros clínicos de la enfermedad.

4.5. Plan de análisis de datos.

Los datos en los registros farmacoterapéuticos y la prueba de Morisky se trasladaron a las tablas en MS Excel. Las tablas de información se basaron en:

- a. Datos generales de pacientes (sexo, edad, dirección, teléfono) y tiempos de mediación según los canales de correspondencia utilizados.
- b. Estado de la circunstancia con información sobre. Problemas médicos y medicamentos utilizados, PRM, RNM relacionados, sistemas de mediación utilizados y canales de correspondencia. También se señaló si el PRM se resolvió o no y la última impresión del paciente sobre la disposición del problema.
- c. Adherencia como lo indica la prueba de Morisky antes y después del desarrollo del seguimiento farmacoterapéutico.

Con las tablas, se produjo una base de datos en MS Acces para la recurrencia total según las variables del participante, medicamentos, morbilidad, PRMs¹, actividades realizadas por el farmacéutico, resultado de la intervención, etc.

A partir de la información recopilada en MS Acces, se expusieron tablas de resultados de pasaje doble y básico con frecuencias relativas, absolutas y tasas. Se realizaron tablas y cuadros sobre las cualidades de los pacientes que experimentaron procedimientos médicos, problemas médicos, frecuencias de las recetas utilizadas, tipo y recurrencia de PRM. Además, las tablas muestran la relación entre la utilización de la prescripción y los PRM, los objetivos de la mediación para abordar los problemas y el sospechoso de resultados negativos para el medicamento (RNM).

Para exhibir las consecuencias de la mediación, se desarrollaron tablas sobre la recurrencia de los canales de correspondencia utilizados, el tipo y recurrencia de PRM analizados y el nivel de los abordados. Del mismo modo, los efectos secundarios de la distinción entre el grado de adherencia cuando la intercesión y entre los grados de los parámetros clínicos.

La medición de los efectos de la adherencia se realizó mediante la puntuación del instrumento. Las respuestas negativas (no respuestas) se consideraron positivas a la adherencia y se calificaron con 0. Las respuestas seguras a las preguntas de la prueba (respuestas sí) se consideran negativas para la adherencia y se puntúan con 1. De las respuestas ocho preguntas de la prueba fueron suficiente con una sola respuesta, puntuación 1, para agrupar a los pacientes como no cumplidores.

Para decidir la gravedad objetiva de los resultados de adherencia con la intervención, la prueba de Macnemar se conectó, para información dicotómica, de ejemplos combinados que utilizan el Paquete Estadístico de IBM para las Ciencias Sociales (SPSS), versión 20. Para todas las pruebas fácticas se utilizó un nivel de importancia por debajo de 0.05.

Se evaluó el efecto de la SFT en la mentalidad del paciente en cada una de las consultas de la prueba de Morisky y la consecuencia total de los 12 pacientes para cada consulta cuando se contrastó la mediación con el control de la conducta de cada paciente. La adherencia fue cada vez más difícil de perseguir, se utilizó un paradigma similar para este examen, es decir, 0 adherencia implícita y 1 no adherencia. La centralidad fáctica del cambio se estimó mediante la prueba de McNemar explícita a información dicotómica no paramétrica.

La conducta de los pacientes también fue evaluada por el conjunto de sus reacciones a las cuatro cosas de la prueba. Se consideró la consistencia de los pacientes según estos puntos de confinamiento de resultados:

Cuadro N°. 08. Criterio para calificar la adherencia o cumplimiento de los pacientes

PACIENTE:	Suma de
BAJA ADHERENCIA	> 2
MEDIANA ADHERENCIA	1 o 2
ALTA ADHERENCIA	0

4.6. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN	VARIABLES E INDICADORES	ANÁLISIS DE RESULTADOS
¿Cuál es el efecto del programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento de pacientes con infecciones respiratorias agudas?	<p>Objetivo General: Determinar el efecto del programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento de pacientes con infecciones respiratorias agudas.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <p>1.2.1.1. Identificar el estado de la situación de uso de medicamentos en pacientes con infecciones respiratorias agudas.</p> <p>1.2.1.2. Diagnosticar y solucionar Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs) mediante un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) y en pacientes con Infecciones Respiratorias Agudas.</p> <p>1.2.1.3. Evaluar la influencia de la intervención mediante seguimiento farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con infecciones respiratorias agudas.</p>	<p>Ho: El programa de seguimiento Farmacoterapéutico no tiene efecto significativo sobre la adherencia al tratamiento de pacientes con infecciones respiratorias agudas.</p> <p>H1: El programa de seguimiento Farmacoterapéutico tiene efecto significativo sobre la adherencia al tratamiento de pacientes con infecciones respiratorias agudas.</p>	<p>Diseño es de tipo pre experimental de una sola casilla, no probabilístico y semi ciego.</p>	<p>Variable independiente: Seguimiento farmacoterapéutico.</p> <p>Variable dependiente: Adherencia al tratamiento</p>	<p>Se analizarán resultados con los instrumentos.</p> <p>Se crearan las bases de datos en Acces y Excel.</p> <p>Se formaran tablas de tipo doble y simple entrada.</p> <p>Se aplicarán las herramientas desde la estadística descriptiva y la estadística inferencial.</p>

4.7. Criterios éticos

El estudio se aplicó siguiendo la línea de las normas éticas todas descritas en la Declaración de Helsinki⁸⁵. Se desarrolló con el consentimiento de los responsables del Servicio Farmacéutico de referencia. Se informaron a los responsables del tratamiento las frecuencias de las visitas de manera rápida si se identifican factores de riesgo que generen la inmediata atención del paciente.

Se mantendrá completamente el anonimato de los pacientes. Los datos personales no figuran en ninguna tabla de registro, detallados en la ficha fármaco terapéutica, ni en las tablas, solo su sexo y edad. Para la intervención si es vital saber su nombre, apellidos y la dirección de correo electrónico si se hace necesario. Estos datos solo serán conocidos por el investigador y por algún auxiliar responsable de la aleatorización. Los datos se guardaran en la base de datos informática hasta concluir el estudio y destruida al final de la investigación¹.

A todos los pacientes se les informo del estudio permitiéndonos su consentimiento escrito para incluirlo en el estudio. La hoja de consentimiento informado (Anexo N° 7.2) detalla los deberes del farmacéutico y las del paciente.

No se hará cambios en la terapia prescrita sin el total consentimiento del profesional médico. El informe estuvo aprobado por el Comité de Investigación de la Escuela Profesional de Farmacia de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.

V. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

5.1. Resultados.

5.1.1. Información general sobre el proceso de intervención

Tabla N° 01. Distribución de frecuencias y porcentajes de los pacientes por sexo y edad promedio de los pacientes intervenidos. Programa de SFT dirigido a pacientes con infecciones respiratorias agudas.

N°	género	Frecuencia	%	Promedio edad (años)
1	f	6	50.0	37.3
2	m	6	50.0	49.2
	total	12	100.0	43.3
			Desviación estándar	6

Tabla N°02. Contactos realizados entre el químico farmacéutico y los pacientes según lugar donde fue realizado a pacientes con infecciones respiratorias agudas.

Paciente	Promedio de Contacto en la farmacia	Promedio de duración en la farmacia	Promedio de contactos realizados en el domicilio	Promedio de duración en el domicilio	Promedio de contactos por teléfono	Promedio de duración por teléfono	Promedio de Contactos por otras vías	Promedio de duración por otras vías	Contactos por otras vías	Duración por otras vías	Total
1	4	120	1	10	0	0	6	150	6	150	
2	4	90	1	9	0	0	6	124	6	124	
3	4	180	1	8	0	0	6	228	6	228	
4	4	110	1	5	0	0	6	133	6	133	
5	4	100	1	7	0	0	6	129	6	129	
6	4	160	1	8	0	0	6	192	6	192	
7	4	60	2	15	0	0	7	105	7	105	
8	4	120	0	0	0	0	5	154	5	154	
9	4	120	1	6	0	0	6	165	6	165	
10	4	80	1	3	0	0	6	103	6	103	
11	4	90	0	0	0	0	5	109	5	109	
12	4	110	1	8	0	0	6	153	6	153	
PROMEDIO	4.0	111.7	0.9	6.6	0.0	0.0	5.9		5.9	145.4	1745.0
PROMEDIO POR CONTACTO		27.9		7.2		0.0		0.0		24.6	

5.1.2. Resultados sobre los diagnósticos identificados y los medicamentos utilizados por los pacientes durante el proceso de SFT.

Tabla N°03. Distribución de la frecuencia y porcentajes de los Problemas de Salud identificados en los pacientes intervenidos según si fueron diagnosticadas o no. Programa de SFT a pacientes con infecciones respiratorias agudas.

Morbilidad	CIE 10	DIAGNOSTICO	fi	%
DIAGNÓSTICADAS	J20	bronquitis	5	19.2
	J03	amigdalitis	3	11.5
	J02	faringitis	4	15.4
		SUB TOTAL	12	46.2
NO DIAGNOSTICADAS		cefalea	5	19.2
		alergia	2	7.7
		problemas digestivos	1	3.8
		nauseas	1	3.8
		mal del hígado	1	3.8
		enfermedad gástrica	1	3.8
		dolor muscular	1	3.8
		cólicos digestivos	1	3.8
		acidez	1	3.8
		SUB TOTAL	14	53.8
		TOTAL	26	100.0

*CIE10. Código Internacional de Enfermedades versión 10

Tabla N° 04. Distribución de la frecuencia de uso de medicamentos según su origen en prescritos y no prescritos durante el proceso de intervención a pacientes con infección respiratoria aguda.

ORIGEN DE MEDICAMENTOS	MORBILIDAD	DCI	fi	Fi	%			
PRESCRITOS	bronquitis	Azitromicina	3	12	5.4			
		Ibuprofeno	2					
		Ibuprofeno	1					
		Diclofenaco	1					
		Dexametasona	1					
		Ceftriazona	1					
		amoxicilina/ac.clavulanico	1					
		Ambroxol	1					
		paracetamol	1					
		Amoxicilina	2					
	amigdalitis	Paracetamol	2	7	3.2			
		Ibuprofeno	2					
		Azitromicina	1					
	faringitis	naproxeno sódico	4	12	5.4			
		Amoxicilina	2					
		Ceftriazona	1					
		dextrometorfano	1					
		cefalexina	1					
		Dexametasona	1					
diclofenaco		1						
codeína		1						
SUB TOTAL				31	68.9			
NO PRESCRITOS	cólicos digestivos	subsalicilato de bismuto	1	14	31.1			
		metoclopramida	1					
		hepabionta	1					
	cefalea	ranitidina	1					
		apronax	1					
	alergia	Clorhidrato de pargerverina /						
		Clonixinato de Lisina	1					
	acidez	naproxeno sódico	3					
		paracetamol	1					
		ácido acetilsalicílico	1					
		clorfenamina	1					
		cetirizina	1					
		subsalicilato de bismuto	1					
	SUB TOTAL					45	14	31,1
	Total					45		
promedio			3.75					

*CIE10.- Código Internacional de Enfermedades versión 10

**DCI.- Denominación común internacional

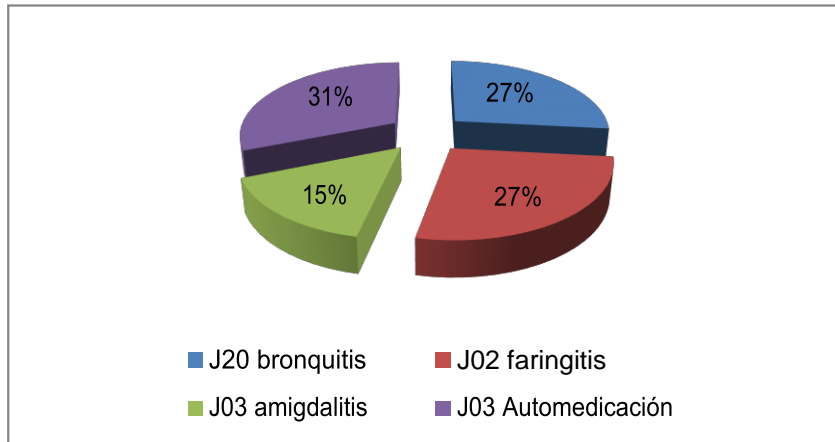


Gráfico N°01. Porcentaje de los medicamentos usados para los problemas de salud identificados. Programa de SFT a pacientes con infecciones respiratorias agudas.

5.1.3. Resultados sobre los problemas relacionados con medicamentos diagnosticados y resueltos durante el proceso de seguimiento farmacoterapéutico.

Tabla N°05. Distribución porcentual de los problemas relacionados con medicamentos diagnosticados. Programa de seguimiento farmacoterapéutico dirigido a pacientes con infecciones respiratorias agudas.

PRM	Descripción	Frecuencia	%
8	Error de Prescripción	10	33.3
9	Incumplimiento	12	40.1
12	Reacciones Adversas	2	6.6
11	Otros problemas de salud	6	20
	Total	30	100

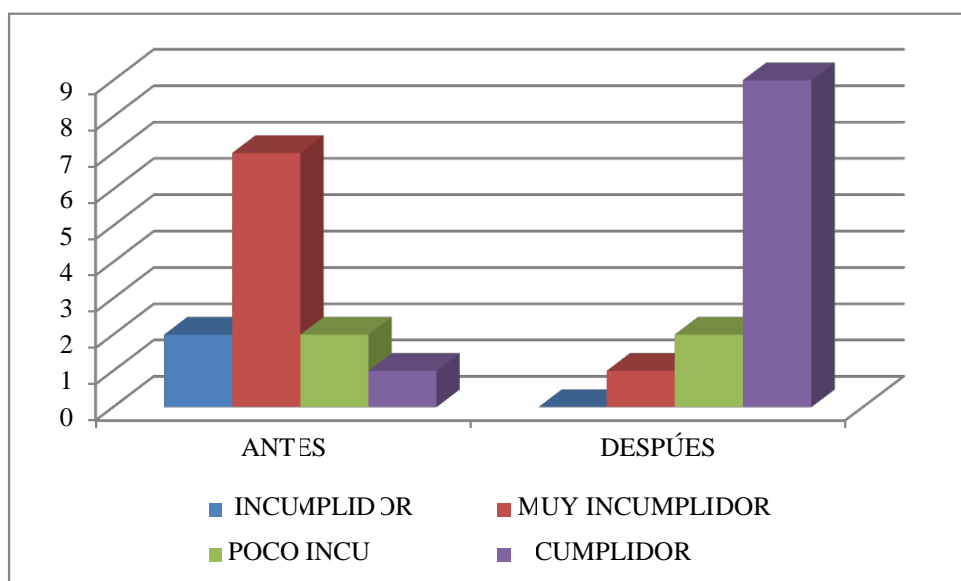
Tabla N°06. Comparativo de la edad, cantidad de diagnósticos, cantidad de medicamentos, PRMS identificados y PRMS solucionados por paciente intervenido. Programa de SFT dirigido a pacientes con infecciones respiratorias agudas.

Paciente	sexo	edad	Cuenta de Diagnostico	Cuenta de DCI	Cuenta de PRM	Suma de Soluciones
1	F	20	2	3	1	0
2	F	25	2	3	3	3
3	F	40	2	3	2	2
4	M	18	3	6	5	4
5	M	22	2	5	2	0
6	M	24	1	4	2	2
7	F	30	2	3	2	2
8	F	34	2	3	3	3
9	F	39	4	5	3	1
10	M	20	3	4	3	2
11	M	19	3	4	2	1
12	M	35	1	2	2	2
TOTAL			27	45	30	22
PROM		27.17	2.25	3.75	2.50	1.83

5.1.4. Impacto de la intervención sobre la adherencia.

Tabla N° 07. Impacto del SFT sobre la Adherencia al Tratamiento. Programa de SFT a pacientes con Infecciones Respiratorias Agudas.

Paciente	Adherencia Antes	Adherencia Después
1	1	0
2	1	0
3	1	0
4	1	0
5	1	0
6	1	0
7	1	1
8	1	0
9	0	1
10	1	1
11	1	0
12	1	0
NO ADHERENTES	11	3
% NO ADHERENTES	91.6	25
Test de Mc Nemar	P=	0.021



	Suma antes	%	Suma después	%
INCUMPLIDOR	2	16.7	0	0
MUY INCUMPLIDOR	7	58.3	1	8.3
POCO INCUMPLIDOR	2	16.7	2	16.7
CUMPLIDOR	1	8.3	9	75
	12	100	12	100

Gráfico N°02. Evaluación de los puntajes obtenidos, según las respuestas del Test de Morisky antes y después de la intervención farmacoterapéutica. Programa de seguimiento farmacoterapéutico dirigido a pacientes

Tabla N° 07. Efecto del seguimiento farmacoterapéutico sobre las actitudes que reflejan cada una de las preguntas del Test de Morisky. Programa de seguimiento farmacoterapéutico dirigido a pacientes con infecciones respiratorias agudas.

Ítem	Preguntas	Preguntas del Test de Morinsky-Green -Levi		
		Respuestas afirmativas		
		Antes	Después	P (Wilcoxon)
1	¿Algunas veces se olvida usted de tomar sus medicamentos?	9	3	0.01
2	¿Las personas no toman sus medicamentos por razones diferentes y a veces tienden a olvidarse. Piense en las dos últimas semanas, si hubo algún día en el cual no tomó sus medicamentos?	8	5	0.18
3	¿Alguna vez ha dejado de tomar sus medicamentos por le te caían mal, sin decirle nada al médico o tu farmacéutico?	5	1	0.05
4	¿Cuándo Usted viaja o sale de su casa por largo tiempo se olvida de llevar sus medicamentos?	7	2	0.03
5	¿Dejó de tomar sus medicamentos ayer?	5	1	0.05
6	¿Cuándo Usted siente que los síntomas de su enfermedad están bajo control deja de tomar su medicación?	3	0	0.08
7	¿Tomar medicamentos todos los días es muy complicado para mucha gente. Alguna vez Usted se ha sentido tentado a dejar su tratamiento?	5	4	0.32
8	¿Cuán frecuente tiene Usted dificultad para recordar tomar sus medicamentos?	4	4	1.00

Fuente: Tabla de datos de Adherencia en pacientes infecciones respiratorias agudas. Anexo N°09

5.2 Análisis de Resultados

El programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico tiene como objetivo en determinar la eficacia de adherencia al tratamiento en pacientes con infecciones respiratorias agudas obteniendo los presentes resultados, en el cual se han analizado y conectado con razón a la variable. Continuamente se presenta el análisis a través del orden de las muestra de los resultados:

5.2.1 Acerca de pacientes y sus tiempos de intervención:

Por lo hallado en la Tabla N° 01, fueron 12 los pacientes participantes en este programa piloto, entre tanto se determinó que 6 fueron mujeres igual a (50%) y 6 fueron varones (50%), con una edad entre 37 a 49 años respectivamente.

Los resultados que coindicen con lo encontrado por Campos C.⁹⁰ que en su estudio tras su seguimiento hallo en pacientes con infecciones respiratorias agudas una edad promedio para mujeres de 42 años mientras que para que hombres solo una edad de 27 años de promedio.

Mientras que esto no se compara a lo hallado por Díaz M.⁹¹ hallo en su estudio en pacientes con infecciones agudas respiratoria edades de 42 años equivalentes a 66% en mujeres y 52 años en hombres años con un 33%.

El seguimiento farmacoterapéutico a través del sistema de reunión individual, dista de la telefónica, pues se puede tener más en cuenta por ello la vía de la farmacia o casa del paciente. El procedimiento del farmacéutico conecta con el paciente en las reuniones y tener como siempre la guía de seguimiento farmacoterapéutico de la técnica Dáder.^{1,30}

Se conoce que cuando el programa de Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes tiene mucha expectativa por la recuperación de los pacientes con infecciones agudas respiratoria se pone en práctica el trabajo del farmacéutico tratando de reconocer las necesidades de los pacientes en relación a sus medicamentos identificados con recetas a través del reconocimiento.

En la tabla N° 02 se muestra los tiempos intervenidos y el tiempo promedio que se realizó las visitas en el programa de SFT en los domicilios de cada uno de los pacientes. Durante el proceso se informó a los pacientes el beneficio del programa. Una vez aceptado el consentimiento, se acordaron todas las entrevistas que se realizaban en casa de los pacientes, con promedio de (45 min.) por visitas.

Se promedió un total de (28 min.) de visita en la farmacia que al ser multiplicado por 12 pacientes intervenidos se obtiene un total (111 min.) de trabajo farmacéutico.

Las intervenciones realizadas de visita por domicilio solo fue de (7min.) siendo muy corto el tiempo por la poca disposición de los pacientes, en tanto que por teléfono no se realizaron , mientras que por otras vías el tiempo intervenido por este medio se obtuvo un total de (145 min.) de trabajo farmacéutico dedicado al programa.

Al realizar una suma de los contactos visitados a su domicilio, por teléfono y otros medios se obtuvo (1745 min.) de intervención con promedio de promedio de (24 min.).

Datos que difieren de Campo C. ⁹² quien halló en su estudio un tiempo invertido en sus visitas necesito de 11.1 minutos por paciente en cada visita y en promedio de 890 minutos de actividad farmacéutica dedicado al SFT.

Como dice Caelles N, et al. ⁹³ para mantener una mejor duración de las entrevistas es que debe crearse una confianza tras la comunicación continuada en el tiempo, solo así tendrá éxito en el seguimiento.

5.2.2. Acerca de los diagnósticos reconocidos y los medicamentos usados por los pacientes en el proceso de seguimiento farmacoterapéutico.

Los problemas de salud diagnosticados y auto percibidos por los pacientes intervenidos donde se identificaron 26 enfermedades diagnosticadas según la Tabla N° 03, está asociado a los pacientes intervenidos detallando en el cuadro un (46,2%) estos fueron morbilidades diagnosticadas al comparar frente a un (53,8%) que fueron morbilidades no diagnosticadas.

Como podemos observar también a través de la distribución de la Tabla N° 03, las enfermedades diagnosticadas es menor a comparación de las no diagnosticadas, en el cual los pacientes asistidos reportan diferentes sintomatología y signos en contraste con la morbilidad diagnosticada. Esto lleva a presumir que este grupo pueden auto medicarse con lo cual pueden interferir en sus otras patologías.

Mientras los datos de Campos C. ⁹⁰ reflejan que solo encontró 37 enfermedades en un promedio del 40.5% de estas fueron diagnosticadas y el restante solo guiado por síntomas como malestares generales comunes (59.5%). En tanto Díaz M. ⁹¹ en su misma investigación halló 81,3 % de enfermedades diagnósticas y solo un 18,7 % no hecha por un médico.

En la Tabla N° 04 se evaluó el uso de los medicamentos prescritos y sin prescripción asociados al tratamiento de los pacientes. En el cual se determinó que el (68.9%) fueron respaldados mediante una receta prescrita por el médico indicando el tratamiento correcto. Mientras que el (31.1%) indica los medicamentos sin prescripción médica optando los pacientes por la automedicación. Es por ello que la calidad de las recetas prescritas con una vigencia mínima de 3 meses fue requisito indispensable para el inicio de la intervención farmacéutica.

Datos que no se asemejan a lo encontrado por Díaz M. que halló que el 90 % de medicamentos fue prescrito y solo un 10 no prescrito, como así la patología más prevalente para el uso de medicamentos fue la faringitis aguda (43.3%). Este resultado coincide con propuesto por Velasco⁹⁴ obteniendo un estudio de 2 medicamentos por paciente relacionados a 24 PRMs, esto se demuestra durante la intervención.

En el gráfico 01, también se logró determinar que el uso de medicamentos en la morbilidad más prevalente fue de un 31% bronquitis, faringitis 27 %, y la automedicación es del mismo valor 27 %. Para Campos C.⁹⁰ y Díaz M.⁹¹ la patología más presente es la faringitis aguda.

5.2.3. Sobre problemas identificados con los medicamentos y los resultados negativos y positivos de la medicación.

Las circunstancias en las que el paciente está en peligro de sufrir un problema médico relacionado con la utilización de medicamentos se caracterizan como dudas de un RNM, en general debido a la presencia de al menos un PRM, que podemos considerar como factores de riesgo para esto. RNM.^{41,69}

Observando la Tabla N° 05 y 06, se logró observar los PRM distribuidos en los pacientes y el resultado del género, edad, número de diagnósticos, cantidad de medicamentos, PRM's y las soluciones encontrados. Al ser analizados los resultados, se obtuvo un total de 27 diagnósticos con un promedio de (2.25) por pacientes sin embargo, esto debido a que 6 pacientes tienen 2 enfermedades, 2 pacientes tienen solo 1 enfermedad y lo sobrante más enfermedades. La cantidad de medicamentos encontrados en el estudio fue de 45 con promedio de (3.75), 30 PRM's en promedio (2.5) relacionados con medicamentos y que solo 22 fueron solucionados en el seguimiento farmacoterapéutico.

Según Gorgas M.⁹⁷ las elevadas morbilidades hacen necesidad de una mejor actividad del farmacéutico y que este participe tanto en la prevención y solución de los problemas encontrados con respecto a sus medicamentos.

5.2.4 Acerca del impacto en la intervención de la adherencia en el programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico.

El test de McNemar nos indica el grado de significancia (p) es menor a 0.05 entonces existe menos 5% de probabilidades en que otro factor esté modificando el cambio, es decir que más del 95% de probabilidades que sea por causa del seguimiento farmacoterapéutico. La tabla N° 07 determina el efecto del SFT en la adherencia terapéutica, mediante el Test de Morisky Green Lavine.⁸⁹ donde las interrogantes se responden con SÍ y NO, de modo que las respuestas confirmadas (sí) reflejen incumplimiento o falta de adherencia y valen 1 punto. Las respuestas negativas (no) reflejan adherencia y se puntúan con cero (0). De modo que al incluir las respuestas apropiadas de un número considerable de cosas, los resultados extraordinarios pueden ser cero (0) u ocho (8). Un puntaje completo de cero habla de sumarse a una total adherencia, es decir respuestas negativas a todas las preguntas, mientras que un puntaje de ocho refleja todo un incumplimiento.

Los resultados de las puntuaciones de transición se pueden registrar desde bajo incumplimiento hasta total incumplimiento. A inicios del programa (91.3%) de pacientes no eran adherentes al tratamiento, se olvidaban de tomar los medicamentos a sus horas. Al terminar el programa se obtuvo resultado de (25%) que se logró reducir el problema. Los resultados fueron positivos con una significancia de ($p=0.021$) para la optimización de la adherencia al tratamiento. Esto tiene que ver con lo eficaz que es la prueba de Mc Nemmar al momento de medir los resultados. No obstante si medimos el mejoramiento de los pacientes al medir las preguntas de la Tabla N° 07 podemos valorar el trabajo del químico farmacéutico cambiando el comportamiento de los pacientes durante la intervención en el seguimiento farmacoterapéutico.

En el gráfico N°02 presenta un análisis menos radical que sugiere el Test de Morisky. Para este análisis se reevaluó las respuestas del paciente a cada una de las interrogantes del test de Morisky en la que consistió que se les definía a los pacientes como incumplidores si respondían positivamente a todas las preguntas del test y completamente cumplidores si sus respuestas eran negativas. Entre ambos extremos se consideró un paciente muy incumplidor (con 2 o 3 respuestas positivas) o poco incumplidor (con 1 respuesta positiva).

Es por ello que refleja los resultados obtenidos antes y después del programa a través de (Gráfico N°02). Antes del programa piloto se observó 2 pacientes de tipo Incumplidor (16.7 %) , 1 paciente Muy incumplidor (8,3%), 2 pacientes poco incumplidor (16.7%) y solo 1 paciente cumplidor (8,3%), a diferencia del después del programa con unos datos de 0 paciente Incumplidor correspondiente (00 %) , 1 paciente Muy incumplidor (8,3%), 2 pacientes poco incumplidor (16.7%) y 9 pacientes cumplidores (75%).

La tabla N°8 nos indica las 8 preguntas realizadas antes y después de las intervenciones demostrando un cambio de comportamiento en los pacientes, es decir los resultados de la prueba del test de Mcnemar para los datos no paramétricos, nos indica que el error está por debajo del 5% o “p”.

En un estudio realizado por Magallanes C.⁹³ demostró que las enfermedades respiratorias tiene mejor respuesta cuando el farmacéutico trabaja sobre las prevención y falta de asesoría, encontrando un nivel de 72 % de mejores resultados frente a sus medicamentos, por ello que se enfoca en que se debe seguir en la creación de programas como el SFT.

VI. CONCLUSIÓN

6.1 Conclusiones.

- 6.1.1. El programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) pacientes con infecciones respiratorias agudas sobre la adherencia al tratamiento tuvo un efecto positivo.
- 6.1.2. En el estado de situación del uso de medicamentos se identificó que los pacientes usan medicamentos prescritos en un total de 68.9% y solo un 31.1 % sin prescripción médica.
- 6.1.3. Se diagnosticaron 30 Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs) mediante el programa de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) y tras diseñar e implementar las estrategias de intervención farmacéutica se solucionaron 22 PRMs.
- 6.1.4. La intervención farmacéutica tras el programa piloto seguimiento farmacoterapéutico tuvo un nivel significativo ($p = 0.021$) de adherencia al tratamiento en pacientes con infecciones respiratoria aguda.

6.2. Aspectos complementarios.

- Se debe brindar mediante orientaciones sobre el estado de salud y los PRM'S, a los pacientes que están dentro del programa de SFT, para que sirva como apoyo a su tratamiento y su calidad de vida.
- Se debe tener en cuenta optimizar los desarrollos de estudios, desde el principio en su elaboración hasta el final con un adecuado informe en un período no mayor de 3 meses.
- Se debe incorporar estudios de medición de impacto socio-económico para las intervenciones farmacéuticas.
- Es necesario formular convenios entre la ULADECH CATÓLICA y los establecimientos de salud con el objetivo de que el estudiante de farmacia y bioquímica

sea impulsado al desarrollo de su Carrera profesional mediante la implementación del programa de Seguimiento Farmacoterapéutico en dichas instituciones.

6.2.2. Sugerencias y recomendaciones

Se debe proponer realizar el programa de seguimiento farmacoterapéutico en todos los establecimientos de Salud para la adherencia en los tratamientos con medicamentos a los pacientes, guiada por alumnos de los ciclos ya avanzados de la Uladech Católica.

Las infecciones respiratorias agudas es una morbilidad que siempre permanecerá presente en la sociedad, para ello mediante estos programas se debe brindar más información a los pacientes sobre la enfermedad, cuidados y sugerencias para mejorar su estado de vida. Trabajar de forma más dinámica con los pacientes.

Extender los estudios de investigación realizados a los establecimientos de salud, para adaptar un área especializada en el SFT

6.3. Limitaciones:

La disponibilidad de tiempo de los pacientes

No poder usar la vía telefónica para mejorar la comunicación paciente- farmacéutico.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *Ars Pharm* 2007; 48(1):5-17.
2. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Pharm Care Esp* 1999; 1: 35-47.
3. Faus D, M.J. Programa DÁDER. *Pharmaceutical Care España*. 2000; 2:73-74.
4. Jácome A. Medidas de resultados en Atención Farmacéutica. *Boletín De Atención Farmacéutica Comunitaria Vol 3 N°3*, Universidad de Granada. Madrid marzo 1999. Desde: <http://www.ugr.es/~atencfar/bofac33.htm>. Tomado el 30/01/08.
- 7 Alva V, et al. Características clínico-epidemiológicas de la infección respiratoria aguda (ira) por Virus Sincitial Respiratorio (VSR) en niños menores de dos años: admitidos en el hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral (HIRRC), enero-diciembre 2006. *Ciencia y Salud*, 2018;2(2): 41-47.
- 8 Becerra M, et al. Etiología viral de las infecciones respiratorias agudas graves en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 2019;36(2): 231-8.
- 9 Mendoza M. Factores de Riesgo relacionados a infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. *Centro de Salud La Libertad*, 2018. 2018.
- 10 Olivera N, et al. infecções respiratórias agudas em crianças menor de 6 meses hospitalizadas. Análise de fatores de risco de gravidade. *Anfamed [Internet]*. 2019; 6(1): 109-129.
- 11 Esquivel S, et al. Características clínicas y epidemiológicas de la infección respiratoria aguda grave por virus sincitial respiratorio en menores de 5

- años. *Horizonte Médico*, 2016; 16(3):6-11.
- 12 Lopez L, et al. Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. *Revista hacia la promoción de la Salud*, 2016, vol. 21, no 1, p. 117-137.
- 13 Gonzales J., et al. Intervenciones para la mejora de la adherencia al tratamiento en pacientes pluripatológicos: resumen de revisiones sistemáticas. *Atencion primaria*, 2016;48, no 2, p. 121-130.
- 14 Basterra GM. El cumplimiento terapéutico. *Pharmcareesp* 1999; 1: 97-106.
- 15 Granados G. Rosales Nieto JG. Moreno E. Ybarra JL. Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2007, Vol. 7, N° 3, pp. 697-707. ISSN 1697-2600.
- 16 Lee JK. Grace KA. Taylor AJ. Effect of a Pharmacy Care Program on Medication Adherence and Persistence, Blood Pressure, and Low-Density Lipoprotein Cholesterol. A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, Published online November 13, 2006
- 17 Kheir NM. Foppe van Mil J.W. Shaw J.P. Sheridan J.L. Health-related quality of life measurement in pharmaceutical care Targeting an outcome that matters. *Pharmacy World & Science*. Springer Netherlands. ISSN0928-1231 (Print) 1573-739X (Online). Volume 26, Number 3 / junio de 2004. pp 125-128.
- 18 Tafur V. E. García-Jiménez E. Aproximación del rol de farmacéutico en la calidad de vida relacionada con la salud. *PharmacyPractice* 2006; 4(1): 18-23.
- 19 Pickard AS. Johnson JA. Farris KB. The impact of pharmacist interventions on health-related quality of life. Harvey Whitney Books Company. *The Annals of Pharmacotherapy*: 1999. Vol. 33, No. 11, pp. 1167-1172. DOI 10.1345/aph.18460.

- 20 Armando P, Uema S, Sola N. Valoración de la satisfacción de los pacientes con el Seguimiento Farmacoterapéutico. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(4): 205212.
- 21 Zillich AJ. Sutherland JM. Kumbera PA. Carter BL. Hypertension Outcomes Through Blood Pressure Monitoring and Evaluation by Pharmacists (HOME Study) *J Gen Intern Med.* 2005 December; 20(12): 1091-1096.
- 22 Study Commission on Pharmacy & American Association of Colleges of Pharmacy. (1975). *Pharmacists for the future: The report of the Study Commission on Pharmacy: commissioned by the American Association of Colleges of Pharmacy.* Ann Arbor: Health Administration Press.
- 23 Sabater D, Fernandez-Llimos F, Parras M, Faus MJ. Tipos de intervenciones farmacéuticas en Seguimiento Farmacoterapéutico. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(2): 90-97.
- 24 Silva-Castro MM, Tuneuivalls I, Faus MJ. Revisión sistemática sobre la implantación y la evaluación del Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes hospitalizados. *Farm Hosp.*2010;34(3):106–124. Documento descargado de <http://www.elsevier.es> el 21/05/2010.
- 25 Desselle S. Schwartz M. Rappaport HM. The Identification of Pharmaceutical Care Practice Standards in the Community Pharmacy Setting. *Journal of Pharmaceutical Care*, published by the School of Pharmacy of Northeast Louisiana University at Monroe LA. Volume 1, Article 3. February 1997.
- 26 Fontana RD, Soláthurry N. Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes pediátricos hospitalizados: adaptación de la metodología Dáder. *Aránnediciones* 2003, s. 1. *Farmacia hospitalaria. farm hosp (Madrid)* Vol. 27. N.º 2, pp. 78-83, 2003.

- 27 Garnet WR, Davis LJ, Mckenney JM, Steiner KC. Effect of telephone follow-up on medication compliance. *Am J Hosp Pharm* 1981; 38: 676-679.
- 28 Gil V. Pineda M. Martínez JL. Belda J. Santos MA y Merino J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento terapéutico en la hipertensión. *Med Clin (Barc)* 1994; 102: 532-536.
- 29 Seinfeld J. Lo avanzado y lo pendiente en el sector salud en el Perú 2008: una visión panorámica. *Economía y Sociedad* 70, CIES, diciembre 2008.
- 30 Ministerio de Salud del Perú. Organización Panamericana de la Salud.
- 31 Perfil del Farmacéutico de la República del Perú. Publicado por Ministerio de Salud de Perú en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) Abril del 2012.
- 32 Ocampo Rujel P. A. Impacto de un programa de Atención Farmacéutica sobre el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes hipertensos. *in crescendo*.2010;1(2):
- 33 Ministerio de Salud del Perú. La Política Nacional de Medicamentos en el Perú.
- 34 Consejo Nacional de Salud. Comité de Medicamentos. Resolución Ministerial N° 1240-2004-MINSA. Tomado desde:
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/destacados/archivos/65/RM1240-2004.pdf>
- 35 Presidencia de la república. Aprueban Reglamento de Registro Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, Decreto Supremo N°016-2011-TR. *El Peruano*. Lima 27 de Julio de 2011.
- 36 Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas.

- 37 Atención Farmacéutica en el Perú (1). Boletín Centro de Atención Farmacéutica - Año 1 Número 1 Enero – Febrero 2008. tomado desde: www.digemid.minsa.gob.pe
- 38 Congreso de la República del Perú. Ley 29459, Ley de productos farmacéuticos dispositivos médicos y productos sanitarios. Diario Oficial el Peruano. Lima 26 de Noviembre de 2009.
- 39 Álvarez-Risco A, Zegarra-Arellano E, Solís-Tarazona Z, Mejía-Acosta N, MatosValerio E. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud del Perú. Boletín (Cent. Aten. Farm.). 5 (3): ISSN 2221-4259.
- 40 Sindicato Médico del Uruguay. El valor del medicamento: realidades y esperanzas de futuro. Mayo 2005. El Diario Médico N°65. Mayo de 2005. Disponible en : <http://www.smu.org.uy/publicaciones/eldiariomedico/n65/pag15.pdf>
41. Fernández F, et al. Evolución del concepto de problemas relacionados con medicamentos: resultados como el centro del nuevo paradigma. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3(4): 167-188.
42. Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). Ars Pharm 2007; 48 (1): 5-17.
43. Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug-related problems: their structure and function. Drug IntellClin Pharm 1990;24:7-1093.
44. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm. 1990;47:533-543
45. Brodie DC, Parish PA, Poston JW. Societal needs for drugs and drug related services. Am J Pharm Educ. 1980;44:276-278
46. Blasco P, Mariño EL, Aznar MT, Pol E, Alós M, Castells M et al. Desarrollo de

- un método observacional prospectivo de estudio de errores de Medicación para su aplicación en hospitales. *FarmHosp* 2001; 25:253-273.
47. Gaspar Carreño M. Seguimiento de la Intervención Farmacéutica en un hospital dedicado a la cirugía ortopédica traumatológica tras el establecimiento e implantación de un programa de atención farmacéutica. Tesis doctoral. Universidad CEU Cardenal-Herrera Facultad de Farmacia. Departamento de Fisiología, Farmacología y Toxicología. Valencia España 2011.
48. Hall V. Atención farmacéutica. Seguimiento del tratamiento farmacológico. Universidad de Costa Rica. Centro Nacional de Información de Medicamentos. Enero de 2003. Tomado desde: <http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed14.pdf>
49. Culbertson, V.L., Larson, R.A., Cady, P.S., Kale, M., Force, R.W., —A conceptual framework for defining pharmaceutical diagnosis, *Am. J. Pharm. Educ.* 1997;21(2):12-18. Disponible en : <http://archive.ajpe.org/legacy/pdfs/aj610112.pdf>.
50. Hurley SC. A Method of Documenting Pharmaceutical Care Utilizing Pharmaceutical Diagnosis. *American Journal of Pharmaceutical Education* Vol. 62, Summer 1998.
51. Ferriols R. Valoración de la Atención Farmacéutica en los problemas relacionados con los medicamentos. Presentado en XLIV Congreso Nacional SEFH. Septiembre 1999. Pamplona.
52. Calvo MV, Alós M, Giraldez J. Grupo de Trabajo Atención Farmacéutica.
53. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Bases de la Atención Farmacéutica en Farmacia Hospitalaria. *FarmHosp* 2006; 30:120-3.

54. Sabater Hernández D, Silva Castro MM, FausDáder MJ. Método Dáder. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. Tercera edición, 2007.
55. Presidencia de la república. Aprueban reglamento de establecimientos farmacéuticos, Decreto Supremo N°014-2011-SA. El Peruano. Lima 27 de Julio de 2011.
56. Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas.
57. Manual de Buenas Prácticas de Prescripción. 2005. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. — Lima. Disponible desde: <http://www.minsa.gob.pe/infodigemid>
58. Osterberg L. Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med 2005; 353:487-97. Downloaded from www.nejm.org on November 18, 2009.
59. Libertad MA. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública. 2004; 30(4). Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu08404.htm
60. . Libertad MA. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública 2004;30(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu08404.htm
61. Márquez E. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial. Centro de Salud la Orden, Huelva, España. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/c053/marquez.PDF>
62. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and Predictive Validity of a SelfReported Measure of Medication Adherence. Medical Care, 1986;24(1): 67-74.
63. Organización Panamericana de Salud. El Papel Del Farmacéutico En El Sistema De Atención De Salud. Informe de La Reunión de la OMS Tokio, Japón, 31 de

agosto al 3 de septiembre de 1993. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de La Organización Mundial de la Salud.

64. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de España. Consenso sobre Atención Farmacéutica. *Ars Pharmaceutica*, 42:3-4; 221-241, 200.
65. Comité de Consenso: Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM). *ArsPharmaceutica*, 43:3-4; 179-187, 2002.
66. Bonal et al. Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica. En: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. *Farmacia Hospitalaria Tomo I*. Tomado desde: <http://www.sefh.es/sefhpublicaciones/fichalibrolibre.php?id=4>
67. Martínez Sánchez AM. 2000. El concepto atención farmacéutica. sus influencias gnoseológicas en el contexto de la profesión. *Revista del Centro de Investigación. Universidad La Salle*, enero, año/vol. 4, número 014 Universidad La Salle Distrito Federal, México. pp. 83-85.
68. Clopes A. Intervención Farmacéutica. En: Bonal J. et al. Ed. *Farmacia Hospitalaria. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria*. Disponible en http://sefh.interguias.com/libros/tomo1/Tomo1_Cap1.4pdf
69. Garção JA. Cabrita J. Evaluation of a Pharmaceutical Care Program for Hypertensive Patients in Rural Portugal. *J Am PharmAssoc* 42(6):858-864, 2002. © 2002 American Pharmaceutical Association.
70. World Health Organization. Europe: Pharmacy-Based Hypertension Management Model: Protocol and Guidelines. A joint CINDI/EuroPharm Forum project 2005. EUR/04/5049481. ISBN WHOLIS: E85730
71. Climente Martí M y Jiménez Torres NV. *Manual para la Atención Farmacéutica*. Tercera edición. Edita: Afahpe. Hospital Universitario DrPeset. Valencia, 2005.

72. Grainger-Rousseau TJ, Miralles MA, Hepler CD, Segal R, Doty RE, Ben- Joseph R. Therapeutic outcomes monitoring: application of pharmaceutical care guidelines to community pharmacy. *J Am Pharm Assoc (Wash)*. 1997;37(6):647-61
73. Climente Martí M y Jiménez Torres NV. Manual para la Atención Farmacéutica. Tercera edición. Edita: Afahpe. Hospital Universitario DrPeset. Valencia, 2005. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada.
74. Seguimiento farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). *PharmacyPractice* 2006; 4(1): 44-53.
75. Barris D. Faus M J. An initiation in Dáder methodology in the pharmacotherapeutic monitoring in a community pharmac. *ArsPharmaceutica*, 44:3; 225-237, 2003.L
76. Simpson S. Johnson J. Biggs C. Practice-Based Research: Lessons from Community Pharmacist Participants. *Pharmacotherapy* 2001; 21: 731-9.
77. U.S. department of health and human services. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. NIH Publication No. 03 - 5233.
78. Manasse HR Jr. Medication use in an imperfect world: drug misadventuring as an issue of public policy, Part 1. *American Journal of Hospital Pharmacy*, Vol 46, Issue 5, 929-944.
79. Tiesca MR. Guallar CP. Banegas BJ. Graciani para. factores asociados al control de la hipertension arterial en personas mayores de 60 años en españa. *Revista Española de Salud Pública*, mayo-junio, año/vol. 80, número 003 Ministerio de Sanidad y Consumo de España Madrid, España. pp. 233-24
80. Iñesta GA. Atención Farmacéutica, Estudios Sobre Uso De Medicamentos Y Otros. *RevEsp Salud Pública* 2001; 75: 285-290.

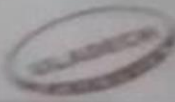
81. Sen S, Thomas III J. Assessment of a Patient-based Pharmaceutical Care Scale.
82. Am J Health-Syst Pharm 57(17):1592-1598, 2000. © 2000 American Society of Health-System Pharmacists.
83. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Método DADER para el seguimiento Farmacoterapéutico. Ars Pharm 2005; 46 (4): 309-337.
84. García M, Puig M, Mateu MS, Bonet M. Fuentes de información de medicamentos. En: Carnicero J (Coordinador). La gestión del medicamento en los Servicios de Salud. Informes SEIS (8). Pamplona: Sociedad Española de Informática de la Salud, 2008. <http://www.seis.es>
85. Comité Institucional de Ética en Investigación. Código de Ética para la Investigación. Versión 1 [Artículo en línea] Chimbote, Perú. 2016[citado 21 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://erp.uladech.edu.pe/sigec/moduloinvestigacion/?dom=03&mod=012>
86. Teko L, et al. Evaluación económica de la Atención Farmacéutica (AF) en oficinas de farmacia comunitarias. Rev. Esp. Econ. Salud 2002; 1(4):45-59. Disponible en: http://www.economiadelasalud.com/Ediciones/04/pdf/04_Originales.pdf
87. Castro J, Molineros L. Cualificación y experiencia de los vendedores de droguería para la dispensación de amoxicilina en una comuna de Santiago de Cali, Colombia. Rev. colomb. cienc. quim. farm. 2018; 47(1): 53-70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/rcciquifa.v47n1.70658>.
88. Brito Y et al. Uso de medicamentos, reacciones adversas e interacciones farmacológicas en un hospital obstétrico de Puebla, México. Rev. Informt. , 2011;7(27): 58-98. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3759/375942683004.pdf>
89. Carmona J; Cruz I; Ruiz F. Un modelo de prescripción prudente. *Medicina*

Clínica,2015; 144(8):362-369. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002577531400236X>

90. Campos C, Eficacia de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico para aumentar la adherencia al tratamiento de pacientes con infecciones respiratorias agudas desde la farmacia Día y Noche N° 02. Chimbote, abril-junio 2014. 2017.
91. Díaz E. Efecto de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico sobre la percepción de la actividad profesional del farmacéutico en pacientes con infección respiratoria aguda, botica Econofarma N° 3, distrito de Nuevo Chimbote. Santa. Áncash, diciembre 2013-abril 2014.
92. Caelles N, et al. Entrevista farmacéutico-paciente en el Programa Dáder de seguimiento farmacoterapéutico *Pharm Care Esp* 2002; 4: 55-59
93. Gorgas M. Atención farmacéutica en los problemas relacionados con los medicamentos en enfermos hospitalizados. *Elseiver* 27(2):277-335
94. Reyes I, et al. Caracterización de la práctica de la atención farmacéutica en instituciones hospitalarias de Santiago de Cuba. *Revista Cubana de Farmacia* 2013;47(2):225-238
95. Magallanes C. Índice de las enfermedades respiratorias de los teleoperadores de la empresa konecta bto SL sucursal en Perú, en la sede de Bellavista–Callao en el año 2018.

VIII. ANEXOS

ANEXO. N°8.1.SOLICITUD DE PERMISO DIRIGIDO AL EST. FARMACÉUTICO.


COMANDO EN JEFE FUERZA ARMADA ECUATORIANA
COMANDO EN JEFE FUERZA POLICIA
SECRETARÍA GENERAL DE LA FUERZA POLICIA

Quito, 20 de Agosto del 2017

A. El Comandante en Jefe de la Fuerza Armada Ecuatoriana
Comando en Jefe de la Fuerza Armada Ecuatoriana

Asunto: SOLICITUD DE PERMISO DIRIGIDO AL EST. FARMACÉUTICO

Señor: Facilitador para realizar una investigación sobre
Depositos Farmacéuticos

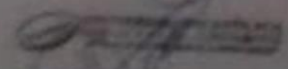

Señor Comandante en Jefe

Yo, Sr. [Nombre], con DNI N° [Número], en calidad de [Cargo], me dirijo a usted para solicitar que se permita la realización de una investigación sobre los depósitos de medicamentos en el territorio nacional, para lo cual se requiere de su autorización y apoyo.

El desarrollo de esta actividad depende de la autorización por parte de la Secretaría de la Fuerza Armada Ecuatoriana, para el cumplimiento de los deberes de la fuerza profesional, de acuerdo a las actividades asignadas de la fuerza profesional de la fuerza armada ecuatoriana, de acuerdo a las actividades de la fuerza profesional de la fuerza armada ecuatoriana, de acuerdo a las actividades de la fuerza profesional de la fuerza armada ecuatoriana.

Quedo a la espera de su respuesta y agradezco de antemano su atención y apoyo.

Atentamente,
[Firma]




Sr. Comandante en Jefe - [Cargo] - [Firma]
Quito, 20 de Agosto del 2017

ANEXO N°8.2. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico

Declaración del paciente:

- 1.- Acepto libremente participar de este programa de Seguimiento Fármaco Terapéutico desarrollado por el Establecimiento Farmacéutico..... y que forma parte de una estrategia para mejorar el estado integral de mi salud.
- 2.- Estoy en conocimiento que este servicio de Atención Farmacéutica es absolutamente gratuito durante el tiempo que dure este estudio y que tengo la libertad de abandonarlo cuando lo estime conveniente.
- 3.- Estoy en conocimiento que el programa no contempla la donación ni venta de ningún tipo de medicamento. Las acciones son solo de tipo educativo y el seguimiento de indicadores de salud.
- 4.- Me comprometo a que toda la información entregada por mí sea fidedigna.
- 5.- Toda información que entregue a los investigadores será absolutamente confidencial y no podrá ser divulgada a terceros sin mi autorización.
- 6.- Autorizo que el Farmacéutico encargado del SFT llame en mi nombre al médico tratante para intercambiar puntos de vista sobre mi tratamiento.
- 7.- Autorizo para que los resultados de las encuestas y fichas de información que responda como parte de la investigación puedan analizarse y presentarse como resultados dentro de un informe final, manteniendo mi anonimato.
- 8.- La firma de este consentimiento no tiene fin comercial o contractual de ningún tipo.

ANEXO N°8.3. FICHAS FARMACOTERAPÉUTICA.

Anexo N° 3.1. Registro de la información del paciente, de su enfermedad de sus medicamentos y del médico prescriptor

FICHA N°01. INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE.

COD° PACIENTE: _____ FECHA: ____/____/____

1.1.- DATOS PERSONALES

NOMBRE: _____ SEXO: __
 DIRECCIÓN: _____ ZONA: _____
 TELÉFONO DOMICILIO: _____ OTRO _____
 (MAIL): _____ FECHA DE
 NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD: __AÑOS: _____
 GRADO DE ESTUDIOS: ANALFABETO.... PRIMARIA... SECUNDARIA....
 SUPERIOR..... TIENE SEGURO SI: _N0:_ SEGURO INTEGRAL (SIS): _ESSALUD:_
 PRIVADO: _
 OTRO CUAL?: _____
 EL SEGURO PRIVADO CUBRE LOS MEDICAMENTOS TOTALMENTE: SI: ____ NO: _

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

Nº	NOMBRE DEL MEDICO	ESTABLECIMIENT O	ESPECIALIDA D	TELÉFONO

1.3.-PROBLEMAS DE SALUD QUE SUFRE O PERCIBE EL PACIENTE AL MOMENTO DE LA

ENTREVISTA (diagnosticadas o no diagnosticadas):

Nº	NOMBRE DEL PROBLEMA DE SALUD, SIGNO O SINTOMA PERCIBIDO POR EL PACIENTE	Tiene Dx?	QUIEN LE DIAGNOSTICO?	TELÉFONO

Insistir con el paciente para que declare TODAS Problemas de Salud diagnosticados o no que sufre o percibe al momento de la entrevista. Estos problemas son la causa directa o potencial del uso de medicamentos

Ficha FFT (Hoja 1 Continua). Registro de la Información del Paciente, de su enfermedad de sus medicamentos y del Medico Prescriptor.

1.4.- MEDICAMENTOS QUE TOMA EL PACIENTE PARA SUS PROBLEMAS DE SALUD EN ESTE MOMENTO (RECUENTO DE TABLETAS en color gris).

Nº	NOMBRE DEL MEDICAMENTO (tal cual fue prescrito comercial o genérico)	DCI	Forma Farma	A: DOSIS (mg)	B: FREC. DE DOSIS x DIA (h)	C: Días que debe tomarse o (días).	(B x C): Total de med. Prescrit o:	FECHA DE PRESCRIPCIÓN.

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

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

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

Nº	NOMBRE DE LOS REMEDIOS CASEROS	DESCRIPCIÓN	DOSIS	FRECUENCIA	DESDE CUANDO

1.7.- PARÁMETROS DE SEGUIMIENTO:

VISITA Nº:	1	2	3	4
FECHA				
PRESIÓN ARTERIAL (en mm de Hg) /..... /..... /..... /.....
GLICEMIA				
PESO (en Kg)				
TALLA (en cm)				
Temperatura (en °C)				
OTRO				

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

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

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

*Las enfermedades del pasado, cirugías, accidentes, traumas, etc. Pueden dejar secuelas, signos o síntomas que podrían ser el

1.9.- ANTECEDENTES FAMILIARES DE MORBILIDAD:

ENFERMEDAD	MADRE	PADRE	HERMANOS	OTROS
HIPERTENSIÓN				
DIABETES				
COLESTEROL				
OTRA:				

Observaciones:

.....

FFT. Registro de los antecedentes familiares y hábitos de vida del paciente.

1.10.- HABITOS DE VIDA:

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

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

COD INTERV:

FFT. Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes. (Primera parte).

Ficha 02. Hoja de Información Farmacoterapéutica.

Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Establecimiento Farmacéutico -Botica Vía Salud

PACIENTE COD. N°:
NOMBRE:

FECHA:

2.1. MEDICAMENTOS QUE TOMA EL PACIENTE PARA OTRA ENFERMEDAD.

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

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

Anexo N° 3.6. FFT. Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes. (Segunda parte).

2.2. MEDICAMENTOS QUE TIENE Y NO TOMA. (REVISIÓN DEL BOTIQUÍN DE MEDICAMENTOS)

Nombre 1:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 2:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 3:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 4:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 5:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 6:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?

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

COD INTERV:

FFT. Guía anatómica de repaso para identificar problemas relacionados con medicamentos.

FICHA 03. GUÍA ANATÓMICA DE REPASO PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS DE SALUD. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Establecimiento Farmacéutico -Botica Vía Salud.

PACIENTE COD. N°:
NOMBRE:

FECHA:

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

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

COD INTERV:

FFT. Hoja guía de intervención farmacoterapéutica – Primera parte.

FICHA 04. HOJA GUIA DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA.

Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Establecimiento Farmacéutico
—Centro de Salud Coishco

PACIENTE COD N°:

NOMBRE:

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

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

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

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

4.2.- DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL PRM:

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

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

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

Fecha final de la Intervención:

COMENTARIO:

Anexo N° 3.9. FFT. Hoja guía de intervención farmacoterapéutica – Tercera parte.

4.4. QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRM.

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

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

COMENTARIO:

FFT. Hoja de información sobre la intervención farmacéutica

FICHA 05. HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Establecimiento Farmacéutico —Centro de Salud Coishco.

COD° PACIENTE : -----

FECHA: / /

5.1. NÚMERO DE CONTACTOS UTILIZADOS DURANTE LA INTERVENCIÓN:

N°	Lugar donde se encontraba el paciente	Medio de comunicación	Invertido (min)

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

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

1. Fecha final de la Intervención (visita domiciliaria):

COD INTERV:

Test para medir la Adherencia al Tratamiento. Test de Morinski

FICHA 06. TEST PARA MEDIR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Establecimiento Farmacéutico —Centro de Salud Coishco

COD° PACIENTE: ----- FECHA:

/ /

1.- ESCALA DE ADHERENCIA A LA MEDICACION (MAS) DE MORISKY-GREEN

LEVINE. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico.

NOMBRE DEL PACIENTE: COD

FECHA: / /

PREGUNTA	VALOR DE LA RESPUESTA	
	SI	NO
¿Cuándo le indican tomar medicamentos, con qué frecuencia se olvida de tomarlos? Por ejemplo si se los recetan para 7 días cuantos días deja de tomarlos? SI= por lo menos 1 vez, NO = ninguna vez.		
¿Y en cuanto a la hora de tomarlos, cuántas veces en una semana se olvida de hacerlo a la hora indicada? SI= por lo menos 1 vez, NO = ninguna vez.		
¿Y cuándo se siente bien, antes de terminar el tiempo indicado de uso de tus medicamentos, deja de tomarlos? SI= 1, nunca: NO = 0.		
¿Y cuándo siente que los medicamentos le caen mal, los deja de tomar? SI= 1, nunca: NO = 0.		

OBSERVACIONES:

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

COD INTERV:

REPORTE DE PRIMER ESTADO DE SITUACIÓN.
ESTADO DE SITUACIÓN

COD Paciente	COD CIE 10	DIAGNÓSTICO	nombre comercial	Dci	fp	dosis (mg)	frecuencia (días)	diastto	COD PRM	Descripción del PRM	COD. INTERVENCIÓN	COD CANAL DE COMUNICACIÓN	aceptación	solución	Descripción de la NO solución	RN M
1	J03	Amigdalitis		Paracetamol	sol	500	3	3	9	el paciente no toma los medicamentos todos los días, se olvida de tomarlos a la hora indicada	8	1	1	0	aún no se ha resuelto totalmente ya que si bien se educó al paciente aún no regulariza totalmente.	1
1	J03	amigdalitis		Amoxicilina	sol	500	3	7								
1		alergia		clorfenamina	sol	4	1									
2	J20	Bronquitis		azitromozina	sol	500	1	4	12	El paciente presenta flatulencias, diarreas	4	3	1	1		6
2	J20	Bronquitis		Ibuprofeno	sol	400	3	10	3	medicamentos en la cocina y dormitorio	10	1	1	1		1
2	J20	Bronquitis							9	se observó en el test de Morisky que el paciente no cumple con la toma del medicamento a sus horas adecuadas y cuando presenta alguna molestia abandona el tto.	8	1	1	1		1
2		cefalea	apronax	naproxeno sodico	sol	550	2									
3	J20	Bronquitis		amoxicilina/ac.clavulanico	sol	500/125	2	5	2	actitudes negativas del paciente en el test de morisky	9	1	1	1		1
3	J20	Bronquitis		ibuprofeno	sol	400	3	3	8	el paciente en su receta no tuvo diagnostico.	8	1	1	1		2
3		acidez	bismutol	subsalicilato de bismuto	sol	252										

4	J02	faringitis		amoxicilina	s ol	500	3	7	9	el paciente no toma el medicamento se olvida o no toma a las horas indicadas.	8	1	1	1		1
4	J02	faringitis		naproxeno sodico	s ol	550	3	4	8	el paciente en su receta no tenia la forma en como tomar sus medicamentos ,y no tenia diagnostico de su enfermedad.	8	1	1	0	el paciente tiene que esperar hasta su proxima consulta con el medico, ya que el medico se encuentra de vacaciones.	2
4	J02	faringitis		diclofenaco	in y	75	1	3	12	el paciente refiere que tiene problemas de ardor en el estomago ya que el diclofenaco mas el naproxeno le esta ocasionando efectos adversos.	5	2	1	1		1
4	J02	faringitis		dextrometorfano	li q	15/25	1	3	2	actitudes negativas del paciente en su test de morisky	8	1	1	1		1
4		nauseas		metroclopramida	s ol	20			1	administracion erronea del medicamento, el paciente se automedica	5	1	1	1		1
4		problemas digestivos	bismutol	subsalicilato de bismuto	s ol	1										
5	J02	faringitis	cefacrol	ceftriazona		1000	1	3	2	actitudes negativas del paciente en el test de Morisky	8	1	1	0	El paciente no se deja ayudar ya que por más que se le orienta, no escucha y sigue incumpliendo con las horas de su tratamiento	1
5	J02	faringitis	dexasona	dexametasona		4	1	3								
5	J02	faringitis	cedeina	codeina			2	5								
5	J02	faringitis	sanaprox	naproxeno sodico	s ol	550	2	4								
5	J02	coholicos digestivos	plidan	Clorhidrato de pargeverina /	s ol				1	el paciente se automedica	9	1	1	0	por mas que se le aconsejo el paciente	2

				Clonixinato de Lisina															refiere que seguira tomando plidan porque le hace bien para sus coholicos.
6	J20	bronquitis		Diclofenaco	in y	75	1	5											
6	J20	bronquitis		Ceftriazona	in y	1	1	5	3	pacinte conserva sus medicamentos en una bolsa, y cerca a la cocina	10	1	1	1					1
6	J20	bronquitis		Azitromicina	s ol	500	1	5	12	el paciente presenta flatulencias, diarreas	4	1	1	1					6
6	J20	bronquitis		Dexametasona	in y	4	1	5											
7	J03	amigdalitis		Ibuprofeno	s ol	400	3	3	9	se observo en el test de Morisky que el paciente es muy incumplidor a la hora de tomar sus medicamento	1	1	1	1					1
7	J03	amigdalitis		Amoxicilina	s ol	500	3	6											
7		cefalea		Paracetamol	s ol	500			15	se observó que el paciente tiene guardado medicamentos vencidos	10	1	1	1					1
8	J20	bronquitis		Azitromicina	s ol	500	1	5	12	el paciente presenta refiere que presenta flatulencias y diarreas	5	1	1	1					5
8	J20	bronquitis		Ibuprofeno	s ol	400	3	10	2	se observó en el test de Morisky que el paciente no cumple con la toma del medicamento a sus horas adecuadas y cuando yase encuentrabien dejasutto.	8	1	1	1					1
8		cefalea		naproxeno sódico	s ol	550			10	el paciente refiere que toma Naproxeno, por otro problema de salud y eso esta que daña al tratamiento.	5	1	1	1					5

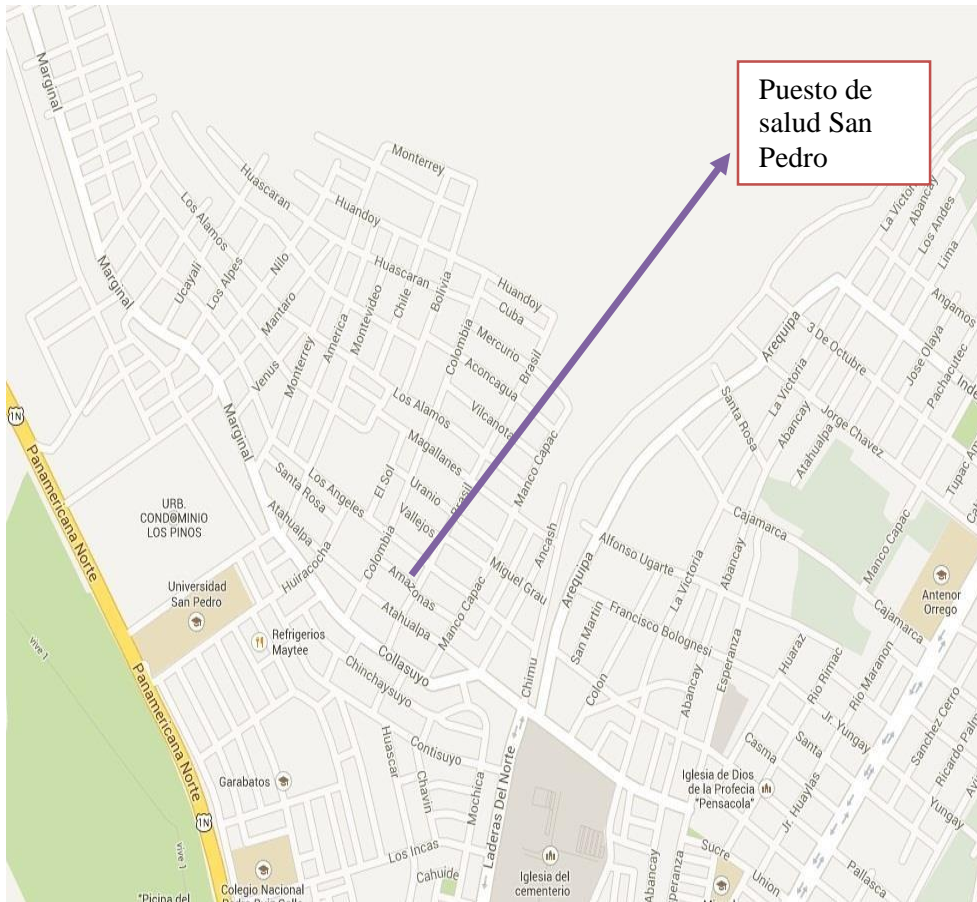
9	J03	amigdalitis		ibuprofeno	sol	400	3	2	2	actitudes negativas del paciente en el test de morisky	8	1	1	0	por mas que se le aconseja al paciente no hace caso y sigue siendo un incumplidor.	1
9	J03	amigdalitis		paracetamol	sol	500	3	2								
9	J03	amigdalitis		azitromicina	sol	500	1	3	12	el paciente presenta dolor y diarreas	4	3	1	1		5
9		alergia		cetirizina	sol	10			3	el paciente tiene sus medicamentos conservados inadecuadamente	10	1	1	0	por mas que se le aconsejo al paciente el daño que puede ocasionar tener medicamentos vencidos no entiende ,dice que le puede servir para cualquier emergencia.	1
9		dolor muscular		apronax	sol	550										
10	J02	faringitis	amoxil	amoxicilina	sol	500	3	5	9	el paciente no cumple con su tratamiento completo	8	1	1	1		1
10	J02	faringitis	apronax	naproxeno sodico	sol	550	2	3	16	la paciente esta muy preocupada ya que no le alcanza su nivel economico para sus medicinas.	10	1	1	1		1
10		enfermedad gastrica		ranitidina	sol	150										
10		cefalea	aspirina	acido acetilsalicilico	sol	500			12	el paciente refiere que presenta una reaccion adversa y probablemente sea porque el naproxeno con el acido acetil salicilico este causado una sobredosificacion y eso le produzca molestias estomacales	5	1	1	0	el paciente tiene que esperar hasta su proxima consulta ya que su medico se encuentra de vacaciones.	3
11	J20	bronquitis	Panadol	paracetamol	sol	500	3	2	5	paciente indica que a veces olvidar tomar el	1	5	0	0	no se cambio el medicamento ya que el	1

									medicamento y lo toma a destiempo y a veces duplica.					médico sugiere que la dosis que se le recomendó al paciente es la adecuada.	
11	J20	bronquitis	Mucosolvan compositum	Ambroxol	liq	10	3	5	3	conservacion inadecuada	10	1	1	1	3
11		mal del hígado		Hepabionta	sol										
11		cefalea		naproxeno sódico	sol	550									
12	J02	faringitis		naproxeno sódico	sol	500	3	5	8	el paciente en su receta no tenia la forma en como tomar sus medicamentos ,y no tenia diagnostico de su enfermedad.	8	1	1	1	1
12	J02	faringitis		Cefalexina	sol	500	3	3	3	medicamentos en su cajon de su cómoda, en el baño	10	1	1	1	3

ANEXO N°8.4. FOTOS



ANEXO N°8.5. UBICACIÓN



ANEXO N° 8.6. Glosario de términos

- PRM: Problemas relacionados con el uso de medicamentos
- RNM: Resultados negativos de la medicación
- SFT: Seguimiento fármaco terapéutico
- AF: Atención farmacéutica
- DF: Diagnostico farmacéutico
- IF: Intervención farmacéutica
- TOM: The therapeutics outcomes monitoring
- MAS: Medication adherente scale
- SPSS: Statistical Package for the Social Sciences
- EF: establecimiento farmacéutico
- DCI: Denominación común internacional
- CIE10: Código internacional de enfermedades versión 10
- DIGEMID: Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas.
- EESS: Estado de Situación
- FFT: Ficha Farmacoterapéutica.