



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

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

“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 DISTRITO DE CHIMBOTE,
ABRIL-JUNIO 2014.

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE QUÍMICO
FARMACÉUTICO

AUTOR: Bach: Campos Cevallos Carlos
ASESOR: Mg. Farm. Percy Alberto Ocampo Rujel

CHIMBOTE-2015

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

ACTA N°-2015 DE SUSTENTACIÓN DEL INFORME DE TESIS

Siendo las..... horas del día..... de del 201.... , y estando conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Promoción y Difusión de la Investigación Científica- ULADECH - CATÓLICA, en sus Artículos 48° y 52°, los miembros del Jurado de Sustentación de la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica, conformado por:

Mg. Q.F. Alfredo Claudio Delgado	Presidente
Mg. Q.F. Walter Teodoro Ramírez Romero	Secretario
Mg. Q.F. Edison Vásquez Corales	Miembro

Se reunieron para evaluar la sustentación del informe de tesis titulado:

**“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” DISTRITO DE CHIMBOTE,
ABRIL-JUNIO 2014.**

Presentado por:

Código del estudiante: 0108101047

Asesorado por: Mg. Percy Alberto Ocampo Rujel

Luego de la presentación del autor y las deliberaciones, el Jurado de Sustentación acordó: Por..... la tesis, con el calificativo de, quedando expedito/a el/la bachiller para optar el Título Profesional de Farmacia y Bioquímica.

Los miembros del Jurado de Sustentación firman a continuación, dando fe de las conclusiones del Acta:

Mg. Q.F. Walter Teodoro Ramírez Romero
SECRETARIO

Q.F. Edison Vásquez Corales
MIEMBRO

Mg. Q.F. Alfredo Bernard Claudio Delgado
PRESIDENTE

Agradecimientos y dedicatoria.

Me gustaría agradecerle en primer lugar a Dios por permitirme llegar hasta donde he llegado, porque hizo realidad esta meta anhelada.

A mis padres Carlos y Bety por sacrificar gran parte de su vida para formarme como profesional que por sus sabios consejos, por los grandes valores que forjaron en mí, por su dedicación y amor, por su esfuerzo y sacrificio del día a día, por su humildad y sencillez ante los buenos y malos momentos, por confiar en mí y haber logrado esta meta juntos

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. A su vez quiero hacer un especial agradecimiento 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.

A mi hija Tisiana que es mi mayor tesoro que Dios me pudo haber dado y ser el motor de que yo salga adelante y este trabajo va dedicado a su persona que es lo mejor que tengo te amo mi princesa.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles sus consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga.

RESUMEN

Específicamente la presente investigación estuvo orientada a describir ¿Cuál es la eficacia de un programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico para aumentar la adherencia al tratamiento de pacientes con Infecciones Respiratorias Agudas intervenidos desde la “FARMACIA DÍA Y NOCHE N°02” Distrito Chimbote durante los meses de abril a junio del 2014? El objetivos de la investigación fue determinar la eficacia de un programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico para aumentar la adherencia al tratamiento de pacientes con Infecciones Respiratorias Agudas intervenidos desde la “FARMACIA DÍA Y NOCHE N°02”, Distrito Chimbote durante los meses de abril a junio del 2014. La muestra de pacientes fue monitoreada a través de un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico de seis fases: captación, levantamiento de información, evaluación de la información, intervención, seguimiento y medición de resultados. En cada fase se recogió información en herramientas e instrumentos específicos: fichasfarmacoterapéuticas, test de adherencia al tratamiento y percepción de tratamiento. Se capataron 12 pacientes con diagnóstico de Infecciones Respiratorias Agudas. En el primer contacto en la farmacia se levantó información mediante una ficha de seguimiento farmacoterapéutica. Cada paciente fue evaluado con el fin de diagnosticar y tratar cada PRM encontrado de manera particular. Posteriormente se siguió al paciente mediante visitas y llamadas telefónicas para reforzar el cumplimiento de las indicaciones. Se solucionaron 30 PRMs (90.9%) y los no resueltos dejaron expuesto al paciente a la aparición de resultados negativos de la medicación (RNMs) que en su menoría pudieron ser: 3 (9.1%). Se concluye que el programa es eficiente en el diagnóstico de PRMs y en la prevención de RNMs y es significativo en mejorar la adherencia con un nivel de significancia de ($p=0.001$).

Palabras clave: Seguimiento Farmacoterapéutico(SFT), Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM), Resultados negativos de la Medicación (RNM), Infecciones Respiratorias Agudas.

ABSTRACT

Specifically the present investigation was designed to describe what is the effectiveness of a pilot Pharmacotherapy follow to increase adherence to treatment of patients with acute respiratory infections operated from "PHARMACY DAY AND NIGHT No. 02" Chimbote District during the months of program April to June 2014? The objectives of the research was to determine the effectiveness of a pilot program Pharmacotherapy follow to increase adherence to treatment of patients with acute respiratory infections operated from "PHARMACY DAY AND NIGHT No. 02", Chimbote District during the months of April to June 2014

The sample of patients was monitored through a program of Pharmacotherapy follow six stages: acquisition, gathering information, evaluating information, intervention, monitoring and measuring results. In each phase information specific tools and instruments collected: pharmacotherapeutic records, test adherence to treatment and perception of treatment

Twelve patients were collected with a diagnosis of acute respiratory infections. In the first Pharmacy contact information rose by a record of pharmacotherapeutic monitoring. Each patient was evaluated to diagnose and treat each PRM found in a particular way. Subsequently the patient was followed by visits and phone calls to strengthen compliance with the indications calls. 30 PRMs (90.9%) were resolved and unresolved left exposed the patient to the appearance of negative results of medication (RNMs) that could be in its memoria: 3 (9.1%).

We conclude that the program is effective in the diagnostic of PRMs and preventing significant RNM and improve adhesion with a level of significance ($p = 0.001$)

Keywords: Pharmacotherapy monitoring (SFT), Drugs related problem (PRM), negative results Medication (RNM), Problems Acute Respiratory Infections.

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.Nº
I. INTRODUCCIÓN	10
1.1. Caracterización del problema	10
1.2 Antecedentes.	11
1.3. Evolución del Seguimiento Farmacoterapéutico en el Perú.	17
1.4. Resultados de la implementación de la Atención Farmacéutica y SFT	18
1.5. Enunciado del problema.	20
1.6. Objetivos de la investigación	20
1.6.1 Objetivo General	20
1.6.2 Objetivos Específicos	20
1.7. Justificación de la Investigación	21
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	26
2.1. Marco normativo para el desarrollo de la farmacia y el uso de medicamentos del Perú	26
2.2. Problemas relacionados con el uso de medicamentos (PRM) y resultados negativos de la medicación (RNM)	27
2.3. Diagnóstico de problemas relacionados (PRM)	31
2.4. La Atención Farmacéutica y el Seguimiento Farmacoterapéutico: contribución del farmacéutico al mantenimiento de la salud pública	40
2.5. Infecciones Respiratorias Agudas	47
2.6. Farmacia DÍA Y NOCHE	49
2.7. Hipótesis	50
III.- METODOLOGÍA.	51
3.1. Diseño de la investigación	51
3.1.1. Tipo y el nivel de la investigación:	51
3.1.2. Diseño de la investigación:	51
3.2 Población y muestra.	51
3.3. Definición y Operacionalización de las variables.	52
3.3.1 Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico.	52
3.3.2 Problemas relacionados con medicamentos (PRM).	53
3.3.3 Resultados negativos asociados con la medicación (RNM).	53
3.3.4 Cumplimiento o adherencia al tratamiento	53
3.3.5 Infección Respiratoria Aguda	54

3.4 Técnicas e instrumentos.	54
3.4.1. Técnica	54
3.4.2. Instrumentos	54
3.4.2.1. Hojas para el registro de datos del Seguimiento Farmacoterapéutico	55
3.4.2.2. Instrumento para medir la adherencia al tratamiento	55
3.4.3. Procedimientos de recolección de datos	56
3.4.3.1. Oferta del servicio y captación de los pacientes	56
3.4.3.2. Levantamiento de información	57
3.4.3.3. Fase de estudio y evaluación de la información	58
3.4.3.4. Fase de intervención: actividades de Seguimiento Farmacoterapéutico.	59
3.4.3.5. Evaluación del impacto de la intervención.	59
3.5. Plan de análisis de datos	60
3.6. Matriz de consistencia	62
3.7 Criterios éticos	63
IV. RESULTADOS	64
4.1. Resultados	64
4.2. Análisis de Resultados	69
V. CONCLUSIONES	79
5.1. Conclusiones	79
5.2. Aspectos Complementarios	80
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
VII. ANEXOS	91
ANEXO 7.1. Solicitud de permiso dirigido al establecimiento Farmacéutico	91
ANEXO 7.2. Ejemplo de hoja de consentimiento informado	92
ANEXO 7.3. Ficha Farmacoterapéutica	94
ANEXO 7.4. test de Morinski	116
ANEXO 7.5. Tabla de estado de Situación	118
ANEXO 7.6. Fotos	124

Índice de cuadros, figuras, tablas y gráficos.

v.1.	Índice de cuadros.	Pág. N°
Cuadro N°01.	Base legal vigente para el manejo de medicamentos en el Perú	26
Cuadro N°02.	Base legal para el desarrollo de las actividades profesionales de los Químicos Farmacéuticos del Perú	27
Cuadro N°03.	Listado de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM)	29
Cuadro N°04.	Clasificación de los Resultados Negativos Asociados con la Medicación (RNM). Tercer consenso de Granada. 2007. (Clasificación que le correspondía a los PRMs hasta el Segundo Consenso de Granada)	30
Cuadro N°05.	Actividades de Atención Farmacéutica en el ejercicio profesional del farmacéutico comunitario	40
Cuadro N°06.	Clasificación de intervenciones farmacéuticas destinadas a prevenir o resolver resultados clínicos negativos de la farmacoterapia	46
Cuadro N°07.	Listado de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM)	53
Cuadro N°08	Escala de Adherencia a la medicación (MAS) de Morisky – Green – Levine.	55
Cuadro N°09.	Tipos de canales para comunicar las recomendaciones del farmacéutico para la solución de PRMs	58
Cuadro N°10.	Valoración de los resultados de Adherencia terapéutica según el test de Morisky – Green – Levine	61
v.2	Índice de figuras	
Figura N°01.	Flujograma de la Etapa de estudio y evaluación. Tomado de Comité de Consenso	37
Figura N°02.	Pasos clave del Método DADER modificado de SFT	44
Figura N°03.	Esquema del Modelo de Intervención Farmacéutica	51
Figura N°04.	Flujograma de Actividades de Seguimiento Farmacoterapéutico	57
Figura N°05.	ANEXO N° 1 Frontis FARMACIA DÍA Y NOCHE	124
Figura N°06.	ANEXO N°2. Mapa de ubicación de la farmacia Día y noche	124
Figura N°07	ANEXO 3 paciente firmando la hoja de consentimiento	125
Figura N°08.	Revisión de medicamentos	125

Tabla N°01.	Distribución de frecuencias y porcentajes de los pacientes intervenidos por sexo y edad promedio. Programa de SFT dirigido a pacientes con infecciones respiratorias agudas. Farmacia Día y Noche Chimbote Abril-junio 2014	63
Tabla N°02.	Distribución de los tiempos invertidos durante el Seguimiento Farmacoterapéutico entre el farmacéutico y los pacientes por la forma de contacto. Programa de SFT a pacientes con infecciones respiratorias agudas. Farmacia Día y Noche Chimbote Abril-junio 2014	63
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. Farmacia Día y Noche Chimbote Abril-junio 2014	64
Tabla N°04.	Distribución de la frecuencia de uso de medicamentos según su origen en prescritos y no prescritos durante el proceso de intervención. Programa de SFT a pacientes con infecciones respiratorias agudas. Farmacia Día y Noche Chimbote Abril-junio 2014	65
Tabla N° 05	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. Farmacia Día y Noche,Chimbote. Abril a junio del 2014.	66
Tabla N°06.	Impacto del SFT sobre la Adherencia al Tratamiento. Programa de SFT a pacientes con infecciones respiratorias agudas. Farmacia Día y Noche Chimbote Abril-junio 2014	67
Tabla N°07	Impacto del Seguimiento Farmacoterapéutico sobre las actitudes que reflejan cada una de las preguntas del Test de Morisky. Programa de SFT a pacientes con infecciones respiratorias agudas. Farmacia Día y Noche Chimbote Abril-junio 2014	68
v.4.	Índice de Gráficos	
Gráfico N°01.	Porcentaje de los medicamentos usados para los problemas de salud identificados. Programa de SFT a pacientes con infecciones respiratorias agudas Farmacia Día y Noche Chimbote Abril-junio 2014	66
Gráfico N°02	Evaluación de los puntajes obtenidos, según las respuestas del Test de Morisky antes y después de la intervención farmacoterapéutica.	67

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Caracterización del problema.

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

La mala utilización de medicamentos es en la actualidad un problema sanitario de enorme magnitud. Varios autores presentan evidencia exhaustiva acerca de la morbimortalidad y el impacto en los sistemas sanitarios por efecto del uso inapropiado de medicamentos (3 - 7).

Los resultados y conclusiones foráneos acerca de esta realidad que se origina en el consumo de medicamentos son posibles gracias a sistemas de control y monitorización de los sistemas de salud, tecnología apropiada para el diagnóstico y redes de información que aún no existen en nuestro sistema de salud. Es legítimo entonces preguntarnos ¿Cuál es la extensión de los problemas relacionados con medicamentos en un país como el nuestro donde no existen sistemas de farmacovigilancia desarrollados? ¿Cuál es el estado de la morbilidad y mortalidad asociada con el uso de medicamentos en el Perú?

Como solución a este problema emergente se han desarrollado diversos modelos de atención farmacéutica, sobre todo en Estados Unidos y España (8) basados en el perfil profesional del Farmacéutico como como experto en medicamentos. Como lo señalan Bonal y col. (9) se debe promover la adaptación de estos modelos e instrumentos farmacéuticos para garantizar la calidad del uso de medicamentos por los pacientes. Estas modificaciones deben tomar en cuenta la diversidad de variables que podrían influir en el uso de medicamentos, desde aquellas propias de los usuarios y su entorno social y cultural hasta aquellas relacionadas con la morbilidad prevalente, la calidad de los productos y los criterios de prescripción y dispensación.

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) constituyen uno de los principales problemas de salud a nivel mundial en niños menores de 5 años por ser una de las primeras causas de mortalidad y morbilidad. Los niños suelen padecer de 4 a 8 episodios de IRA en un año. Según estimados estas infecciones representan en este grupo etario, entre el 30% y el 50% de las visitas a los establecimientos de salud, así como entre el 20% y 40% de las hospitalizaciones pediátricas en la mayoría de los países en vías de desarrollo (10).

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

Se hace necesario por tanto desarrollar investigaciones para demostrar la contribución de la Atención Farmacéutica y el Seguimiento Farmacoterapéutico en la prevención y control de problemas relacionados con medicamentos, sobre todo en enfermedades que demandan un uso continuo de medicamentos como en el caso de las enfermedades crónicas. En ese sentido se plantea la presente investigación que evidenciará resultados de la actividad profesional del farmacéutico en la solución de tales problemas

1.2 Antecedentes.

Atención farmacéutica y seguimiento Farmacoterapéutico.

El término "Pharmaceutical Care", traducido inicialmente en España como Atención Farmacéutica, fue utilizado por primera vez por Brodi en 1966 (11). Sin embargo no fue hasta la década del 70 que empezó la problematización del nuevo rol sanitario de la profesión farmacéutica, que implicaba un mayor compromiso de los profesionales para asegurar que los pacientes consuman medicamentos de manera apropiada.

En 1975 la Asociación Americana de Colegios de Farmacia (AACP) (12), encargó a una comisión de expertos elaborar un informe denominado "Pharmacists for the future"; el llamado "Informe Millis" señalaba la urgente necesidad de implicar a los farmacéuticos

en el control del uso adecuado de los medicamentos. Sus conclusiones serían una llamada de alerta que remecería los cimientos de la profesión farmacéutica, y obligaba a modificar los modelos de formación profesional usados en ese momento centrados más en el medicamento como un bien comercial, más que en un bien social relacionado directamente con la salud pública.

Posteriormente Mikeal y Col.(**12, 13**) en 1975 aportaron las primeras definiciones del término Pharmaceutical Care (PhC): "La atención (the care) que un paciente determinado requiere y recibe, y que garantiza el uso racional y seguro de los medicamentos". En esta primera definición, creada en unos años en los que todavía la función del farmacéutico se centraba básicamente en distribuir los medicamentos a la población, el paciente se incorpora como objeto de la actuación del farmacéutico, así como un elemento que necesita y recibe una "atención" que garantice un uso racional de los medicamentos, como analogía de la atención médica (medical care). Tomando como referencia a Mikeal, Brodi (**14**) en 1980 en una conferencia sobre Teoría de la Práctica Farmacéutica propuso que: "El farmacéutico debe ser responsable del resultado de la terapia con medicamentos".

Brodi (**8,14**) desarrolló el concepto en su sentido actual e incluyó no solo la determinación de las necesidades de medicamentos y la provisión sino también los servicios que son necesarios antes, durante o después del tratamiento, para asegurar terapia adecuada segura y eficaz. En 1985, Hepler analiza las primeras conceptualizaciones y concluye que es insuficiente que la labor del Farmacéutico quede solo en informar y aconsejar, sostuvo que debe asumir el "cuidado" de los pacientes que usan medicamentos, dándole una nueva dimensión al término Pharmaceutical Care. Así en 1988 describió a la Atención farmacéutica como "Una relación adecuada entre un paciente y un farmacéutico en la que este último realiza las funciones de control del uso de medicamentos basándose en el conocimiento y el compromiso respecto al interés del paciente"(**3, 8, 13**). En 1989 se produce una fusión entre el punto de vista filosófico de Hepler sobre el mal uso de medicamentos y las ideas prácticas para su resolución que aportó Linda Strand. En el ya clásico informe "Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care"(**3, 8, 13**) ellos concordaron finalmente que la AF es "La provisión responsable de terapia farmacológica para obtener resultados exitosos que mejoren la calidad de vida del paciente".

El valor de la AF como herramienta para el fortalecimiento de los sistemas sanitarios se reconoció por primera vez en Estados Unidos en 1990 donde se empezó su incorporación como procedimiento normalizado en la atención a los pacientes. A través del Omnibus Budget Reconciliation Act de 1990 (OBRA 90) **(15, 16)** se incluyeron aspectos del Pharmaceutical Care y se estableció la obligación de efectuar revisión del uso de los medicamentos en los pacientes beneficiarios de Medicaid (el sistema asistencial federal para pacientes de bajos ingresos), así como la necesidad que los farmacéuticos ofrezcan consejo sobre el uso de medicamentos a los pacientes.

Desde entonces, este modelo ha influido de manera determinante en la práctica farmacéutica de los profesionales en todo el mundo, dándole un impulso de cambio desde “servicios de distribución” hacia “servicios cognitivos”, apelando a la responsabilidad profesional de los farmacéuticos **(17)**.

Un hito importante en este proceso de definiciones fue establecer que el mal uso de los medicamentos podría ser la causa de problemas de Salud. Luego de 30 años en 1990 Strand y col.**(18)** publicaron el primer artículo en el que se trató conceptualmente el término “Drug related problems”, que fue traducido al español como problemas relacionados con medicamentos (PRMs).

Una vez establecidas las bases ideológicas comenzó el desarrollo metodológico de los principios de la AF mediante la puesta en marcha de programas de investigación e implantación. Pronto se perfilaron dos tendencias correspondientes a los modelos propuestos por Strand, de Atención Farmacéutica Global (Comprehensive pharmaceutical care, CPHC) y por Hepler, Atención Farmacéutica a Grupos de Riesgo (crónicos, ancianos, etc.) (Therapeutics outcomes monitoring o TOM)**(8, 19)**.

En la AF global el farmacéutico realiza el seguimiento de toda la farmacoterapia utilizada por los pacientes que aceptan la incorporación al programa, mientras que en el modelo TOM el farmacéutico ofrece el servicio a los pacientes incluidos en los grupos de riesgo en los que haya decidido intervenir (analgésicos, asmáticos, etc.) y se centra en el control de la farmacoterapia que utilizan, habitualmente por períodos largos o permanente, por lo que también suelen necesitar acciones de educación sanitaria para mejorar la implicación del paciente en su autocuidado **(8)**.

En 1992, en la Universidad de Minnesota, se desarrolló un modelo práctico basado en la filosofía de la AF global denominado Proyecto Minnesota, en el que participaron más de 50 farmacéuticos y cuyo objetivo fue demostrar que el papel del farmacéutico asistencial es útil para luchar contra el mal uso de los medicamento. El proyecto fue realizado en 20 farmacias comunitarias con 12,376 actos de Pharmaceutical Care. Se identificaron 2.434 problemas relacionados con medicamentos (PRMs). El 43% de los pacientes presentó un PRMs y el 70% de ellos mejoraron con el Seguimiento Farmacoterapéutico **(13)**.

Es en el año 1993 cuando se puede considerar la expansión de Pharmaceutical Care fuera de los Estados Unidos. En ese año la Organización Mundial de la Salud publica su Informe Tokio sobre "El papel del farmacéutico en el sistema de Atención de salud", donde se examinan las responsabilidades del farmacéutico en relación con las necesidades asistenciales del paciente y de la comunidad, englobándolas en el concepto de Atención Farmacéutica **(20)**.

En 1996 Hepler y col. **(21)** desarrollaron una investigación basada en el modelo TOM para evaluar un modelo de atención farmacéutica en farmacias comunitarias. Los resultados, no obstante el valor técnico de su aplicación, demostraron en ese momento pocas perspectivas de implementación comercial debido a la dificultad de entender el proceso por parte de los farmacéuticos y la dificultad para enrolar a los pacientes.

Hepler²¹ describe a la AF como "un resultado orientado, cooperativo, sistemático para brindar farmacoterapia dirigida al mejoramiento de todas las dimensiones de la salud relacionadas con la calidad de vida". Posteriormente se intentó implementar el modelo TOM en otros ámbitos principalmente, en Europa **(22)**.

En 1997 Strand junto con Cipolle y Morley proponen una perspectiva más humanística de la AF cuando afirman que "es una práctica mediante la cual los farmacéuticos asumen la responsabilidad de la farmacoterapia que un paciente necesita y se comprometen a cumplirla"(18). Strand señala además que la AF no es únicamente la teoría de una práctica, sino que tiene una amplia filosofía.

La introducción del marco conceptual en realidades de habla hispana tuvo en sus inicios una dificultad semántica. La traducción del término "Pharmaceutical Care" como "Atención Farmacéutica" pareció en ese entonces la más válida al enlazar la denominación de la actividad (atención o actuación) con la del profesional encargado de proporcionársela a la sociedad. Pero no todos los que lo utilizaban aquel término querían decir lo mismo. Ciertos sectores tanto en España como fuera de ella, asimilaron el término Atención Farmacéutica como "servicio o asistencia farmacéutica", incluyendo dentro de este concepto todas las actividades y servicios ofrecidos en la oficina de farmacia, desnaturalizando y mezclando los propósitos comerciales con aquellos puramente salubristas (8).

Finalmente, tras las reflexiones de Gastelurrutia y Soto en 1999 se acordó adoptar como traducción de "Pharmaceutical Care" la expresión Seguimiento Farmacoterapéutico o "Seguimiento del Tratamiento Farmacológico", y reservar el término "Atención Farmacéutica" para un concepto más amplio en el que aquel está incluido (23).

No obstante quedar aparentemente claro que la solución de los problemas de los pacientes relacionados con el uso de medicamentos eran el objetivo concreto del trabajo profesional del Farmacéutico Sanitario, aún existía la necesidad de establecer una correlación entre la semántica del término Drug Related Problem acuñado por Strand y col. en 1990 y alguna definición en castellano que defina este objetivo de las acciones de la Atención Farmacéutica.

Con este objetivo, en 1998 se celebró en España el Primer Consenso de Granada, convocado por el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. Este consenso analizó la definición de PRMs (Problemas relacionados con el medicamento) y se estableció su primera clasificación. Luego, muchos autores han replicado tal definición en diversos trabajos de investigación en la misma España y en Latinoamérica (23).

En el documento final del Primer Consenso aparecido en el 2001 recoge la idea central de que la Atención Farmacéutica en España equivale al conjunto de las funciones asistenciales del farmacéutico, describiendo detalladamente (concepto, objetivos, requisitos, diseño y evaluación) los más importantes: dispensación, indicación farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico. Sin olvidar que el término incluye otros servicios tales como: farmacovigilancia, educación sanitaria, formulación magistral y formación en uso racional de medicamentos (24).

En el 1999 una vez establecidas las bases conceptuales el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (GIAF-UGR) propone el método DÁDER de Seguimiento Farmacoterapéutico con el objetivo de implantar empíricamente esta práctica profesional (25).

En el 2005 el método realiza su tercera revisión con el objetivo de universalización y simplificación. Universalización para que se convierta en un estándar de práctica que pueda ser utilizado por cualquier farmacéutico trabajando con cualquier paciente, sea cual fuese su tratamiento para su enfermedad. Y simplificación, en el convencimiento de que para que un procedimiento se pueda extender y convertirse en una práctica generalizada, habrá de ser lo más simple posible, sin que por ello pierda el rigor de un procedimiento operativo normalizado (26).

En el tercer Consenso de Granada en 2007, (27) sobre problemas relacionados con medicamentos (PRM) y resultados negativos de la medicación (RNM), se aceptaron las definiciones propuestas por el foro de Atención farmacéutica, un grupo de debate constructivo formado por representantes de distintas instituciones de todos los ámbitos de interés relacionados con AF en España (27).

En este documento se asume la entidad de los PRMs como elementos de proceso y como causas de RNMs. La definición original de PRMs pasa a ser ahora la definición de RNMs. Se propuso un listado de PRM (Cuadro N°03) y una clasificación de RNM (Cuadro N°04). Finalmente se adapta la definición de Seguimiento Farmacoterapéutico del Consenso sobre Atención farmacéutica del Ministerio de Sanidad y Consumo de España, publicado en 2001(24, 27).

1.3. Evolución del Seguimiento Farmacoterapéutico en el Perú.

En el Perú los antecedentes acerca de la implementación de programas de Atención Farmacéutica (AF) datan del 2003 de una reunión promovida por la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas para identificar los ámbitos de aplicación del término Atención Farmacéutica. En la reunión participaron Farmacéuticos de establecimientos de salud, profesionales representantes de universidades y de instituciones farmacéuticas pero no se llegó a ningún consenso. La política de medicamentos del Perú del 2004 es el primer documento normativo que refiere a promover el desarrollo de la atención farmacéutica y el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Farmacia entre los profesionales farmacéuticos, tanto del sector público como privado**(28)**. De los criterios de política se desprende La Ley 29459, Ley de Medicamentos del 2009 y sus reglamentos que entraron en vigencia en 2011. De esta norma a su vez se desprende toda la regulación en materia de medicamentos que existe actualmente en el Perú. En ella se zanja el problema semántico y se definen los alcances de la Atención farmacéutica y el Seguimiento Farmacoterapéutico como actividades esenciales de las Buenas prácticas de farmacia **(29-31)**.

Según La Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud del Perú (DIGEMID) **(32)**, a Enero de 2008 el desarrollo de la Atención Farmacéutica podía ser explicado revisando las distintas actividades académicas normativas y profesionales desarrolladas en los últimos 10 años. En el documento de referencia se explica que la implementación de la Atención farmacéutica en el Perú se ha basado únicamente en evaluar el potencial efecto de los programas y en la identificación de las características a favor y en contra que tienen los tipos de establecimientos de salud existentes y las estrategias que se requerirían en cada uno para la implementación de este servicio. En el 2012 la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud del Perú, presentó su modelo de Seguimiento Farmacoterapéutico para Establecimientos Farmacéuticos públicos. Se declaran las fases del proceso y se sugieren hacer mediciones de los resultados a través de indicadores de uso de medicamentos, resolución de Problemas Relacionados con Medicamentos y el impacto del proceso sobre la adherencia al tratamiento. Sin embargo no existe una guía de cómo desarrollar el proceso **(33)**.

1.4. Resultados de la implementación de la Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico.

En cuanto a resultados, las diversas intervenciones de Seguimiento Farmacoterapéutico realizadas han evidenciado resultados positivos. Las intervenciones orientadas a mejorar la calidad de uso de los medicamentos y control de diversas entidades patológicas muestran resultados en ámbitos clínicos, humanísticos y económicos, ganancia en capacidades y empoderamiento de los profesionales farmacéuticos **(34)**.

Se han observado además, como efecto de las intervenciones farmacéuticas, mejoras significativas en el conocimiento por parte del paciente sobre los factores de riesgo de las enfermedades, sobre las características de los medicamentos y en la satisfacción del paciente con el servicio farmacéutico. También, se encontraron mejorías significativas en la función física y un raro empeoramiento de las funciones sociales, emocionales y de salud mental relacionado probablemente a una mayor conciencia de parte del paciente hacia la enfermedad **(35)**.

En cuanto a los tipos de intervenciones realizadas, Sabater y col. **(47)** analizaron 2361 hojas de intervención farmacéutica y determinaron que las más prevalentes fueron aquellas encaminadas hacia la sustitución del medicamento (23,6%), seguidas por aquellas destinadas a la adición de un medicamento al paciente (23,5%). También destacaron las intervenciones dirigidas hacia la disminución del incumplimiento voluntario (14,8%), hacia la retirada de un medicamento (14,6%) y hacia la modificación de la dosis (13,4%). El resto de los tipos de intervención definidos fueron: educación en medidas no farmacológicas (3,4%), disminución del incumplimiento involuntario (3,4%), modificación de la dosificación (2,2%) y modificación la pauta de administración (1,2%). Son múltiples las evidencias sobre los resultados positivos alcanzados a través de la introducción de programas de SFT en todos los niveles de atención de salud clínicos y ambulatorios.⁴⁸ Así mismo de su utilidad como herramienta que mejora el nivel de control de morbilidad ocasionada por el uso de medicamentos en pacientes con patologías de curso diverso crónicas o agudas, transmisibles o no **(49-52)**.

Las investigaciones muestran también evidencias del efecto de intervenciones farmacéuticas realizadas a través de diversos canales de comunicación que utilizan no solo las entrevistas personales sino también las alternativas electrónicas y el internet. Se concluye sobre la potencia y eficacia de estos medios para la transmitir a los pacientes indicaciones de uso de medicamentos y la monitorización sobre el cumplimiento o reporte de reacciones no esperadas (53-58).

En el Perú, en una búsqueda rápida en internet de las palabras clave Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes con infección respiratoria en adultos en el Perú o Atención farmacéutica en pacientes con infección respiratoria en el Perú, arroja escasos resultados de investigaciones o programas en marcha de SFT.

En un trabajo antiguo y pionero sobre la implantación del SFT en una farmacia comunitaria de un cono de Lima, Gamarra y col.(59) muestran resultados poco precisos sobre la naturaleza de la intervención y la conclusión solo refiere una influencia positiva del programa en la percepción de los pacientes sobre la imagen profesional del farmacéutico.

Ayala y col. (60) en 2010, en una investigación utilizando el modelo DÁDER reportan impacto positivo del SFT sobre la autopercepción de la calidad de vida asociada con la salud de pacientes hipertensos que se atienden en un hospital de Lima.

Sin embargo se utiliza la definición del Segundo Consenso de Granada para describir los resultados de PRMs que ahora son considerados RNMs.

Ocampo(61) en 2010, en una investigación para medir el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes con infección respiratoria, demuestra que el resultado es significativo (0.031) cuando se comparan los test antes y después de una intervención farmacoterapéutica. Se refiere que el programa aumentó sobre todo la actitud de los pacientes en tomar los medicamentos cotidianamente ($p = 0,003$).

1.5. Enunciado del problema.

En este escenario nace la motivación de poner en práctica un modelo adaptado de Atención Farmacéutica basado en Seguimiento Farmacoterapéutico que permita evaluar el impacto y la utilidad del programa no solo para los pacientes, si no como herramientas farmacéuticas para el fortalecimiento de los Establecimientos Farmacéuticos como unidades de salud especializadas sobre el uso de medicamentos.

Específicamente la presente investigación está orientada a describir ¿Cuál es la eficacia de un programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico para aumentar la adherencia al tratamiento de pacientes con Infecciones Respiratorias Agudas intervenidos desde la “FARMACIA DÍA Y NOCHE N°02” distrito Chimbote durante los meses de abril a junio del 2014?

1.6. Objetivos de la investigación

1.6.1 Objetivo General

Determinar la eficacia de un programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico para aumentar la adherencia al tratamiento de pacientes con Infecciones Respiratorias Agudas intervenidos desde la “FARMACIA DÍA Y NOCHE N°02”, distrito Chimbote durante los meses de abril a junio del 2014

1.6.2. Objetivos Específicos

1.6.2.1 Determinar el estado de situación de uso de medicamentos de una muestra de pacientes con Infecciones Respiratorias Agudas que se atienden en la “FARMACIA DÍA Y NOCHE N°02”, distrito Chimbote a través del desarrollo de un programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT).

1.6.2.2 Diseñar e implementar estrategias de intervención farmacéuticas para solucionar PRMs diagnosticados

1.6.2.3. Comparar el nivel de adherencia al tratamiento antes y después de la intervención piloto.

1.7. Justificación de la Investigación

Justificación teórica.

Los problemas que hoy se presentan en la asistencia sanitaria farmacéutica están relacionados fundamentalmente por la brecha que existe entre la evidencia demostrada en la investigación y lo que se aplica realmente en la práctica profesional farmacéutica.

La idoneidad o conveniencia de la atención farmacéutica (A.F.) presupone que existe una fuerte evidencia de la relación entre lo que se dice en investigaciones y presupuestos teóricos y los resultados consecuencia de la praxis. Establecer pruebas de esta relación exige estudios cuidadosos en el campo de la AF que sean replicables y permitan obtener un cuerpo de conocimientos suficientemente extrapolable a toda la población (62, 63, 64).

Investigaciones sobre el impacto de las intervenciones farmacéuticas son esenciales para definir, clasificar y analizar los problemas asociados con el uso de los medicamentos. Es necesario determinar cuáles son los factores influyentes sobre las conductas de los pacientes hacia ellos. Aunque existen referencias foráneas acerca de cuáles son las causas, (27) es necesario determinar nuestras particulares necesidades básicamente porque nuestro desarrollo económico, nuestras diferencias sociales y demográficas, el acceso a medicamentos y el desarrollo del sector salud difieren de la situación social en la que se realizan las investigaciones foráneas.

Finalmente, es necesario empezar a cerrar la brecha que existe entre la teoría y la práctica. Encarar y proponer metodologías propias que tomen en cuenta nuestras particulares diferencias y que nos permitan de una vez por todas pasar desde los discursos eruditos, normas insostenibles y reuniones estériles hasta el campo del desarrollo y la práctica concreta del servicio de atención farmacéutica disociada de la dispensación.

Justificación Social

Existe actualmente un nefasto problema en la asistencia sanitaria que requiere urgentemente atención experta, el de la prevención de la morbi-mortalidad relacionada con los medicamentos (3). Ramalho (65) afirma que en esta problemática el rol del farmacéutico no ha satisfecho las necesidades de una sociedad consumidora de medicamentos, lo que ha conducido en los últimos años a la incidencia de errores de medicación, que han llevado tanto a muertes de pacientes y a hospitalizaciones.

En nuestro país, la necesidad de una actividad más comprometida del farmacéutico y de la implementación de programas de Atención farmacéutica (AF) se desprenden del documento de Políticas de Medicamentos del 2004 el cual insta a “promover el desarrollo de la atención farmacéutica y el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Farmacia entre los profesionales farmacéuticos, tanto del sector público como privado” (28).

A través de la introducción de la AF será posible, por ejemplo, identificar causas de errores en la prescripción y dispensación de medicamentos; dificultades derivadas del uso por parte de los pacientes tales como reacciones no previstas, reacciones adversas, interacciones o la prevalencia de incumplimiento terapéutico o no adherencia al tratamiento (66, 67). A partir del análisis de los resultados se podrá diseñar estrategias para revertir estos problemas. Así mismo se podrá establecer un perfil de los pacientes sobre sus características de uso de medicamentos que aporten bases racionales para la prescripción y dispensación (68, 69).

El desarrollo de programas de atención farmacéutica personalizados de nivel comunitario permitirá además identificar los factores que originan la falta de adherencia al tratamiento y se podrán implementar intervenciones farmacéuticas con objetivos educativos precisos para disminuir los factores de riesgo. Si se logran pacientes conscientes de la importancia de ceñirse a las indicaciones médicas en cuanto a la toma de medicamentos las metas alcanzadas en la asistencia sanitaria reflejarán mejoras en la calidad de vida del paciente, evitando recaídas y aún complicaciones más graves.

Como lo menciona Aguas y col. (70) si el paciente a través de la contribución activa del farmacéutico mantiene los indicadores de su enfermedad en niveles controlados evitará cambios forzados en su terapia hacia medicamentos más complejos, peligrosos y más caros.

Pires (71) justifica entonces proponer investigaciones para establecer una base más amplia de evidencia libres de todo prejuicio que permitan demostrar que la actuación del profesional farmacéutico consigue verdaderamente estos objetivos.

Justificación profesional.

Las nuevas responsabilidades profesionales del Farmacéutico exigen una actividad proactiva, previsor y educativa que pueda ser percibida como un beneficio por parte de la comunidad. Es decir la generación de un rol social que justifique la presencia del farmacéutico desde los primeros niveles de atención y sustente su participación en todas las actividades de salud asociadas con el uso de medicamentos (72).

Según Fauss (1) la función sanitaria del control de la farmacoterapia debe ejercerla el profesional Farmacéutico. Por su formación específica sobre medicamentos, ya que son los expertos que la Universidad forma y está demostrado que es el profesional sanitario que la población tiene más cerca y de más fácil acceso.

Los médicos asumen que los pacientes cumplen estrictamente su prescripción y esta transcurre sin riesgos. Los farmacéuticos sin embargo aún no asumen su rol de asegurar la calidad del uso final de los medicamentos(73). Para los farmacéuticos la inclusión en su labor cotidiana del seguimiento y evaluación del uso de medicamentos por los pacientes es una actividad nueva que sin embargo podría retribuirle el reconocimiento de la población y su confianza como consultor de medicamentos. A través de intervenciones comunitarias el farmacéutico generará las expectativas y la optimización de la percepción que tiene por parte de la población. El mal uso de medicamentos produce sufrimiento humano y pérdidas económicas. El trabajo profesional del farmacéutico puede ser una solución, aunque su aporte debe ser probado exhaustivamente para desarrollar metodologías y herramientas de abordaje para revertir el riesgo o disminuir los efectos nocivos.

Esta nueva praxis sanitaria se denomina Atención Farmacéutica **(1-3)**. A través de su implementación el Farmacéutico contribuirá al uso apropiado de los medicamentos y al logro de metas en el sector salud. Mediante este desenvolvimiento se aprovecharán las habilidades sanitarias del profesional Farmacéutico y significará una revalorización de su papel social.

Es evidente entonces que para el desarrollo de las nuevas actividades los farmacéuticos necesitamos desarrollar estrategias que tomen en cuenta las diferencias particulares de nuestras poblaciones. La presente investigación contribuirá con el proceso. Empezar el desarrollo y la adaptación de procedimientos y herramientas de intervención farmacéuticos, tomados de otras realidades, a nuestro propio entorno. Considerando los factores sociales, demográficos, el estado de los servicios sanitarios y las características del personal médico de nuestro propio sistema de salud.

Justificación sanitaria.

Según Soto **(74)** si bien es cierto que debido al impacto en la Salud Pública se han establecido múltiples programas de control de enfermedades es notorio un progresivo abandono de dichos programas. Por lo cual es necesario proponer alternativas que permitan el abordaje del problema mediante la participación de recursos humanos adecuadamente preparados y estratégicamente ubicados dentro de la red del servicio sanitario. A pesar de que la farmacia comunitaria pública o privada es un lugar en el que frecuentemente la población busca apoyo para sus problemas de salud, pocos farmacéuticos vigilan desde allí a sus pacientes en la búsqueda de problemas asociados con el consumo de medicamentos u otros factores de riesgo asociados. Tal como lo demandan el marco normativo vigente que regula la actividad de los profesionales de la salud **(75-81)**.

Esta es una oportunidad para el sistema sanitario que podría aprovechar la posición de las Oficinas de Farmacia en la cadena de prestación del servicio. Se ha evidenciado que los pacientes visitan la Farmacia y consultan con los Farmacéuticos antes que cualquier otra fuente formal o informal prestadora de salud **(82)**.

Si los farmacéuticos asumen su rol sanitario podrían entregar indicaciones precisas a los pacientes sobre dónde acudir para recibir una prescripción autorizada de medicamentos y posteriormente vigilarla hasta el logro del objetivo terapéutico racional. De esta forma el impacto sanitario sería directo sobre los niveles de cobertura, disminuyendo la demanda de fuentes poco confiables.

Las evidencias de los resultados positivos que puede aportar el trabajo del farmacéutico para evitar problemas con medicamentos o contribuir al éxito de las terapéuticas son abrumadoras, aunque existe una brecha evidente y aún difícil de solucionar relacionada con la implementación de servicios farmacéuticos disociados de la dispensación.

Lamentablemente los modelos aplicados en investigaciones científicas que sirven para probar una determinada actividad profesional farmacéutica no encajan dentro de los modelos de prácticas sanitarias actualmente vigentes. Los esfuerzos que conduzcan a tal objetivo tendrán un impacto decisivo en los modelos actuales de salud pública.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.

2.1 . BASES TEÓRICAS.

2.1.1 MARCO NORMATIVO PARA EL DESARROLLO DE LA FARMACIA Y EL USO DE MEDICAMENTOS EN EL PERÚ.

La evolución del marco normativo vigente se muestra en el cuadro N°01. Los criterios generados a partir del marco de Política de medicamentos del 2004(14) desembocaron en la Ley N ° 29459 de 2009(26). Ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios. En ella se establece un marco regulatorio más estricto sobre todo en cuanto a la calidad de los medicamentos y la utilización por parte de los usuarios finales. Se introducen términos armonizados internacionalmente dejando sin efecto aspectos cuestionados sobre esta materia en la Ley de Salud N.º 26842 de 1997 (27).

El Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos promulgado por DS 016-2011-SA (28) define los ámbitos en los cuales debe desarrollarse la atención farmacéutica y el seguimiento farmacoterapéutico (SFT) en el Perú. Por Atención Farmacéutica se define: “Actos del profesional Químico Farmacéutico para la mejora y mantenimiento de la calidad de vida del paciente los cuales se realizan mediante prácticas correctas de dispensación y seguimiento farmacoterapéutico (SFT). Ambos aspectos son de cumplimiento obligatorio para la certificación de los Establecimientos Farmacéuticos en el Perú.

CUADRO N°01- Base Legal vigente para el manejo de medicamentos en el Perú.

Nombre de la Norma	Rango	N°	año
Política de Medicamento del Perú (15).	RM	1240-2004/MINSA	2004
Ley de Medicamento del Perú (26).	Ley	15266	2009
Reglamento sobre Establecimientos Farmacéuticos (28).	DS	014-2011-SA	2011
Reglamento para el Registro, Control y vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (29).	DS	016-2011-SA	2011
Modificatoria del DS 014-2011, Sobre Establecimientos Farmacéuticos.	DS	001-2012-SA	2012
Modificatoria del DS 016-2011, Sobre Registro, Control y vigilancia Sanitaria de Medicamentos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios	DS	002-2012-SA	2012

Fuente: Elaboración Propia

El mismo documento define al Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), como: “El acto profesional en el cual el profesional químico farmacéutico orienta y supervisa al paciente en relación al cumplimiento de su farmacoterapia, mediante intervenciones farmacéuticas dirigidas a prevenir, identificar y resolver problemas relacionados con los medicamentos”. Además faculta al profesional Farmacéutico a desarrollar y evaluar el Seguimiento Farmacoterapéutico a nivel comunitario y hospitalario e informar los resultados de sus intervenciones a la Autoridad de Salud pertinente **(28)**.

Por el lado gremial, la Ley de Trabajo del Químico Farmacéutico Ley 28173 y su reglamento emitido el 2006 **(30)**, le otorga al profesional la responsabilidad de la dispensación, de la información y de la orientación al usuario sobre la administración, uso y dosis del producto farmacéutico, su interacción con otros medicamentos, sus reacciones adversas y sus condiciones de conservación. Asimismo, le otorga facultades para ofrecer al usuario alternativas de medicamentos química y farmacológicamente equivalentes al prescrito en la receta, en igual forma farmacéutica y dosis. El marco legal para el desarrollo profesional del farmacéutico se muestra en el siguiente cuadro.

CUADRO N°02. Base legal para el desarrollo de las actividades profesionales de los químicos farmacéuticos en el Perú.

Nombre de la norma	Rango	N°	Año
Ley del Colegio Químico Farmacéutico (31)	Ley	15266	1965
Ley modificatoria de la 15266 (32)	ley	26943	1998
Reglamento de la ley 15266 (33)	DS	006-99-SA	1999
Modificatoria del reglamento de la Ley 15266 (34)	DS	022-2008-SA	2008
Ley de Trabajo del Químico Farmacéutico (30)	ley	28173	2004
Reglamento de la Ley 28173 (35)	DS	008-2006-SA	2006

Fuente: Elaboración Propia

2.2 Problemas relacionados con el uso de medicamentos (PRMS) y resultados negativos de la medicación (RNM).

La consideración del medicamento como bien económico no siempre va en el mismo sentido que su percepción como bien social lo que ocasiona que los intereses económicos se antepongan a los sanitarios. Esto origina que frecuentemente se perjudique o ponga en riesgo la salud de las personas, en particular de las más vulnerables, creándose una permanente tensión entre atender las necesidades terapéuticas reales y la ampliación del mercado farmacéutico **(83)**.

El verdadero valor social del medicamento radica, sin embargo, en sus efectos más intangibles, imponderables y sensibles a las emociones humanas: la disminución del sufrimiento y su contribución a la vida y a la felicidad de las personas. La aportación del medicamento y su industria a la ciencia médica y su aplicación en los sistemas asistenciales salva vidas, alivia el dolor y el sufrimiento físico y psíquico de los pacientes y de sus familias, haciendo posible el desarrollo humano y la integración social de las personas **(83)**.

Sin embargo con el uso de medicamentos no siempre se consiguen resultados positivos, en ocasiones la farmacoterapia falla provocando daños adicionales directos o indirectos cuando no se consiguen los objetivos terapéuticos buscados. Estos fallos de la farmacoterapia tienen un coste en la salud de los pacientes y un coste en recursos sanitarios y sociales, que los convierten en un auténtico problema de salud pública**(23,27)**.

Strand y Hepler **(3, 18)** definen los Drug Related Problems o Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM), como aquella experiencia indeseable del paciente que involucra a la terapia farmacológica y que interfiere real o potencialmente con los resultados deseados por la terapéutica.

Para que un suceso sea calificado de PRM deben de existir al menos dos condiciones: 1) el paciente debe estar experimentando o debe ser posible que experimente una enfermedad o sintomatología y 2) esta patología debe tener una relación identificable o sospechada con la terapia farmacológica **(18)**.

Blasco, Mariño y Cols.**(84)** definen error de Medicación (EM) a cualquier actuación prevenible que puede causar daño al paciente o morbilidad farmacoterapéutica (MFT), los EM pueden tener su origen en errores de prescripción, en el manejo posterior de la administración de la medicación por algún profesional sanitario o el propio paciente.

Los Errores de medicación, según el Tercer consenso de Granada, están dentro de las categorías de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) **(27)**. En su acepción mayor los PRMs son además cualquier suceso durante el proceso de uso de medicamentos que pueden incluir problemas no prevenibles como las idiosincrasias, las reacciones adversas o interacciones desconocidas (Cuadro N°03) **(23)**.

CUADRO N°03. Listado de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM)

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

Tomado de: Tercer Consenso de Granada.(27)

El consenso español tipifica a los Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) como la causa de resultados negativos asociado al uso de medicamentos (RNM) (85) y los RNM considerados por la OMS como Morbilidad Farmacoterapéutica (MFT)(22).

En el 2007 el Tercer Consenso de Granada (27) definió como sospecha de RNMs a la situación en la que el paciente está en riesgo de sufrir un problema de salud asociado al uso de medicamentos generalmente por la existencia de uno o más PRM los que se consideran como factores de riesgo o causas de este RNM (Cuadro N° 04).

CUADRO N°04. Clasificación de Resultados Negativos Asociados con la Medicación (RNM). Tercer Consenso de Granada. 2007 (Clasificación que le correspondía a los PRMs hasta el Segundo Consenso de Granada) (27).

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

Se admite que los PRMs como causas de RNMs, pueden ser múltiples, aceptando por tanto la existencia de un listado inicial que no es exhaustivo ni excluyente (Cuadro N°03), y que por tanto puede ser modificado con su utilización en la práctica clínica y en diversas condiciones sociales (65). Bajo este criterio, en el presente trabajo se ha incluido en el listado (Cuadro N°03) tres situaciones propias de nuestra realidad y que han sido descritas como problemas propios del proceso de uso de medicamentos (61). La influencia negativa del entorno socio cultural, el uso de medicamentos ilegales y los problemas económicos que impide el acceso a medicamentos son situaciones particulares consecuencia del estado de desarrollo socio cultural y económico de la comunidad, de la escasa vigilancia para evitar la corrupción del sistema de suministro de medicamentos y de las concepciones individuales de los pacientes sobre el uso de medicamentos en el Perú.

Los PRM se pueden dividir en: potenciales o no manifestados, cuando el paciente potencialmente puede llegar a experimentar algún suceso indeseable (RNM) que podría interferir en los resultados deseados y reales cuando el paciente experimenta de hecho un suceso indeseable relacionado con la farmacoterapia que genera un resultados negativo de la medicación (RNM)(**86**). Con la definición clara de la actividad que identifica y sistematiza a estos eventos puede afirmarse que los farmacéuticos al identificar un PRM para prevenir un RNM o una morbilidad farmacoterapéutica (MFT) realiza un diagnóstico de un signo o síntoma (PRM) que debe prevenirse o evitarse para que no se genere una morbilidad (RNM o MFT). Desde este punto de vista la definición de PRM y RNM puede ser el origen de un nuevo posicionamiento profesional del Farmacéutico en los sistemas de salud como facultativo del diagnóstico de un grupo de problemas de salud asociados al mal uso de medicamentos (**87**).

En la práctica, lo que ha ocurrido es que los farmacéuticos hemos evitado utilizar la palabra diagnóstico para referirnos finalmente a la actividad profesional de prevenir RNMs a través de la identificación y el tratamiento de sus causas, los PRMs. Si para los Profesionales Médicos es clara la labor diagnóstica de las enfermedades que son capaces de identificar para los Farmacéuticos debe quedar claro cuáles son los problemas relacionados con medicamentos (PRM) que son capaces de diagnosticar para evitar la aparición de resultados negativos de la medicación (RNM).⁸⁸ Culbertson y col. en 1997 (**88**) citado por Hurley (**89**) definieron como Diagnóstico Farmacéutico (DF) al proceso cognitivo centrado en la identificación de problemas específicos originados en el uso de medicamentos por parte de los pacientes. El DF debe estar basado en evidencia suficientes que permita sostener que la causa del problema de salud que enfrenta el paciente es efectivamente el uso de los medicamentos.

Ferriols (**90**) afirma que con una elevada frecuencia, los PRM se originan en la forma en que los medicamentos son seleccionados, prescritos o indicados, dispensados, administrados y, principalmente, monitorizados. Por tanto, además de la obligada calidad intrínseca de los medicamentos que se manejan es imprescindible una correcta selección, prescripción, indicación, preparación, dispensación y administración. Es decir como afirma Calvo, (**91**) posterior a la administración es exigible la vigilancia del logro de resultados y la evolución del paciente por parte del Farmacéutico para evitar o prevenir acontecimientos adversos relacionados con la farmacoterapia.

2.3 Diagnóstico de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM).

El diagnóstico de PRMs como signos y síntomas de Resultados Negativos de la Medicación (RNMs), que fueron definidos como problemas de salud a causa del mal uso de medicamentos, demanda de los profesionales Farmacéuticos el desarrollo de habilidades, capacidades y competencias para identificarlos que evidencien la presencia o potencial aparición de los RNMs.

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

El Tercer Consenso de Granada (27) y la Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico del Método DADER (92) presenta un alcance de las definiciones de los problemas relacionados con medicamentos (PRM). Esas definiciones se utilizan en la presente investigación y se explican según el orden de identificación propuesto según la Figura N° 01 y la Ficha Farmacoterapéutica (Anexo N°7.3).

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

Según la normatividad (30) vigente los medicamentos están clasificados en cuatro categorías de uso: a) aquellos que pueden adquirirse sin prescripción y de venta en establecimientos no farmacéuticos; b) los que pueden adquirirse sin prescripción solo en establecimientos farmacéuticos; c) Medicamentos de venta bajo prescripción y solo en establecimientos farmacéuticos y d) Medicamentos especiales de venta solo en farmacias y bajo receta médica restringida.

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

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

Estas actitudes pueden ser detectadas cuando el farmacéutico pregunta: ¿Cree Usted que puede tener problemas con la toma de alguno de estos medicamentos? Y como respuesta se obtienen argumentos en contra de los medicamentos, muchas veces originados por sensaciones negativas o reacciones adversas intensas.

Las actitudes negativas devienen en incumplimiento, aunque difiere de este por ser una actitud convencida y razonada, mientras que el incumplimiento simple es más bien una muestra de desinterés.

- c) Conservación inadecuada (PRM 3): Condiciones ambientales negativas en las que se mantienen los medicamentos que afectan directamente su calidad. Estas condiciones pueden ser: lugares inseguros, al alcance de niños, expuestos a luz solar, ambientes húmedos, temperaturas excesivas o en lugares expuestos a maltrato físico u otro.

Como conservación inadecuada también se considera el almacenamiento de los medicamentos de manera desordenada, en bolsas plásticas, cajas, armarios, etc., donde se guardan fuera de su empaque secundario, a granel y mezclándose con otros medicamentos de apariencia similar. Esta práctica puede generar equivocación al escoger el medicamento necesitado de consecuencias muy graves.

- d) Duplicidad (PRM 4): Es la concomitancia en el uso de dos medicamentos que cumplen la misma función farmacológica sin ventajas terapéuticas. Por el contrario la duplicidad puede causar problemas debido a la sobre dosificación.

El origen de un problema de duplicidad es la prescripción. Se considera que dos medicamentos son duplicados cuando son medicamentos que necesitan receta para su uso y de hecho figuran en una misma prescripción o fueron indicados en dos oportunidades diferentes para la misma o diferente morbilidad. En todo caso el paciente continúa usándolos de manera concomitante. La duplicidad puede darse también cuando el paciente decide tomar dos medicamentos que no necesitan prescripción pero con el mismo efecto farmacológico.

No se considera duplicidad cuando el paciente decide por su cuenta tomar un medicamento que necesita receta, sin saber que ya usa un medicamento prescrito con el mismo objetivo farmacológico. En este caso se trata de una administración errónea del medicamento (PRM 1).

En conclusión para que haya duplicidad los dos o más medicamentos duplicados deben ser medicamentos prescritos con el mismo objetivo farmacológico o el uso de medicamentos no sujetos a prescripción que tienen el mismo efecto farmacológico.

- e) Dosis, pauta y/o duración no adecuada (PRM 5): Sucede cuando la prescripción no es conforme a las pautas posológicas habituales o recomendadas en esquemas de tratamiento institucionales. La incongruencia puede ser en la dosis, la vía de administración, la frecuencia de administración o el tiempo recomendado para el tratamiento.
- f) Contraindicaciones (PRM 6): Un medicamento está contraindicado cuando por las condiciones fisiopatológicas del paciente o la toma concomitante de alguna otra sustancia no esté en condiciones de usar un determinado medicamento. Las contraindicaciones pueden predisponer un daño muy negativo para el paciente.

Se identifica un medicamento contraindicado al revisar los medicamentos prescritos que el paciente consume de manera regular. O cuando el paciente consume un medicamento de venta libre contraindicado para su condición. No se considera contraindicación cuando el paciente decide automedicarse un medicamento no apropiado para su condición que necesita prescripción. En este caso será un error de medicación (PRM 1).

- g) Errores de dispensación (PRM 7): Los medicamentos deben, en mayor de los casos, ser dispensados tal como fueron prescritos en las recetas. Según norma vigente **(30, 94)** el Farmacéutico está facultado para ofrecer al paciente una alternativa farmacéutica al medicamento prescrito, indicándole las diferencias de origen y precio. El cambio puede ser desde un medicamento prescrito en denominación internacional (DCI) a un medicamento de marca, si el paciente lo prefiere informado del cambio. O el cambio más favorable de un medicamento prescrito en nombre comercial por otro en DCI. En la revisión de los medicamentos el Farmacéutico asegurará que los dispensados estén de acuerdo a la receta en cuanto a su naturaleza como alternativa farmacéutica, forma farmacéutica y cantidad.
- h) Errores de prescripción (PRM 8): El error de prescripción ocurre cuando el facultativo entrega al paciente una receta o documento con pautas terapéuticas incompletas, poco claras, confusas y que originan el error del paciente al usar los medicamentos.

Para su diagnóstico el Farmacéutico revisa con el paciente el documento emitido por el facultativo teniendo a la vista los medicamentos dispensados. Se analiza si la receta contiene los datos mínimos requeridos normativamente para que el paciente use apropiadamente los medicamentos **(93)** y si los medicamentos son coherentes farmacológicamente con el diagnóstico.

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

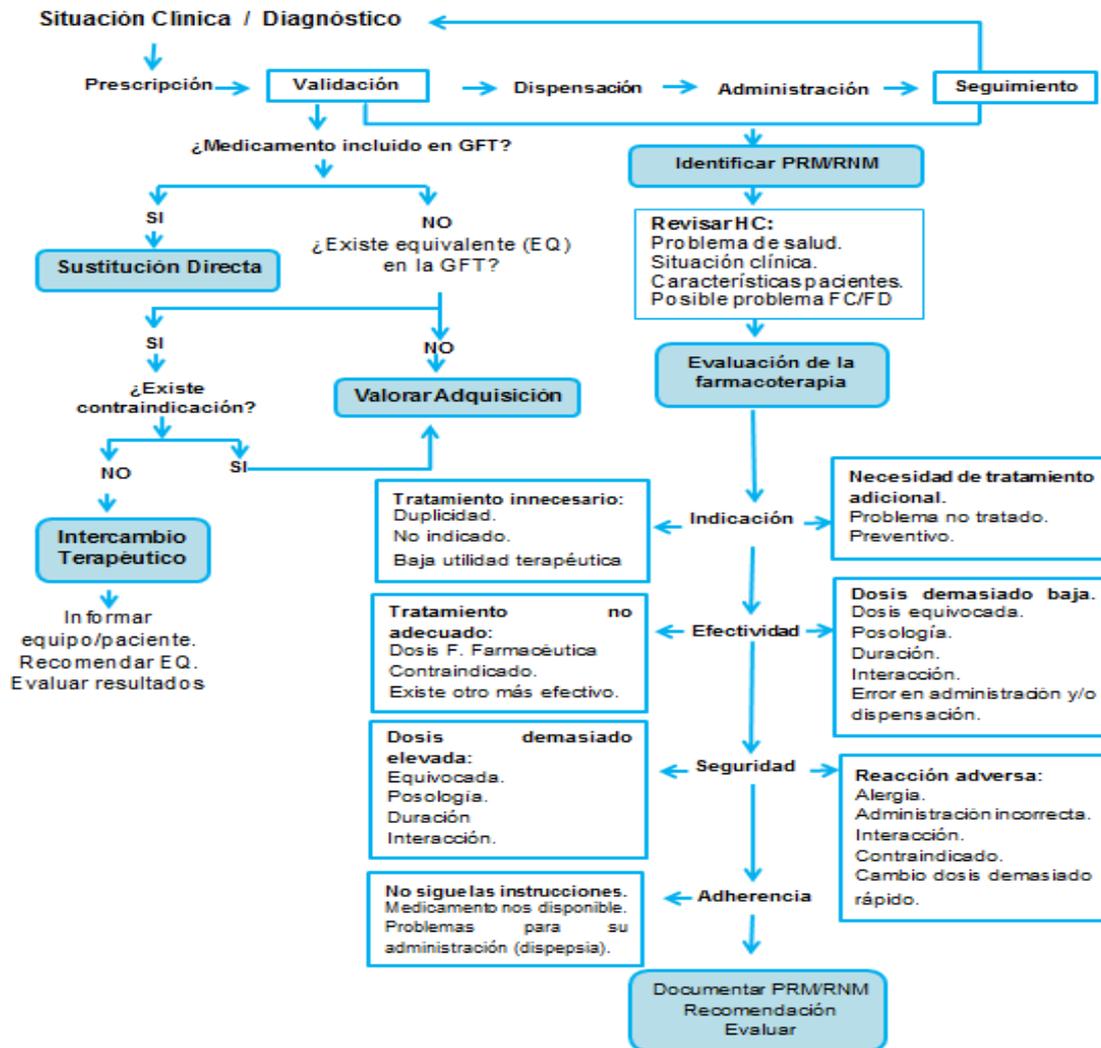
Las indicaciones para el paciente de cada medicamento deben incluir: Las dosis, la frecuencia de dosis y el tiempo de tratamiento. La cantidad de medicamento prescrito debe coincidir con la necesaria según la posología y el tiempo de tratamiento. Las recetas deben incluir precauciones, incompatibilidades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

- i) Incumplimiento o No Adherencia al tratamiento prescrito (PRM 9): Se utiliza la definición de Haynes citado por Basterra (39) quien definió la adherencia al tratamiento como: “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”. Se utiliza de manera indistinta los términos cumplimiento terapéutico, cumplimiento de la prescripción, adherencia al tratamiento y adherencia terapéutica con el mismo significado semántico.

La no-adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran magnitud. En los países desarrollados solo el 50% de los pacientes son adherentes mientras que en los países en vías de desarrollo las tasas son inclusive menores(95). Este PRM tiene como consecuencia el incumplimiento de las metas sanitarias, sobre todo en pacientes con enfermedades crónicas, mayores costos en salud, mayor incidencia de complicaciones y finalmente agravamiento y muerte (96, 97).

El grado de adherencia medido antes y después de una intervención farmacoterapéutica sirve como un indicador de la eficacia del Seguimiento Farmacoterapéutico sobre la resolución de PRM.⁶¹ El grado de la adherencia se evaluará mediante la aplicación del test denominado Medication Adherence Scale o Test de Morisky (98). La aplicación del instrumento se describe en el acápite N° 3.3.2.2 y cuadro N°06.

Figura N° 01. Flujograma de la etapa de estudio y evaluación. Tomado de Comité de Consenso (25, 28, 90)



- j) Interacciones (PRM 10): Incompatibilidad en la concomitancia del uso de dos o más medicamentos que afecta negativamente el efecto farmacológico de ambos o de alguno de ellos; aumentado sus efectos nocivos o disminuyendo su potencia farmacológica. Ambas situaciones pueden poner en riesgo la salud del paciente.

La evaluación de la interacción es compleja y debe primar el criterio de costo beneficio de la administración conjunta, frente otras alternativas terapéuticas (48).

Se consideran las interacciones con productos naturales o alimentos que el paciente suele consumir de manera regular junto con los medicamentos que pudieran afectar negativamente la medicación. Al igual que en la duplicidad y en las

contraindicaciones se considera interacción cuando el origen de uso de los medicamentos implicados es una prescripción médica. Si la interacción se produce por el uso de un medicamento automedicado que necesita prescripción el problema se tipifica como error de medicación (PRM 1).

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

Ejemplos de estos problemas son: alergias, estrés, dolor, depresión, malestares gastrointestinales, sensaciones extrañas u otro similar. Al presentarse, el paciente puede decidir alguna alternativa no convencional para mitigar los síntomas poniendo en riesgo la terapia en marcha. O pueden ser el origen de automedicación no apropiada.

- l) Potenciales Reacciones Adversas (PRM 12): Son aquellos problemas de salud causados o agravados por el medicamento. Conviene revisar la evidencia científica que existe sobre la probabilidad de manifestación de un determinado efecto indeseado, así como su gravedad. Es preciso establecer cuáles son los signos clínicos que permiten identificar la aparición de los efectos indeseados de un medicamento. También es conveniente revisar resultados de análisis clínicos que puedan estar alteradas por causa del medicamento **(92)**.

En este problema relacionado con medicamentos también es necesario considerar el origen de uso. Los medicamentos automedicados que necesitan prescripción y generan una reacción adversa se reportan como errores de medicación (PRM 1).

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

El Farmacéutico ante un diagnóstico de problema insuficientemente tratado debe comunicarse inmediatamente con el médico.

El Tercer Consenso de Granada (30) sugiere que su lista de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs) puede ser enriquecida a medida que en la realidad donde se pongan en práctica programas de Seguimiento Farmacoterapéutico se definan otras entidades o factores propios del entorno que puedan desencadenar Resultados Negativos de la Medicación. En este sentido se han considerado las recomendaciones de investigaciones similares y se han incorporado como PRMs: las influencias negativas del entorno, el uso de medicamentos ilegales y los problemas económicos, que son factores propios de nuestra realidad (61). Los PRMs incluidos se definen a continuación:

- n) Influencias negativas del entorno (PRM 14): Conductas y actitudes asumidas por los pacientes por influencia del entorno social o cultural que predisponen su valoración y actitud hacia los medicamentos. Las influencias negativas pueden provenir de familiares, amistades, que sufren los mismos o similares problemas de salud y que aconsejan replicar formas de uso con el convencimiento de: lo que hace bien a uno es bueno para todos. Otras influencias del entorno pueden provenir de publicidad engañosa, grupos religiosos, etc.
- o) Medicamentos ilegales (PRM 15): Uso de medicamentos sin registro sanitario vigente o de origen ilegal: contrabando, muestras médicas, robado de instituciones públicas. Que puede identificarse a través del análisis organoléptico, es decir: envase primario y secundario no violado, registro sanitario vigente, fecha de vencimiento, estado físico de la forma farmacéutica o el envase en buen estado, etc.
- p) Problemas económicos (PRM 16): Problema evidenciado cuando el paciente no toma su medicación por no tener condiciones económicas suficientes para surtir la receta ni estar inscrito en ningún seguro social. Por lo tanto incumple con la toma de sus medicamentos.

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

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) definieron en 1993 que la misión de la práctica farmacéutica debe ser: suministrar medicamentos, otros productos y servicios para el cuidado de la salud y ayudar a la sociedad para que sean usados de la mejor manera posible (20).

Una parte de la misión señalada por la OMS se contiene en la definición del término Pharmaceutical Care (1). En España país donde se ha incorporado el término a la asistencia sanitaria, El Ministerio de Sanidad y Consumo promueve el concepto de Atención Farmacéutica (AF) como un conjunto de servicios farmacéuticos dirigidos al paciente que van desde el control de calidad de la prescripción hasta actividades de Farmacovigilancia (24, 27, 99).

En el ámbito comunitario, según Andrés Rodríguez⁸ las actividades de AF podrían esquematizarse según el Cuadro N°05, donde destacan aquellas orientadas hacia los pacientes mayores en número que aquellas tradicionales orientadas exclusivamente hacia el aseguramiento de la calidad del medicamento. Las actividades centrales relacionadas con Atención Farmacéutica son: Dispensación, Asesoramiento Farmacéutico, Farmacovigilancia y Seguimiento Farmacoterapéutico.

Cuadro N° 05. 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 Rodríguez(8)

Aquellas actividades que no están directamente relacionadas con el uso de medicamentos pueden contribuir también con este objetivo siendo consideradas más como actividades para el aseguramiento de la calidad intrínseca de la forma farmacéutica, por ejemplo a través de análisis de control de calidad **(8, 85)**.

Las actividades directamente relacionadas con AF: Las Buenas Prácticas (BP) de Dispensación, la Indicación Farmacéutica, el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), las BP de Farmacovigilancia, las actividades relacionadas con la Farmacia Clínica, todas ellas deben contribuir con la prevención, solución o amenguamiento de los PRM asociados con el uso directo de los medicamentos por parte de los pacientes (Cuadro N° 04). Lo más impactante quizá de la Atención Farmacéutica es el uso del término mismo. Tal vez nunca antes en la historia de la farmacia se había usado el término “atención” para denotar la función del farmacéutico en la sociedad. Era mucho más frecuente hablar de servicios farmacéuticos que de atención y existen diferencias entre ambos términos. El diccionario define “atención” como “la responsabilidad individual de alguien para entregar bienestar y seguridad”, mientras que un servicio implica simplemente funciones o actividades **(66)**.

Al introducir el término “atención” el farmacéutico se iguala con otros profesionales de la salud que también entregan atención al paciente y colocamos a este, en el centro de nuestro quehacer profesional. Hay tres elementos básicos que caracterizan el ejercicio de la atención farmacéutica: Responsabilidad, el compromiso de trabajar con el paciente para alcanzar las metas terapéuticas y el mejoramiento de la calidad de vida**(60,100,101)**.

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

Se han propuesto para este fin una serie de actividades concretas que permitan obtener resultados medibles que evidencien la utilidad del trabajo profesional farmacéutico para la prevención, solución o amenguamiento de los problemas asociados al uso de los medicamentos (PRM). Una respuesta a esta necesidad es la implementación de modelos basados en Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) (27, 62-64).

Las actividades del SFT están orientadas a la detección de problemas relacionados con medicamentos (PRM) para la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM). Este servicio implica un compromiso y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos para el mejoramiento la calidad de vida del paciente (101-106).

La definición de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), tal como se propone en el Tercer Consenso sobre Atención Farmacéutica de España en 2006, (27) es: “La práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente que usa medicamentos”. Tal como lo señala Machuca (106) actualmente los términos: Atención Farmacéutica (AF), Intervención Farmacéutica (IF) y Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) se usan indistintamente en las diferentes investigaciones sobre el tema para indicar una misma actividad orientada a asegurar calidad y prevenir el riesgo en el consumo de medicamentos por parte de los pacientes.

Según Martí y Jiménez (67) de manera general los programas de AF o SFT deben soportarse en métodos o sistemas para dar respuesta a los siguientes aspectos: a) Identificación temprana de pacientes que se beneficiarían con su implantación; b) Registrar las categorías y causas que originan los problemas relacionados con los medicamentos y su documentación; c) Generar alertas para solucionar fallos del sistema; d) Evaluar la utilidad clínica de los procesos asistenciales en curso y e) Facilitar la propuesta de mejoras en la calidad de la gestión farmacoterapéutica.

A través de los años se han desarrollado varios métodos para este fin, entre ellos los más conocidos son: a) The Therapeutic Outcomes Monitoring (TOM) aplicable a grupos de pacientes que sufren enfermedades de alto riesgo propuesto por Charles Hepler(21); b) El Método del Global Pharmaceutical Care de Linda Strand y Cols. (18) y c) El

método de Seguimiento Farmacoterapéutico DADER de Dáder y col. desarrollada desde la Universidad de Granada en España (34). Existen así mismo otros métodos propuestos como el método IASER desarrollado por Climenti y Jiménez (67).

En esta investigación se utiliza como modelo de SFT una modificación del método DADER (92, 105) desarrollado por Ocampo (61) aplicado por primera vez con el objetivo de medir el impacto del SFT sobre el uso de medicamentos y la prevención y solución de PRMs y RNMs en pacientes con infecciones respiratorias agudas.

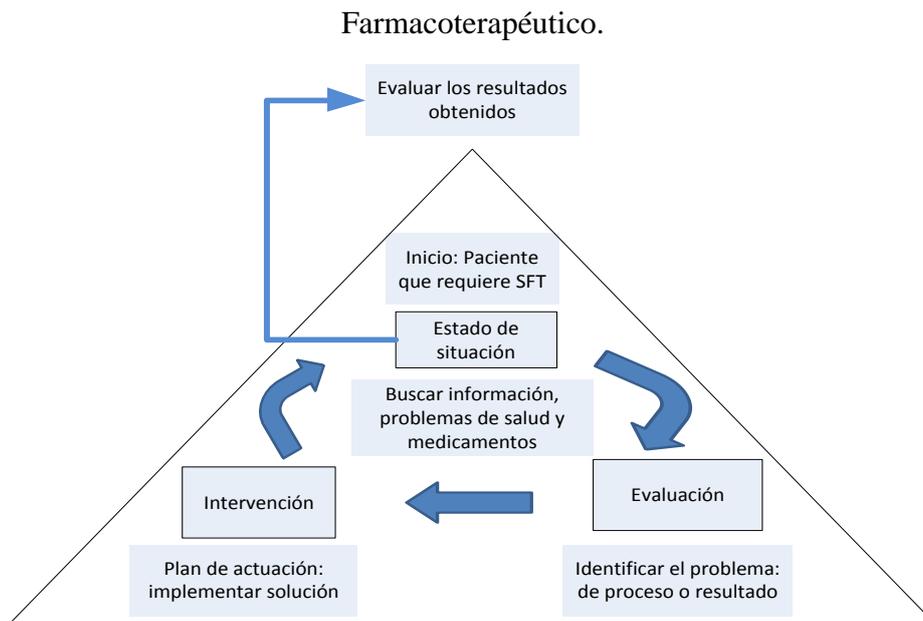
El Método DADER nació en 1999 como propuesta del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. Intenta ser una herramienta sencilla y de fácil aplicabilidad sin perder el rigor de un procedimiento operativo normalizado. Según los autores el modelo pretende ser universal para la prestación del Seguimiento Farmacoterapéutico en cualquier ámbito asistencial, independientemente del tipo de paciente y por cualquier fármaco (105).

El método ha demostrado ser exitoso en la prevención, detección y resolución de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) desde el nivel de atención primaria (105, 107-109). Sin embargo tal como lo proponen el Grupo de Investigación de la Universidad de Granada (105) y Deselle y col. (49) es necesario evaluar su utilidad en escenarios sociales diferentes que permitan establecer estándares de actuación en situaciones particulares para medir en ellos el impacto real de la atención farmacéutica.

Estas particularidades se han introducido en el método modificado por Ocampo (61) modificando las herramientas de recojo de información para hacerlas más fáciles de aplicar por el profesional farmacéutico peruano y más entendibles para el paciente.

Tanto en el método DADER (34) como en la versión modificada por Ocampo (61) se pueden identificar como fases centrales del proceso de Seguimiento Farmacoterapéutico a las siguientes: a) Elaboración del primer estado de situación del paciente; b) La evaluación e identificación de sospechas de PRMs; c) la intervención para resolver los PRMs y prevenir potenciales RNMs y d) La evaluación del nuevo estado de situación del paciente (Figura N° 02).

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



Tomado de: P OCAMPO (69)

Un aspecto importante es desarrollar un modelo que agregue valor a la asistencia sanitaria, un impulso cualitativo a las actividades del profesional farmacéutico y además genere rentabilidad económica al establecimiento farmacéutico (105).

El modelo modificado empieza con un primer contacto en el Establecimiento Farmacéutico para la oferta del servicio y el levantamiento de información mediante fichas farmacoterapéuticas. Las Fichas se estudian y evalúan escrupulosamente en busca de diagnosticar PRMs.

En un siguiente contacto se interviene a los pacientes con recomendaciones concretas para solucionar los PRMs diagnosticados. Posteriormente, mediante contactos sucesivos a través de llamadas por teléfono, citas domiciliarias o citas en la farmacia comunitaria se reafirman las recomendaciones dadas en busca del objetivo propuesto. Finalmente se evalúan los resultados en función de la aceptación y solución de los problemas (53, 110).

El objetivo del SFT, independiente del modelo, es dar solución a los PRMs a través de intervenciones farmacéuticas efectivas. Sabater y col.(47) plantean una clasificación de las intervenciones farmacéuticas que podrían surgir durante el proceso de Seguimiento Farmacoterapéutico (Ver Cuadro N° 06).

En esta clasificación se define intervención farmacéutica como: una propuesta de actuación sobre el tratamiento y/o las conductas del paciente, encaminada a resolver o prevenir un PRM y evitar RNM (47).

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

Cuadro N°06. Clasificación de intervenciones farmacéuticas destinadas a prevenir o resolver resultados clínicos negativos de la farmacoterapia.

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

Tomado de Sabater y Cols.(47)

2.5 Infecciones Respiratorias Agudas

Los procesos infecciosos constituyen el motivo de consulta más frecuente en medicina general de familia y en pediatría. Las enfermedades infecciosas son la patología aguda más frecuente en atención primaria, ya que suponen una de cada tres consultas en pacientes adultos y hasta el 75% de las consultas en pediatría(111). Las infecciones respiratorias agudas (IRAs), son las causas más frecuentes de morbilidad en el mundo y de elevada mortalidad particularmente en los países en desarrollo. Es el conjunto de alteraciones morfo-funcionales y productivas causadas por la presencia y multiplicación de un agente microbiano patógeno (virus, bacterias), en unas condiciones determinadas.

Si bien se han realizado diversos estudios epidemiológicos para conocer la incidencia real de la patología infecciosa(111, 112). Es fundamental conocer su etiología, patogenia y evolución, para poder formular un diagnóstico correcto que permita, a su vez, un tratamiento concordante. La etiología de las IRAs está dada por un grupo variado de diversos agentes, tanto bacterianos, como virales, que ocasionan enfermedad con sintomatología similar. Entre las bacterias que causan estas infecciones se pueden mencionar: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* (111).

Entre un 80 a 90 % se consideran a los virus como la causa más común de infecciones del tracto respiratorio, tanto en la población infantil, como en los adultos, además, en ser en los menores, la principal causa en países desarrollados, y la mayor causa de muerte en los países en desarrollo (113).

Las faringoamigdalitis pueden ser estreptocócicas o no. Los estreptococos hemolíticos, en particular los del grupo A (*Streptococcus pyogenes*) son las bacterias más frecuentes que infectan al hombre, provocando una sintomatología muy variable. Otros agentes han sido señalados como agentes causantes de faringoamigdalitis; entre estos tenemos: Coxsackie tipo A, herpes simple, adenovirus, Coxsackie tipo B, virus de la influenza, mononucleosis infecciosa (virus de Epstein-Barr). Para saber si la faringitis es de origen viral el médico debe tomar en cuenta, en primer lugar, la edad del paciente, para la amigdalitis recurrente se acepta la presencia de 7 o más episodios en 1 año durante los 2 o 3 primeros años de vida (112, 113).

Hoy estamos convencidos de que las enfermedades son el resultado de la interacción causal entre diversos factores biológicos, ambientales y sociales (111), que como sabemos, anuncian el peligro de la ruptura del equilibrio que representa la salud. Durante los últimos años existía gran optimismo a nivel mundial, pues se pensaba que la lucha contra las enfermedades infecciosas estaba ganada, pero, actualmente, han ocurrido cambios que han propiciado la aparición y resurgimiento de muchas de ellas que eran consideradas ya un mito (111, 114).

Una tercera parte de las consultas de atención primaria están relacionadas con enfermedades infecciosas y de estas algo más de la mitad obedecen a infecciones del tracto respiratorio superior, la mayor parte de las cuales son procesos víricos autolimitados. Sin embargo, se utilizan con frecuencia antibióticos (ATB) para su tratamiento, realizándose un 80-90% de las prescripciones de ATB en atención primaria y urgencias. El uso innecesario de antibióticos genera resistencias, supone la medicalización de problemas banales y comporta mayores efectos secundarios y costes económicos, que se asocian a una mayor frecuentación a consultas médicas y urgencias. En el lado opuesto se encuentran las neumonías, cuya etiología suele ser bacteriana y adecuado tratamiento antibiótico es primordial (111-115). La gran mayoría de estos estudios constata que los problemas en el uso de antibióticos son, por un lado, la sobreutilización y, por otro, la selección inadecuada del principio activo, que se desplaza hacia los antimicrobianos de mayor espectro, lo que comporta un aumento de las resistencias microbianas (115). Consiste en la prescripción de una receta de ATB para ser utilizada en caso de que los síntomas persistan o empeoren al cabo de unos días, se puede realizar una receta al paciente en la consulta inicial para que solo lo adquiera en la oficina de farmacia en caso de no mejorar o bien indicando al paciente que acuda de nuevo al centro de salud a recoger la receta en el plazo establecido.

El uso diferido de antibióticos puede considerarse, por tanto, como una estrategia factible y útil para disminuir el uso de ATB en procesos infecciosos autolimitados y no complicados como la faringitis, la otitis o bronquitis aguda no complicada, y puede considerarse una forma de mostrar a los pacientes que los ATB no siempre son necesarios, manteniendo su satisfacción.

Según estudios, el motivo más frecuente de prescripción de antibióticos fue la amigdalitis (18,8%), seguido de otitis, bronquitis, faringitis, neumonía, sinusitis y agudización de EPOC. Si tenemos en cuenta la edad del paciente, se observa que el diagnóstico más frecuente en las edades inferiores son amigdalitis y otitis, de los 19 a los 45 años, el diagnóstico más frecuente fue amigdalitis seguido de faringitis, a partir de los 46 años, las infecciones más habituales que conlleva la prescripción de antibióticos son bronquitis **(113, 115)**. Los antibióticos más prescritos son las aminopenicilinas (18,9%), amoxicilina-clavulánico (16,8%) y macrólidos (9,9%). Penicilinas y aminopenicilinas fueron los antibióticos más utilizados en amigdalitis y faringitis; cefalosporinas en otitis; amoxicilina-clavulánico en sinusitis, macrólidos en bronquitis. La pauta posológica más frecuentes fue cada 8 horas en más de la mitad de los pacientes, seguida por las pautas cada 12 horas y 24 horas; y la duración del tratamiento 7-8 días **(114, 115)**. El principal problema manifestado en relación con el uso de antimicrobianos ha sido el de la aparición de resistencias bacterianas, capaz de hipotecar en el futuro la actual eficacia del tratamiento antibiótico, otros problemas señalados han sido la automedicación, frecuentemente asociada al almacenaje de antibióticos en los domicilios y el incumplimiento terapéutico **(115)**.

2.6 Farmacia Día y Noche

La presente investigación piloto se llevó a cabo en la Farmacia Día y Noche, la farmacia está ubicada en el distrito de Chimbote, en la esquina entre Av. Gálvez y Av. Buenos Aires, la farmacia ofrece la dispensación de medicamentos genéricos, de marca, medicamentos con receta médica y otros artículos relacionados. Para el servicio profesional la Farmacia cuenta con la presencia de 1 farmacéuticos y 2 técnicos en farmacia, la farmacia atiende diariamente un promedio de 250 pacientes y las patologías más frecuentes para las cuales se dispensan los medicamentos son: Infecciones Respiratorias, Urinarias, Diabetes, Reumáticas, y la población de la zona de influencia puede catalogarse como del nivel socioeconómico medio.

La Farmacia Día y Noche está en un proceso de implementación de Buenas Prácticas de Oficina Farmacéutica y Buenas Prácticas de Almacenamiento. Es decir, está en vías de certificar BP de Dispensación, BP de Farmacovigilancia, BP de Seguimiento Farmacoterapéutico.

2.7 Hipótesis

La hipótesis acerca del Programa Piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre la adherencia al tratamiento:

- 2.7.1 En base a las referencias revisadas se afirmó a priori que el programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico mejora significativamente el grado de adherencia al tratamiento de pacientes con infecciones respiratorias agudas intervenidos desde la Farmacia Día y Noche

III. METODOLOGÍA.

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

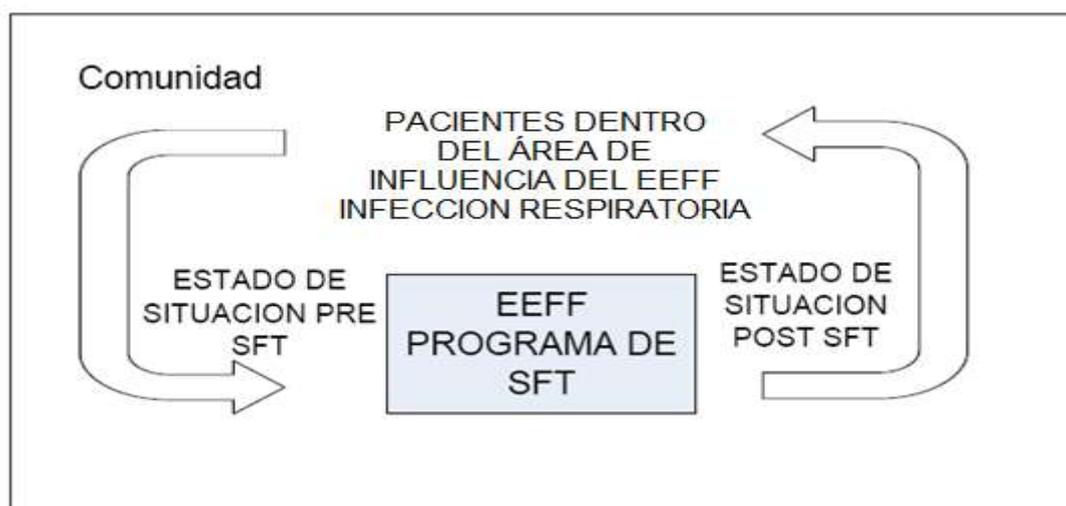
3.1.1. Tipo y el nivel de la investigación:

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

3.1.2. 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 Ocampo ⁽⁶¹⁾

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

El universo de sujetos de estudio estuvo conformado por pacientes atendidos de manera regular en la Farmacia Día y Noche. Los pacientes de la muestra que formaron parte de la muestra de investigación se autoseleccionaron son aquellos que visitaron la Farmacia Día y Noche durante el mes de abril del 2014 y cumplieron el criterio de inclusión, a los pacientes se les propuso formar parte de la muestra de investigación y tuvieron la libertad de ingresar al programa de manera voluntaria. Esta expresión de libertad quedó reflejada en la firma del documento de consentimiento informado. El número final de pacientes de la muestra fue prefijado en 12 pacientes

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

- Adultos entre 18 y 65 años que hayan recibido una prescripción que incluya el uso de medicamentos, como resultado de un diagnóstico facultativo por enfermedades agudas de vía respiratoria.
- Captados desde el establecimiento farmacéutico (EF) de referencia.
- Acepten su participación en forma escrita a través de un documento firmado.
- Capacidad de comunicación en idioma español de manera fluida escrita y hablada autosuficiente

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

- Capacidad disminuida para comprender o comunicarse.
- Pacientes cuya situación patológica pueda interferir en la interacción con el Farmacéutico.
- Imposibilidad de otorgar consentimiento informado.

No fue necesario reemplazar a ningún paciente de la muestra original

3.3 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

3.3.1 Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT): Es una práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades de los pacientes mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con el uso de medicamentos (PRM) **(100)**.

El SFT es una variable independiente administrada a los pacientes para diagnosticar, tratar y/o prevenir PRM que degeneren en Resultados Negativos de la Medicación **(100, 103)**. El SFT se aplica mediante una intervención profesional en una secuencia de actividades en cinco fases conducidas por el Farmacéutico y dirigidas al paciente y/o prescriptor. El instrumento del SFT es la Ficha Farmacoterapéutica (FFT) (Anexo N° 7.3) donde se registra la evolución del proceso. Se consignan datos del paciente, morbilidades, uso de medicamentos, costumbres y otros. Se registran los PRMs diagnosticados, los objetivos propuestos para su solución y los canales de comunicación empleados. La FFT registra finalmente el resultado de la intervención y los RNM asociados a los PRMs identificados.

3.3.2 Problemas relacionados con medicamentos (PRM): Situaciones que en el proceso de uso de medicamentos causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación. En la presente investigación utilizamos como base el listado modificado de PRM sugerido por el Tercer Consenso de Granada (27). (Cuadro N°07). El diagnóstico de PRMs es cuantitativo como resultado del análisis de la información recogida en las fichas farmacoterapéuticas. Cada paciente puede sufrir más de un PRM cuya naturaleza es registrada en la FFT como un evento diferente e individual en las tablas de frecuencias.

CUADRO N°07. Listado de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM)

<ol style="list-style-type: none">1. Administración errónea del medicamento2. Actitudes personales del paciente3. Conservación inadecuada4. Contraindicación5. Dosis, pauta y/o duración no adecuada6. Duplicidad7. Errores en la dispensación8. Errores en la prescripción,9. Incumplimiento10. Interacciones11. Otros problemas de salud que afectan al tratamiento12. Probabilidad de efectos adversos13. Problema de salud insuficientemente tratado <p style="text-align: center;">PRM INCLUIDOS</p> <ol style="list-style-type: none">14. Influencia del entorno socio cultural.15. Medicamentos ilegales.16. Problemas económicos.

Modificado de: Tercer Consenso de Granada(27).

3.3.3 Resultados negativos asociados con la medicación (RNM). Se definen como sospechas de RNM a la situación en la que el paciente está en riesgo de sufrir un problema de salud asociado al uso de medicamentos, generalmente por la existencia de uno o más PRM, a los que podemos considerar como factores de riesgo de este RNM (27). (Cuadro N° 02). La identificación de los RNMs será por interpretación del PRM asociado y su registro como un evento diferente e individual en las tablas de frecuencias. Cada paciente presenta tantos RNMs como PRMs sean diagnosticados.

3.3.4 Cumplimiento o adherencia al tratamiento: Se asumirá según la definición de Haynes**(39)**: Grado en el que la conducta de un paciente en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario. En la presente investigación esta definición solo se referirá a la dimensión relacionada con la toma de medicamentos. El grado de la variable se determinó pre y post implementación del programa y de manera indirecta utilizando el algoritmo de Morinsky, Green y Levine denominado Medication Adherent Scale (MAS)**(98)**(Cuadro N°08). El test arroja un resultado dicotómico, uno (1) cuando el paciente es no adherente y neutro (0) cuando es adherente.

3.3.5 Infecciones Respiratorias Agudas: Son padecimientos infecciosos de las vías respiratorias con evolución menor a 15 días. Las infecciones respiratorias agudas (IRAs), son las causas más frecuentes de morbilidad en el mundo y de elevada mortalidad particularmente en los países en desarrollo. Es el conjunto de alteraciones morfo funcionales y productivas causadas por la presencia y multiplicación de un agente microbiano patógeno (virus, bacterias). En la presente investigación se considera que un paciente sufre de enfermedades infecciosas respiratorias agudas son el resultado de la interacción causal entre diversos factores biológicos, ambientales y sociales. Este trabajo debe tener en una prescripción un medicamento tipo antibiótico considerado como alternativa para el tratamiento de enfermedades infecciosas en los protocolos específicos**(112)**

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

3.4.1 Técnica.

El Seguimiento Farmacoterapéutico se condujo a través de la técnica de la entrevista personal, la conversación telefónica y la visita domiciliaria, apoyadas en todos los casos en hojas de recolección de datos denominadas fichas Farmacoterapéuticas. La entrevista personal se realizó en el EF o en el domicilio del paciente. La técnica de abordaje y de interacción con el paciente en las entrevistas fue el recomendado por la Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico del método DADER **(26)**.

3.4.2 Instrumentos

3.4.2.1 Fichas Farmacoterapéuticas (FFT).

Son hojas para el registro de los datos del Seguimiento Farmacoterapéutico, es el instrumento base para el levantamiento de información. Es un documento que consiste en 5 partes de información sobre el paciente: Datos generales, información sobre las enfermedades, los medicamentos consumidos, problemas con el uso de medicamentos y las acciones realizadas por el profesional farmacéutico para resolverlas. Se utilizó este instrumento en las 5 fases del SFT. El registro de la información en las FFT se realizó de acuerdo a las indicaciones de la Guía para el Seguimiento Farmacoterapéutico del método DADER (26).

3.4.2.2 Instrumento para medir la adherencia al tratamiento (Cuadro N° 09).

También denominado Medication Adherent Scale (MAS) o Test de Morisky (98, 115) consiste en una escala de cuatro ítems de preguntas con SI y NO como opciones de respuesta. Las preguntas están formuladas de tal forma que las respuestas afirmativas (sí) reflejan incumplimiento o no adherencia y valen 1 punto. Las respuestas negativas (no) reflejan adherencia y se puntúan con cero (0). De tal forma que al sumar las respuestas de todos los ítems los resultados extremos pueden ser cero (0) o cuatro (4), un score total de cero representa adherencia total, es decir, respuestas negativas a todas las preguntas, mientras que un puntaje de cuatro refleja total incumplimiento y resultados de puntajes intermedios pueden catalogarse desde poco incumplimiento hasta incumplimiento total.

CUADRO N°08. ESCALA DE ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN (MAS) DE MORISKY-GREEN – LEVINE (98, 115).

PREGUNTA	VALOR DE LA RESPUESTA	
	SÍ	NO
¿Con que frecuencia se olvida usted de tomar su medicación? Olvido >/= a una vez por semana: SÍ= 1, nunca: NO = 0.		
¿Cuántas veces a la semana se olvida de tomar sus medicamentos la hora indicada? eventos >/= a una vez por semana: SÍ= 1, nunca: NO = 0.		
¿Con que frecuencia deja de tomar su medicación Cuando se encuentra bien? eventos >/= a una vez por semana: SÍ= 1, nunca: NO = 0.		
¿Cuántas veces ha dejado de tomar sus medicamentos por que ha sentido que le caen mal? eventos >/= a una vez por semana: SÍ= 1, nunca: NO = 0.		

Modificado de. National Cancer Institute. Morisky 4-Item Self-Report Measure of Medication-Taking Behavior (MMAS-4)(115)

3.4.3 Procedimiento de recolección de datos.

Los datos se recolectaron durante el programa de Seguimiento Farmacoterapéutico, cuyo proceso se esquematiza en la Figura N° 04. En esencia se sigue el procedimiento sugerido en el método DADER (26) con la modificación de la terminología y el anexo de otros datos que son útiles para nuestra realidad.

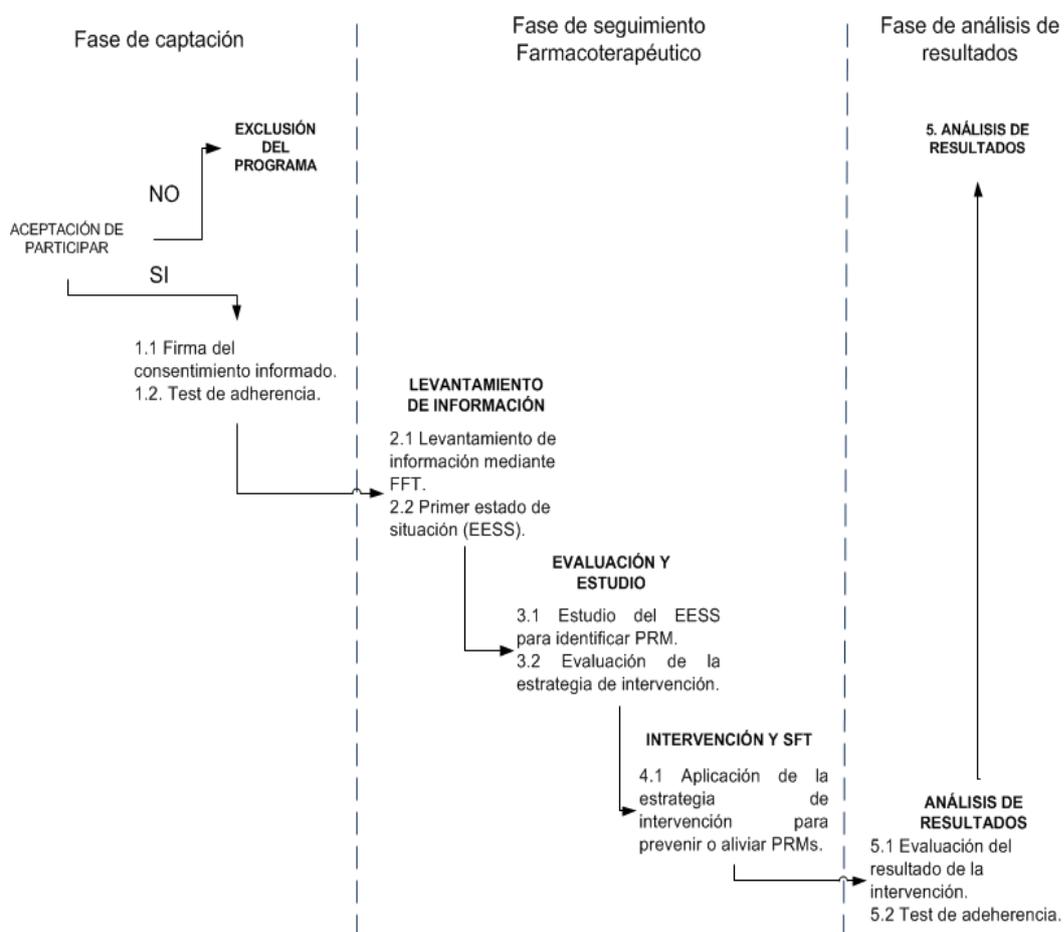
Las etapas del procedimiento de recolección de datos:

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

3.4.3.1 Procedimiento para Oferta del servicio y captación de los pacientes.

Se ofertó el servicio a todos los pacientes de infecciones respiratorias agudas que acudieron al EEFF en los meses de abril-junio del 2014 hasta obtener doce pacientes. El paciente que decidió formar parte de la experiencia dejó expresado su consentimiento mediante la firma de una declaración sobre los alcances de la intervención (ver Anexo N° 7.2). El documento de consentimiento explicita la responsabilidad del farmacéutico en vigilancia del uso de medicamentos, la cautela de los datos del paciente, la gratuidad del servicio, ni la venta o donación de ningún tipo de medicamento. Así mismo el consentimiento autoriza al farmacéutico a intermediar con el médico para la solución de los problemas complejos o urgentes relacionados con el uso de medicamentos. Por otro lado obliga al paciente a entregar toda la información referida a enfermedades y uso de medicamentos que pueda ser útil para el diagnóstico de PRMs. Durante la captación se aplicó el test de adherencia al tratamiento. Al final de la entrevista de captación, el paciente y farmacéutico fijan fecha y hora para la segunda entrevista de levantamiento de información.

FIGURA N° 04. FLUJOGRAMA DE LAS ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO.



Elaborado por OCAMPO P.(61)

3.4.3.2 Levantamiento de información.

La información se registró en la Ficha Farmacoterapéutica (FFT) (Anexo N°7.3). Se anotó la información general del paciente, datos sobre enfermedades, profesionales que diagnosticaron, medicamentos utilizados, hábitos de vida, antecedentes familiares y percepción de signos y síntomas de problemas de salud que el paciente asocie con el uso de medicamentos.

Se registró además el uso de productos naturales y el uso de medicamentos sin prescripción. Para este fin se solicitó al paciente mostrar todos los productos farmacéuticos que usaba de manera regular, se usen o no para la enfermedad objetivo.

Durante el registro se interroga al paciente sobre factores de riesgo y sospechas de problemas relacionados con el uso de medicamentos. Se procuró que el tiempo entre la captación y el levantamiento de información no sea más de 1 hora y media

3.4.3.3 Fase de estudio y evaluación de la información.

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

Se estudia toda la información registrada en la FFT para interrelacionar las variables en busca de PRMs: enfermedades diagnosticadas, morbilidad sentida, medicamentos prescritos, automedicación, sospechas de reacciones adversas, adherencia al tratamiento, etc., para diagnosticar problemas con el uso de los medicamentos (PRMs) como causa de morbilidad farmacoterapéutica o RNMs. Se usó material bibliográfico de apoyo para certificar los hallazgos del PRMs y RNMs (116).

Por cada problema diagnosticado el Farmacéutico estudiará la mejor estrategia de solución que se reportará en la hoja 5 de las FFT. La estrategia pudo contener una serie de acciones dirigidas directamente al paciente o al prescriptor. Para cada PRM y sus estrategias de solución se buscó el mejor canal de comunicación (Cuadro N° 09) que pudo dirigirse al paciente o al médico. Cada paciente pudo ser diagnosticado con más de un PRM. Como resultado de esta fase surge el diagnóstico de los PRMs, los objetivos que deben lograr el paciente y/o el médico para su solución y la estrategia de comunicación. Los canales de comunicación utilizados se muestran en el cuadro siguiente:

CUADRO N°09. TIPOS DE CANALES PARA COMUNICAR LAS RECOMENDACIONES DEL FARMACÉUTICO PARA LA SOLUCIÓN DE PRMs

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

3.4.3.4 Fase de intervención y Seguimiento Farmacoterapéutico.

El objetivo de esta fase fue comunicar asertivamente los objetivos y los plazos que deben cumplir el paciente y/o médico para la solución de PRMs. La intervención fue mediante visitas domiciliarias, contacto telefónico, correos electrónicos. Para la comunicación de las estrategias de solución al paciente se usó las entrevistas personales y recomendaciones escritas. Cuando las intervenciones fueron para sugerir la modificación de dosis, añadir, retirar o sustituir un medicamento prescrito la comunicación fue dirigida al médico prescriptor. La sugerencia escrita de la estrategia fue a través de formatos pre elaborados dirigidos al paciente o al médico (Anexo N° 03).

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

3.4.3.5 Evaluación del impacto de la intervención.

La entrevista para evaluación final de los resultados fue conducida por un investigador diferente al que realizó el SFT. Se preguntó al paciente si ejecutó las recomendaciones dadas para la solución del PRM o si el médico puso en prácticas las sugerencias de modificación de la terapia. Independientemente de la aceptación de la sugerencia para la solución se le preguntó si consideraba resueltos cada problema relacionado con medicamentos que fue diagnosticado. Así mismo se midieron los niveles finales de adherencia y los parámetros clínicos de la enfermedad.

3.5 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.

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

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

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

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

Para evidenciar los resultados de la intervención se construyeron tablas sobre la frecuencia de los canales de comunicación utilizados, el tipo y frecuencia de PRM diagnosticados y el porcentaje de los solucionados. También los resultados de la diferencia entre el nivel de adherencia antes y después de la intervención y entre los niveles de los parámetros clínicos. Se determinó la correlación entre el número de diagnósticos y los medicamentos usados y entre los medicamentos usados y los PRMs diagnosticados por cada paciente. Se elaboraron gráficos de regresión lineal para hallar la linealidad de la correlación y para la determinación de la correlación entre las variables se utilizó el estadístico de Spearman.

La cuantificación de los resultados de adherencia se hizo de acuerdo al criterio del instrumento. Las respuestas negativas (no) se consideraron favorables a la adherencia y se puntúan con 0. Las respuestas asertivas (sí) a las preguntas del test son consideradas negativa para la adherencia y se puntúan con 1. De las cuatro preguntas del test bastó un solo 1 para tipificar a los pacientes como no adherentes.

Para la determinación de la significancia estadística de los resultados de adherencia antes y después de la intervención se aplicó el test de McNemar, para datos dicotómicos, de muestras pareadas usando el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) de IBM versión 20. El nivel de significancia estadístico para la diferencia entre los niveles de los parámetros clínicos antes y después del SFT se determinó con el test T de student. Para todas las pruebas estadísticas se usó un nivel de significancia menor de 0,05.

Se evaluó el impacto del SFT sobre la actitud del paciente en cada una de las preguntas del test de Morinski y se comparó el resultado acumulado de los 12 pacientes para cada pregunta antes y después de la intervención con el fin de verificar en cuál de ellas el comportamiento hacia la adherencia fue más difícil de seguir, se utilizó para este análisis el mismo criterio, es decir, 0 significó adherencia y 1 no adherencia. Se midió la significancia estadística del cambio mediante el test de Mcnemar específico para datos no paramétricos dicotómicos. Se evaluó además el comportamiento de los pacientes de acuerdo al acumulado total de sus respuestas a los cuatro items del test. Se consideró el cumplimiento de los pacientes de acuerdo a estos límites de resultados:

Cuadro N°10 Criterio para calificar la adherencia o cumplimiento de los pacientes

PACIENTE:	SUMA de respuestas positivas (1)
INCUMPLIDOR	4
MUY INCUMPLIDOR	2 o 3
POCO INCUMPLIDOR	1
CUMPLIDOR o ADHERENTE	0

3.6 MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivos	Hipótesis	Metodología	Plan de Análisis
<p>ENUNCIADO GENERAL DEL PROBLEMA. ¿Cuál es la eficacia de un programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico para aumentar la adherencia al tratamiento de pacientes con Infección Respiratoria intervenidos desde la “FARMACIA DIA Y NOCHE N°02” Distrito Chimbote durante los meses de abril a junio del 2014?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar la eficacia de un programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico para aumentar la adherencia al tratamiento de pacientes con Infecciones Respiratorias Agudas intervenidos desde la “FARMACIA DIA Y NOCHE N°02”, Distrito Chimbote durante los meses de abril a junio del 2014</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS. Determinar el estado de situación de uso de medicamentos de una muestra de pacientes con Infecciones Respiratorias agudas que se atienden en la “FARMACIA DIA Y NOCHE N°02”, Distrito Chimbote a través del desarrollo de un programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT). Diseñar e implementar estrategias de intervención farmacéuticas para solucionar PRMs diagnosticados Comparar el nivel de adherencia al tratamiento antes y después de la intervención piloto.</p>	<p>El Programa Piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico mejora significativamente el grado de adherencia al tratamiento de pacientes con infecciones respiratorias agudas intervenidos desde la Farmacia Día y Noche</p>	<p>TIPO Y EL NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN: La presente investigación fue de Tipo Aplicada, Cuantitativa y de nivel pre experimental.</p> <p>DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN: El diseño de la presente investigación fue de tipo prospectivo longitudinal de una sola casilla y no probabilístico y semi ciego. Ver figura N°3).</p> <p>POBLACIÓN Y MUESTRA. El universo de sujetos de estudio estuvo conformado por pacientes atendidos de manera regular en la Farmacia Día y Noche. Los pacientes de la muestra que formaron parte de la muestra de investigación se autoseleccionaron son aquellos que visitaron la Farmacia Día y Noche durante el mes de abril del 2014 y cumplieron el criterio de inclusión, a los pacientes se les propuso formar parte de la muestra de investigación y tuvieron la libertad de ingresar al programa de manera voluntaria. Esta expresión de libertad quedo reflejada en la firma del documento de consentimiento informado. El número final de pacientes de la muestra fue prefijado en 12 pacientes</p> <p>PROCEDIMIENTO. Los datos se recolectaron durante el programa de Seguimiento Farmacoterapéutico, cuyo proceso se esquematiza en la Figura N°04. En esencia se sigue el procedimiento sugerido en el método DADER²⁶ con la modificación de la terminología y el anexo de otros datos que son útiles para nuestra realidad.</p> <p>Las etapas del proceso fueron:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Captación de pacientes 2. Levantamiento de información. Primer estado de situación. 3. Estudio y Evaluación. 4. Intervención. 5. Seguimiento 6. Análisis de Resultados. 	<p>Las tablas para el análisis de data se construyeron con la información registrada en las fichas farmacoterapéuticas. Las tablas fueron confeccionadas en MS Excel:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tabla de información general de los pacientes, tiempos de intervención y canales de comunicación utilizados. 2. Tabla de Primer estado de situación, con datos sobre problemas de salud y medicamentos utilizados, Así mismo PRM detectados, RNM potenciales, estrategia de intervención usada y vía de comunicación. 3. Tabla de resultados del test de Moriski 4. Tabla de resultados del test de Purdue.

3.7 CRITERIOS ÉTICOS

El estudio se llevó a cabo siguiendo las normas éticas de la Declaración de Helsinki.¹¹⁷ se realizó con el consentimiento de los responsables del Servicio Farmacéutico de referencia. Se reportaron a los responsables del tratamiento las incidencias de las visitas de manera inmediata si se identifican factores de riesgo agravados que originen la inmediata atención del paciente

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

A todos los pacientes se les informará del estudio solicitándoles el consentimiento escrito para su inclusión en el mismo. La hoja de consentimiento informado (Anexo N°7.2) detalla las obligaciones del farmacéutico y las del paciente.

No se modificará la terapia prescrita sin el consentimiento del profesional prescriptor.

El informe estuvo aprobado por el Comité de Investigación de la Escuela Profesional de Farmacia de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.

IV.- RESULTADOS.

4.1 RESULTADOS

4.1.1. DATOS GENERALES SOBRE LOS PACIENTES Y LOS TIEMPOS DE INTERVENCIÓN.

Tabla N° 01. Distribución de frecuencias y porcentajes de los pacientes intervenidos por sexo y edad promedio. Programa de SFT dirigido a pacientes con infecciones respiratorias agudas. Farmacia Día y Noche Chimbote abril-junio 2014

SEXO	PROM EDAD (AÑOS)	Fi	%
F	42.3	6	50
M	27.5	6	50
\bar{X}	34.9	12	100.0
s	13.4		

Tabla N°02. Distribución de los tiempos invertidos durante el Seguimiento Farmacoterapéutico entre el farmacéutico y los pacientes por la forma de contacto. Programa de SFT a pacientes con infecciones respiratorias agudas. Farmacia Día y Noche Chimbote abril-junio 2014

PACIENTES	EN FARMACIA		EN DOMICILIO		POR TELÉFONO		POR OTRAS VÍAS		CONTACTO S N° TOTAL	TIEMPO TOTAL (MIN)
	N°	t (min)	N°	t (min)	N°	t (min)	N°	t (min)		
1	1	10	3	60	2	8	0	0	6	78
2	1	15	3	45	3	8	0	0	7	68
3	1	10	3	50	2	7	0	0	6	67
4	1	15	3	70	2	7	0	0	6	92
5	1	15	3	60	3	5	0	0	7	80
6	1	15	3	55	3	8	0	0	7	78
7	1	15	3	35	3	6	0	0	7	56
8	1	20	3	40	2	5	0	0	6	65
9	1	10	3	50	4	7	0	0	8	67
10	1	15	3	70	3	9	0	0	7	94
11	1	12	3	45	3	8	0	0	7	65
12	1	20	3	55	2	5	0	0	6	80
TOTAL	12	172	36	635	32	83	0	0	80	890
\bar{X}	1	14.3	3.0	52.9	2.7	6.9	0	0	6.7	74.2
\bar{X} t en cada CONT.		14.3		17.6		2.6		0		11.1

N°: Número

4.1.2. 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. Farmacia Día y Noche Chimbote abril-junio 2014

Morbilidad	CIE10	Diagnostico	fi	%
Diagnosticada	J03	Amigdalitis aguda	6	16.2
	J02	Faringitis aguda	5	13.5
	J00	Rinofaringitis aguda(resfriado común)	2	5.4
	R52.0	Dolor agudo	1	2.7
	J01	Sinusitis aguda	1	2.7
Sub total			15	40.5
No Diagnosticada		Dolores musculares	8	21.6
		Alergia	4	10.8
		Indigestión	2	5.4
		Gastritis	2	5.4
		Fiebre	2	5.4
		Tos aguda	1	2.7
		Llagas en boca	1	2.7
		Infección de las vías urinarias	1	2.7
		Dolor de cabeza	1	2.7
Sub total			22	59.5
Total			37	100.0

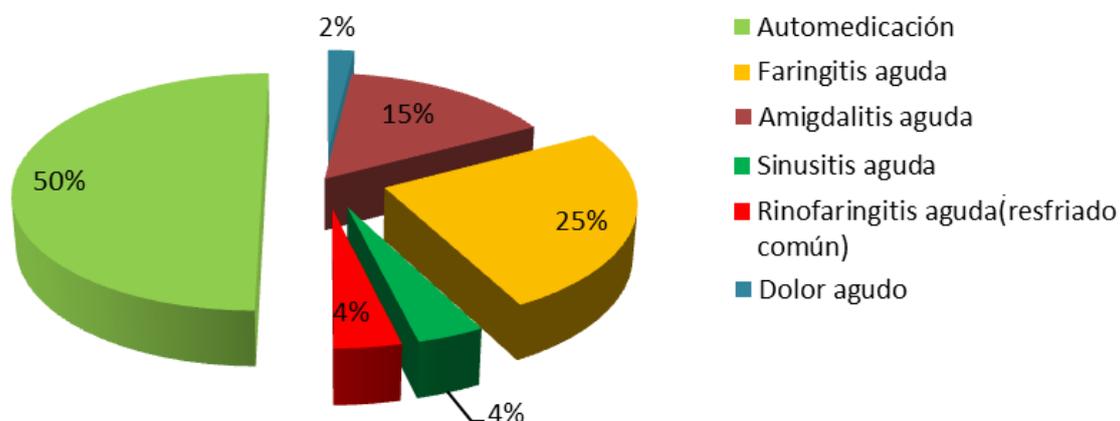
Fuente: Anexo N°04, Tablas de Estado de Situación
*CIE10. Código Internacional de Enfermedades versión 10

Tabla N° 04. Distribución de la frecuencia de uso de medicamentos según su origen en prescritos y no prescritos durante el proceso de intervención. Programa de SFT a pacientes con infecciones respiratorias agudas. Farmacia Día y Noche Chimbote
Abril-junio 2014

Origen del Medicamento	Morbilidad	Denominación en DCI	fi	Fi	%
Prescritos	Faringitis aguda	Ibuprofeno	1	13	25
		amoxicilina	1		
		amoxicilina + ácido clavulánico	1		
		Claritromicina	1		
		Clorfenamina	2		
		Dexametasona	1		
		Eritromicina	2		
		Naproxeno	2		
		Paracetamol	1		
		Dextrometorfano	1		
	Amigdalitis aguda	Lincomicina	1	8	15.38
		Ibuprofeno	1		
		Cefalexina	1		
		Amoxicilina	5		
	Sinusitis aguda	amoxicilina + ácido clavulánico	1	2	3.85
Cetirizina		1			
Rinofaringitis aguda(resfriado común)	clorfenamina	2	2	3.85	
Dolor agudo	Ibuprofeno	1	1	1.92	
Sub total				26	50
No prescritos	Dolores musculares	Diclofenaco	1	13	25
		Ibuprofeno	5		
		Naproxeno	6		
		Paracetamol	1		
	Dolor de cabeza	Tonopan	1	1	1.92
	Fiebre	Paracetamol	1	2	3.85
		Metamizol	1		
	Alergia	Cetirizina	3	4	7.70
		Clorfenamina	1		
	Gastritis	Ranitidina	1	2	3.85
		Omeprazol	1		
	Tos aguda	Dextrometorfano	1	1	1.92
	Indigestión	Bismutol	1	2	3.85
		Sal de andrews	1		
	Infección de las vías urinarias	Sulfametizol+fenazopiridina	1	1	1.92
Sub total				26	50
TOTAL			52	52	100
X				4.33	

Fuente: Anexo N°04, Tablas de Estado de Situación
*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. Farmacia Día y Noche Chimbote. Abril-junio 2014



Fuente: Anexo N°04

Tabla N° 05. 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. Farmacia Día y Noche, Chimbote. Abril a junio del 2014.

PAC.	SEXO	EDAD	N° DX	N° MED	N° PRM	N° SOL
1	F	57	5	5	4	3
2	M	21	3	4	2	2
3	M	26	3	4	3	2
4	F	48	5	5	2	2
5	M	39	3	4	3	3
6	M	37	2	5	4	4
7	F	56	3	5	2	1
8	M	22	3	4	3	3
9	F	23	2	4	3	3
10	F	31	3	4	2	2
11	M	20	2	4	2	2
12	F	39	3	4	3	3
TOTAL			37	52	33	30
PROM		34.92	3.08	4.33	2.75	2.50

Pac. Código de paciente
DX: Número de diagnósticos
MED: Cantidad de medicamentos

Fuente: Anexo 04, Tabla de Estado de Situación

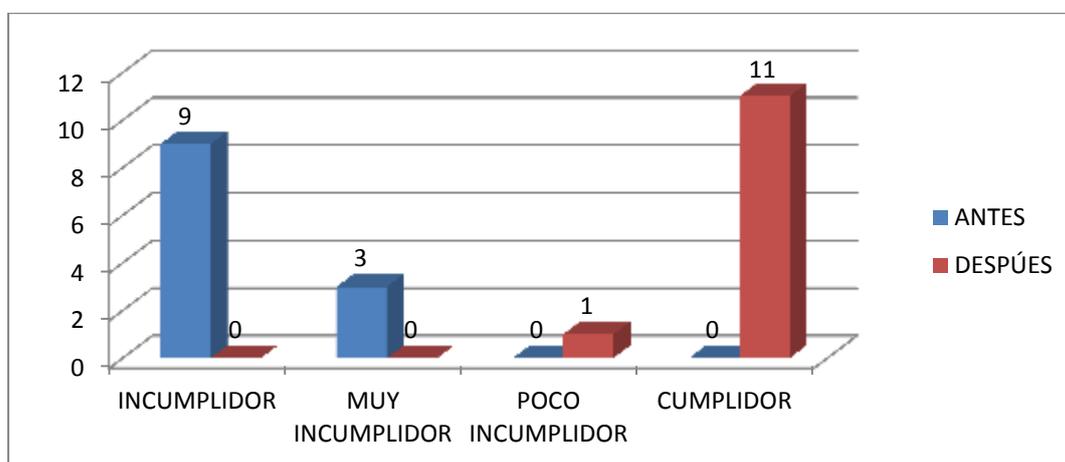
4.1.4. IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN SOBRE LA ADHERENCIA.

Tabla N°06. Impacto del SFT sobre la Adherencia al Tratamiento. Programa de SFT a pacientes con Infecciones Respiratorias Agudas. Farmacia Día y Noche Chimbote Abril-junio 2014

paciente	fi ADHERENCIA ANTES	fi ADHERENCIA DESPUES
1	1	0
2	1	0
3	1	1
4	1	0
5	1	0
6	1	0
7	1	0
8	1	0
9	1	0
10	1	0
11	1	0
12	1	0
NO ADHERENTES	12	1
% NO ADHERENTES	100	8.3
Test de McNemar	P=	0.001

1: Paciente Incumplidor; 0: Paciente Cumplidor.

Gráfico N°02. Evaluación de los puntajes obtenidos, según las respuestas del Test de Morisky antes y después de la intervención farmacoterapéutica.



	fi ANTES	%	fi DESPUES	%
INCUMPLIDOR	9	75.0	0	0.0
MUY INCUMPLIDOR	3	25.0	0	0.0
POCO INCUMPLIDOR	0	0.0	1	8.3
CUMPLIDOR	0	0.0	11	91.7
	12	100.0	12	100.0

Tabla N° 07 Impacto del Seguimiento Farmacoterapéutico sobre las actitudes que reflejan cada una de las preguntas del Test de Morinsky. Programa de SFT a pacientes con infecciones respiratorias agudas. Farmacia Día y Noche Chimbote. Abril-junio 2014

N	PREGUNTA DEL TEST	p (n=12)
1	¿Con que frecuencia se olvida usted de tomar su medicación? Olvido \geq a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.	,004
2	¿Cuántas veces a la semana se olvida de tomar sus medicamentos la hora indicada? eventos \geq a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.	,002
3	¿Con que frecuencia deja de tomar su medicación Cuando se encuentra bien? eventos \geq a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.	,001
4	¿Cuántas veces ha dejado de tomar sus medicamentos por que ha sentido que le caen mal? eventos \geq a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.	,001

4.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Con el objetivo de determinar el impacto del programa de SFT sobre la resolución de PRM, sobre la adherencia al tratamiento y sobre el valor de los indicadores clínicos de la enfermedad se tabularon los resultados obtenidos y se analizaron las relaciones entre las variables objetivo. A continuación se presenta el análisis de acuerdo al orden de presentación de los resultados:

4.2.1. SOBRE LOS PACIENTES Y LOS TIEMPOS DE INTERVENCIÓN.

Los pacientes intervenidos fueron 12 que aceptaron participar en el estudio (Tabla 01) de 18 años a 60 años con diagnóstico de Infecciones Respiratorias Agudas en la Farmacia Día y Noche de Chimbote, esto lo pudimos saber ya que en su receta estaba aunque sea un antibiótico, el seguimiento se hizo durante los meses de abril a junio del 2014 de los cuales 6 (50%) fueron de sexo femenino y 6 (50%) de sexo masculino, lo cual muestra que no hay mucha diferencia entre estos datos ya que observamos que ambos se preocupan por su enfermedad y van a la botica a tratarse y que tienen mayor tiempo para asistir a sus citas con el doctor.

La edad promedio de los pacientes que se intervinieron fue 34.9 años con una desviación estándar de 13.4, lo que demuestra que todos somos propensos a tener infecciones respiratorias agudas. Los pacientes son en su mayoría gente joven que no tiene otro problema de salud ni toman otros medicamentos por lo que el problema de confusión con otros tratamientos es mínimo.

Según diversos trabajos indican que las mujeres son las que buscan la atención en una farmacia ya sea porque tiene mayor comunicación y sobretodo porque los hombres son poco de conversar. Según Vega M.¹¹⁸, señala que la enfermedad afecta a todas las edades, sin embargo su incidencia se concentra en los adultos (59%), predominó en el sexo (F). Al igual indica también que en personas mayores de 65 años a más, la incidencia es alta debido a la senescencia del sistema inmunitario.

El 50 % (6 de 12) de las personas que participaron en el estudio SFT fueron de sexo (F), esto puede estar asociado al procedimiento de selección del paciente desde el Establecimiento farmacéutico (EEFF), lugar al que acuden el mayor número de mujeres que dedican al cuidado de los hijos teniendo más tiempo para visitar los EEFF

Los tiempos promedio invertidos (tabla 02) se presentan en cada una de las visitas durante el proceso de SFT por paciente, en donde encontramos un total de 80 contactos con un promedio de 6.7 contactos x paciente. La captación de los pacientes se hizo en la Farmacia Día y Noche por lo tanto el primer contacto con el paciente fue en el EEFF y en algunos casos se empezó allí el ofrecimiento del programa, demostrando la preocupación por el estado del paciente y la importancia del Seguimiento Farmacoterapéutico en el tratamiento de su infección respiratoria aguda el cual fue aceptado inmediatamente y en algunos casos pedían que los visitemos en su domicilio.

El trabajo más prolijo se realizó durante la 1^{era} y 2^{da} visita de intervención, en las cuales se dejó al paciente las recomendaciones acerca de su tratamiento y hábitos de vida saludables que contribuyen a evitar complicaciones en la enfermedad. Se invirtieron en total 11.1 minutos aproximadamente por paciente en cada visita y en promedio por todas las visitas realizadas 74.2 min, que si los multiplicamos por los 12 pacientes intervenidos arrojan un total de 890 minutos de trabajo farmacéutico dedicado al SFT, cabe recalcar que en 4 de 12 pacientes y son 4, 5, 10 y 12 fueron los que más tiempo invertido tuvieron durante el SFT con un tiempo promedio de 87.2 min (Ver tabla 02), debido a que estaban más interesados por compartir sus dudas y opiniones con respecto a su enfermedad y a los medicamentos, dicho tiempo fue fruto para enriquecer y demostrar nuestra labor como profesionales, esto se dio porque son personas de mayor edad; en la paciente 4 podemos notar que tomaba más medicamentos y sobretodo nos comenzó a contar acerca de cuantos medicamentos tenía guardado

El tiempo utilizado en los contactos en el establecimiento farmacéutico fue 14.3 minutos en promedio, este medio fue útil para realizar la captación de los pacientes, si bien es cierto solo se utilizó para captar pacientes para realizar el SFT, debido a que el ambiente en el establecimiento no era cómodo para ganar la confianza del paciente y permita que haya una comunicación fluida y reconfortarle, por lo cual se optó por contactar al paciente en su domicilio y ser ahí donde se tome todos los datos posibles para armar nuestro informe.

El tiempo utilizado en los contactos en el domicilio fue de 52.9 minutos en promedio, fue una mejor opción ya que no solo permitía entrar en contacto directo con el paciente, sino que también por ser en domicilio permitía tener una comunicación farmacéutico-paciente más fluida y más cómoda a diferencia del establecimiento farmacéutico. Este medio fue muy útil ya que permitió alcanzar el objetivo de identificar signos de reacciones adversas, interacciones, contraindicaciones, mejorar la adherencia, etc.

El tiempo de llamadas para cada paciente fue un poco variable, ya que permitieron brindar y recibir información sobre su problema de salud por que en la actualidad sienten que los profesionales de salud no se preocupan por su enfermedad y la presencia de un profesional mostrando interés por la enfermedad y su tratamiento hacer que mejore la relación entre paciente y profesional de salud., el tiempo usado en las intervenciones por teléfono 2.7 minutos en promedio, este medio de contacto entre farmacéutico - paciente fue uno de los medio menos empleados, debido a que no estabas en contacto directo con el paciente lo cual influía en que no haya una comunicación fluida y cómoda con el mismo, solo se utilizó este medio en casos muy necesarios como hacerle recordar la toma de su medicamento, así como recomendaciones o también para verificar si se iba encontrar en casa previa a la visita farmacéutica.

La última visita solo tuvo como objetivo el levantamiento de la información después de la intervención. Los minutos invertidos en promedio por paciente fue de 74.2 min. y el tiempo promedio por contacto fue de 11.1 min (Tabla 02) reflejan más de una hora de trabajo por cada paciente lo que implicó en la práctica un ejercicio complejo por la necesidad de conocer el estado de salud de cada paciente y extraer todo lo necesario del paciente y explicarle que le puede pasar que recomendaciones darle.

Según María Belén en el 2011, para poder ofrecer el servicio de SFT el farmacéutico ha de tener una sistemática de trabajo que le permita contar con el conocimiento completo de una serie de datos personales y sanitarios relacionados con el paciente. Para ello el farmacéutico establecerá una secuencia de entrevistas personales con el fin de generar una relación profesional centrada en la farmacoterapia y en los problemas de salud referidos por el paciente, para conseguir unos resultados óptimos y, en caso contrario, intervenir para corregir PRM o RNM (119).

Según Roger considera que un canal de comunicación con el paciente es el medio por el cual el mensaje va de un individuo a otro y afirma que los medios masivos son más efectivos para proporcionar información, y que los pacientes lleguen a la fase de conocimientos, mientras que la comunicación interpersonal es más efectiva para formar y cambiar actitudes en torno a una idea (120).

Por una parte Gastelurrutia (121) encontró tres grandes obstáculos para la realización del SFT de una manera generalizada: la necesidad de tiempo, y por tanto de contratación de nuevos farmacéuticos, la necesidad de apoyo clínico, por falta de confianza y conocimientos en dichos aspectos, y la necesidad del pago por el servicio para hacerlo rentable. La falta de tiempo y necesidad de más personal, unido a la necesidad de reorganización de las funciones de los miembros del equipo de la farmacia, son aspectos que han sido descritos por muchos autores. De hecho, en algunos estudios se demuestra que el tiempo es el mayor generador de costes en la provisión del SFT.

4.2.2. SOBRE LOS DIAGNÓSTICOS IDENTIFICADOS Y LOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS POR LOS PACIENTES DURANTE EL PROCESO DE SFT.

Debido a que la Infección Respiratoria Aguda fue la enfermedad objetivo, todos los pacientes la sufrieron (Tabla N°03). Se identificaron 37 enfermedades, donde cada paciente puede tener 3 enfermedades. Aproximadamente el 40.5% de estas fueron diagnósticos por médicos respaldados por una prescripción. Los restantes (59.5%) fueron signos, síntomas, percepciones, malestares, u otro similar no diagnosticado que el paciente sentía al momento del levantamiento de la información y que pudo ser el origen de uso automedicado de medicamentos.

Evidentemente el diagnóstico de AMIGDALITIS AGUDA (16.2%) fue la más frecuente por ser la enfermedad objetivo, también presentaron otras enfermedades relacionadas tales como FARINGITIS AGUDA que es la segunda enfermedad más frecuente (13.5%), otras enfermedades diagnosticadas detectadas son RINOFARINGITIS AGUDA, DOLOR AGUDO, SINUSITIS.

Según Rodríguez indica que en ocasiones es una tarea un tanto difícil identificar cuál de las infecciones respiratorias está padeciendo un paciente, pues los síntomas son similares y la confusión de una por otra podría significar una prolongada enfermedad y serias complicaciones (122).

Si bien el promedio de enfermedades diagnosticadas por paciente es menor que las no diagnosticadas, individualmente los pacientes reportaron una variedad mayor de signos y síntomas que perciben paralelamente a la morbilidad diagnosticada. En todos los casos los pacientes están en riesgo de utilizar medicamentos sin prescripción para estas enfermedades.

Por criterio inherente al SFT el farmacéutico durante el proceso se hace responsable de todas las enfermedades para las cuales el paciente usa o potencialmente puede usar medicamentos. Por esta razón fue un objetivo del proceso, durante la fase de levantamiento de información, identificar todas las enfermedades diagnosticadas o no que padecía el paciente. Por muy simple que pareciera o por eventual que fuera el uso de medicamentos asociados.

Como resultado los pacientes refieren múltiples dolencias tales como: dolores musculares, alergia, indigestión, gastritis, entre otros. Esta situación es probablemente la causa de elevada prevalencia de automedicación.

Ramírez (123), nos dice que el uso racional de antimicrobianos en las infecciones respiratorias altas depende de la rigurosidad en el diagnóstico para evitar el abuso en sus prescripciones con las consiguientes complicaciones como costo, aparición de efectos adversos y desarrollo de resistencia bacteriana. La elección de estos antimicrobianos está basada en el espectro antineumocócico que poseen ya que es este el principal agente etiológico a considerar para la toma de decisiones en el tratamiento de estas patologías.

Según el origen de su uso, los medicamentos fueron considerados como medicamentos prescritos, sustentados con receta, y medicamentos sin prescripción asociados con automedicación (Tabla N°04). Casi 50% de los medicamentos identificados fueron medicamentos prescritos respaldados por una receta que indicaba las características de su uso. En la investigación se consideró que los medicamentos prescritos fueron el objetivo específico del SFT. Es decir el trabajo del farmacéutico fue asegurar que se cumplan las indicaciones médicas. No obstante la revisión de la calidad de la prescripción fue un requisito previo del SFT, es decir se aseguró que los medicamentos que contenía la receta hayan sido prescritos según sus recomendaciones farmacológicas estándares para los pacientes objetivo.

En promedio los pacientes usaron 4.33 medicamentos (Tabla N°04), 2,16 medicamentos prescritos y 2.16 medicamentos por automedicación. Evidentemente los medicamentos más usados fueron aquellos para la faringitis aguda (25%) y para amigdalitis aguda (15.38%). El resto de los medicamentos prescritos estuvieron un poco bajos.

Del total de los medicamentos usados por los pacientes el 50% (26) fueron no prescritos (Tabla N°04 y Gráfico N°01). El origen de uso fueron signos y síntomas percibidos individualmente por el paciente, como sucede en el caso del dolores musculares (25%).

En otros casos la explicación es mucho más compleja. Por ejemplo pacientes que usan para la gastritis sin haber sido diagnosticados. En este caso específico el paciente comunicó que usaba ranitidina, omeprazol por recomendación de la vecina a quien le había confesado ciertos malestares que fueron empíricamente asociados a los signos y síntomas de la gastritis, otro caso es el uso de sulfametizol+fenazopiridina que lo usa para las infecciones de las vías urinarias cuando se siente mal. El promedio de 4.33 medicamentos por paciente indica un consumo elevado de medicamentos, pero es un patrón ajustado a los perfiles de consumo de pacientes agudos

El uso inadecuado de los antibióticos es considerado como una de las principales causas de la aparición de resistencia microbiana. Este es considerado a su vez como un problema de salud pública, y los farmacéuticos tienen una importante oportunidad de intervención durante la dispensación de estos medicamentos (123).

En las tablas se han incluido tanto los medicamentos prescritos por facultativo y los que el paciente usa por recomendación anterior para síntomas similares, por decisión propia, por recomendación de la farmacia u otro, etc. Este grupo de medicamentos son los que encierran probablemente la mayor irracionalidad en el consumo, así como pueden interactuar negativamente con la medicación prescrita de manera apropiada.

Los medicamentos de consumo diario acarrearán una responsabilidad importante por parte de los pacientes y de los Farmacéuticos que se responsabilizan por asegurar el uso apropiado. Tomar un medicamento a la hora indicada, a las dosis prescritas, tomando las precauciones propias a la naturaleza del medicamento demandan una serie de requisitos que el usuario debe cumplir de manera obligatoria y cotidiana.

Un estudio por parte de Elena Bernabe **(124)** nos dice que la edad media de la población fue de 44 años, y casi el 70% de los pacientes tenían estudios superiores, el antibiótico más prescrito fue la penicilina + inhibidor de la beta-lactamasa (26,6%), lo que coincide con el estudio ESAC-Net, donde se observa la disminución del uso de las penicilinas de amplio espectro y un aumento del uso de la combinación de penicilinas con inhibidores de beta-lactamasas, probablemente debido al actual incremento de las resistencias bacterianas.

La infección, que la mayoría decían tener los pacientes era la respiratoria, que cursa habitualmente con dolor de garganta, síntoma que constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria y para el que se ha recomendado. El 30,2% de los pacientes utilizaba una medicación concomitante compleja (de 2 a 4 medicamentos), dato a tener en cuenta por la posible influencia en la aparición de reacciones adversas en pacientes con regímenes terapéuticos complejos

En el estudio de Eyaralar et al. **(125)**, se tiene que en el 0,26% de los casos el paciente refirió ser alérgico al antibiótico que le habían prescrito. La mayoría de problemas detectados en tratamientos de inicio fueron debidos a que el paciente iba a tomar más o menos dosis de la prescrita por falta de información, dato coincidente con el estudio de Eyaralar et al., 2006. De los estudios de investigación realizados se puede concluir que uno de cada cuatro antibióticos adquiridos en la farmacia lo es por automedicación

Prácticamente en la mitad de los hogares existe al menos un envase de antibiótico, siendo estos fármacos los productos con mayor presencia en el botiquín casero, tras los analgésicos/antipiréticos y los antiinflamatorios no esteroideos. Esta sería una de las razones principales por las cuales uno de cada cinco o seis pacientes que acuden a una consulta de Atención Primaria ya se han medicado previamente con antibióticos.

Como sabemos las enfermedades automedicadas están en un mayor porcentaje debido a su estilo de vida, a sus creencias, no van al médico para que les diagnostiquen sino que van a una farmacia cerca y compran sus medicamentos sin prescripción médica es por eso que tenemos mucha automedicación por ejemplo observamos que para un dolor ellos se automedican, para la gastritis también.

Observamos que los medicamentos en DCI más utilizados (tabla 04) fueron la amoxicilina cuya dosis 500 mg para prescritos y no prescritos es el naproxeno. En el gráfico N° 01 se muestra los medicamentos agrupados arbitrariamente por grupo terapéutico. Por el tipo de pacientes los medicamentos más utilizados tuvieron relación con la enfermedad en estudio.

En el gráfico N° 01 se muestra los medicamentos agrupados arbitrariamente por grupo terapéutico. Del total de medicamentos analizados el 50% son para enfermedades con diagnóstico y está distribuido de la siguiente manera: 25% fue para la Faringitis Aguda, el 15% para amigdalitis aguda, 4 % para sinusitis, 4 y 2 para rinofaringitis y dolor agudo, mientras tanto el 50 % son medicamentos para enfermedades sin diagnóstico

El antibiótico más usado fue la amoxicilina, perteneciente al grupo farmacológico de las penicilinas, como sabemos los antibióticos B-lactámicos son bactericidas, actúan inhibiendo la última etapa de la síntesis de la pared celular bacteriana uniéndose a unas proteínas específicas llamadas PBPs localizadas en la pared celular. Al impedir que la pared celular se construya correctamente, la amoxicilina ocasiona, en último término la lisis de la bacteria y muerte. Aunque la amoxicilina es activa frente a los estreptococos muchas cepas se están volviendo resistentes mediante mecanismos diferentes de la inducción de B-lactamasas, por lo que la adición de ácido clavulánico no aumenta la actividad de la amoxicilina frente a estas cepas resistentes (126).

Como resultado del SFT se logró una eficacia en la resolución de los PRMs del 90.90%, es decir de los 33 PRMs diagnosticados pudimos resolver 30 (Tabla N° 05)

4.2.4. IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN SOBRE LA ADHERENCIA.

El efecto del SFT sobre la adherencia o cumplimiento terapéutico se midió mediante el instrumento Escala de Adherencia al Tratamiento (MAS por sus siglas en inglés), o también denominado Test de Morinsky - Green - Lavine. El test se aplicó durante las conversaciones con el paciente en la primera y última visitas domiciliarias, antes y después de la intervención farmacoterapéutica, evaluándolos mediante la prueba no paramétrica de McNemmar, con valores de p menores a 0.05 que fueron considerados estadísticamente significativos **(127)**.

Barry **(128)**, reporta que el 75% de los pacientes con seguimiento farmacoterapéutico por farmacéuticos comunitarios mantuvieron su adherencia al tratamiento básicamente por la facilidad del farmacéutico para llegar en intervenciones educativas al paciente.

Ginarte **(129)**, se puede observar mayor adherencia terapéutica, lo que concuerda con otros estudios, donde se ha observado, que informando y garantizando niveles mínimos de comprensión acerca de la información entregada al paciente, se mejora notablemente el cumplimiento terapéutico.

En un estudio realizado por Márquez y cols. **(130)**, se encontró en España que el 25% de los pacientes refieren que el olvido en la toma de la medicación es la causa más frecuente de su incumplimiento.

A través de los resultados obtenidos por el Test de Morisky-Green-Levine en una distribución porcentual según las respuestas, se ve que el olvido es uno de los mayores determinantes en la no adherencia a los tratamientos farmacológicos, lo que indica que uno de los aspectos implícitos de la individualidad en cómo la persona asimila para sí el tratamiento esta poco desarrollado y muy vulnerable **(127, 130)**.

El porcentaje de la no adherencia en el grupo de estudio antes de la oferta del programa del SFT fue 100 % (12 pacientes no adherentes), luego de la intervención resultó 8,3 % (1 pacientes no adherentes); la intervención farmacéutica si porque como observamos hubo un cambio en el estado anterior y posterior de la adherencia farmacoterapéutica. Lo que nos indica que la intervención farmacéutica si fue eficaz.

Los pacientes no adherentes o no cumplidores antes y después del SFT fue el paciente 3, (Tabla N°06). El porcentaje de adherencia pasó del 0.0 al 91.7% (gráfico 02 siendo un cambio significativo según el test de MacNemmar ($p= 0,001$)).

El cambio de los pacientes en cuanto a su conducta con respecto a la adherencia se muestra en el gráfico N°02. Para este análisis se evaluó las respuestas del paciente a cada una de las preguntas del test de Morisky en la que se consideró a los pacientes como incumplidores si respondían positivamente o si 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).

Los resultados muestran que los pacientes pasaron de incumplidores y muy incumplidores antes a poco cumplidores o cumplidores después. Las estrategias usadas para que los pacientes comprendan la naturaleza de su enfermedad, la importancia de tomar los medicamentos tal como indica el prescriptor y el mantenimiento de hábitos de vida saludables fueron las estrategias usadas para lograr el cambio de actitud de los pacientes. Los resultados de las investigaciones presentan diversos factores determinantes de tales conductas desde el escaso valor que el paciente le asigna a los medicamentos hasta creencias religiosas reñidas con prácticas médicas modernas (129). Sin embargo existen escasas referencias de tales características en nuestro medio bajo nuestras particulares condiciones de salud, hábitos de vida, entre otros.

Según el gráfico podemos darnos cuenta que hubo un cambio radical ya que gracias a este test podemos ver que antes de los 12 pacientes 9 fueron incumplidores y 3 fueron muy incumplidores pero gracias a las estrategias tomadas observamos que después vemos que hay 1 poco incumplidor y 11 que son cumplidores esto nos dice que muchos pacientes tomaron conciencia de lo malo que estaba haciendo y así cuidar su salud

Etiquetar a un enfermo de cumplidor o no cumplidor quizás no corresponda a la realidad ya que existen circunstancias personales y particulares del tratamiento, del médico, de la información que posee que son temporales y por tanto modificables. No se dispone de ningún método que por sí solo permita valorar todos los aspectos del cumplimiento.

Este test consiste en una serie de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, fueron aplicadas durante las conversaciones con el paciente al inicio y final del seguimiento Farmacoterapéutico. En la cual se pretende valorar si el paciente adopta actitudes correctas en relación al tratamiento para su enfermedad, se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Se considera buen cumplidor al paciente que contesta correctamente a las cuatro preguntas, mientras que a partir de una respuesta incorrecta se califica como incumplidor, esto lo pudimos notar con el nivel de significancia que en las 4 preguntas nos da una buena significancia es decir esta en el rango por ejemplo gracias a lo que nosotros le hicimos llegar al paciente pudimos notar que hubo un cambio de actitud por parte de mucho de ellos para así no dejar de tomar sus medicamentos de no olvidarse es decir que tomaron conciencia al tema de su bienestar.

V. CONCLUSIONES

5.1.CONCLUSIONES

- 5.1.1. En el estado de situación inicial todos los pacientes de la muestra en la Farmacia Día y Noche presentaron Problemas Relacionados con Medicamentos y estuvieron en riesgo de sufrir Resultados Negativos de la Medicación.
- 5.1.2. Las intervenciones desarrolladas por los farmacéuticos fueron una manera muy satisfactoria y en su mayoría aceptadas por los pacientes para lograr un mejor cumplimiento con el tratamiento a través de diferentes estrategias como son la educativa
- 5.1.3. La intervención farmacéutica tuvo efecto significativo sobre el nivel de adherencia terapéutica ($p= 0.001$).

5.1. ASPECTOS COMPLEMENTARIOS

5.1.1. Logros:

- Brindar un mejor servicio al paciente, a través del desarrollo de programas de seguimiento Farmacoterapéutico y adherencia al tratamiento mejorando la calidad de vida de los mismos.
- Crear un ambiente de confianza entre farmacéutico -paciente, lo cual influye y ayuda mucho al diagnóstico de PRMs y a la solución de los mismos, evitando así la morbilidad terapéutica (RNMs).
- Conocimiento y experiencia en cada situación particular de cada paciente.
- Responsabilidad y eficiencia en el centro de trabajo desarrollado.

5.1.2. Limitaciones:

- La falta de experiencia en un programa de SFT, por lo cual se nos presentó algunas dificultades como por ejemplo la organización del tiempo y la habilidad para poder detectar PRMs, pero bueno ese es un punto que se tiene que poner en práctica para poder hacerlo cada vez mucho mejor.
- La percepción del paciente o mejor dicho de la población en general, la percepción que tienen la mayoría de ellos frente a la actividad del profesional farmacéutico es muy negativa, y esto puede ser debido a la falta de inserción del farmacéutico al equipo de salud lo cual conlleva a que los pacientes sientan cierta desconfianza al ingresar a este tipo de programas de intervención.

5.1.3. Recomendaciones:

- Trabajar más con programas de SFT e implementarlas, con el fin de continuar integrándonos al equipo de salud y aportar con profesionalismo en la salud del paciente (“trabajo en equipo”).
- Se debería formular convenios entre la ULADECH CATÓLICA y algunas instituciones de salud con la finalidad de implementar este programa de SFT en dichas instituciones.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1 Faus, M.J. Pharmaceutical Care as a response to social need. *ArsPharmaceutica*, 41: 1; 137-143, 2000.
- 2 Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1990;47:533–543.
- 3 Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Pharm Care Esp* 1999; 1: 35-47.
- 4 Frank R, Grizzle J. Drug-Related Morbidity and Mortality: Updating the Cost-of-Illness Model. *J Am Pharm Assoc*. 2001;41(2) © 2001 American Pharmacists Association.
- 5 PJ McDonnell and MR Jacobs. Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions. *The Annals of Pharmacotherapy*: Vol. 36, No. 9, pp. 1331-1336. DOI 10.1345/aph.1A333.
- 6 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.
- 7 Johson A. Bootman L. Drug-Related Morbidity and Mortality: A Cost-of-Illness Model. *Journal of Managed Care Pharmacy*. Vol 2, No.1 janIFeb 1996.
- 8 Andrés Rodríguez. Atención farmacéutica en farmacia comunitaria: ¿es ya realidad o todavía un proyecto de futuro? Discurso de ingreso como académico de número. Academia de Farmacia de Galicia. España. Santiago de Compostela, 2006.
- 9 Bonal J. Lerany C, Bassons T, gascón P. Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica. En: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. *Farmacia Hospitalaria Tomo I. Tomado desde:* <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap21.pdf>. El 16/08/2012.
- 10 Rodríguez R., Sánchez N. Infecciones respiratorias agudas: aspectos clínicos y epidemiológicos. Reporte técnico de Vigilancia. Vol. 5, N°. 7 Noviembre 30, 2000 ISSN 1028-4338. (Citado el 12 de diciembre del 2014). Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/uats/rtv.htm>
- 11 Brodie DC. Drug use control: keystone to pharmaceutical service. *Drug IntellClin Pharm*. 1966; 20(2): 116-117.
- 12 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.
- 13 Mikeal RL, Brown TP, Lazarous HL, Vinson MC. Quality of pharmaceutical care in hospitals. *Am J Hosp Pharm* 1975;32:567-574.
- 14 Brodie DC, Parish PA, Poston JW. Societal needs for drugs and drug related services. *Am J Pharm Educ*. 1980; 44:276-278.
- 15 Prats MR. Registro y evaluación de todas las actuaciones profesionales demandadas en la farmacia comunitaria. Universidad de Granada Facultad de Farmacia Programa de Doctorado de Farmacia Asistencial. Granada – España. 2010.
- 16 Roohil Y.A.S. the sustainability of the pharmacy profession in a changing healthcare scene in England. *international pharmacy journal*. VOL 27, NO. 1 JUNE 2011.

- 17 Higby GJ. The continuing evolution of American pharmacy practice 1952-2002. *J Am PharmAssoc* 2002; 42(1):5-12. Tomado desde: <http://japha.org/article.aspx?articleid=1034045>, El 23 de Julio de 2012.
- 18 Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug-related problems: their structure and function. *Drug IntellClin Pharm* 1990;24:7-1093.
- 19 Faus MJ, Amariles P, Martínez F. Atención farmacéutica: conceptos, procesos y casos prácticos. Ergon. ed.; 2008. Barcelona España. ISBN 9788484736097.
- 20 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.
- 21 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 Nov-Dec;NS37(6):647-61
- 22 Álvarez de Toledo F, Arcos González P, Eyaralar RT y col. Atención farmacéutica en personas que han sufrido episodios coronarios agudos (Estudio TOMCOR). *Revista Española de Salud Pública*, julio-agosto, año/vol. 75, número 004. Ministerio de Sanidad y Consumo de España Madrid, España pp. 375-388.
- 23 Fernández -Llimós F, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Martínez Martínez F. Evolución del concepto de problemas relacionados con medicamentos: resultados como el centro del nuevo paradigma. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(4): 167-188.
- 24 Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de España. Consenso sobre Atención Farmacéutica. *ArsPharmaceutica*, 42:3-4; 221-241, 2001. Tomado desde: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/28257/1/Ars%20Pharm.2001%3b42%281-2%2953-65.pdf>
- 25 Martínez-Romero F, Fernández-Llimós F, Gastelurrutia MA, Parra SM, Faus MJ. Programa Dáder de Seguimiento del Tratamiento Farmacológico. Resultados de la fase piloto. *Ars Pharmaceutica*, 42:1; 53-65, 2001.
- 26 Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Método DADER para el seguimiento Farmacoterapéutico. *ArsPharm* 2005; 46 (4): 309-337.
- 27 Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *ArsPharm* 2007; 48 (1): 5-17.
- 28 Ministerio de Salud del Perú. La Política Nacional de Medicamentos en el Perú. Consejo Nacional de Salud. Comité de Medicamentos. Resolución Ministerial N° 1240-2004-MINSA. Tomado desde: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/destacados/archivos/65/RM1240-2004.pdf> el 19/08/2014
- 29 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.
- 30 Presidencia de la república. Aprueban reglamento de establecimientos farmacéuticos, Decreto Supremo N°014-2011-SA. *El Peruano*. Lima 27 de Julio de 2011.
- 31 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.
- 32 Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Atención Farmacéutica en el Perú (1). Boletín Centro de Atención Farmacéutica - Año 1 Número 1 Enero – Febrero 2008. tomado desde: www.digemid.minsa.gob.pe, el 28 de Julio de 2012.
- 33 Álvarez-Risco A, Zegarra-Arellano E, Solis-Tarazona Z, Mejía-Acosta N, Matos-Valerio E. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud del Perú. Boletín (Cent. Aten. Farm.). Año 5 - Número 3 - Mayo Junio 2012. ISSN 2221-4259. Tomado desde: http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Boletines/AtencionFarmaceutica/B09_2012_03.pdf. El 19/08/2014.
- 34 Faus D, M.J. Programa Dader. *Pharmaceutical Care España*. 2000; 2:73-74.
- 35 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.
- 36 Sookaneknun P. Richards RME. Sanguansermisri J. Teerasut Ch. Can Pharmacists Improve Outcomes in Hypertensive Patients?. Who. Second international conference on improving use of medicines. Chiang Mai. Thailand. 2004. Desde: <http://mednet3.who.int/icium/icium2004/poster.asp?keyword=Adult+Health>.
- 37 Machado M. Bajcar J. Guzzo GC. Einarson TR. Sensitivity of Patient Outcomes to Pharmacist Interventions. Part II: Systematic Review and Meta-Analysis in Hypertension Management. *The Annals of Pharmacotherapy*: Vol. 41, No. 11, pp. 1770-1781. DOI 10.1345/aph.1K311. Published Online, 9 October 2007, www.theannals.com, DOI 10.1345/aph.1K311.
- 38 Sookaneknun P. Richards RME. Sanguansermisri J. Teerasut Ch. Pharmacist Involvement in Primary Care Improves Hypertensive Patient Clinical Outcomes. *The Annals of Pharmacotherapy*: Vol. 38, No. 12, pp. 2023-2028. DOI 10.1345/aph.1D605. Published Online, 2 November 2004, www.theannals.com, DOI 10.1345/aph.1D605.
- 39 Basterra GM. El cumplimiento terapéutico. *Pharmcareesp* 1999; 1: 97-106.
- 40 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.
- 41 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 RandomizedControlled Trial. *JAMA*, Published online November 13, 2006.
- 42 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.
- 43 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.
- 44 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.
- 45 Armando P, Uema S, Sola N. Valoración de la satisfacción de los pacientes con el seguimiento Farmacoterapéutico. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(4): 205-212.
- 46 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.
- 47 Sabater D, Fernandez-Llimos F, Parras M, Faus MJ. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento Farmacoterapéutico. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(2): 90-97.
- 48 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.
- 49 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.
- 50 Armando P, Semería N, Tenllado M, Sola N. Seguimiento Farmacoterapéutico de pacientes en farmacias comunitarias. *Aten Primaria.* 2005; 36:129-34. - vol.36 núm. 03.
- 51 Rodríguez Chamorro MA, Rodríguez Chamorro A, García Jiménez E. Conocimiento y satisfacción por el seguimiento Farmacoterapéutico de los pacientes incluidos en el programa Dáder en dos farmacias rurales. *SeguimFarmacoter* 2004; 2(2): 286-290.
- 52 Fontana RD, Soláuthurry N. Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes pediátricos hospitalizados: adaptación de la metodología Dáder. *Arán ediciones* 2003, s. l. farmacia hospitalaria. *Farm hosp (Madrid)* Vol. 27. N.º 2, pp. 78-83, 2003.
- 53 Garnet WR, Davis LJ, Mckenney JM, Steiner KC. Effect of telephone follow-up on medication compliance. *Am J Hosp Pharm* 1981; 38: 676-679.
- 54 Simkins CV, Wenzloff NL. Evaluation of a computerized reminder system in the enhancement of patient medication refill compliance. *IntellClin Pharm* 1986; 20:799-802.
- 55 Faulkner MA, Wadibia EC, Lucas BD, Hilleman DE. Impact of pharmacy counseling on compliance and effectiveness of combination lipid-lowering therapy in patients undergoing coronary artery revascularization: a randomized, controlled trial. *Pharmacotherapy* 2000; 20:410-416.
- 56 Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular (EMDADER-CV-INCUMPLIMIENTO) Tesis doctoral. Universidad de Granada. Facultad de Farmacia. Programa de Doctorado de Farmacia Asistencial. Granada España, Diciembre de 2008.
- 57 Fulmer TT, Feldman PH, Kim TS, Carty B, Beers M, Molina M, Putnam M. An intervention study to enhance medication compliance in community-dwelling elderly individuals. *J GerontolNurs* 1999 Aug; 25(8): 6-14.
- 58 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.

- 59 Gamarra Roque, Henry Luis - Roque Henríquez, Rudy Valeri. Implantación de un programa de atención farmacéutica a pacientes hipertensos en la Farmacia Comunitaria "Omar" en el distrito de Carmen de la Legua Reynoso. Tesis para optar el título profesional de Químico Farmacéutico. UNMSM. Lima Perú 2002. Tomado desde: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2002/gamarra_rh/pdf/gamarra_rh-TH.8.pdf el 10/04/2013.
- 60 Ayala KL, Condezo MK. Juarez EJ. Impacto del Seguimiento Farmacoterapéutico en la Calidad de Vida Relacionada a la Salud de Pacientes con Hipertensión Arterial. UNMSM. Ciencia e Investigación 2010; 13(2): 77-80. Disponible: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ciencia/v13_n2/pdf/a05v13n2.pdf. El 17/07/13
- 61 Ocampo Rujel P. A. Impacto de un programa de atención farmacéutica sobre el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes hipertensos. in *crescendo* 1(2) 2010. Tomado desde: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S2222-30612010000200006&script=sci_abstract. El 02/03/20013.
- 62 Clopes A. Intervención Farmacéutica. En: Bonal J. et al. Ed. Farmacia Hospitalaria. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Desde: http://sefh.interguias.com/libros/tomo1/Tomo1_Cap1.4pdf. Tomado el 20/05/05.
- 63 Clopes A. Intervenciones Farmacéuticas (parte II) Validación de la metodología utilizada para medir el impacto. *Farm. Hosp.* 2000; 24 (4): 2015-2020.
- 64 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.
- 65 Oliveira Djenane Ramalho de, Varela Niurka Dupotey. La investigación cualitativa en Farmacia: aplicación en la Atención Farmacéutica. *Rev. Bras. Cienc. Farm.* [serial on the Internet]. 2008 Dec [cited 2014 Aug 20] ; 44(4): 763-772. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322008000400024&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-93322008000400024>.
- 66 Gonzales G. Fundamentos de Atención Farmacéutica Cap. 11. Pontificia Universidad Católica de Chile. Tomado desde: http://cursos.puc.cl/unimit_qim_002-1/almacen/1220552779_ggonzale_sec4_pos0.pdf. El 16/08/2012.
- 67 Climente Martí M y Jiménez Torres NV. Manual para la Atención Farmacéutica. Tercera edición. Edita: Afahpe. Hospital Universitario DrPeset. Valencia, 2005.
- 68 Martínez Morales M. y cols. La importancia de implementar un sistema de atención farmacéutica. México. *Infármate*. Año 4, Número 21-22. Septiembre-Diciembre 2008. Tomado desde: www.infarmate.org. Tomado el 17/08/2012.
- 69 Flor Álvarez de Toledo (1), Pedro Arcos González (2) y Laura Cabiedes Miragaya (3). La Nueva Atención Farmacéutica: ¿Puede La Intervención Farmacéutica Mejorar La Eficiencia Terapéutica? *RevEsp Salud Pública* 1995; 69: 277-282.

- 70 Aguas Y. De Miguel E. Fernández Llimós F. El Seguimiento Farmacoterapéutico Como Innovación En Las Farmacias Comunitarias De Badajoz (España). *PharmacyPractice*, January-march, año 2005/vol. 3, número 001 Centro de Investigaciones y Publicaciones Farmacéuticas Granada, España pp. 10-16.
- 71 Pires CF, Costa MM, Angonesi D, Borges FP. Demanda del servicio de atención farmacéutica en una farmacia comunitaria privada. *PharmacyPractice* 2006; 4(1): 34-37.
- 72 Chamorro RA. Chamorro RM. Conocimiento E Implantación Del Seguimiento Farmacoterapéutico Por El Farmacéutico .*PharmacyPractice*, abril-junio, año 2005 /vol. 3, número 002 Centro de Investigaciones y Publicaciones Farmacéuticas Granada, España pp. 98-102.
- 73 Universidad Nacional mayor de San Marcos. Editorial: La Atención Farmacéutica. Ciencia e Investigación. Lima. Vol.V (2)-2002. Tomado desde: sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/ciencia/v05_n2/Pdf/a01.pdf.
- 74 Soto V, Zavaleta S, Bernilla J. Factores determinantes del abandono del Programa de Hipertensión Arterial. Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” EsSalud, Chiclayo 2000. Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos. ISSN 1025 – 5583. Vol. 63, N° 3 – 2002. Págs. 185 – 190
- 75 Congreso de la República del Perú. Ley General de Salud N°26842. Lima Julio 1997. En: Ministerio de Salud. Normas legales y administrativas que regulan el trabajo y la carrera de los profesionales de la Salud en el sector Salud. Oficina de Capacitación y Normas N°02. 2005. Tomado desde: http://bvs.minsa.gob.pe/local/RRHH/92_profsalud.pdf. El 17/08/2012.
- 76 Congreso de la República del Perú. Ley de Creación del Colegio Químico Farmacéutico del Perú. Diario Oficial El Peruano. Diciembre de 1964.
- 77 Congreso de la República. Ley de Trabajo del Químico Farmacéutico. Lima Febrero del 2004. En: Ministerio de Salud. Normas legales y administrativas que regulan el trabajo y la carrera de los profesionales de la Salud en el sector Salud. Oficina de Capacitación y Normas N°02. 2005. Tomado desde: http://bvs.minsa.gob.pe/local/RRHH/92_profsalud.pdf. El 17/08/2012.
- 78 Congreso de la República del Perú. Ley modificatoria de la Ley No. 15266, que crea el Colegio Químico Farmacéutico del Perú. Ley 26943. Diario Oficial El Peruano. 16 de Abril de 1998.
- 79 Ministerio de Salud. Reglamento de la ley de Creación del Colegio Químico Farmacéutico del Perú. Decreto Supremo N° 006-99-SA. Diario Oficial El Peruano. Diciembre de 1999.
- 80 Presidencia de la República. Modificatoria del Reglamento de la Ley 15266, Ley que crea el Colegio Químico Farmacéutico del Perú. DS 022-2008-SA. Diario Oficial El Peruano. Octubre de 2008.
- 81 Presidencia de la República. Reglamento de la Ley: Ley 28173, Ley de Trabajo del Químico Farmacéutico del Perú. DS 008-2006-SA. Diario Oficial El Peruano. Octubre de 2006.
- 82 López, R; Kroeger, A. Morbilidad y medicamentos en Perú y Bolivia: Un estudio sobre morbilidad, uso de servicios de salud y consumo de medicamentos con una intervención educativa. Chimbote; Acción para la Salud; ago. 1990. 324 p. Graf.
- 83 Sindicato Médico del Uruguay. El valor del medicamento: realidades y esperanzas de futuro. Mayo 2005. El Diario Médico N°65. Mayo de 2005.

- Tomado desde:
<http://www.smu.org.uy/publicaciones/eldiariomedico/n65/pag15.pdf>. El
 28/08/2012.
- 84 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.
- 85 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.
- 86 Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. PRM y RNM Conceptos. Portal Farma.com Organización Farmacéutica Colegial. FARMACÉUTICOS N. ° 315 - Octubre 2006. Tomado desde: http://www.portalfarma.com/inicio/atencionfarmaceutica/forodeattfarma/Documents/28_29_Atencion_farma.pdf. Tomado el 14/07/2012.
- 87 Hall-Ramírez V. Atención farmacéutica. Seguimiento del tratamiento farmacológico. Universidad de Costa Rica. Centro Nacional de Información de Medicamentos. Enero de 2003.
- 88 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.*, 61, 12-18(1997). Tomado desde: <http://archive.ajpe.org/legacy/pdfs/aj610112.pdf>. El 20/08/2014
- 89 Hurley SC. A Method of Documenting Pharmaceutical Care Utilizing Pharmaceutical Diagnosis. *American Journal of Pharmaceutical Education* Vol. 62, Summer 1998.
- 90 Ferriols R. Valoración de la Atención Farmacéutica en los problemas relacionados con los medicamentos. Presentado en XLIV Congreso Nacional SEFH. Septiembre 1999. Pamplona.
- 91 Calvo MV, Alós M, Giraldez J. Grupo de Trabajo Atención Farmacéutica. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Bases de la Atención Farmacéutica en Farmacia Hospitalaria. *FarmHosp* 2006; 30:120-3.
- 92 Sabater Hernández D, Silva Castro MM, Faus Dáder MJ. Método Dáder. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. Tercera edición, 2007.
- 93 Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Manual de Buenas Prácticas de Prescripción. 2005. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. — Lima. Disponible desde: <http://www.minsa.gob.pe/infodigemid>
- 94 Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Norma Técnica de Buenas Prácticas de Dispensación. Tomado desde: www.digemid.minsa.gob.pe. El 13 de Julio de 2012.
- 95 Osterberg L. Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005;353:487-97. Downloaded from www.nejm.org on November 18, 2009.
- 96 Libertad MA. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev. Cubana Salud Pública* 2004; 30(4). Tomado de http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu08404.htm El 18/07/2013.
- 97 Márquez E. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico en la diabetes mellitus. Centro de Salud la Orden, Huelva, España. En <http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/c053/marquez.PDF>. Tomado el 06/02/13

- 98 Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and Predictive Validity of a Self-Reported Measure of Medication Adherence. *Medical Care*, Vol. 24, No. 1 (Jan., 1986), pp. 67-74.
- 99 Comité de Consenso: Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM). *ArsPharmaceutica*, 43:3-4; 179-187, 2002.
- 100 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.
- 101 Van Mil J.W.F. *Pharmaceutical Care, the Future of Pharmacy. Theory, research and practice. Dissertation. Druk: Drukkerij De Volharding, Groningen.* J.W.F. van Mil, Zuidlaren, 1999. Gezuetit Monotype Spectrum (J. v. Krimpen/S.L. Hartz). ISBN: 90-9013367-4.
- 102 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.
- 103 Iñesta GA. Atención Farmacéutica, Estudios Sobre Uso De Medicamentos Y Otros. *RevEsp Salud Pública* 2001; 75: 285-290 N. ° 4 - Julio-Agosto 2001.
- 104 Espejo J. Fernández-Llimós F, Machuca M. Faus MJ. Problemas relacionados con medicamentos: Definición y propuesta de inclusión en la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) de la Wonca. *PharmaceuticalCare España* 2002; 4: 122-127.
- 105 Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. Seguimiento Farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). *PharmacyPractice* 2006; 4(1): 44-53.
- 106 Machuca GM. Atención Farmacéutica, seguimiento fármaco terapéutico, *Pharmaceuticalcare: es lo mismo? Farmacoterapia Social. España* 2006. Disponible desde: www.farmacoterapiasocial.es/local/capitulo1.pdf
- 107 Barris D. Faus M J. An initiation in Dader methodology in the pharmacotherapeuticmonitoringin a community pharmac. *ArsPharmaceutica*, 44:3; 225-237, 2003.
- 108 Vázquez V. Chacón J. Espejo J. Faus MJ. Resultados del seguimiento Farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria. *PharmacyPractice*, july-september, año/vol. 2, número 003. 2004. Centro de Investigaciones y Publicaciones farmacéuticas Granada, España pp. 189-194.
- 109 Fajardo PC, Baena MI, Alcaide Andrade J, Martínez Olmos J, Faus MJ, Martínez-Martínez F. Adaptación del Método Dáder de seguimiento Farmacoterapéutico al nivel asistencial de atención primaria. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(3): 158-164.
- 110 Boswort HB, Olsen MK, Gentry P, Orr M, Dudley T, Mcant F. Nurse administered telephone intervention for blood pressure control: a patient-tallored multifactorial intervention. *Patient EducCouns* 2005; 57: 5-14.
- 111 M. A. Ripoll, A. Orero, J. González. Prescripción de antibióticos en Atención Primaria en España. Motivos y características. *MEDICINA GENERAL* 2002; 48: 785-790. (Citado el 21 de julio del 2014). Disponible en: http://www.mgyf.org/medicinageneral/revista_48/pdf/785-790.pdf
- 112 R Behar. Prevención de las infecciones respiratorias agudas: Presente y futuro. *Rev. Cubana Pediatr [revista en la Internet].* 2003 Dic. (Citado 2014 Dic 15); 75(4): Disponible en:

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312003000400006&script=sci_arttext
- 113 Álvarez Castello, Mirta et al. Infecciones respiratorias altas recurrentes: Algunas consideraciones. Rev Cubana Med Gen Integr [online]. 2008, vol.24, n.1, pp. 0-0. ISSN 1561-3038. (Citado el 21 de julio del 2014). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000100011
- 114 E Armas Pérez, Luisa; González Ochoa, Edilberto; Pérez Rodríguez, Antonio y Bravo González, JOSE. Estimación de morbilidad por infecciones respiratorias agudas en adultos. Rev. Cubana Med Trop [online]. 1995, vol.47, n.2, pp. 100-107. ISSN 1561-3054. (Citado el 21 de julio del 2014). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0375-07601995000200005&script=sci_arttext
- 115 National Cancer Institute. Morisky 4-Item Self-Report Measure of Medication-Taking Behavior (MMAS-4). Tomado desde: <https://www.gem-beta.org/public/MeasureDetail.aspx?mid=1133&cat=2>. El 28/08/2014.
- 116 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>
- 117 World Medical Association. Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical researchin volving human subject. Edinburgh: 52nd WMA General Assembly (on line) URL disponibilidad in: http://www.wma.net/e/policy/17-c_e.html
- 118 Vega M E, Epidemiología de las Infecciones Respiratorias Agudas en el Hospital Nacional del Paraguay en el Marco de una Pandemia de Influenza a H1N1 2009 Servicio de Epidemiología y Control de IHH disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v1n2/v1n2a03.pdf>.
- 119 María Belén Cobián Rodríguez, “Diseño, implantación y análisis de un modelo para la gestión del seguimiento Farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria” - n Santiago de Compostela a 5 de mayo de 2011. http://www.pharmaceutical-care.org/archivos/833/tesis_belen.pdf
- 120 Yolanda Aguas Solo de Zaldivar, Granada 2005 – Análisis de la efectividad de las acciones de un centro de información de medicamentos en la implantación de un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico en farmacias comunitarias. ISBN: 84 338 3373 1.
- 121 M.Á. Gastelurrutial y col. En Exploración de las percepciones de los farmacéuticos comunitarios en la práctica del seguimiento Farmacoterapéutico dentro del contexto del programa con SIGUE. Pharm Care Esp. 2011; 13(6): 280-288.
- 122 Rodríguez R, Sánchez N. Infecciones respiratorias agudas: aspectos clínicos y epidemiológicos, reporte técnico de vigilancia Vol. 5, No. 7 Noviembre 30, 2000 ISSN 1028-4338 disponible en: http://www.bvs.sld.cu/uats/rtv_files/rtv1100.htm
- 123 Ramirez I. Uso de antimicrobianos en infecciones agudas de vías respiratorias altas.(Revista en Internet).Mexico Rev Med IMSS 2005; 43 (3): 247-255<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im053j.pdf>
- 124 Bernabe E., Flores M y Martínez F. ANÁLISIS DE LA DISPENSACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN PACIENTES AMBULATORIOS EN UNA

- FARMACIA COMUNITARIA EN MURCIA, ESPAÑA. VITAE, REVISTA DE LA FACULTAD DE QUÍMICA FARMACÉUTICA.2013; 20 número (3): págs. 203-214
- 125 Eyaralar T, Salar L, Baixauli VJ, Fité B, García F, Gervas J. Dispensación de Antibióticos en Oficina de Farmacia: Demanda con receta. *Pharm Care Esp*. 2006; 8 (4): 147-197
- 126 Cruz E, Sánchez E. Modelación molecular de cuatro penicilinas: bencilpenicilina, fenoximetilpenicilina, ampicilina y amoxicilina. *MediSur* [revista en la Internet]. 2009 Agosto, citado 13 de diciembre del 2014; 7(4): 13-20. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S1727-897X2009000400004&lng=es&tlng=es
- 127 MORISKY- GREEN, LEVINE. Concurrent and Predictive Validity of a Self-Reported Measure of Medication Adherence. *Medical Care*, Vol. 24, No. 1 (January 1986), pp. 67-74. Citado el 14 de diciembre del 2014. Disponible en <http://www.cchealthnetwork.com/media/18733/allheart.medication%20compliance%20article.pdf>.
- 128 BARRIS D. FAUS M J. An initiation in Dáder methodology in the pharmacotherapeutic monitoring in a community pharmac. *Ars Pharmaceutica*, 44:3; 225-237, 2003.
- 129 Ginarte Y. La Adherencia Terapéutica. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 2001. Citado el 14 de diciembre del 2014; 17(5):502-5. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2005/fcs294i/doc/fcs294i.pdf>.
- 130 Márquez Contreras E, Casado Martínez JJ, Márquez Cabeza JJ. Estrategias Para mejorar el cumplimiento. *FMC* 2001; 8: 558-573

VII. ANEXOS

7.1. ANEXO. SOLICITUD DE PERMISO DIRIGIDO AL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES

CHIMBOTÉ

DEPARTAMENTO DE METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN
SECCIÓN DE INVESTIGACIÓN EN FARMACIA Y BIOQUÍMICA

Chimbote, 26 de Julio de 2013

Srta.:
Serrano Loyola César
FARMACIA DIA Y NOCHE
Pte.

Asunto: Facilidades para realizar una investigación sobre
Seguimiento Farmacoterapéutico.

De mi especial consideración.

Me dirijo a Usted de manera cordial para solicitarle por su intermedio las facilidades para que el Alumno Campos Cevallos Carlos, Cód. ULADECH N° 0108101047, pueda desarrollar actividades de Seguimiento Farmacoterapéutico como parte de un proyecto de investigación que tiene por objetivo evaluar la utilidad de este servicio en la prevención, detección e intervención de problemas relacionados con medicamentos que pueden sufrir los pacientes que se atienden en el Servicio Farmacéutico que Usted dirige.

El desarrollo del trabajo demanda la captación post dispensación de pacientes diagnosticados y con prescripción facultativa de medicamentos para el tratamiento de infecciones de curso ambulatorio. El citado profesional desarrollará las actividades iniciales de captación dentro del establecimiento farmacéutico ofreciendo el servicio a los pacientes que cumplan los criterios de inclusión y recogiendo información a través de fichas farmacoterapéuticas. El progreso de la intervención será a través de contactos a través de visitas domiciliarias, citas en la farmacia o contactos telefónicos para levantar información y medir los resultados.

Durante el desarrollo de la actividad se recogerá información que probablemente será muy útil para su institución con el fin de implementar un servicio permanente que les permita acreditar el servicio en Buenas Prácticas de Farmacia de acuerdo al marco legal vigente.

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

Atentamente:|

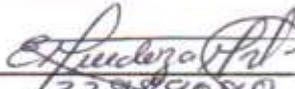
7.2. ANEXO. HOJA DE CONSENTIMIENTO FIRMADA.

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... Día y Noche 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 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 al médico tratante para intercambiar puntos de vista sobre mi tratamiento.
- 6.- Autorizo para que los resultados de las encuestas y fichas de información que responda como parte de la investigación puedan analizarse y presentarse como resultados dentro de un informe final, manteniendo mi anonimato.

NOMBRE DEL PACIENTE: COD° 006
DIRECCION: H.U.P. 5°no de Agosto C-7
TELEFONO: 943200958

FIRMA: 
DNI: 732989080

NOMBRE DEL QUIMICO FARMACÉUTICO: Carlos Campos Cevallos

TELÉFONO: 984850517

FIRMA: 
DNI: 746288923

FECHA: 16, 05, 14

FECHA DE PRIMERA VISITA: 16, 05, 14



Pcte: [redacted] les

Dx: SINUSITIS AGUDA

* CLAVUMOX 300/125mg # 21 cap.

* HISALER 10mg # 3 tab

16/05/14

Clin. Centro Médico Ayala S.C.
Ramo: Clínica
Calle: 242, 202218
Cajón, V.I. 99601
Méx. #223-702123
E-mail: atencion@ayala.com.mx

Dr. Omar Ayala Mendoza
MEDICINA
COGRAFISTA
C.M.P. N° 4228



INDICACIONES:

CLAVUMOX ← 7 am
3 pm x 7 días
11 pm

HISALER — 8 am x 3 días

* Tomar ABUNDANTE
LIQUIDOS TÍPIDOS.

* EVITAR TOMAR
BEBIDAS ACIDAS

16/05/14

Clin. Centro Médico Ayala S.C.
Ramo: Clínica
Calle: 242, 202218
Cajón, V.I. 99601
Méx. #223-702123
E-mail: atencion@ayala.com.mx

Dr. Omar Ayala Mendoza
MEDICINA
COGRAFISTA
C.M.P. N° 4228

7.3 FICHAS FARMACOTERAPEUTICAS.

ANEXO N°7.3.1 FICHA FFT (HOJA 1). REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE, DE SU ENFERMEDAD DE SUS MEDICAMENTOS Y DEL MEDICO PRESCRIPTOR.

FICHA N°01. INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE.

FICHA 01. INFORMACION PERSONAL DEL PACIENTE. Programa de Atención Farmacéutica.
EEFF/Centro/Puesto de Salud de...Día...y...Noche

COD° PACIENTE: 006 FECHA: 16 / 05 / 14

1.1.- DATOS PERSONALES

NOMBRE: SEXO: M
 DIRECCIÓN: F.U.P 1° de Agosto C-3 ZONA: Nva Chimbote
 TELÉFONO DOMICILIO: _____ OTRO 943200958 (MAIL): _____
 FECHA DE NACIMIENTO: 23 / 10 / 76 EDAD: 37 AÑOS: _____
 GRADO DE ESTUDIOS: ANALFABETO PRIMARIA SECUNDARIA SUPERIOR...X.....
 TIENE SEGURO SI: ___ NO: X 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.

N°	NOMBRE DEL MEDICO	ESTABLECIMIENTO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO
	<u>Ormas Ayala Mendoza</u>	<u>Centro M. Ayala</u>	<u>M. Cirujano</u>	

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

NOMBRE DEL PROBLEMA DE SALUD, SIGNO O SINTOMA PERCIBIDO POR EL PACIENTE	Tiene Dx?	QUIEN LE DIAGNOSTICO?	TELÉFONO
<u>Sinusitis Aguda</u>	<u>Si</u>	<u>Médico</u>	
<u>Dolor / Piernas</u>	<u>No</u>		

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.

1.7.- PARÁMETROS DE SEGUIMIENTO:

VISITA N°:	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	Tuvo Dx?	QUIEN LE DIAGNOSTICO?	TELÉF	Molesta ahora?
Hepatitis	Si	Médico		

*Las enfermedades del pasado, cirugías, accidentes, traumas, etc. Pueden dejar secuelas, signos o síntomas que podrían ser el origen de medicamentos en el presente. Si es así, contarlas como enfermedad actual.

1.9.- ANTECEDENTES FAMILIARES DE MORBILIDAD:

ENFERMEDAD	MADRE	PADRE	HERMANOS	OTROS
HIPERTENSIÓN		X		
DIABETES				
COLESTEROL				
OTRA:				

Observaciones:

Los antecedentes de morbilidad en los parientes cercanos podría ser la relación con signos, síntomas o malestar actuales en el paciente.

1.10.- HABITOS DE VIDA:

HÁBITOS:	DESCRIBIR:	INDICACION DEL MEDICO AL RESPECTO
Uso de aceite al cocinar	Primer Normal	
Uso de sal al cocinar	Normal	
Consumo de alcohol	VECES POR SEMANA X NO	Normal en cantidad
Fuma cigarrillos o alguien en casa lo hace?	SI: NO: X CANTIDAD AL DIA:	
Hace ejercicios:	CAMINA: CORRE: X GIMNASIO: X PESAS: BICICLETA: OTRO:	VECES POR SEMANA: 3
Consumo de café	SI: NO: X TAZAS DIARIAS:	
Dieta:	SI NO X 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:

ANEXO N°7.3.3. FICHA FFT (HOJA 2). REGISTRO DE LOS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE CONSUME PARA OTRAS ENFERMEDADES CONCOMITANTES.

Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Establecimiento Farmacéutico Farmacia DIA Y NOCHE 2014

FICHA 02. HOJA DE INFORMACION FARMACOTERAPÉUTICA. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF /Centro/Puesto de Salud de ...^{Día...}...^{Noche}.....

PACIENTE COD. N°: 006

FECHA: 23/05/14

NOMBRE:

2.1. MEDICAMENTOS QUE TOMA EL PACIENTE PARA OTRA ENFERMEDAD.

Nombre 1: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC) <i>Ibuprofeno</i>	
1. ¿lo toma? <i>Si</i>	6. ¿cuánto toma? <i>1 tab c/ 12h</i>
2. ¿para qué? <i>Dolor</i>	7. ¿cómo lo toma? <i>Antes de alimentos</i>
3. ¿quién lo recetó? <i>Automedico</i>	8. ¿hasta cuándo lo tomará? <i>-</i>
4. ¿cómo le va? <i>Bien</i>	9. ¿tiene dificultad para tomarlo? <i>NO</i>
5. ¿desde cuándo lo toma? <i>Hace tiempo</i>	10. ¿siente algo extraño luego de tomarlo? <i>NO</i>
Nombre 2: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC) <i>Diclofenaco Ampolla</i>	
1. ¿lo toma? <i>Si</i>	6. ¿cuánto toma? <i>4 aplico</i>
2. ¿para qué? <i>golpes</i>	7. ¿cómo lo toma? <i>-</i>
3. ¿quién lo recetó? <i>Médico</i>	8. ¿hasta cuándo lo tomará? <i>-</i>
4. ¿cómo le va? <i>Bien</i>	9. ¿tiene dificultad para tomarlo? <i>-</i>
5. ¿desde cuándo lo toma? <i>Hace 3 años</i>	10. ¿siente algo extraño luego de tomarlo? <i>-</i>
Nombre 3: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC) <i>Levadura de cerveza</i>	
1. ¿lo toma? <i>3 veces</i>	6. ¿cuánto toma? <i>1</i>
2. ¿para qué? <i>Complemento alimenticio</i>	7. ¿cómo lo toma? <i>Disueltos en agua</i>
3. ¿quién lo recetó? <i>Automedico</i>	8. ¿hasta cuándo lo tomará? <i>-</i>
4. ¿cómo le va? <i>Bien</i>	9. ¿tiene dificultad para tomarlo? <i>-</i>
5. ¿desde cuándo lo toma? <i>Hace tiempo</i>	10. ¿siente algo extraño luego de tomarlo? <i>-</i>
Nombre 4: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC) <i>Naproxeno 55mg</i>	
1. ¿lo toma? <i>Si</i>	6. ¿cuánto toma? <i>1 tab c/ 12h</i>
2. ¿para qué? <i>Dolor</i>	7. ¿cómo lo toma? <i>Agua sin alimentos</i>
3. ¿quién lo recetó? <i>Nadie</i>	8. ¿hasta cuándo lo tomará? <i>-</i>
4. ¿cómo le va? <i>Bien</i>	9. ¿tiene dificultad para tomarlo? <i>-</i>
5. ¿desde cuándo lo toma? <i>Hace años</i>	10. ¿siente algo extraño luego de tomarlo? <i>-</i>
Nombre 5: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC)	
1. ¿lo toma?	6. ¿cuánto toma?
2. ¿para qué?	7. ¿cómo lo toma?
3. ¿quién lo recetó?	8. ¿hasta cuándo lo tomará?
4. ¿cómo le va?	9. ¿tiene dificultad para tomarlo?
5. ¿desde cuándo lo toma?	10. ¿siente algo extraño luego de tomarlo?
Nombre 6: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC)	
1. ¿lo toma?	6. ¿cuánto toma?
2. ¿para qué?	7. ¿cómo lo toma?
3. ¿quién lo recetó?	8. ¿hasta cuándo lo tomará?
4. ¿cómo le va?	9. ¿tiene dificultad para tomarlo?
5. ¿desde cuándo lo toma?	10. ¿siente algo extraño luego de tomarlo?

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

ANEXO N°7.3.4. FICHA FFT (HOJA 2, CONTINUA). REGISTRO DE LOS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE CONSUME PARA OTRAS ENFERMEDADES CONCOMITANTES. CUADRO N°13. FICHA FFT (HOJA 2, SEGUNDA PARTE). REGISTRO DE LOS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE MANTIENE EN SU BOTIQUÍN.

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

Nombre 1: <i>Enalapril</i>	
1. ¿lo toma? <i>NO</i>	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué? <i>Hipertensión</i>	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 2: <i>Salbutamol</i>	
1. ¿lo toma? <i>NO</i>	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué? <i>Asma</i>	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 3: <i>Captopril</i>	
1. ¿lo toma? <i>NO</i>	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué? <i>Hipertensión</i>	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 4: <i>Furosemida</i>	
1. ¿lo toma? <i>NO</i>	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué? <i>D, unético</i>	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 5:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 6:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 7:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?

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

OD INTERV:

ANEXO N°7.3.5. FICHA FFT. (HOJA 3). GUÍA ANATÓMICA DE REPASO PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS.

FICHA 03. GUÍA ANATÓMICA DE REPASO PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS DE SALUD. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF/Centro/Puesto de Salud de *Día, y Noche*

PACIENTE COD. Nº: *006*

FECHA: *12/05/14*

NOMBRE:

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: *Nada*

-OIDOS, OJOS, NARIZ, GARGANTA: *Alergia*

-BOCA (llagas, sequedad...): *Normal*

-CUELLO: *Nada*

-MANOS (dedos, uñas...):

-BRAZOS Y MÚSCULOS: *Dolor*

-CORAZÓN: *Normal*

-PULMÓN: *Normal*

-DIGESTIVO: *Normal*

-RIÑÓN (orina...): *Normal*

-HÍGADO: -

-GENITALES: -

-PIERNAS: -

-PIÉS (dedos, uñas): -

-MÚSCULO ESQUELÉTICO (gota, dolor espalda, tendinitis...): -

-PIEL (sequedad, erupción...): -

- ALTERACIONES PSICOLÓGICAS (depresiones, epilepsia...): -

- PARÁMETROS ANORMALES (Tª, PA, colesterol...): *Normal*

- TABACO: *No*

- ALCOHOL: *A veces*

- CAFÉ: *No*

- OTRAS DROGAS: *NO*

- SUS HABITOS ANORMALES (ejercicio, dieta...): -

- VITAMINAS Y MINERALES: -

- VACUNAS: -

- ALERGIAS MEDICAMENTOS Y/O SOSPECHAS DE RAM:

- Situaciones fisiológicas (y fecha):

- OBSERVACIONES:

COD INTERV:

ANEXO N°7.3.6. FICHA FFT (HOJA 4). HOJA GUÍA DE INTERVENCIÓN FARMACOTERAPÉUTICA.

FICHA 04. HOJA GUÍA DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA.

Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Establecimiento Farmacéutico/Centro/Puesto de Salud de Día...y Noche... Chimbote/Trujillo 2009.

PACIENTE COD N°: 206

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.
	Clonox	tab	500/125mg	1 tab/c 8h	16/05/14
	Hisalen	Tab	10mg	1 tab/c 24h	16/05/14

*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:	
3. Conservación inadecuada:		11. Otros problemas de salud que afectan al tratamiento:	
4. Contraindicación:		12. Probabilidad de efectos adversos:	
5. Dosis, pauta y/o duración no adecuada:		13. Problema de salud insuficientemente tratado:	
6. Duplicidad:		14. Influencias culturales, religiosas o creencias:	
7. Errores en la dispensación:		15. Medicamentos falsificados, espurios, de contrabando o muestras médicas:	
8. Errores en la prescripción:	No hay medicamentos en DCJ	16. Problemas económicos:	

COD INTERV:

ANEXO N°7.3.7. FICHA FFT (HOJA 4, SEGUNDA PARTE). HOJA GUÍA DE INTERVENCIÓN FARMACOTERAPÉUTICA.

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

N°	Clasificación del RNM	Descripción del RNM	PRM origen
1	Necesidad	Problema de Salud no tratado. El paciente sufre un problema de salud asociado a no recibir una medicación que necesita.	
2		Efecto de medicamento innecesario. El paciente sufre un problema de salud asociado a recibir un medicamento que no necesita.	
3	Efectividad	Inefectividad no cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad no cuantitativa de la medicación.	
4		Inefectividad cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad cuantitativa de la medicación.	
5	Seguridad	Inseguridad no cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad no cuantitativa de un medicamento.	8
6		Inseguridad cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad cuantitativa de un medicamento.	

Fecha final de la Intervención:

COMENTARIO:

El PRM esta en el #8. Ocurrió en la prescripción ya que los medicamentos están en D.C.I. sino en Nombre Comercial y en el RNM lo ubique en el de seguridad en el #5 ya que no es cuantitativo

ANEXO N°7.3.8. FICHA FFT (HOJA 4, TERCERA PARTE). HOJA GUÍA DE INTERVENCIÓN FARMACOTERAPÉUTICA.

4.4. QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRM.

Cambiar la receta de nombre comercial a DCS para que con el paciente lo alcance y cumpla el tratamiento, sea la misma de como hacer que cumple hasta el final y así poder 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:

Se agrego en la intervención sobre la estrategia farmacológica y la que fue en la H.G. sustituir y cambiar a DCS buscar la forma de como hacer que esa receta tenga D.C.T. y le resulte más económica y cumple el tratamiento

ANEXO N°7.3.9. FICHA FFT (HOJA 4, CUARTA PARTE). HOJA GUÍA DE INTERVENCIÓN FARMACOTERAPÉUTICA.

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

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

COD INTERV:

4.6. RESULTADO:

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

¿QUÉ OCURRIÓ CON LOS PRMs QUE NO SE RESOLVIERON?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

- A) PEOR B) IGUAL C) MEJOR D) CURADO

COD INTERV:

FICHA 04. HOJA GUIA DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA.

Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Establecimiento Farmacéutico/Centro/Puesto de Salud de *Dic. y Noche*..... Chimbote/Trujillo 2009.

PACIENTE COD Nº: *006*

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.
	<i>Clavimax</i>	<i>Capsula</i>	<i>500/125 mg</i>	<i>1 cap c/8h</i>	<i>16/05/14</i>
	<i>Itisalen</i>	<i>Tab</i>	<i>10 mg</i>	<i>1 Tab c/24h</i>	<i>16/05/14</i>
	<i>Ibuprofeno</i>	<i>Tab</i>	<i>400 mg</i>	<i>1 Tab c/12h</i>	

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

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

4.2.- DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL PRM:

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

COD INTERV:

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

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

Fecha final de la Intervención:

COMENTARIO:

El PRM al paciente es la Conservación inadecuada en el H3 debido a que lo guarda en una bolsa y no en un botigueri o algo mejor y en el RNM lo ubique en Seguridad con el H5 inseguridad no cuantitativa.

4.4. QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRM.

Educación en medidas no farmacológicas. Ayudante hacer un botiquín por más pequeño y que repone medicamento por Acción Farmacológica no tenerlo en bolsa.

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.
	X	Educación en medidas no farmacológicas	Educación del paciente en todas aquellas medidas higiénico-dietéticas que favorezcan la consecución de los objetivos terapéuticos.

COMENTARIO:

Con respecto a la acción para solucionar el PRM lo ubique en el # 9 Educación en medidas no farmacológicas, acentuando a que la conservación de sus medicamentos tiene que ser en un buen ambiente no en bolsa sino en orden, crear un botiquín.

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

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

COD INTERV:

4.6. RESULTADO:

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

¿QUÉ OCURRIÓ CON LOS PRMs QUE NO SE RESOLVIERON?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

- A) PEOR B) IGUAL C) MEJOR D) CURADO

COD INTERV:

FICHA 04. HOJA GUIA DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA.

Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Establecimiento Farmacéutico/Centro/Puesto de Salud de Dña. y N. X. P. Chimbote/Trujillo 2009.

PACIENTE COD Nº: 006

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.
	<u>Hisalen</u>	<u>Tableta</u>	<u>10mg</u>	<u>1Tab^c/24h</u>	<u>16/05/14</u>
	<u>Ibuprofeno</u>	<u>Tableta</u>	<u>400mg</u>	<u>1Tab^c/2h</u>	
	<u>Naproxeno</u>	<u>Tableta</u>	<u>550mg</u>	<u>1Tab^c/2h</u>	

*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:	
3. Conservación inadecuada:		11. Otros problemas de salud que afectan al tratamiento:	
4. Contraindicación:		12. Probabilidad de efectos adversos:	<u>Andar en el estómago</u> <u>Somnolencia</u>
5. Dosis, pauta y/o duración no adecuada:		13. Problema de salud insuficientemente tratado:	
6. Duplicidad:		14. Influencias culturales, religiosas o creencias:	
7. Errores en la dispensación:		15. Medicamentos falsificados, espurios, de contrabando o muestras médicas:	
8. Errores en la prescripción:		16. Problemas económicos:	

COD INTERV:

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

Nº	Clasificación del RNM	Descripción del RNM	PRM origen
1	Necesidad	Problema de Salud no tratado. El paciente sufre un problema de salud asociado a no recibir una medicación que necesita.	
2		Efecto de medicamento innecesario. El paciente sufre un problema de salud asociado a recibir un medicamento que no necesita.	12
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:

El PRM del paciente es el A12 probabilidad de efecto adverso ya que al tener su meta le da un dolor, y en el RNM lo ubique en necesidad es el A7 ya que es a meta innecesario

4.4. QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRM.

Lo que debemos hacer para solucionar el PRM en este caso es añadir un medicamento para prevenir la gastritis es que una lo suste juren y se golpea toma ibuprofeno / Naproxeno
 = Añadir medicamento
 También explicarle que el hisalen le da efecto adverso de somno tensión y no el prescripe

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

Categoría	Nº	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:

Debemos añadir medicamento por la solución del PRM es decir un analgésico / antiinflamatorio para prevenir de la lesión por toma de AINES hacerle entender que es para su bien y que lo tome

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

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

COD INTERV:

4.6. RESULTADO:

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

¿QUÉ OCURRIÓ CON LOS PRMs QUE NO SE RESOLVIERON?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

- A) PEOR B) IGUAL C) MEJOR D) CURADO

COD INTERV:

FICHA 04. HOJA GUIA DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA.

Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Establecimiento Farmacéutico/Centro/Puesto de Salud de Chimbote/Trujillo 2009.

PACIENTE COD N°:

NOMBRE:

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

N°	NOMBRE DEL MEDICAMENTO* O MORBILIDAD**	FFPP	DOSIS REC.	FREC. DE DOSIS/DIA	FECHA DE PRESCR.
	Clawmax	Cápsula	500/325 mg	1 cap 9/2h	16/05/14
	Hisalen	Tableta	10 mg	1 tab 1/2h	16/05/14

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

COD INTERV:

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

Nº	Clasificación del RNM	Descripción del RNM	PRM origen
1	Necesidad	Problema de Salud no tratado. El paciente sufre un problema de salud asociado a no recibir una medicación que necesita.	
2		Efecto de medicamento innecesario. El paciente sufre un problema de salud asociado a recibir un medicamento que no necesita.	
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:

El PRM es el H01 ya que hay una administración excesiva del medicamento ya que lo toma junto a sus alimentos y esto no debe ser así, en la clasificación del RNM está en Efectividad en el H04 inefectividad cuantitativa.

4.4. QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRM.

Lo que se debe hacer en este caso es educar al paciente que tiene sus medicamentos 1/2 hora antes de sus alimentos y que no lo tome junto.

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 to.	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	Educación en medidas no farmacológicas	Educación del paciente en todas aquellas medidas higiénico-dietéticas que favorezcan la consecución de los objetivos terapéuticos.

COMENTARIO:

es el A8 educación a disminuir el incumplimiento voluntario que ponga de la parte para que así pueda curarse. Debe tomarlo 1/2 hora antes.
Y llorarlo antes para ver si cumple con lo que le dijimos

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

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

COD INTERV:

4.6. RESULTADO:

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

¿QUÉ OCURRIÓ CON LOS PRMs QUE NO SE RESOLVIERON?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

- A) PEOR B) IGUAL C) MEJOR D) CURADO

COD INTERV:

7.4 TEST PARA MEDIR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO. TEST DE MORISKY

Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Establecimiento Farmacéutico
FARMACIA DIA Y NOCHE CHIMBOTE 2014

FICHA 06. TEST PARA MEDIR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF/Centro/Puesto de Salud de.....

COD° PACIENTE: 006 FECHA: 24/05/14

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

Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico
NOMBRE DEL PACIENTE: COD 006

FECHA: 24/05/14

PREGUNTA	VALOR DE LA RESPUESTA	
	SI	NO
¿Cuándo le indican tomar medicamentos, con que 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.		X
¿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.		X
¿Y cuando se siente bien, antes de terminar el tiempo indicado de uso de tus medicamentos, deja de tomarlos? SI= 1, nunca: NO = 0.		X
¿Y cuando siente que los medicamentos le caen mal, los deja de tomar? SI= 1, nunca: NO = 0.		X

OBSERVACIONES:

Con esto nos damos cuenta que el paciente cumple con su tratamiento hasta el último

COD INTERV:

TEST DE PURDUE PARA LA EVALUACIÓN EN EL PACIENTE DE LA SATISFACCION DEL SERVICIO

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

NOMBRE DEL PACIENTE COD 006

FECHA: 24 / 10 / 14

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

OBSERVACIONES: *Vemos que el paciente cambio su forma de pensar del farmacéutico*
 COD INTERV:

7.5 ANEXO. REPORTE DE PRIMER ESTADO DE SITUACIÓN.

PAC	CIE	DIAG	COMERC	DCI	FF	DOSIS	FREC DOSIS	DIAS TTO	PRM	DESCRIP PRM	ACCION	COD INTERV	CANAL COMUN	ACEPT	SOL	DESCRIP SOL	RNM
1	J02	Faringitis aguda	dexacort	dexametasona	sol	4	1	5	8	no hay nombre de medicamentos en DCI	es conversar con el paciente y que le diga a su médico que le ponga la receta los medicamentos en DCI	5	3	1	0	la paciente aceptó la solución pero el PRM no se resolvió porque cuando le pedimos que nos entregue la receta en DCI no lo tenía	1
1	J02	Faringitis aguda	enhancin	amoxicilina + ácido clavulánico	sol	500 + 125	2	6	9	incumplimiento a veces se olvida de tomar sus medicamentos a sus horas	educar al paciente que no se olvide de tomar sus medicamentos y también llamarlo para comprobar que está tomando a la hora	7	2	1	1	la paciente hizo caso a la recomendación que se le brindó	1
1	J02	Faringitis aguda	enhancin	amoxicilina + ácido clavulánico	sol	500 + 125	2	6	2	cuando se siente bien lo deja de tomar no culmina el tratamiento	tratar de cambiar la actitud negativa de la paciente, educar y que siga con el tratamiento	8	1	1	1	la paciente aceptó cambiar esas actitudes negativas y logramos resolver el PRM	1
1		Dolores musculares		naproxeno	sol	550	3										
1		Fiebre	repriman	metamizol	sol	500	3	3	12	toxicidad al usar ambos medicamentos, problemas gastrointestinales	retirar medicamento porque puede ocasionar efectos debido a que solo se debe usar cuando tenga fiebre no seguido	5	1	1	1	la paciente hizo caso en la recomendación que le planteé de retirar ese medicamento	3
1		Gastritis		omeprazol	sol	10	1	10									
1		Llagas en boca	aftotex		liq		3	5									
2	J03	Amigdalitis aguda		cefalexina	sol	250	4	7	2	el paciente cuando se siente bien deja de tomar sus medicamentos	llamar al paciente para que no deje de tomar sus medicamentos así este bien de salud cumpla todo su tratamiento	8	1	1	1	el paciente hizo caso en la recomendación que le planteé para que así cumpla con su tratamiento	4

2		Alergia		clorfenamina	Sol	4	2										
2		Dolores musculares		paracetamol	Sol	500	3	5	9	el paciente se olvida de tomar a sus horas el medicamento	educar al paciente para que no se olvide tomar sus medicamentos a la hora	7	2	1	1	el paciente si nos entendió que su acción estaba mal y perjudicaría su tratamiento y cumplió	1
2		Dolores musculares	doloflam forte	ibuprofeno	Sol	400											
3	J03	Amigdalitis aguda		amoxicilina	Sol	500	3	7	2	cuando se siente bien lo dejaba de tomar	educar al paciente para que no deje de tomar sus medicamentos cuando se siente bien porque le puede traer consecuencias	8	1	1	1		1
3	J03	Amigdalitis aguda		amoxicilina	Sol	500	3	7	3	no tiene un sitio adecuado para guardar sus medicamentos	educar al paciente para que tenga un lugar apropiado para que guarde sus medicamentos, en medidas no farmacológicas	9	1	1	1	el paciente aceptó la solución y ahora cumple con todo su tratamiento	5
3		Dolores musculares		ibuprofeno		400	3										
3		Dolores musculares		naproxeno	Sol	550	3	5	12	el paciente cuando toma el naproxeno luego le da ardor al estómago	retirar el medicamento que le está afectando su salud o agregarle otro medicamento para prevenir su gastritis	5	1	1	0	el paciente primero aceptó para que podamos retirar ese medicamento pero nos dimos con la sorpresa que seguía tomando no nos hizo caso	6
3		Indigestión		sal de andrews	Pol v												
4	J03	Amigdalitis aguda		amoxicilina	Sol	500	3	7	5	acorta el tiempo de tomar sus medicamentos	modificar la pauta de administración del medicamento	3	2	1	1	para esto cambiamos la pauta de la dosis si antes era de 8 horas mejor lo pusimos que lo tome 12 horas y aceptó	6
4	J03	Amigdalitis aguda		amoxicilina	sol	500	3	7	9	se olvida de tomar a sus horas	educar al paciente en disminuir el incumplimiento involuntario	7	1	1	1	la paciente ahora ya no se olvida de tomar sus medicamentos	1
4	J00	Rinofaringitis		clorfenamina	Sol	4	3	3									

		aguda(resfria do común)															
4		Dolor de cabeza	tonopan	dihidroergotamina + cafeina + propifenazona	Sol	2											
4		Dolores musculares		naproxeno	Sol	550	2	3									
4		Infección de las vías urinarias	uropol forte	sulfametizol + fenazopiridina	Sol	500 + 100											
5	J03	Amigdalitis aguda		amoxicilina	Sol	500	3	5	9	hay veces donde se olvida de tomar	educar y conversar al paciente hacerle entender que lo que esta haciendo esta mal, disminuir cumplimiento involuntario	8	1	1	1	paciente aceptó que nosotros nos preocupemos por él y también que no iba haber problemas para llamarlo	1
5	J03	Amigdalitis aguda		amoxicilina	Sol	500	3	5	3	no tiene lugar adecuado para guardar sus medicamentos	educar al paciente que es necesario una buena conservación de los medicamentos	9	2	1	1	para que el paciente conserve bien sus medicamentos le ayudé a realizar una cajita para ordenar sus medicamentos.	5
5	J00	Rinofaringitis aguda(resfria do común)		clorfenamina	Sol	4	2	6	2	cuando se siente bien lo deja de tomar	llamar al paciente para que no deje de tomar sus medicamentos así este bien de salud cumpla todo su tratamiento	8	1	1	1	paciente aceptó las indicaciones y tomar aunque se sienta bien sus medicamentos a la hora indicada por su médico.	1
5		Dolores musculares		naproxeno	Sol	550											
5		Dolores musculares		ibuprofeno	Sol	400	2	5									
6	J01	Sinusitis aguda	clavumox	amoxicilina + ácido clavulánico	Sol	500 + 125	3	7	1	lo toma junto a sus alimentos	educar al paciente que tome sus medicamentos 1/2 hora antes de los alimentos	8	2	1	1	Aceptó la solución que debe tomar su medicamento 1/2h antes de los alimentos	4
6	J01	Sinusitis aguda	hisaler	cetirizina	sol	10	1	3	8	no hay nombre de medicamentos en DCI	ponerle en cada medicamento en DCI y así está receta tenga y el paciente ver cual de los dos escoge	6	2	1	1	le brindé a la paciente los nombres de medicamentos en DCI y le expliqué cual es el mejor en su efecto	5
6	J01	Sinusitis aguda	clavumox	amoxicilina + ácido clavulánico	Sol	500 + 125	3	7	3	conservación inadecuada	educar en medidas no farmacológicas, si no tiene para que se compre un botiquín hay	9	1	1	1	para que el paciente conserve bien sus medicamentos le ayudé a realizar una	5

										que ver la manera de como le hacemos uno para separar sus medicamentos					cajita para ordenar sus medicamentos.		
6		Dolores musculares		ibuprofeno	Sol	400	3		12	ardor en el estómago	añadir un medicamento para prevenir la gastritis como el omeprazol, ranitidina	4	2	1	1	paciente aceptó que le añadamos un medicamento para la gastritis y así no tenga consecuencias	2
6		Dolores musculares		naproxeno	Sol	550	2	4									
6		Dolores musculares		diclofenaco	Iny	75	1	4									
7	J02	Faringitis aguda		ibuprofeno	sol	400	2	5									
7	J02	Faringitis aguda		eritromicina	sol	500	2	7	9	la paciente en algunas oportunidades se olvida de tomar su medicamento	educar al paciente	8	1	1	1	educar al paciente sobre lo importante que es seguir todo su tratamiento	1
7	J02	Faringitis aguda		clorfenamina	sol	4	2	5	12	probabilidades de efecto adverso, siente sequedad de boca	sustituir un medicamento	6	1	0	0	cambiar el medicamento por otro que no le cause efectos adversos	5
7		Alergia		cetirizina	sol	10	1	3									
7		Gastritis		ranitidina	sol	150	2	10									
8	J03	Amigdalitis aguda		amoxicilina	sol	500	3	7	9	incumplimiento-olvida tomar sus medicamentos	educar al paciente	8	1	1	1	educar al paciente sobre lo importante que es seguir todo su tratamiento y entendió lo importante que es no olvidar tomar su medicamento	1
8	J03	Amigdalitis aguda		amoxicilina	sol	500	3	7	3	conservación inadecuada de sus medicamentos	educar al paciente sobre lo importante que es saber mantener en un lugar adecuado sus medicamentos	8	1	1	1	el paciente se comprometió a tomar con responsabilidad lo que se le enseñó y se comprometió a contribuir en su tratamiento	1

8	J03	Amigdalitis aguda		ibuprofeno	sol	400	3	5	3	mala conservacion de sus medicamentos	educar al paciente sobre lo importante que es saber mantener en un lugar adecuado sus medicamentos	8	1	1	1	el paciente se comprometió a tomar con responsabilidad lo que se le indicó	1
8		Alergia		cetirizina	sol	10	1	3									
8		Fiebre		paracetamol	sol	500	3	5									
9	J02	Faringitis aguda		eritromicina	sol	500	3	7	9	el paciente incumple el tratamiento o porque olvida tomar su medicación	educar al paciente para que no se olvide tomar sus medicamentos	8	1	1	1	el paciente tomo en cuenta la recomendación que se le brindó de no olvidarse tomar sus medicamentos	1
9	J02	Faringitis aguda		naproxeno	sol	550	3	5	2	actitudes negativas del paciente	educar al paciente	8	1	1	1	comunicarse con el paciente , haciéndole entender que para la mejoría de su salud necesita tomar todos sus medicamentos indicados	1
9	J02	Faringitis aguda		eritromicina	sol	500	3	7	2	actitudes negativas del paciente cuando siente que no le hace bien deja de tomarlo	educar al paciente	8	1	1	1	comunicarse con el paciente , haciéndole entender que para la mejoría de su salud necesita tomar todos sus medicamentos indicados	1
9	J02	Faringitis aguda		paracetamol	sol	500	3	5									
9		Dolores musculares		ibuprofeno	sol	400	3	5									
10	J03	Amigdalitis aguda		amoxicilina	sol	500	3	7	9	toma sus medicamento de vez en cuando	educar al paciente	8	1	1	1	comunicarse con el paciente para que no deje de tomar sus medicamentos	1
10	J03	Amigdalitis aguda		lincomicina	iny		1	3									
10		Dolores musculares		naproxeno	sol	550	2	3	1	administracion erronea del medicamento	educacion en las instrucciones y precauciones para a correcta utilizacion y administracion del	7	1	1	1	educar al paciente para que tome sus medicamentos en la hora establecida	5

										nto	medicamento						
10		Tos aguda		dextrometorfano	liq	15	2	7									
11	J02	Faringitis aguda		clorfenamina	sol	4	3	3									
11	J02	Faringitis aguda		claritromicina	sol	550	2	7	10	interacción	modificar la pauta de administración	3	1	1	1	1	conversar con el paciente haciéndole un cambio en en las tomas del medicamento a lo largo del día
11	J02	Faringitis aguda		naproxeno	sol	550	2	5	1	toma su medicamento sin tener en cuenta sus indicaciones	educación al paciente sobre a correcta administración del medicamento	7	1	1	1	1	educación al paciente sobre la correcta administración de sus medicamentos para que no sienta molestia despues de tomarlos
11		Alergia		cetirizina	sol	10	1	3									
12	R52.0	Dolor agudo		ibuprofeno	sol	400	2	5	5	dosis, pauta y/o duración inadecuada	educar al paciente que el medicamento le durara para todo el tratamiento	7	1	1	1	1	comunicarle al paciente que si olvida tomar una dosis, no puede administrarse una segunda dosis ya que le pueden traer problemas mayores afectando su salud.
12	J02	Faringitis aguda		dextrometorfano	liq	15	2	7									
12	J02	Faringitis aguda		amoxicilina	sol	500	2	7	9	toma sus medicamento de vez en cuando	educar al paciente	8	1	1	1	1	comunicarse con el paciente para que no deje de tomar sus medicamentos
12	J02	Faringitis aguda		amoxicilina	sol	500	2	7	3	conserva su medicamento de manera inadecuada	educar al paciente sobre las medidas higienicas que favorezcan los objetivos terapeuticos	9	1	1	1	1	educar al paciente para que tenga un consideración de como guardar y donde guardar sus medicamentos
12		Indigestión		bismutol	liq	262	3	3									

7.6 ANEXO. FOTOS.

FIGURA N°05. FRONTIS BOTICA DIA Y NOCHE, EN EL DISTRITO DE CHIMBOTE.



FIGURA N°06. MAPA DE UBICACIÓN DE LA FARMACIA DIA Y NOCHE



FIGURA N°07 Paciente firmando la hoja de consentimiento



FIGURA N°08. Revisión de medicamentos

