

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

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

EFICACIA DE UN PROGRAMA PILOTO DE SEGUIMIENTO
FARMACOTERAPÉUTICA PARA RESOLVER PROBLEMAS
RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS EN PACIENTES
CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL
PUESTO DE SALUD MAGDALENA NUEVA, DISTRITO DE
CHIMBOTE, PROV. DE SANTA, DPTO. ANCASH. ABRIL-JULIO 2014.

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
QUÍMICO FARMACÉUTICO

AUTOR: Bach. Nuñuvero Mejía Mayler

ASESOR: Mg. Farm. Percy Alberto Ocampo Rujel

CHIMBOTE - PERÚ

2014

HOJA DE FIRMA DEL JURADO

PRESIDENTE

Mgr. Claudio Delgado Alfredo Bernard

MIEMBRO

Mgr. Ramirez Romero Teodoro Walter

MIEMBRO

Mgr. Palacios Palacios Maria Isabel

Agradecimientos:

Debo agradecer de manera especial y sincera al Profesor Percy Ocampo. Por habernos apoyado en la realización de este trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como investigador.

Agradezco a dios por haberme guiado en el camino para poder llegar a ser un profesional con buenos valores y morales en bien de la comunidad a la que brindare mis conocimientos y capacidades de formación profesional

Dedicatoria:

A mis padres que siempre me brindaron su apoyo durante toda mi formación profesional y siempre estuvieron en los momentos importantes para mi dándome ánimos para avanzar y superar las dificultades

A mis hermanos que siempre me apoyaron estuvieron apoyando y dando consejos que me ayudaron en mi formación profesional

Resumen.

Palabras clave: Seguimiento Fármaco terapéutico (SFT), Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM), Resultados negativos de la Medicación (RNM), infecciones respiratorias.

La investigación tuvo como objetivos determinar el impacto de un programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico dirigido a pacientes con infecciones respiratorias en términos de la detección y resolución de PRMs.

La muestra de pacientes fue monitoreada a través de un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico de seis fases: captación, levantamiento de información, evaluación de la información, intervención, seguimiento y medición de resultados. En cada fase se recogió información en herramientas e instrumentos específicos: fichas farmacoterapéuticas, test de adherencia al tratamiento y percepción de tratamiento

Se captaron 12 pacientes con diagnóstico de infecciones respiratorias. En el primer contacto en la farmacia se levantó información mediante una ficha de seguimiento Farmacoterapéutico. Cada paciente fue evaluado con el fin de diagnosticar y tratar cada PRM encontrado de manera particular. Posteriormente se siguió al paciente mediante visitas y llamadas telefónicas para reforzar el cumplimiento de las indicaciones.

Se solucionaron 27 PRMs (62.8 %) y los no resueltos dejaron expuesto al paciente a la aparición de resultados negativos de la medicación (RNMs) que en su mayoría pudieron ser: 16 (38 %) La adherencia comparada antes – después de la intervención indicaría un impacto significativo/no significativo del SFT.

Se concluye que el programa es eficiente en el diagnóstico de PRMs y en la prevención de RNMs.

Abstract:

Keywords: Therapeutic Drug Monitoring (SFT), Drug-Related Problems (PRM), negative results Medication (RNM), respiratory infections.

The research aimed to determine the impact of a pilot program aimed at Pharmacotherapy follow patients with respiratory infections in terms of the detection and resolution of PRMs.

The sample of patients was monitored through a monitoring program Pharmacotherapy of six phases: capturing, 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

12 patients were collected with a diagnosis of respiratory infections. In the first Pharmacy contact information rose by a record of Pharmacotherapy follow. 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.

PRMs 27 (62.8%) were resolved and unresolved left exposed the patient to the appearance of negative results of medication (MRIs) that could mostly be: 16 (38%) compared Adhesion before - after surgery would indicate significant / non-significant impact SFT.

It is concluded that the program is effective in the diagnosis of DRPs and prevention of MRI scans.

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág. N°
I. INTRODUCCIÓN	11
1.1. Caracterización del problema	11
1.2. Antecedentes	12
1.3. Evolución del Seguimiento Farmacoterapéutico en el Perú	18
1.4. Resultado de la implementación de la atención farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico	19
1.5. Planteamiento del problema	21
1.6. Objetivos de la investigación	21
1.6.1. Objetivo general	21
1.6.2. Objetivos específicos	22
1.7. Justificación de la investigación	22
II. REVISION DE LA LITERATURA	27
2.1. Marco normativo para el desarrollo de la farmacia y el uso de medicamentos del peru	27
2.2. Problemas relacionados con el uso de medicamentos (PRMS) y resultados negativos de la medicación (RNM)	29
2.3. Diagnóstico de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM)	33
2.4. Atención farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico: contribución del farmacéutico al mantenimiento de la salud pública	42
2.5. Infecciones respiratorias	49
2.6. Farmacia del Puesto salud magdalena Nueva	50
2.7. Hipótesis	51
III.- METODOLOGÍA.	52
3.1. Diseño de la investigación	52
3.1.1. Tipo y el nivel de la investigación:	52
3.1.2. Diseño de la investigación:	52
3.2. Población y muestra.	52
3.3. Definición y operacionalización de las variables.	53
3.3.1. Programa de seguimiento Farmacoterapéutico	53
3.3.2. Problemas relacionados con medicamentos (PRM)	54
3.3.3. Resultados negativos asociados con la medicación (RNM)	54
3.3.4. Cumplimiento o adherencia al tratamiento	54

TABLA DE CONTENIDOS	Pág.Nº
3.3.5. Infecciones respiratorias agudas	55
3.4. Técnicas e instrumentos	55
3.4.1 Técnica	55
3.4.2. Instrumentos	55
3.4.2.1. Fichas Farmacoterapéutica (FFT).	55
3.4.2.2. Instrumento para medir la adherencia al tratamiento	56
3.4.3. Procedimiento de recolección de datos	57
3.4.3.1 procedimientos para Oferta del servicio y captación de los pacientes.	57
3.4.3.2. Levantamiento de información	58
3.4.3.3. Fase de estudio y evaluación de la información para la identificación de PRM	59
3.4.3.4. Fase de intervención y seguimiento Farmacoterapéutico	60
3.4.3.5. Evaluación del impacto de la intervención	60
3.5. Plan de análisis de datos	61
3.6. Matriz de consistencia	63
3.7. Principios éticos	64
IV.RESULTADOS	65
4.1.Resultados	65
4.2. Análisis de resultados	77
V.CONCLUSIONES	92
5.1.Conclusiones	92
5.2.Aspectos complementarios	92
VI.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	94
VII.ANEXOS	108

Índice de cuadros		Pág. N°
Cuadro N°01.	Base legal vigente para el manejo de medicamentos en el peru	27
Cuadro N°02.	Base legal para el desarrollo de las actividades profesionales de los Químicos Farmacéuticos del Perú	28
Cuadro N°03.	Listado de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) Modificada del Tercer Consenso de Granada de 2007.	30
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)	31
Cuadro N°05.	Actividades de Atención Farmacéutica en el ejercicio profesional del farmacéutico comunitario	42
Cuadro N°06.	Clasificación de intervenciones farmacéuticas destinadas a prevenir o resolver resultados clínicos negativos de la farmacoterapia	48
Cuadro N°07	Escala de Adherencia a la medicación (MAS) de Morisky – Green – Levine	56
Cuadro N°08	Tipos de canales para comunicar las recomendaciones del farmaceutico Para la solución de PRMs	60

Índice de Figuras		Pág. N°
Figura N°01.	Flujograma de la Etapa de estudio y evaluación. Tomado de comité de consenso	39
Figura N°02.	Pasos Clave del Método DADER Modificado de Seguimiento Farmacoterapéutico	46
Figura N°03.	Patogenia de las infecciones respiratorias por virus	50
Figura N°04.	Esquema del modelo de intervención farmacéutica	52
Figura N°05.	flujograma de las actividades de seguimiento Farmacoterapéutico	58
Figura N°06.	ANEXO N° 7.1.solicitud de permiso dirigido al establecimiento farmacéutico	108
Figura N°07.	ANEXO N° 7.2 hoja de consentimiento informado	109
Figura N°08.	ANEXO N°1.4 Reporte de primer estado de situación	122
Figura N°09.	ANEXO N°1.5 Fotos.	127
Figura N°10.	ANEXO N°1.6 Mapa de ubicación del EE. Farmacéutico	129

Índice de Tablas

Pág.Nº

Tabla N°01.	Distribución de frecuencias y porcentajes de los pacientes de la muestra por sexo y edad promedio. Programa de SFT dirigido a pacientes con infecciones respiratorias. Farmacia del P.S. Magdalena Nueva. Abril a julio 2014	65
Tabla N°02.	Distribución de la cantidad de contactos entre el farmacéutico y los pacientes por el lugar, forma de contacto y los tiempos invertidos. Programa de SFT dirigido a pacientes con Infección Respiratoria. Farmacia del P.S. Magdalena Nueva. Abril a julio 2014	65
Tabla N°03.	Distribución de la frecuencia y porcentajes de los Problemas de Salud identificados en los pacientes. Programa de SFT a pacientes con infecciones respiratorias. Farmacia del puesto de salud magdalena nueva. Abril a julio 2014.	66
Tabla N°04.	Distribución de la frecuencia de uso de medicamentos para las enfermedades que padecieron los pacientes durante el proceso de intervención. Programa de SFT a pacientes con Infecciones Respiratoria. Farmacia del puesto de salud magdalena nueva. Abril a julio 2014	67
Tabla N°05.	Distribución de la frecuencia y porcentaje de los PRM diagnosticados. Programa de SFT dirigidos a pacientes con infecciones respiratorias. Farmacia del puesto de salud magdalena nueva. Abril a julio 2014	69
Tabla N°06.	Distribución de la frecuencia y porcentaje de los PRM identificados. Programa de SFT a pacientes con infección respiratoria. Farmacia del P.S. Magdalena Nueva. Abril a julio 2014	70
Tabla N°07.	Distribución de la frecuencia y porcentajes de los Canales de Comunicación utilizados por el Farmacéutico para llevar a la práctica la intervención para resolver los PRMs. Programa de SFT a pacientes con infecciones respiratorias. Farmacia del puesto de salud magdalena nueva. Abril a julio 2014	71
Tabla N°08.	Distribución de la frecuencia del resultado de las intervenciones realizadas en términos de su aceptación por parte del paciente y la solución del PRM. Programa de SFT a pacientes con infecciones respiratorias. Farmacia del puesto de salud magdalena nueva. Abril a julio 2014	72
Tabla N°09.	Distribución de la frecuencia de la relación entre el canal de comunicación usado y la aceptación y solución de los PRMs. Programa de SFT a pacientes con infección respiratoria. Farmacia del puesto de salud magdalena nueva. Abril a julio 2014.	73
Tabla N°10.	Distribución de frecuencia y porcentaje de los Resultados Negativos de la medicación (RNM) y el Problema Relacionado con Medicamentos que les dio origen. Programa de SFT a pacientes con infecciones respiratorias Farmacia del puesto de salud magdalena nueva. Abril a julio 2014	74
Tabla N°11.	Comparativo de la edad, cantidad de diagnósticos, cantidad de medicamentos, PRMS identificados y PRMS solucionados por paciente intervenido. Programa de SFT a pacientes con infecciones respiratorias Farmacia del puesto de salud magdalena nueva. Abril a julio 2014.	75

índice de tablas

Pág.Nº

Tabla Nº12.	Impacto del SFT en términos de la cantidad y porcentaje de PRMs solucionados y no solucionados y los pacientes expuestos a sufrir por lo menos un RNM. Programa de SFT a pacientes con infecciones respiratorias Farmacia del puesto de salud magdalena nueva. Abril a julio 2014.	75
----------------	--	----

Índice de Gráficos

Pág.Nº

Gráfico Nº01.	Porcentaje de los medicamentos usados para los problemas de salud identificados. Programa de SFT a pacientes con infecciones respiratorias. Farmacia del P.S. Magdalena Nueva. Abril a julio 2014	69
Gráfico Nº02.	Distribución acumulada del canal de comunicación utilizado para efectivizar la intervención	71
Gráfico Nº03	Distribución acumulada de la aceptación o solución de las intervenciones	73
Gráfico Nº04	Comparación entre los Problemas Relacionados con Medicamentos resueltos y los No Resueltos que fueron la causa potencial de Resultados Negativos de la Medicación. Programa de SFT a pacientes con infecciones respiratorias Farmacia del puesto de salud magdalena nueva. Abril a julio 2014	74
Gráfico Nº05.	Correlación entre la cantidad de medicamentos usados y los PRMS identificados por paciente. Programa de SFT a pacientes con infecciones respiratorias Farmacia del puesto de salud magdalena nueva. Abril a julio 2014	76

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, 4, 5, 6,7}

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 España⁸, 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.

En este marco, las infecciones respiratorias 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*. 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.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. 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, Brodi¹⁴ 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 una 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, poli medicados, 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 (diabéticos, hipertensos, asmáticos, anticoagulados, 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 basado 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 reportado éxitos en la regularización de PRMS,^{36,37} y el mejoramiento de la adherencia o cumplimiento de las indicaciones médicas (ambos en el ámbito clínico).^{38, 39,40} Además se han reportado éxitos en los niveles de percepción de calidad de vida^{41, 42,43} y el mejoramiento de la calificación por parte de la población del trabajo que realiza el farmacéutico a nivel comunitario (ámbito humanístico).^{44,45, 46}

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, 50, 51, 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, 54, 55, 56, 57, 58}

En el Perú, en una búsqueda rápida en internet de las palabras clave Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes con infección respiratoria aguda en el Perú o Atención farmacéutica en pacientes con infección respiratoria aguda 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.

Ocampo⁶¹ en 2010, en una investigación para medir el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes hipertensos, demuestra que el resultado es significativo (0.031) cuando se comparan los test antes – 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 planteamiento del problema.

De la caracterización del problema se desprende 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 herramienta farmacéuticas para el fortalecimiento de los Establecimientos Farmacéuticos como centros de salud especializados en la consultoría sobre el uso de medicamentos.

Específicamente la presente investigación estuvo orientada a determinar ¿Cuál es la eficacia de un programa piloto de seguimiento Farmacoterapéutico para resolver problemas relacionados con medicamentos de pacientes con infección respiratorias agudas intervenidos desde el puesto de salud “Magdalena Nueva”, Distrito Chimbote durante los meses de abril a julio del 2014?

1.6 Objetivos de la investigación

1.6.1 Objetivo General

Determinar la eficacia de un programa piloto de seguimiento Farmacoterapéutico para resolver problemas relacionados con medicamentos en pacientes con infecciones respiratorias agudas, atendidos desde el puesto de salud “Magdalena Nueva”, Distrito de Chimbote en los meses de abril a julio del 2014.

1.6.2 Objetivos Específicos

1.6.2.1 Establecer el estado de situación de uso de medicamentos de una muestra de pacientes con infección respiratoria agudas de curso ambulatorio que se atienden en la “Magdalena Nueva”, Distrito Chimbote a través del desarrollo de un programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT).

1.6.2.2 implementar estrategias de intervención farmacéuticas para solucionar los problemas relacionados con medicamentos (PRMs) diagnosticados.

1.6.2.3 Medir el efecto de la estrategia de intervención en la solución de los PRMs diagnosticados.

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 Ramalho⁶⁵ 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.

Pires⁷¹ justifica entonces proponer investigaciones para establecer una base más amplia de evidencias 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 Fauss¹ 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 medicamentos⁷³.

Para los farmacéuticos la inclusión en sus labores cotidianas 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 Soto⁷⁴ 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 es abrumador, 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⁽²⁸⁾ desembocaron en la Ley N ° 29459 de 2009.²⁹ 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 1997.⁷⁵

El Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos promulgado por DS 016-2011-SA²⁸ define los ámbitos en los cuales debe desarrollarse la atención farmacéutica y el seguimiento fármaco terapéutico (SFT) en el Perú. Por Atención Farmacéutica se define: “Actos del profesional Químico Farmacéutico para la mejora y el mantenimiento de la calidad de vida del paciente los cuales se realizan mediante prácticas correctas de dispensación y seguimiento fármaco terapéutico (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	Nº	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 el Reglamento faculta al profesional Farmacéutico a desarrollar y evaluar el Seguimiento Fármaco Terapéutico a nivel comunitario y hospitalario e informar los resultados de sus intervenciones a la Autoridad de Salud pertinente²⁸.

Por el lado gremial, la Ley de Trabajo del Químico Farmacéutico Ley 28173 y su reglamento emitido el 2006³⁰, 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

2.1. 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, lo 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°01).²³

CUADRO N°03. Listado de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM)
Modificada del Tercer Consenso de Granada de 2007.

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.	Influencia del entorno socio cultural.
15.	Medicamentos ilegales.
16.	Problemas económicos.

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 son considerados por la OMS como Morbilidad Farmacoterapéutica (MFT).²²

En el 2007 el Tercer Consenso de Granada²⁷ 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° 02).

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°01), y que por tanto puede ser modificado con su utilización en la práctica clínica y en diversas condiciones sociales.²⁷ Bajo este criterio, en el presente trabajo se ha incluido en el listado (Cuadro N°01) tres situaciones propias de nuestra realidad y que han sido descritas como problemas propios del proceso de uso de medicamentos.⁶¹ Las 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 1997⁸⁸ citado por Hurley⁸⁹ 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.

Ferriols⁹⁰ 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.

2.2. 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. En el proceso es necesario el uso de herramientas de registro y medición de variables para la documentación exhaustiva de cada caso.

Los diagnósticos deben definirlo 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 de estas prácticas profesionales contribuirán con abundar el estado del arte y a la especialización de las intervenciones farmacéuticas.

El Tercer Consenso de Granada²⁷ y la Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico del Método DADER⁹² 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 normatividad³⁰ 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 (PRM4): 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 auto medicarse 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 la mayoría de los casos, ser dispensados tal como fueron prescritos en las recetas. Según norma vigente^{30, 94} el Farmacéutico está facultado para ofrecerle 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 y fue 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 medicamentos⁹³ 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 Basterra³⁹ 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

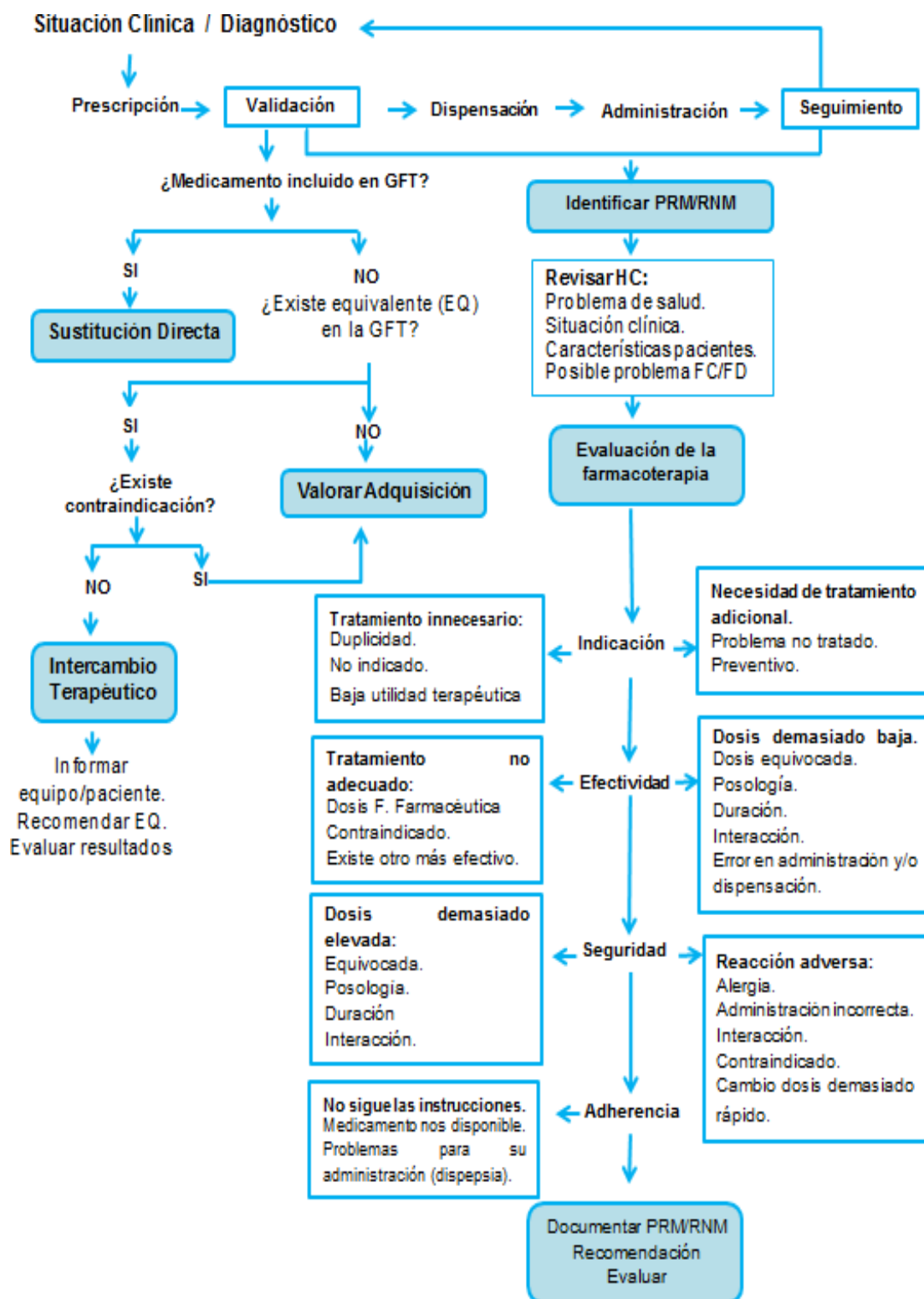
El grado de adherencia medido antes y después de una intervención farmacoterapéutica sirve como un indicador de la eficacia del Seguimiento Farmacoterapéutico sobre la resolución de PRM.⁶¹ El grado de la adherencia se evaluará mediante la aplicación del test denominado Medication Adherence Scale o Test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

- 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 a 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 auto medicado que necesita prescripción el problema se tipifica como error de medicación (PRM 1).

Figura N° 01. Flujograma de la etapa de estudio y evaluación. Tomado de Comité de Consenso ^{25, 28,90}



- 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, constipación, malestares gastrointestinales, infecciones respiratorias, sensaciones extrañas u otras similares. 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 alterados por causa del medicamento.⁹²

En este problema relacionado con medicamentos también es necesario considerar el origen de uso. Los medicamentos auto-medicados 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: Cuando toma los medicamentos se siente mejor, igual o peor? Respuestas igual o peor denotan malestar en el paciente y un signo de ineffectividad del tratamiento prescrito.

La ineffectividad 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 Granada²⁷ sugiere que la 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, vecinos 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. Una situación especial representa el consejo de uso de medicamentos desde la farmacia, dado por personal no autorizado, recomendando el uso de medicamentos de prescripción obligatoria y sin la autorización ni la supervisión del profesional farmacéutico.
- 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 del 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 PharmaceuticalCare.¹ En España país donde se ha incorporado el término a la asistencia sanitaria, El Ministerio de Sanidad y Consumo promociona 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°03, 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 Rodríguez⁸

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°01).

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 éste, 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.^{66, 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 Machuca¹⁰⁶ 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 Jiménez⁶⁷ 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 Out comes Monitoring (TOM) aplicable a grupos de pacientes que sufren enfermedades de alto riesgo propuesto por Charles Hepler²¹; 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 Ocampo⁶¹ 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.

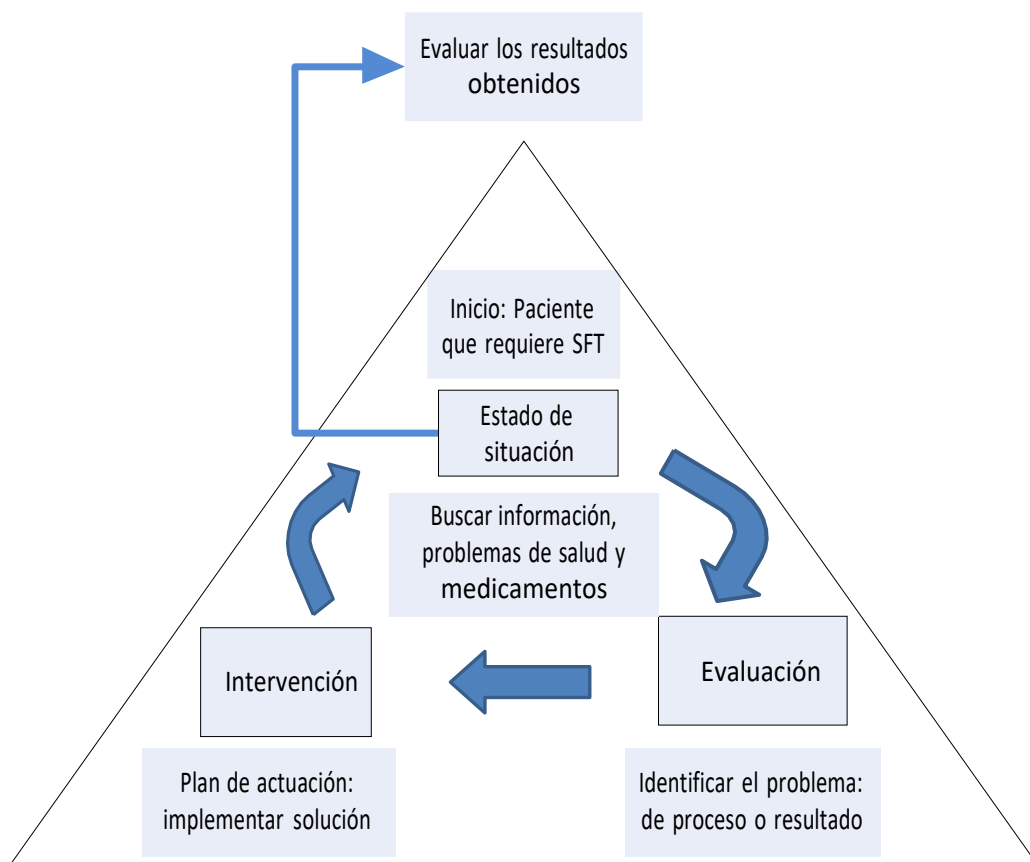
El Método DADER nació en 1999 como propuesta del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. Intenta ser una herramienta sencilla y de fácil aplicabilidad sin perder el rigor de un procedimiento operativo normalizado. Según los autores el modelo pretende ser universal para la prestación del seguimiento farmacoterapéutico en cualquier ámbito asistencial, independientemente del tipo de paciente y por cualquier farmacéutico.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 Granada¹⁰⁵ 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 Ocampo⁶¹ modificando las herramientas de recojo de información para hacerlas más fáciles de aplicar por el profesional farmacéutico peruano y más entendibles para el paciente. Así mismo se han introducido procedimientos y herramientas que permiten detectar rápidamente problemas de no adherencia al tratamiento.

Tanto en el método DADER³⁴ como en la versión modificada por Ocampo⁶¹ 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 Farmacoterapéutico.



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°04).

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 de una vez.
		Modificar la dosificación.	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.
		Educar 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. ⁽⁷⁶⁾

2.4. Infecciones respiratorias

Las infecciones respiratorias son las causas más frecuentes de morbilidad en el mundo y de elevada mortalidad particularmente en los países en desarrollo.

Los agentes etiológicos más frecuentes de las IRA, son los virus, de los cuales los virus influenza A y B, y el virus sincitial respiratorio (VSR) son los más importantes por la severidad de la enfermedad y por la alta transmisibilidad.

La influenza afecta entre el 10 y 20 % de la población mundial cada año, y es la sexta causa de muerte en el mundo, particularmente en pacientes con enfermedades crónicas y en ancianos.¹¹²

Los agentes bacterianos, principalmente el *Streptococcus pneumoniae* (Neumococo), y el *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib), son las causas más frecuentes de neumonías adquiridas en la comunidad. Más de 4 millones de niños menores de 5 años, mueren por IRA todos los años; una gran parte de ellos en el mundo en vías de desarrollo. La causa de la mayoría de estas muertes es la neumonía. Las neumonías no asociadas con el sarampión producen el 70 % de estas muertes; las neumonías pos-sarampión el 15 %; la tos ferina el 10 % y; los síndromes de bronquiolitis y croup el 5 %.

Muchas de esas muertes pudieran evitarse si se utilizase el régimen de tratamiento estandarizado de antibióticos y la prevención mediante vacunas contra el sarampión y tos ferina (evitaría 1 millón de muertes); vacuna conjugada contra el Hib (reduciría el 4 % de las muertes); vacuna conjugada contra el Neumococo (reduciría el 10 % de las muertes).¹¹²

En los países desarrollados el Neumococo es una causa frecuente de neumonía fatal, a pesar de que existe una guía efectiva para el tratamiento antibiótico y vacunas conjugadas y no conjugadas contra el Neumococo.

El costo del tratamiento de las IRA es elevado, por pérdidas económicas (ausentismo laboral) y gastos en medicamentos, hospitalizaciones, etc. En el 75 % de las IRA se prescriben antibióticos y en la mayoría de las veces son innecesarios, lo que incrementa los costos y la resistencia bacteriana. Además en el mundo se malgastan todos los años 8 billones de dólares en drogas utilizadas para tratar los síntomas de las IRA, las cuales tienen poco o ningún efecto.¹¹²

II. Características de familias de virus respiratorios.

Familia	Genoma	Tamaño(nm)	Envoltura	Replicación	Virus
<i>Orthomixoviridae</i>	ARN(+) de CS segmentado	100	P	Núcleo y citoplasma	Influenza A, B, C
<i>Paramixoviridae</i>	ARN (-) de CS	150-200	P	Citoplasma	VSR, Parainfluenza 1 a 4
<i>Picornaviridae</i>	ARN (+) de CS	30	D	Citoplasma	Rinovirus, Coxsackievirus, Echovirus
<i>Coronaviridae</i>	ARN (+) de CS	60-220	P	Citoplasma	Coronavirus
<i>Adenoviridae</i>	ADN de CD	80-90	D	Núcleo	Adenovirus
<i>Reoviridae</i>	ARN segmentado de CD	70.80	D	Citoplasma	Reovirus
<i>Herpesviridae</i>	ADN lineal de CD	120-200	P	Núcleo	Herpes simple 1 y 2, CMV y Epstein Barr

CS: Cadena sencilla; CD: Cadena doble; P: Presente; D: Desnudo; nm: Nanómetros; VSR: virus sincitial respiratorio.

Figura 03.patogenia de las infecciones respiratorias por virus.188

Al igual que en otros microorganismos, la virulencia de un virus se encuentra bajo control poligenético, pero se asocia con diversas características que favorecen la replicación vírica y la lesión celular como: las características fisiológicas y genéticas del huésped que, están estrechamente relacionadas con la sensibilidad de la célula receptora, lo que es determinante para el tropismo del virus y sus interacciones tempranas como la adherencia vírica o la liberación de su ácido nucleico en el interior de la célula. Los antígenos víricos más importantes para inducir la respuesta inmune son los de la cubierta de proteínas, para los virus desnudos y para los envueltos en espigas de glicoproteína. Los virus que hacen infecciones sistémicas provocan una respuesta inmune completa, sin embargo, la mayoría de los virus que infectan al tracto respiratorio, causan infecciones locales por lo que la respuesta inmune generalmente es incompleta y de corta duración.¹¹³

2.5. Farmacia del Puesto salud magdalena Nueva.

La presente investigación se llevó a cabo en el puesto de salud magdalena nueva .La farmacia está ubicada en el distrito de Chimbote, en la zona de magdalena nueva PJ. PASAJE SAN MARTIN #- . La población de la zona de influencia puede catalogarse como del nivel socioeconómico medio. Para el servicio profesional la Farmacia cuenta con la presencia de un químico farmacéutico.

El puesto de salud ofrece la dispensación de medicamentos genéricos, medicamentos con receta médica y otros artículos relacionados.

La farmacia atiende diariamente un promedio de 30 pacientes. Las patologías más frecuentes para las cuales se dispensan los medicamentos son: infecciones respiratorias, infecciones gastrointestinales, infecciones dérmicas, urinarias y problemas cardiacos (las primeras 5 patologías).

El puesto de salud está en un proceso de implementación de infraestructura del área de farmacia, almacenamiento y buenas prácticas de oficina farmacéutica

2.6. Hipótesis.

La hipótesis acerca del efecto del Programa Piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico Sobre la variable de control: Resolución de Problemas Relacionados con Medicamentos es:

En base a las referencias revisadas se afirmó a priori que El Seguimiento Farmacoterapéutico era capaz de resolver significativamente la mayor parte de los problemas relacionados con medicamentos (PRMs) diagnosticados durante el proceso.

III. METODOLOGÍA.

3.1. Diseño de la investigación.

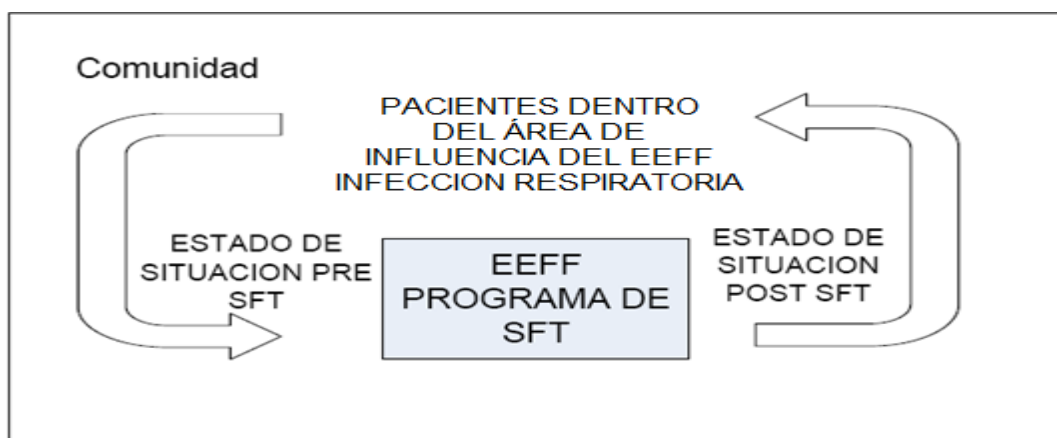
3.1.1. Tipo y el nivel de la investigación:

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°04. 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 el Puesto De Salud Magdalena Nueva. Los pacientes de la muestra que formaron parte de la investigación se autoseleccionaron de aquellos que visitaron el Puesto De Salud Magdalena Nueva durante el mes de noviembre del 2014 y cumplieron los criterios 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 arbitrariamente 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 antibióticos, como resultado de un diagnóstico facultativo por enfermedades agudas de vía respiratoria.
- Captados desde el establecimiento farmacéutico (EF) de referencia.
- Con receta de antigüedad no mayor a 48 horas.
- Acepten su participación en forma escrita a través de un documento firmado.
- Capacidad de comunicación en idioma español de manera fluida escrita y hablada.
- Que el paciente sea autosuficiente en el cuidado de su salud.

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

- Capacidad disminuida para comprender o comunicarse.
- Pacientes cuya situación patológica pueda interferir con el seguimiento Farmacoterapéutico.
- Imposibilidad de otorgar consentimiento informado.
- Pacientes gestantes.

No fue necesario reemplazar ningún paciente de la muestra original.

3.3. Definición y operacionalización de las variables.

3.3.1. Programa de seguimiento farmacoterapéutico.

El Seguimiento Farmacoterapéutico 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 utilizaremos como base el listado modificado de PRM sugerido por el tercer consenso de Granada.²⁷ (Cuadro N° 03).

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.

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° 04).

3.3.4 Cumplimiento o adherencia al tratamiento

El cumplimiento o adherencia al tratamiento se asumirá según la definición de Haynes³⁹: 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 ésta definición solo se referirá a la dimensión relacionada con la toma de medicamentos.

El grado de la variable se determinará 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°06). El test arroja un resultado dicotómico, uno (1) cuando el paciente es no adherente y neutro (0) cuando el paciente es adherente.

3.3.5 Infecciones respiratorias agudas.

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, que como sabemos, anuncian el peligro de la ruptura del equilibrio que representa la salud. ¹¹¹

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 Farmacoterapéutica (FFT).

Las 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°07).

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 (si) 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. Resultados de puntajes intermedios pueden catalogarse desde poco incumplimiento hasta incumplimiento total.

Las preguntas del instrumento se formularon en la primera y última entrevista como parte de una conversación aparentemente sin objetivo concreto para evitar las respuestas sesgadas del paciente.

CUADRO N°07. ESCALA DE ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN (MAS) DE MORISKY- GREEN – LEVINE.^{98, 115}

PREGUNTA	VALOR DE LA RESPUESTA	
	SI	NO
¿Con que frecuencia se olvida usted de tomar su medicación? Olvido >/= a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.		
¿Cuántas veces a la semana se olvida de tomar sus medicamentos la hora indicada? eventos >/= a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.		
¿Con que frecuencia deja de tomar su medicación Cuando se encuentra bien? eventos >/= a una vez por semana: SI= 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: SI= 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 DADER²⁶ 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 y seguimiento.
5. Análisis de Resultados.
6. Segundo Estado de Situación.

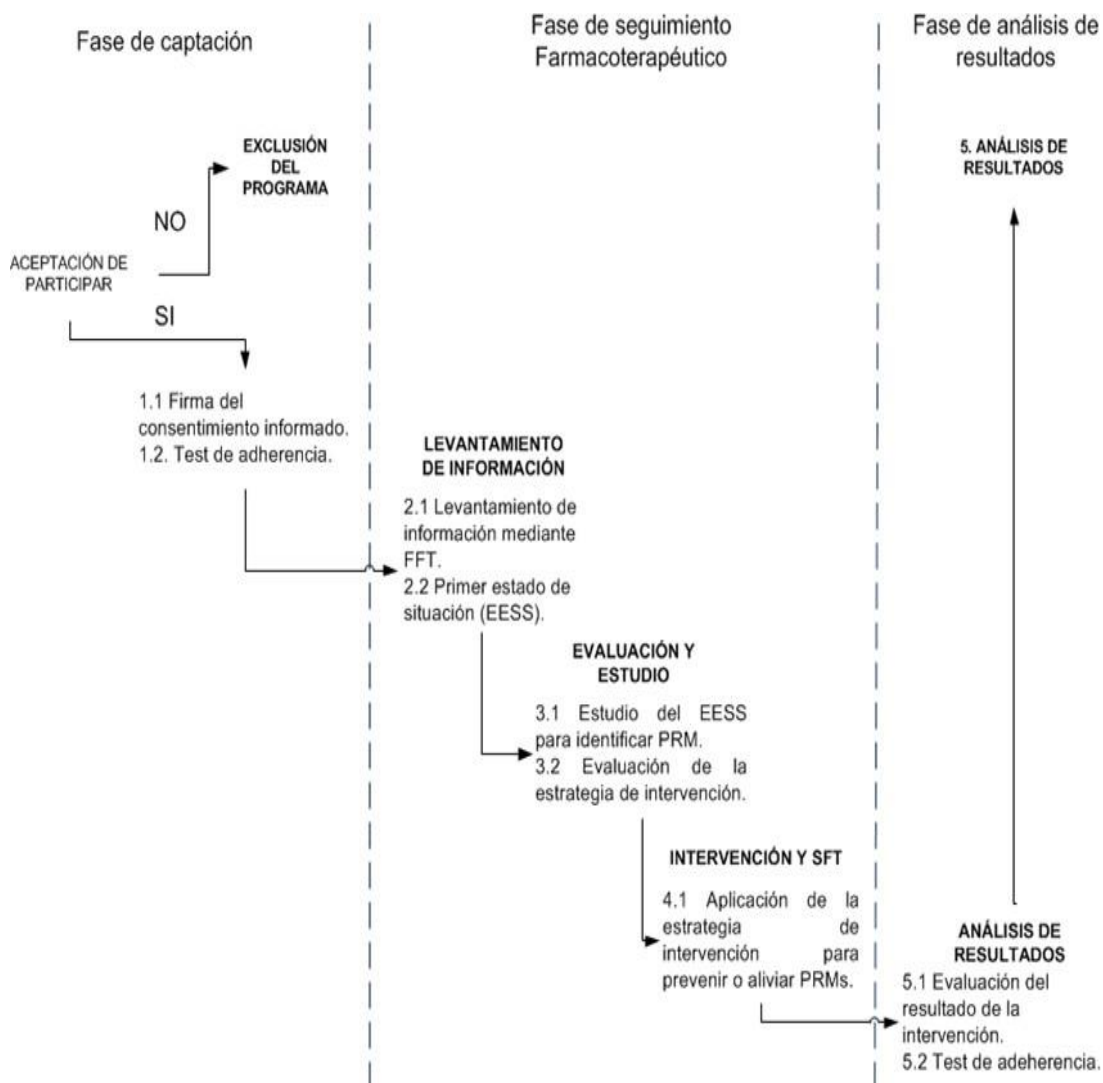
3.4.3.1 Procedimiento para Oferta del servicio y captación de los pacientes.

Se ofertó el servicio a todos los pacientes de infección respiratorias 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°05. 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.¹¹⁷

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 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°08. 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 y/o redes sociales.

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.

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 enMS 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 Acces 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 Acces, 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.

3.6. Matriz de consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	Metodología	Plan de Análisis de datos
<p>1.5. ENUNCIADO GENERAL DEL PROBLEMA.</p> <p>¿Cuál es la eficacia de un programa piloto de seguimiento Farmacoterapéutico para resolver problemas relacionados con medicamentos de pacientes con infección respiratoria intervenidos desde el puesto de salud “Magdalena Nueva”, Distrito Chimbote durante los meses de abril a julio del 2014?</p>	<p>1.6.1. OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar el efecto de un programa piloto de seguimiento Farmacoterapéutico para resolver problemas relacionados con medicamentos en pacientes con infecciones respiratorias atendidos desde el puesto de salud “Magdalena Nueva”, Distrito de Chimbote de abril a julio del</p> <p>2014.1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.</p> <p>Establecer el estado de situación de uso de medicamentos de una muestra de pacientes con infección respiratoria de curso ambulatoria que se atienden en el puesto de salud “Magdalena Nueva”, Distrito Chimbote a través del desarrollo de un programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT). Implementar estrategias de intervención farmacéuticas para solucionar los problemas relacionados con medicamentos (PRMs) diagnosticados. Medir el efecto de la estrategia de intervención en la solución de los PRMs diagnosticados.</p>	<p>La hipótesis acerca del efecto del Programa Piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre la variable de control: Resolución de Problemas Relacionados con Medicamentos es:</p> <p>El programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico es capaz de resolver significativamente la mayor parte de los problemas relacionados con medicamentos (PRMs) diagnosticados durante el proceso.</p>	<p>3.1. Diseño de la investigación.</p> <p>3.1.1. Tipo y el nivel de la investigación: La presente investigación fue de tipo aplicada, cuantitativa y de nivel pre experimental.</p> <p>3.1.2. Diseño de la investigación: El diseño fue de tipo prospectivo longitudinal de una sola casilla, no probabilístico y semi ciego.</p> <p>3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA. El universo de sujetos de estudio estuvo conformado por pacientes atendidos de manera regular en el Puesto De Salud Magdalena Nueva. Los pacientes de la muestra que formaron parte de la investigación se autoseleccionaron de aquellos que visitaron el Puesto De Salud Magdalena Nueva durante el mes de noviembre del 2013 y cumplieron los criterios 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 arbitrariamente en 12 pacientes.</p> <p>3.4.3. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.</p> <p>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 procedimiento de recolección de datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oferta del Servicio y Captación de pacientes. • Levantamiento de información. Primer estado de situación. • Estudio y Evaluación. • Intervención y seguimiento. • Análisis de Resultados. • Segundo Estado de Situación. 	<p>La información en las fichas farmacoterapéuticas, el test de Morisky se transfirió a tablas enMS Excel. Se construyeron tablas de datos sobre:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. Adherencia según el test de Morisky antes y después del SFT y c. Tabla de resultados del test de Purdue.

3.7. PRINCIPIOS ÉTICOS

El estudio se llevó a cabo siguiendo las normas éticas de la Declaración de Helsinki.¹¹⁶ 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 sólo 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.¹²⁵

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 de la muestra por sexo y edad promedio. Programa de SFT dirigido a pacientes con infecciones respiratorias. Farmacia del P.S. Magdalena Abril-julio 2014.

N°	género	Frec.	%	X edad (años)
1	F	8	75	33.2
2	M	4	25	46.0
totales		12	100.0	33.6
			S	11.6

Tabla N°02. Distribución de la cantidad de contactos entre el farmacéutico y los pacientes por el lugar, forma de contacto y los tiempos invertidos. Programa de SFT dirigido a pacientes con Infección Respiratoria. Farmacia del P.S. Magdalena Nueva. Abril-julio 2014.

PACIENTE	En Farmacia		En Domicilio		Por teléfono		Por otras vías		Contactos (N*) total	Tiempo (t) Total(min)
	N*	t (min)	N*	t (min)	N*	t (min)	N*	t (min)		
1	1	20	2	55	1	15	0	0	4	90
2	1	20	2	55	1	15	0	0	4	90
3	1	20	1	40	1	20	0	0	3	80
4	1	35	2	45	1	10	0	0	4	90
5	1	20	2	65	1	10	0	0	4	95
6	1	20	2	70	1	10	0	0	4	100
7	1	15	2	30	1	6	0	0	4	51
8	1	10	2	40	1	5	0	0	4	55
9	1	10	2	30	1	10	0	0	4	50
10	1	10	2	50	1	2	0	0	4	65
11	1	10	2	30	1	5	0	0	4	45
12	1	10	2	30	1	5	0	0	4	45
TOTAL	12	200	23	540	12	113	0	0	47	856
X	1	16.7	1.9	45.0	1.0	9.41	0.0	0.0	3.9	71.3
X POR CONTACTO		16.7		23.5		0.0		0		18.2

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. Programa de SFT a pacientes con infecciones respiratorias. Farmacia del puesto de salud magdalena nueva. abril-julio 2014.

Morbilidad	CIE 10	Descripción de la Enfermedad	Frec	%
DIAGNOSTICADA	J20	bronquitis aguda	4	8,9
	J02	Faringitis aguda	3	6,7
	J06	faringoamigdalitis	2	4,4
	J06	dolor	3	6,7
	J06	tos seca	1	2,2
	J03	amigdalitis aguda	1	2,2
	J02.0	Faringitis estreptocócica	1	2,2
	H65	Otitis aguda no supurativa	1	2,2
		SUBTOTAL	15	35.5
NO DIAGNOSTICADA		hongos	2	4,4
		fiebre	2	4,4
		dolor de cabeza	2	4,4
		diarrea	2	4,4
		tos seca	1	2,2
		tos con flema	1	2,2
		resfrió	1	2,2
		parasitosis	1	2,2
		nauseas	1	2,2
		malestares estomacales	1	2,2
		inflamación de vías urinarias	1	2,2
		infección vaginal por hongos	1	2,2
		infección estomacal, dolor	1	2,2
		infección de tracto urinario	1	2,2
		indigestión	1	2,2
		hinchazón de pies	1	2,2
		dolor estomago	1	2,2
		dolor de huesos	1	2,2
		cansancio	1	2,2
		asma	1	2,2
		artritis	1	2,2
		ardor estomacal	1	2,2
		anticonceptivo	1	2,2
		alergias	2	4,4
		SUBTOTAL	27	63.7
		TOTAL	42	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 para las enfermedades que padecieron los pacientes durante el proceso de intervención. Programa de SFT a pacientes con Infecciones Respiratoria. Farmacia del puesto de salud magdalena nueva. Abril- julio 2014

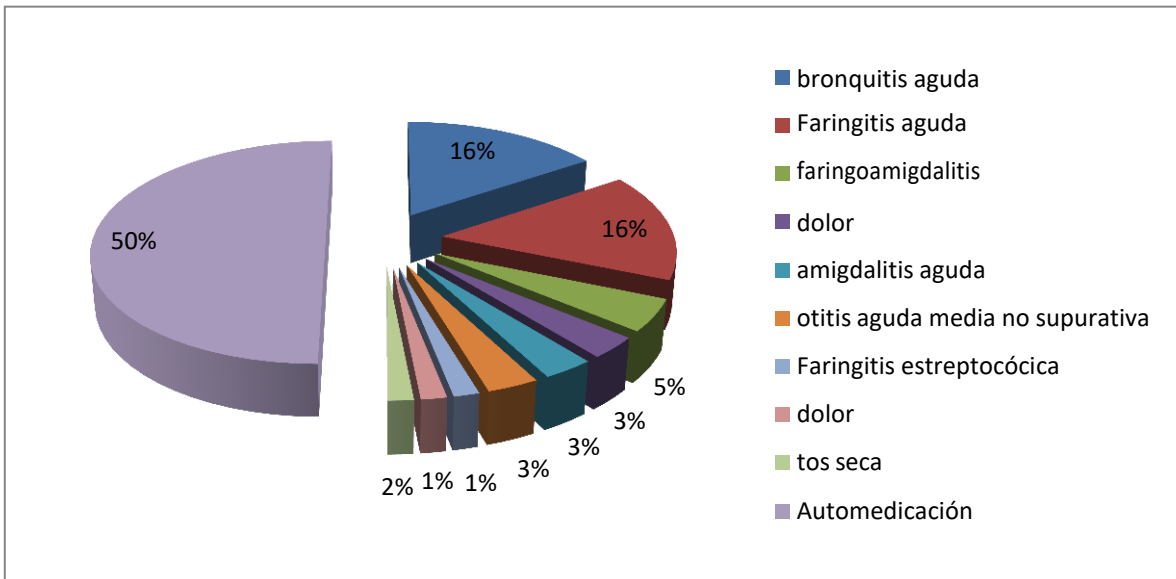
ORIGEN DEL MEDICAMENTO	DIAGNÓSTICO	DCI	Fi	Fi	% ACUM
Prescrito	bronquitis aguda	naproxeno sodico	1	10	15.6
		naproxeno	1		
		hidroxido de Aluminio y Magnesio	1		
		diclofenaco + paracetamol	1		
		claritromicina + ambroxol	1		
		claritromicina	1		
		amoxicilina + ácido clavulánico	1		
		amoxicilina	1		
		ambroxol	1		
		paracetamol	1		
	Faringitis aguda	dexametasona	3	10	15.6
		naproxeno	1		
		azitromicina	1		
		ceftriaxona + lidocaina	2		
		loratadina + dexametasona	1		
		oxalamina fosfato	1		
		diclofenaco + paracetamol	1		
	faringoamigdalitis	amoxicilina	1	3	4.7
		dextrometorfano	1		
		clindamicina	1		
	dolor	ibuprofeno	2	2	3.1
	otitis aguda media no supurativa	ibuprofeno	1	2	3.1
		amoxicilina + ácido clavulánico	1		
	amigdalitis aguda	ibuprofeno	1	2	3.1
		amoxicilina	1		
	Faringitis estreptocócica	eritromicina	1	1	1.6
	tos seca	dextrometorfano	1	1	1.6
dolor	ibuprofeno	1	1	1.6	
SUBTOTAL			32	50	
No Prescritos	dolor de cabeza	paracetamol + cafeina	1	3	4.7
		ibuprofeno	1		
		ácido acetilsalicílico	1		
	hongos	fluconazol	1	3	4.7
		terbinafina	2		
	dolor de huesos	cloruro de magnesio + carbonato de magnesio + oxido de zinc	1	2	3.1
		carbonato de calcio + vitamina D	1		
	diarrea	sulfametoxazol + trimetoprima	1	2	3.1
		donafan	1		

fiebre	metamizol sodico	2	2	3.1
infeccion vaginal por hongos	ketoconazol	1	2	3.1
	nistatina	1		
alergias	cetirizina	1	1	1.6
	clorfenamina	1	1	1.6
artritis	diclofenaco + vitamina B	1	1	1.6
asma	prednisona	1	1	1.6
dolor estomago	N-butilbromuro de hioscina	1	1	1.6
ardor estomacal	ranitidina	1	1	1.6
anticonceptivo	Ciproterona Acetato+Etinilestradiol	1	1	1.6
tos seca	ambroxol	1	1	1.6
cansancio	vitamina A+B1+B2+B6+B12+C+D+E+ACIDO FOLICO+PANTOTENATO DE CALCIO, CALCIO, FOSFORO,HIERRO,MAGNESIO	1	1	1.6
hinchazon de pies	furosemidia	1	1	1.6
indigestion	salicilato de bismuto	1	1	1.6
infeccion de tracto urinario	fenazopiridina	1	1	1.6
infeccion estomacal, dolor	ciprofloxacino	1	1	1.6
malestares estomacales	sulfato de Mag, bicarbonato de sodio	1	1	1.6
nauseas	metroclopramida	1	1	1.6
parasitosis	albendazol	1	1	1.6
tos con flema	cefalexina, ambroxol clorhidrato	1	1	1.6
resfrio	acetaminofen, clorhidrato de fenilefrina y clorfenamina	1	1	1.6
SUBTOTAL			32	50
TOTAL			64	100
PROMEDIO			5.3	

Fuente: Anexo N°04, Tablas de Estado de Situación El área sombreada corresponde a los medicamentos usados bajo prescripción facultativa.

*CIE10.- Código Internacional de Enfermedades versión 10

**DCI.- Denominación común internacional.



Fuente: Anexo N°04

Gráfico N°01. Porcentaje de los medicamentos usados para los problemas de salud identificados. Programa de SFT a pacientes con infecciones respiratorias. Farmacia del P.S. Magdalena Nueva. Abril-Julio 2014.

4.1.3. RESULTADOS ACERCA DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS (PRM) Y LOS RESULTADOS NEGATIVOS DE LA MEDICACIÓN (RNM).

Tabla N°05. Distribución de la frecuencia y porcentaje de los PRM diagnosticados. Programa de SFT dirigidos a pacientes con infecciones respiratorias. Farmacia del puesto de salud magdalena nueva. Abril-Julio 2014.

N°	COD PRM	DESCRIPCIÓN	fi	%
1	9	Incumplimiento	10	23,3
2	12	Reacciones adversas	8	18,6
3	1	Adm. Errónea del Med.	6	14,0
4	3	Conservación inadecuada	5	11,6
5	2	Actitudes negativas	4	9,3
6	13	insuficiente	3	7,0
7	10	interacciones	2	4,7
8	8	Error de prescripción	2	4,7
9	14	Religiosas o creencias	1	2,3
10	6	duplicidad	1	2,3
11	5	Posología inapropiada	1	2,3
		TOTAL	43	100.0

El tipo de PRM corresponde al Tercer Consenso de Granada (37).
Fuente: Anexo N°04, Tablas de Estado de Situación

Tabla N°06. Distribución de la frecuencia y porcentaje de los PRM identificados.
Programa de SFT a pacientes con infección respiratoria. Farmacia del P.S. Magdalena Nueva. Abril-Julio 2014

PRM	PRM.DESCRIPCIÓN	fi	COD INTERVENCIÓN	INTERVENCIÓN.DESCRIPCIÓN	Fi	%
1	Adm. Errónea del Med.	10	7	Disminuir Inc. Involuntario	11	26,8
12	Reacciones Adversas	1	7			
4	Contraindicación	2	5			
10	Interacciones	2	5	Retirar un Medic.	6	14,6
1	Adm. Errónea del Med.	1	5			
12	Reacciones Adversas	1	5			
16	Problemas económicos	2	6	Sust. Medic.	6	14,6
9	Incumplimiento	1	6			
4	Contraindicación	1	6			
12	Reacciones Adversas	1	6	Medidas no Farmacológicas	5	12,2
10	Interacciones	1	6			
13	PS con tratamiento Insuficiente	2	9			
12	Reacciones Adversas	2	9	Disminuir Inc. Voluntario	4	9,8
9	Incumplimiento	1	9			
9	Incumplimiento	4	8	Modif. Pauta	3	7,3
12	Reacciones Adversas	2	3			
9	Incumplimiento	1	3	Modif. Dosis	3	7,3
12	Reacciones Adversas	1	1			
5	Posología inapropiada	1	1			
10	Interacciones	1	2	Modif. Frec. Dosis	2	4,9
12	Reacciones Adversas	1	2			
13	PS con tratamiento Insuficiente	1	4	Aumentar un Medic.	1	2,4
					41	100,0

El tipo de PRM corresponde al Tercer Consenso de Granada (37).
Fuente: Anexo N°04, Tablas de Estado de Situación

TABLA N°07. Distribución de la frecuencia y porcentajes de los Canales de Comunicación utilizados por el Farmacéutico para llevar a la práctica la intervención para resolver los PRMs. Programa de SFT a pacientes con infecciones respiratorias. Farmacia del puesto de salud magdalena nueva. Abril-Julio 2014

N°	COD INTERVEN	INTERVENCION.DE DESCRIPCIÓN	fi	CANA L COMU N	CANAL DE COMUNICACIÓN. DESCRIPCIÓN	Fi	%
1	7	Disminuir Inc. Involuntario	11	1	Verbal Farm - Paciente	26	63,4
2	8	Disminuir Inc. Voluntario	4	1	Verbal Farm - Paciente		
3	1	Modif. Dosis	3	1	Verbal Farm - Paciente		
4	9	Medidas no Farmacológicas	2	1	Verbal Farm - Paciente		
5	3	Modif. Pauta	2	1	Verbal Farm - Paciente		
6	2	Modif. Frec. Dosis	1	1	Verbal Farm - Paciente		
7	4	Aumentar un Medic.	1	1	Verbal Farm - Paciente		
8	6	Sust. Medic.	1	1	Verbal Farm - Paciente		
9	5	Retirar un Medic.	1	1	Verbal Farm - Paciente		
10	5	Retirar un Medic.	5	4	Escrita Farm - medico		
11	6	Sust. Medic.	2	4	Escrita Farm - medico		
12	2	Modif. Frec. Dosis	1	4	Escrita Farm - medico		
13	3	Modif. Pauta	1	4	Escrita Farm - medico		
14	9	Medidas no Farmacológicas	3	2	Escrita Farm - Paciente	3	7,3
15	6	Sust. Medic.	2	3	Verbal Farm - Paciente - medico	2	4,9
16	6	Sust. Medic.	1	5	Verbal Farm - médico	1	2,4
						41	100,0

Fuente: Anexo N°04, Tablas de Estado de Situación

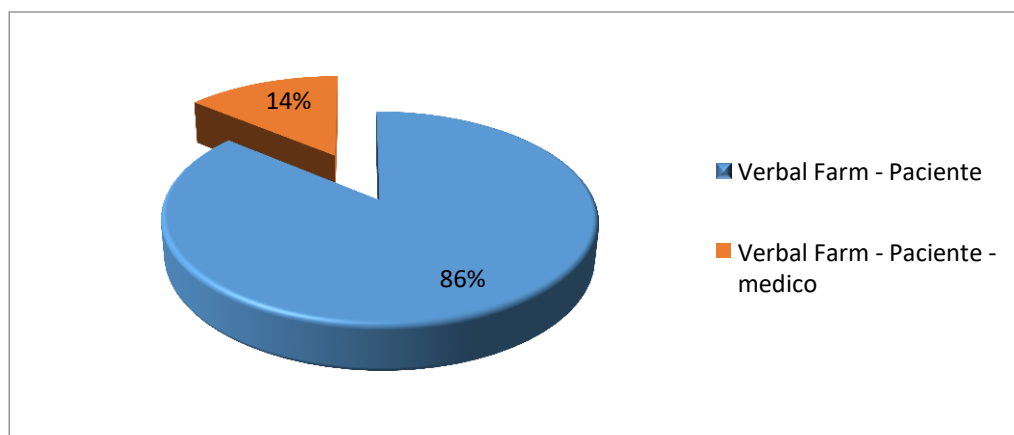
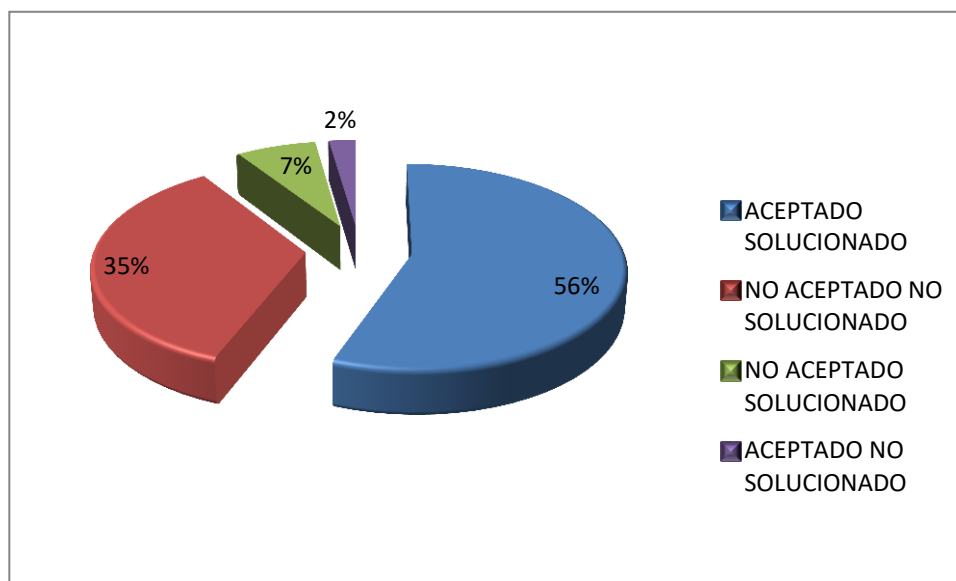


Gráfico N°02. Distribución acumulada del canal de comunicación utilizado para efectivizar la intervención

Tabla N°08. Distribución de la frecuencia del resultado de las intervenciones realizadas en términos de su aceptación por parte del paciente y la solución del PRM. Programa de SFT a pacientes con infecciones respiratorias. Farmacia del puesto de salud magdalena nueva. Abril-julio 2014

invest	COD INTERVEN	INTERVENCIÓN. DESCRIPCIÓN	fi	ACEPTACIÓN. DESCRIPCIÓN	SOLUCIÓN. DESCRIPCIÓN	FI	%
1	7	Disminuir Inc. Involuntario	6	ACEPTADO	SOLUCIONADO	23	56,10
2	9	Medidas no Farmacológicas	3				
3	3	Modif. Pauta	3				
4	5	Retirar un Medic.	3				
5	1	Modif. Dosis	3				
6	6	Sust. Medic.	2				
7	2	Modif. Frec. Dosis	1				
8	8	Disminuir Inc. Voluntario	1				
9	4	Aumentar un Medic.	1				
10	7	Disminuir Inc. Involuntario	4	NO ACEPTADO	NO SOLUCIONADO	10	24,39
11	5	Retirar un Medic.	3				
12	6	Sust. Medic.	3				
13	7	Disminuir Inc. Involuntario	1	ACEPTADO	NO SOLUCIONADO	7	17,07
14	9	Medidas no Farmacológicas	1				
15	2	Modif. Frec. Dosis	1				
16	6	Sust. Medic.	1				
17	8	Disminuir Inc. Voluntario	3				
18	9	Medidas no Farmacológicas	1	NO ACEPTADO	NO SOLUCIONADO	1	2,44
						41	100,00

Fuente: Anexo N°04, Tablas de Estado de Situación



Fuente: Tabla N° 09

Gráfico N°03. Distribución acumulada de la aceptación o solución de las intervenciones

Tabla N° 9. Distribución de la frecuencia de la relación entre el canal de comunicación usado y la aceptación y solución de los PRMs. Programa de SFT a pacientes con infección respiratoria. Farmacia del puesto de salud magdalena nueva. Abril-julio 2014.

N°	CANAL DE COMUNICACIÓN.DESCRIPCIÓN	fi	SOLUCIÓN. DESCRIPCIÓN	Fi	%
1	Verbal Farm - Paciente	15	ACEPTADO SOLUCIONADO	23	56,1
2	Escrita Farm - medico	6			
3	Escrita Farm - Paciente	2			
4	Verbal Farm - Paciente	5	NO SOLUCIONADO	11	26,8
5	Escrita Farm - medico	2	ACEPTADO SOLUCIONADO		
6	Verbal Farm - Paciente - medico	2			
7	Verbal Farm - médico	1			
8	Escrita Farm - Paciente	1			
9	Verbal Farm - Paciente	6	ACEPTADO NO SOLUCIONADO	7	17,1
10	Escrita Farm - medico	1			
				41	100,0

Fuente: Anexo N°04, Tablas de Estado de Situación

Tabla N°10. Distribución de frecuencia y porcentaje de los Resultados Negativos de la medicación (RNM) y el Problema Relacionado con Medicamentos que les dio origen. Programa de SFT a pacientes con infecciones respiratorias Farmacia del puesto de salud magdalena nueva. Abril-julio 2014.

N°	PRM	PRM.DESCRIPCIÓN	fi	RN M	RNM.DESCRIPCIÓN	Fi	%
1	9	Incumplimiento	8	1	No recibe lo que necesita	15	36,6
2	1	Adm. Errónea del Med.	3	1			
3	16	Problemas económicos	2	1			
4	13	PS con tratamiento Insuficiente	2	1			
5	12	Reacciones Adversas	9	6	Inseguridad cuantitativa	12	29,3
6	4	Contraindicación	3	6			
7	1	Adm. Errónea del Med.	8	2	Toma lo que no necesita	8	19,5
8	10	Interacciones	4	4	Ineficacia cuantitativa	4	9,8
9	13	PS con tratamiento Insuficiente	1	3	Ineficacia no cuantitativa	1	2,4
10	5	Posología inapropiada	1	5	Inseguridad no cuantitativa	1	2,4
						41,0	100,0

Fuente: Anexo N°04, Tablas de Estado de Situación

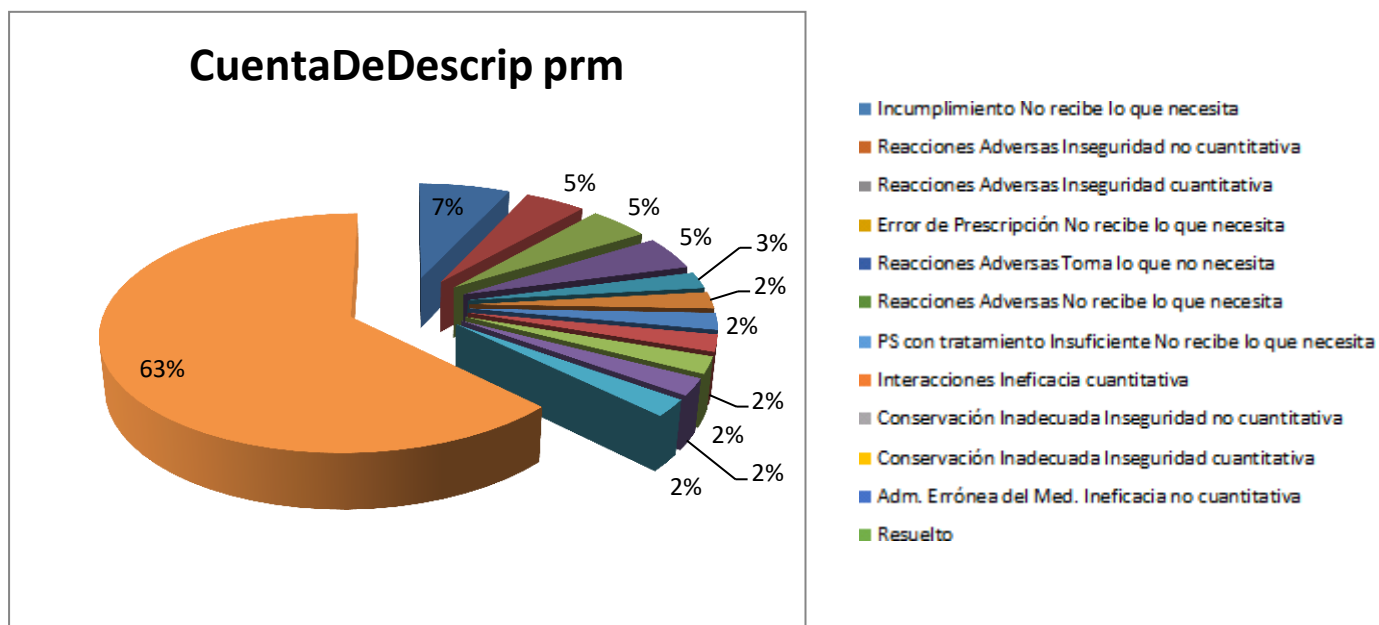


Gráfico N° 04. Comparación entre los Problemas Relacionados con Medicamentos resueltos y los No Resueltos que fueron la causa potencial de Resultados Negativos de la Medicación. Programa de SFT a pacientes con infecciones respiratorias Farmacia del puesto de salud magdalena nueva. Abril-julio 2014

Tabla N° 11. Comparativo de la edad, cantidad de diagnósticos, cantidad de medicamentos, PRMS identificados y PRMS solucionados por paciente intervenido. Programa de SFT a pacientes con infecciones respiratorias Farmacia del puesto de salud magdalena nueva. Abril- julio 2014.

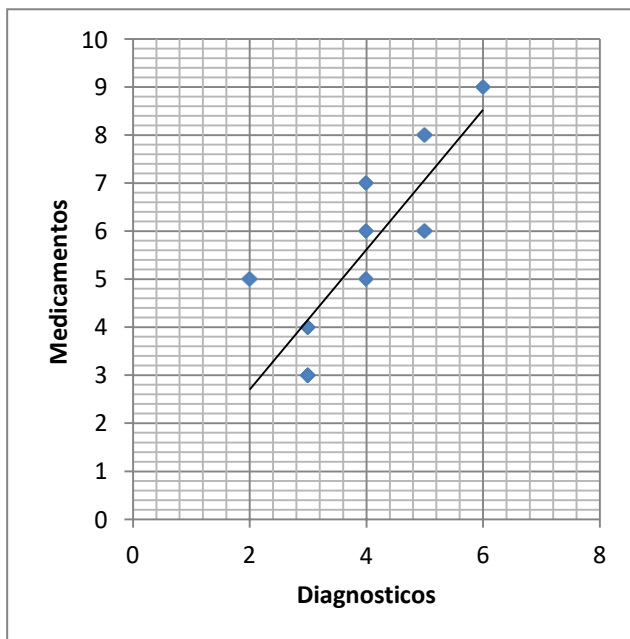
PAC	GENERO	EDAD	DX	MED	PRM	SOL
1	F	37	2	5	4	2
2	F	22	6	9	5	2
3	F	23	4	6	4	0
4	M	59	5	6	5	5
5	F	39	5	8	2	1
6	F	45	4	7	7	3
7	F	26	4	5	2	2
8	F	29	3	4	2	2
9	F	29	3	3	3	3
10	F	49	3	4	3	2
11	M	47	3	3	3	2
12	M	32	3	3	3	3
TOTAL			45	63	43	27
PROM		36,42	3,75	5,25	3,58	2,25

Pac. Código de Paciente
 DX: Número de diagnósticos
 MED: Cantidad de medicamentos
 Fuente: Anexo 04, Tabla de Estado de Situación

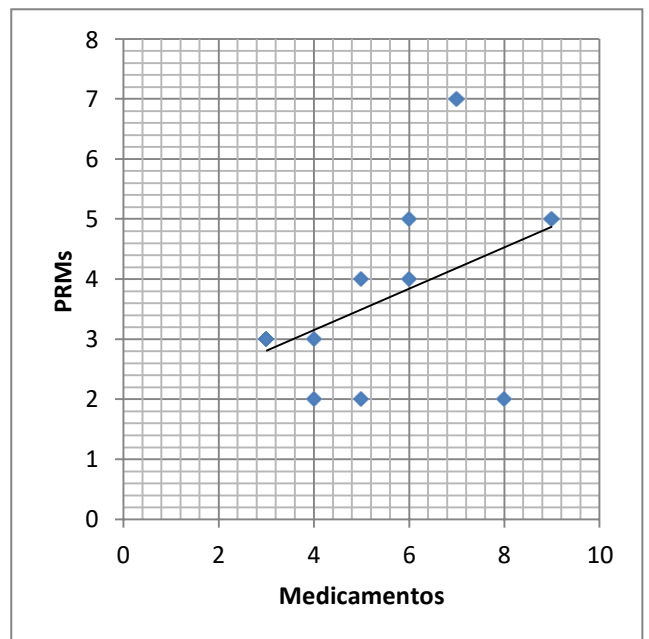
Tabla N°12. Impacto del SFT en términos de la cantidad y porcentaje de PRMs solucionados y no solucionados y los pacientes expuestos a sufrir por lo menos un RNM. Programa de SFT a pacientes con infecciones respiratorias Farmacia del puesto de salud magdalena nueva. Abril-julio 2014.

Pac	PRM	PRM SOL	PRM NO SOLUCIONADO
1	4	2	2
2	5	2	3
3	4	0	4
4	5	5	0
5	2	1	1
6	7	3	4
7	2	2	0
8	2	2	0
9	3	3	0
10	3	2	1
11	3	2	1
12	3	3	0
TOTAL	43	27	16
%	100,00	62,79	37,21

p=0.002
 16 pacientes (16 de 43, 37.3 %) quedaron expuestos a sufrir por lo menos un RNM



Correlación entre Diagnósticos identificados y Cantidad de medicamentos = 0.58



Correlación entre cantidad de medicamentos y PRMs = 0.53

GRÁFICO N° 05. Correlación entre la cantidad de medicamentos usados y los PRMS identificados por paciente. Programa de SFT a pacientes con infecciones respiratorias Farmacia del puesto de salud magdalena nueva. Abril-julio 2014.

4.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.2.1. Sobre los pacientes y los tiempos de intervención.

Evidenciamos que la mayoría de pacientes que se atendieron y aceptaron la intervención fueron mujeres en este caso 75% frente a pacientes varones 25%. (Tabla N° 01)

Un estudio de Ipsos Perú refiere que quienes se preocupan más por la salud, el estudio revela que el 45% de las mujeres dice preocuparse “bastante o algo” por su propia salud; mientras que solo el 29% de los varones afirma lo mismo. Y es que la percepción de gozar de un estado de salud muy bueno o bueno es mayor en hombres (54%) que en mujeres (36%) ya que las mujeres sufren mayormente de estrés por el cuidado de los hijos, los problemas económicos y sentimentales y realizar labores extras como ayudar a los hijos en sus tareas, labores domésticas, hace que el estrés lleve a la mujer hasta el extremo.

Es conocido dentro de la comunidad médica que las mujeres acuden al médico con mayor frecuencia que los varones; que las camas hospitalarias están ocupadas en más de 60% por mujeres, y que las mujeres consumen un mayor número de fármacos prescritos.¹¹⁴

Los sociólogos y expertos en Salud Pública realizaron en Berlín, Alemania, una investigación con base en una encuesta en la que se preguntó por su salud a 25,000 hombres y mujeres y llegaron a la conclusión de que la forma de enfermarse de las mujeres es diferente a la de los hombres. La investigadora Petra Kolip, del Instituto de Medicina Social y Preventiva de la Universidad de Zúrich, Suiza, considera muy importante diferenciar el género biológico y social, y llegó a la conclusión de que existen cuatro principales diferencias relacionadas con el género en lo que se refiere a salud y enfermedad¹¹⁴:

- 1- Las mujeres acostumbran hablar de sus malestares mucho más que los hombres, comentan con sus médicos sus malestares en forma específica, mientras que los hombres tratan de minimizar sus problemas de salud
- 2- Las mujeres pasan por experiencias biológicas diferentes, como la menstruación, la concepción, el nacimiento de los hijos y la menopausia, y estos acontecimientos las

hacen más realistas en lo que se refiere a su propia forma de ser vulneradas, mientras que los hombres cultivan la ilusión de que no se pueden enfermar

- 3- El sexo femenino representa 95% de las enfermedades como anorexia y bulimia. Por otro lado los hombres fuman y toman bebidas alcohólicas en mayor cantidad; Sin embargo, en los últimos años, las mujeres beben y fuman cada vez en mayor número

En base a los tiempos invertidos y promedios de estos de cada visita que se realizó al paciente durante el seguimiento de atención farmacéutica (tabla 02). Por cada paciente se obtuvo un promedio de tiempo invertido por visita 18,2 min. En total se invirtió 856 minutos durante todo el seguimiento Farmacoterapéutico de los pacientes.

Se invirtió más tiempo en 5 de 12 pacientes (90-100 min.) ya sea por que consumían más medicamentos, porque tenían varias enfermedades entre otros factores.

El promedio del tiempo intervenido en la farmacia del establecimiento salud fue de 16,7 minutos, tiempo necesario para realizar la captación del paciente, entregarle la hoja de consentimiento comprometiéndolo al paciente a participar en este programa, y realizarle el test de purdu y morinski para luego concluir con una cita programa en la casa del paciente donde se sentirá cómodo para responder a las preguntas que le realizaremos sobre su tratamiento.

El promedio del tiempo intervenido en el domicilio del paciente fue de 45 min., tiempo considerable para preguntarle al paciente la enfermedad por la que acudió al establecimiento y los medicamentos que le fueron prescrito, además de anotar si consumía algún otro medicamento que no le fue prescrito o si se auto medicaba y con cuales medicamentos, si sufría de alguna molestia o malestar desde que comenzó usar su medicación, que medicamentos tenía en casa o que consumió ocasionalmente en los últimos meses. Esta intervención fue la más importante porque de esta entrevista en el hogar del paciente se buscaban PRM que pudieran ocasionar RNM, se valoraba y daban recomendaciones al mismo paciente y/o familia sobre una correcta organización y almacenamiento, ordenándolos durante la visita si fuera necesario, eliminando medicamentos vencidos, se orientaba sobre un correcto uso y administración en las

distintas formas farmacéuticas, se les brindaba información sobre medicamentos en específico. Para mejorar su cumplimiento terapéutico.¹¹⁵

El promedio de tiempo usado en intervenciones por vía telefónica es de 9.41 min. Este medio nos permitió llamar al paciente para preguntarle si estaba cumpliendo con la toma de su medicación si las molestias persistían se agravaron o desaparecieron, si estaba haciendo caso a nuestras recomendaciones entre otros; y reprogramar visitas en caso fueran necesarias.

El profesional del seguimiento del tratamiento farmacológico será valorado por su capacidad de resolver PRM, por tanto necesita saber buscarlos, identificarlos y resolverlos.

Según Cipolle y col, la entrevista debe comenzar con una pregunta abierta, en nuestro caso podría ser: ¿Dígame qué le preocupa de su salud y de sus medicamentos? El objetivo es conseguir que el paciente exprese sus deseos y preocupaciones referentes a la medicación, en este proceso serán de gran ayuda las habilidades de escucha, ya que, comunican al paciente que se tiene interés y se valora su opinión.¹¹⁶

Para Gerrard y col., la escucha pasiva consiste en dejar al paciente que se exprese, sin interrumpirlo. Rantucci señala que los farmacéuticos a menudo se precipitan y toman parte de la conversación, lo que impide al paciente tener la oportunidad de hablar o de terminar de expresar lo que estaba diciendo en aquel momento. No debe preguntarse nada más en esta fase con el fin de no distraer la atención del paciente sobre sus verdaderas preocupaciones.

Esta escucha hace que el paciente tenga la sensación de que alguien se preocupa por él, permite detectar con qué tipo de lenguaje el paciente se siente cómodo y observar el lenguaje no verbal con objeto de detectar sus sentimientos y el significado que subyace en sus palabras.¹¹⁷

El SFT domiciliario es el más apropiado ya que el paciente se encontraría más cómodo y tendría más confianza al estar en su hogar, además el farmacéutico tendría más ventaja ya que tendría a su disposición de pedir al paciente que enseñe todos los medicamentos que se encuentren en su casa y verificar cuales consume, si están en buenas condiciones o vencidas. En un estudio realizado a farmacéuticos opinan que es necesario habilitar un espacio físico de la farmacia reservado a la AF donde atender a los pacientes del servicio

de SFT, Estos farmacéuticos manifiestan que la integración de la prestación del SFT en la farmacia, no exige un gran desembolso de dinero, ni acarrea gastos de consideración en el tiempo, afirman que es preciso adquirir diversas fuentes bibliográficas como computadora con internet , manuales de farmacología y terapéutica, manuales de interacciones, suscripciones a revistas científicas, manuales de dietética y nutrición.

Estas fuentes permiten estudiar los problemas de salud de los pacientes y, describen el mecanismo de acción de los medicamentos y sus posibles efectos secundarios e interacciones. Además permiten justificar las intervenciones propuestas a los médicos.¹¹⁸

4.2.2. Sobre los diagnósticos identificados y los medicamentos utilizados por los pacientes durante el proceso de SFT.

En la cantidad de diagnósticos que se identificaron por paciente (tabla 03). Se pudo observar que se reportan un porcentaje de enfermedades diagnosticadas 35.5% y enfermedades no diagnosticadas 63,7% para lo cual el paciente tomada medicación para ambos casos sin y con prescripción

Generalmente a mayor cantidad de enfermedades los pacientes consumen más medicamentos y la concomitancia de la medicación se convierte en un riesgo mayor para la aparición de PRMs asociados con falta de adherencia, interacciones, advertencias, precauciones, sinergismos negativos, etc.

La enfermedad más frecuente que se identifico fue la bronquitis aguda (8.9%) teniendo en segundo lugar ala faringitis aguda (6.7%). Los pacientes presentan por lo menos 1 enfermedad diagnosticada cuando se le hizo el Seguimiento Farmacoterapéutico para lo cual tomaban más de 3 medicamentos. Los pacientes al momento de realizarles la entrevista manifestaron síntomas de malestares que no tuvieron diagnóstico, que podría representar un gran riesgo ya que obligan al paciente a auto medicarse para aliviar su malestar.

Se identificaron 42 enfermedades (tabla 03). Tal como se observó en la tabla cada paciente pudo tener más de 2 enfermedades. Aproximadamente el 35.5% de éstas fueron diagnósticos médicos respaldados por una prescripción. Los restantes (63,7%) fueron signos, síntomas, percepciones, malestares, disconformidades 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 infección respiratoria aguda fue el más frecuente por ser pacientes objetivos de esta investigación.

Luego de las infecciones respiratorias agudas los pacientes presentaron otras enfermedades relacionadas tales como bronquitis aguda, faringitis aguda, otitis media no supurativa. 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.

La Bronquitis aguda en nuestra tabla constituye la primera enfermedad con más frecuencia; afecta tanto adultos como niños sin enfermedades pulmonares crónicas. Aproximadamente el 5% de los adultos padece un episodio durante el año y más del 90% de éstos buscan atención médica. Constituye el noveno motivo de consulta por enfermedad de manejo ambulatorio en América. Dado que la etiología es viral en la mayor parte de los casos, ocurre con mayor frecuencia durante el otoño e invierno, período en el cual la circulación viral es elevada. Algunos estudios demostraron que se prescriben antibióticos en el 70% de las BA en pacientes no fumadores y 90% en fumadores. Estudios más recientes indican que esta práctica es menos frecuente en la actualidad.¹¹⁹ En este caso a uno de los pacientes a la que se le realizó la intervención farmacéutica con diagnóstico de bronquitis aguda indico ser fumadora

En segundo lugar de morbilidad más frecuente tenemos la faringitis aguda. El estreptococo grupo A es por lejos la causa bacteriana más común de faringitis aguda, siendo responsable de aproximadamente del 15 al 30% de los casos en niños y 5 a 10% de los casos en adultos. Además, la faringitis por estreptococo grupo A es la única forma común de esta enfermedad para la cual hay una indicación precisa de tratamiento antibiótico.¹²⁰

Los medicamentos en DCI más utilizados fueron amoxicilina 500 mg.

Se muestran los medicamentos agrupados por porcentajes según la dolencia para la cual se usó (grafico 01). Del total de medicamentos analizados el 50% fueron usados en automedicación. La automedicación representa un problema más complejo, ya que entran en juego aspectos atribuibles a la población, como la educación médica, la cultura, los usos y costumbres, que de alguna manera están influidos por el gran aparato de comercialización con que cuentan las empresas productoras de medicamentos.

En un estudio realizado en España para observar los medicamentos que más se usaban en automedicación. Se concertó una entrevista domiciliaria en la que se registró la medicación disponible en aquel momento (nombre comercial, caducidad, presentación, medicación iniciada y autorización). Excluyéndose a los pacientes con enfermedades crónicas.

Se visitaron 58 grupos familiares, se contabilizaron un total de 811 cajas de medicamentos, de las que 457 eran automedicaciones y 354 por prescripción médica, La medicación almacenada en los domicilios fue la siguiente: un 93,1% analgésicos, un 87,9% antiinflamatorios, un 77,6% antigripales, un 60,3% antibióticos, un 46,6% antiácidos un 36,2% antihistamínicos, un 32,8% ansiolíticos, un 27,6% antidiarreicos, un 25,9% antieméticos. Por grupos de antibióticos fue: un 42,4% amoxicilina, un 34,8% amoxicilina y ácido clavulánico, un 13,8% macrólidos y un 9% quinolonas.¹²¹

La automedicación se produjo de la siguiente manera: antibiótico (33/66) en el 50%, antiinflamatorios orales (68/152) en el 44,7%, analgésicos (83/152) en el 54,6%, antiemético (7/19) en el 36,8%, antiácidos (27/43) en el 62,7%, antidiarreicos (11/16) en el 68,7%, antigripales (68/113) en el 60,1%; ansiolíticos (10/32) en el 31,2%, estreñimiento (7/10) en el 70%, antihistamínicos (18/37) en el 48,6%.

Se concluyó que el almacenamiento de los medicamentos en los hogares es muy elevado y la automedicación es una práctica muy extendida. Se considera que debe fomentarse la participación de los ciudadanos en todo lo relacionado con la salud, pero si no se ofrece el consejo terapéutico adecuado puede llegar a ser perjudicial para el paciente.¹²¹

Seguido de un 19% usados para tratar la bronquitis aguda, seguido de un 16% para tratar la faringitis aguda y un 16% para faringoamigdalitis.

4.2.3. Acerca de los problemas relacionados con medicamentos (PRM) y los resultados negativos de la medicación (RNM).

Identificamos 11 tipos de PRMS, donde el de mayor prevalencia fue PRM de incumplimiento seguido de reacciones adversas

En esta tabla N° 5 se presenta la distribución de la cantidad e PRMs identificados por el Farmacéutico Investigador (FI) durante el proceso de Seguimiento Fármaco terapéutico (SFT) asociado con los diagnósticos y el número de medicamentos que usó cada paciente. El resultado muestra relación entre estas tres variables. Tal como se muestra en el gráfico N° 02; más diagnósticos están relacionados a más medicamentos y obviamente a la presencia de mayores PRMs.

Por otro lado el total de PRMs detectados está en relación probablemente con la capacidad profesional y técnica del investigador. Es decir, es probable que una mayor cantidad de PRMs para un tipo de paciente determinado sean detectados por un profesional con mayor entrenamiento y preparación. Sin embargo esto no podría ser excluyente desde que el número de PRMS dependerá finalmente de la presencia real de estos problemas, más que de la capacidad del profesional para identificarlos.

Podría suceder, haciendo una analogía con la atención médica, que la identificación de un PRMS tiene la misma dificultad para un farmacéutico que para un médico identificar un Dx preciso. Esto dependerá del proceso para llegar al diagnóstico y evidentemente de la especialización del profesional en los medicamentos que utiliza el paciente y en el manejo del proceso de la Atención Farmacéutica (AF) a través del SFT.

Se muestra la frecuencia de los PRMs en los pacientes. El total de PRMs fue de 42 (Tabla 05). Se presenta la Distribución de la frecuencia de los PRMs por tipo, según el Tercer consenso de Granada.³⁸ El PRM más frecuente estuvo asociado al incumplimiento de las indicaciones médicas que pueden afectar alcanzar el objetivo terapéutico. El incumplimiento puede ser voluntario o involuntario. En este caso, esta frecuencia está asociado con el incumplimiento voluntario, es decir que el paciente no toma su medicación porque le cae mal o porque cree que ya no lo necesita.

El segundo PRM más frecuente fue el reacciones adversas (18%) ya sea que el medicamento le provocaba alguna molestia o algún efecto no deseado. Por ejemplo en algunos casos el naproxeno le provocaba ardor estomacal, según estudios más personas que tomaban naproxeno tuvieron problemas serios del estómago, como sangrado y úlceras, que las que tomaban ibuprofeno.¹²² En este caso se podría sugerir al médico que le indique reemplazarlo por un ibuprofeno que provoca menos efectos gastrointestinales.

El tercer PRM más frecuente fue administración errónea del medicamento 14% ya sea a que el paciente no tomo atención a las indicaciones del médico o no tiene información de cómo administrárselo. Para administrar correctamente los medicamentos es necesario conocer la regla de los cinco correctos o también llamada regla de oro¹²³:

- Medicación correcta: comprobar con todo cuidado la medicación prescrita.
- Dosis correcta: comprobar y volver a comprobar la dosis y el método correcto de preparación del fármaco.
- Paciente correcto: comprobar la identificación del paciente.
- Vía correcta: asegurarse que la forma correcta de administración del fármaco sea la vía y la indicación correcta.
- Hora correcta: administrar el fármaco en el momento indicado, prestando atención para administrar el fármaco durante el período de tiempo adecuado.

La suma total de frecuencias acumuladas refiere al total de PRM identificados (tabla 06), es decir por cada PRM se desarrolló una acción concreta y diferente para resolver el PRM. Si un paciente potencialmente presentaba dos PRMs y estos podían ser solucionados con una sola acción de intervención, solo se reportó el PRM que estuvo más asociado con la solución. Por ejemplo: conservación inadecuada la intervención sería educar en medidas no farmacológicas al paciente.

Tal como se muestra en el cuadro N° 7 la acción realizada más frecuente fue la de disminuir el incumplimiento involuntario. El incumplimiento involuntario se manifestó en 11 ocasiones.

Esto se debe como el cuadro lo indica a que las causas fueron por administración errónea del medicamento, el paciente al no administrar su medicamento de forma correcta puede provocar que el medicamento no ejerza su acción o se destruya antes de cumplir su eficacia sin que el paciente sea consciente de esto y también por reacciones adversas que le produce la medicación el paciente decide ya no seguir con el tratamiento por estos malestares que presenta conducta que es acorde ya que si algo nos cae mal lo natural es no continuar con su uso.

Las intervenciones fueron farmacéutico-paciente fue la más utilizada para corregir los PRM encontrados representando 86 % ya que 31 de las 41 acciones que se realizó fue de forma verbal farmacéutico-paciente y un 14% fue farmacéutico-medico donde requería hablar con el medico ya que el medicamento le provocaba reacciones adversas al paciente

La segunda acción más frecuente fue, educar en medidas no farmacológicas (5-12) orientamos al paciente a guardar su medicación en un lugar seguro para que no pierda su actividad farmacológica por procesos de hidrólisis o sobreexposición a temperaturas altas.

La tercera acción más frecuente fue disminuir el incumplimiento voluntario y cambiar las actitudes negativas que tenía el paciente con respecto a su medicación

Frecuencia de uso de los canales de comunicación que se utilizaron para la intervención farmacéutica con el objetivo de aliviar el PRM (tabla 08). El canal más utilizado fue la comunicación verbal entre el farmacéutico y el paciente. Es decir las acciones que se propusieron o llevaron a la práctica fueron en unos 86% dirigidas directamente al paciente.

Como se vio en la tabla anterior las acciones realizadas estuvieron básicamente orientadas a cambios en la medicación que no interferían con medicamentos prescritos o en todo caso los cambios en la posología no afectaban el éxito final de la terapéutica. En los casos en los cuales los cambios iban directamente a modificar de manera significativa la medicación prescrita, es decir por ejemplo cambios en la dosis, en la frecuencia de dosis (más o menos dosis por día) o cambios de medicamento, estas comunicaciones se hicieron directamente al prescriptor o a través del paciente.

Es necesario precisar que las actividades de intervención eran propuestas a los pacientes que estaban libres del compromiso de aceptarlas o ponerlas en práctica.

Es evidente que la comunicación entre médico y farmacéutico de manera directa, que debiera ser una comunicación fluida por las responsabilidades en la terapéutica de ambos profesionales, cuesta ponerla en práctica quizá por una auto subestimación del farmacéutico con respecto a sus conocimientos de farmacología y terapéutica o al paradigma que subyace acerca de que el médico es siempre un profesional muy bien preparado que lleva a la práctica con conocimiento de causa sus tratamientos y existe por esta razón poco margen para el error o se acepte alguno. Si bien ambas premisas podrían ser ciertas ambas, es necesario que el farmacéutico asuma su rol como responsable del uso de medicamentos a través del ejercicio responsable de las buenas prácticas de dispensación, buenas prácticas de seguimiento Farmacoterapéutico y aún de las buenas prácticas de Farmacovigilancia que en el marco de la legislación actual acerca de medicamentos permiten, autorizan y hasta obligan al profesional farmacéutico a desarrollar labores asistenciales que permitan asegurar el uso apropiado de los medicamentos por los pacientes.^{9,10,11}

Todas las intervenciones que fueron aceptadas y tuvieron solución de PRM fueron solo 23 (Cuadro N°08, Gráfico N°04). Los fracasos en la solución de los PRMs fueron 7 que dejaron a los pacientes expuestos a sufrir una morbilidad por medicamentos, es decir expuestos a sufrir un Resultado Negativo de la Medicación (Gráfico N°05).

Las intervenciones que fueron aceptadas y no tuvieron éxito fueron disminuir el incumplimiento involuntario debido a la administración errónea del medicamento y reacciones adversas es posible a que el paciente no recordó las indicaciones verbales que

se le dijo o no presto atención quizás debimos utilizar la comunicación escrita dejando al paciente las indicaciones por escrito.

La frecuencia de las intervenciones, el canal de comunicación utilizado y el resultado (tabla 09 y 10) pude observarse que, independientemente del tipo de intervención o el canal de comunicación, todas las intervenciones fueron aceptadas y solucionadas 56,1%. Dentro de este total existen variaciones en la frecuencia según el canal de comunicación.

El alto porcentaje de efectividad en la aceptación (73,2%) y solución (56,1%). La justificación para este resultado puede estar en la misma complejidad de los problemas identificados, en las estrategias de solución utilizada o en el propio canal de comunicación.

En cuanto a las estrategias de solución utilizadas en su mayoría estuvieron/no estuvieron asociadas con modificaciones en la terapéutica sino a la adherencia del paciente a su tratamiento y como contribuye a la rápida recuperación de su salud.

En cuanto a los canales de comunicación, fueron dirigidas hacia el paciente debido a que los problemas que encontramos están directamente relacionados con el paciente ya que este tenía actitudes negativas, incumplía con su tratamiento y conservaba inadecuadamente sus medicamentos.

El consolidado de las intervenciones realizadas se muestra en el gráfico N°03 .Las razones que podrían argumentarse para el éxito de las intervenciones podrían ser: a) la empatía que se genera entre el farmacéutico y el paciente. El hecho de que un profesional experto en los medicamentos aconseje sobre cómo usarlos, cuando usarlos, donde guardarlos, reconocer signos y/o síntomas que indiquen que algo anda mal en el tratamiento o simplemente el hecho de saber que en cualquier momento del proceso puede contar con dicho profesional para preguntarle sobre la medicación, son rasgos de la interacción que marcan favorablemente la relación farmacéutico - paciente haciendo ver al farmacéutico como un profesional confiable.

Las intervenciones no aceptadas (26,8%) y los PRMs que en consecuencia no tuvieron tratamiento por parte del farmacéutico se observar en tabla 09. Por ejemplo en el paciente número 11 que tenía el diagnostico de faringitis tenía un PRM de incumplimiento ya que

olvidaba tomar su medicación y un RNM de necesidad porque no tomaba el medicamento que necesitaba. Lo que se le hizo fue hacerle un cronograma indicándole la posología y hora exacta que debe tomar su medicación adicional se programó alarma en su celular a las horas que le tocaba tomar su medicación para hacerle recordar en caso que olvide el cronograma , motivándolos con charlas de lo importante que era que termine su medicación y que a largo plazo le será favorable en varios aspectos ya que representaba un gasto para el en sus medicamentos ; al cumplir con todo su tratamiento se puede garantizar que su mejoría sea rápida y que no vuelva a enfermarse muy seguido de la misma enfermedad al tener una correcta recuperación lo que significaba un ahorro en gastos de su tratamiento a futuro pero el paciente seguía incumpliendo excusándose que no tenía tiempo por el trabajo , llegaba cansado a casa, o no le gustaba tomar medicamentos.

En los casos en los que los PRM redimieron “solos” aparentemente una intervención del farmacéutico hubiese sido de hecho contraproducente. Este es un aspecto importante porque permite evidenciar la necesidad de que el farmacéutico esté permanentemente entrenado para hacer frente a las múltiples causas o factores que pudieran estar asociados al uso apropiado o inapropiado de medicamentos.

El mayor porcentaje de RNMs detectados se encuentra asociados a la Necesidad ya que el paciente sufría un problema de salud por no recibir los medicamentos que necesitaba.

Martín y colaboradores (Martín et al, 2002) concluyeron que el mayor porcentaje de RNM evitables fue el motivado por el mal cumplimiento terapéutico (65,3%) seguido de ausencia de profilaxis (12,2%) y monitorización o seguimiento inapropiados (8,8%).¹²⁴

Los resultados negativos ocurridos o que potencialmente pudieron ocurrir por efecto de los problemas relacionados con medicamentos (tabla 10) según la clasificación del 3° consenso de granada (38). De los 41 PRMs detectados 15 de ellos (36.6%) pudieron desencadenar un problema de salud asociado que el paciente no recibe la medicación que necesita.

Como se ha mencionado, los PRMs vienen a ser los desencadenantes de los RNMs, que por su naturaleza son el origen de los problemas de salud que puede sufrir el paciente por

el uso de la medicación. Es necesario establecer una relación coherente entre PRM y RNM. Si bien es posible que en un principio se presenten confusiones para determinar la etiología del RNM, el ejercicio va más allá de ser un problema semántico. Un determinado RNM pudo ser generado por una serie de PRMs y viceversa, sin embargo en la presente investigación se partió desde el análisis del PRM y el impacto que podría ocasionar en el paciente. Se seleccionó aquel RNM que por su naturaleza y por las acciones desarrolladas para su prevención o tratamiento por parte del farmacéutico era el más coincidente.

Por ejemplo el paciente es incumplidor puede que no tome en serio su salud y o que incumpla por otros factores externos como que el medicamento le produzca reacciones adversas y ya no quiera tomarlos o que el medicamento fue mal conservado y haya perdido su eficacia terapéutica o que olvide la hora en que debe tomar la medicación o simplemente no quiera tomarlos. Otro ejemplo es los errores de prescripción por ausencia de información del facultativo, falta de identificación profesional, ausencia de teléfonos de contacto, etc. Se consideró que podría ser el origen de un problema de salud por que por buenas prácticas de dispensación el paciente no podría recibir el medicamento que necesita o en todo caso sufrir un problema por recibir un medicamento que no necesita.

Del mismo modo para los problemas asociados con actitudes negativas del paciente, conservación inadecuada, falta de adherencia terapéutica y errores de dispensación, se consideró que en todos estos casos el resultado será la aparición de un problema de salud asociado a que el paciente no recibiría el medicamento que necesita. Por esta razón este RNM asociado categorizado como de necesidad es la entidad más frecuentemente identificada.

Para el resto de PRMs: administración errónea, presencia de contraindicaciones, errores en la pauta o la posología y duplicidad, así como: interacciones, probabilidad de efectos adversos, precauciones u otros, generalmente se consideró que podrían ocasionar RNMs asociados con efectividad o seguridad.

Estas consideraciones no fueron absolutas pudiendo cualquier PRM generar cualquiera de las tres categorías de RNMs.

Observamos que 16 de 43 (37.21%) de las intervenciones no fueron aceptadas para las cuales la acción del Farmacéutico no resolvió el PRM y en consecuencia es muy posible que se haya presentado el problema de salud asociado con el RNM. (Cuadro 12 y grafico 05)

Las razones para este tipo de fallos podrían estribar en que el paciente hizo caso omiso a las recomendaciones y no puso de su parte para mejorar su salud, decidió no continuar con su tratamiento porque se sentía mejor o porque le producía malestar, otros de los motivos podría deberse a que no se le realizó la comunicación escrita al paciente o no se le comunico directamente a su médico el problema que tenía el paciente, no se planifico estratégicamente las acciones que se tomarían para cambiar las actitudes negativas del paciente, por ejemplo en el paciente 06 paciente presentaba duplicidad de su medicación por lo que le producía dolores de cabeza ya que tomaba migratapsin sin prescripción y doloaproxol dúo que si se le fue prescrito ambos medicamentos contenían paracetamol que los consumía para el dolor se le recomendó que descontinúe el uso del migratapsin y que fuera al médico para encontrar causa de los dolores de cabeza el paciente acepto la intervención dejo el medicamento no prescrito pero su dolor de cabeza continuaba hasta el momento.

Con el proceso SFT concluido podríamos sugerir ahora procedimientos alternativos para evitar estos fracasos:

- Se debe trabajar conjuntamente con el médico para complementar y hacer una observación del paciente en cuanto a su medicación haciendo visitas para verificar que toma su medicación
- Que informe al farmacéutico o al médico si alguna vez ha presentado alguna reacción no habitual o de tipo alérgico a algún medicamento, alimento u otras sustancias durante su tratamiento
- Dejar por escrito indicaciones de cuales alimentos, bebidas, otros medicamentos o actividades deben evitarse durante el periodo de tiempo que esté tomando el

medicamento porque podrían modificar su efecto y también como ubicarlos en un lugar adecuado

- Orientar al paciente como diferenciar los medicamentos óptimos de los vencidos o que fueron mal conservados ya que podrían afectar la eficacia del tratamiento
- Dejar un numero de celular o medio de comunicación como red social para que el paciente pueda comunicar alguna duda que tenga con su medicación, alguna indicación que haya olvidado o no hay prestado atención y Cualquier término o instrucción que no haya entendido claramente
- Que el paciente comunique inmediatamente Si tiene dudas respecto a un medicamento que obtuvo sin receta

V. CONCLUSIONES

5.1 CONCLUSIONES

- 5.1.1 Todos los pacientes intervenidos sufrieron Problemas Relacionados con Medicamentos y en consecuencia estuvieron en riesgo de sufrir Resultados Negativos de la Medicación.
- 5.1.2 Se utilizaron estrategias de intervención farmacéutica como medidas educativas, farmacológicas y no farmacológicas para solucionar los problemas relacionados con la medicación
- 5.1.3 El proceso de Seguimiento Farmacoterapéutico tuvo un efecto significativo sobre la resolución de los problemas relacionados con medicamentos.

5.2 ASPECTOS COMPLEMENTARIOS

1.2.1. Logros:

- o recuperar la salud del paciente a través de seguimiento Farmacoterapéutico para mejorar su calidad de vida .
- o ganar experiencia a través de la practica en el campo para futuro a realizar un buen seguimiento Farmacoterapéutico del paciente.
- o comprometerse a tomar la salud del paciente con responsabilidad y eficiencia a la hora de evaluar y realizar el seguimiento Farmacoterapéutico .

1.2.2. Limitaciones:

o La falta de experiencia al realizar el programa de seguimiento Farmacoterapéutico, .

o La falta comunicación del paciente al momento de expresar y comentar sus malestares al no confiar en el programa de seguimiento Farmacoterapéutico por razones de desconocimiento o desinformación ya que en nuestro país es escaso la realización de estos programas lo

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1 Faus, M.J. Pharmaceutical Care as a response to social need. *Ars Pharmaceutica*, 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 Alvarez Castillo, 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

- 11 Brodie DC. Drug use control: keystone to pharmaceutical service. *Drug Intell Clin 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 Pharm Assoc* 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 Intell Clin Pharm* 1990; 24:7-1093.
- 19 Faus MJ, Amariles P, Martinez 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 PharmAssoc (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. Ars Pharmaceutica, 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. Ars Pharm 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). Ars Pharm 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 Dáder. 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 inHypertension 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, Nº 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 Randomized Controlled 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. *Pharmacy Practice* 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. *Seguim Farmacoter* 2004; 2(2): 286-290.
- 52 Fontana RD, Soláthurry N. Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes pediátricos hospitalizados: adaptación de la metodología Dáder. *Arán ediciones* 2003, s. l. farmacia hospitalaria. *Farmhosp* (Madrid) Vol. 27. N. ° 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 enchancement 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. *JGerontolNurs* 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 Pharm Assoc* 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](http://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. VolV(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, Nº 3 – 2002. Págs. 185 – 190

- 75 Congreso de la República del Perú. Ley de Creación del Colegio Químico Farmacéutico del Perú. Diario Oficial El Peruano. Diciembre de 1964.
- 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_profosalud.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/el-diario-medico/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 frame work 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. Farm Hosp 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/tevc/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. Gezduit 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.º 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. *Pharmaceutical Care 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 Dáder methodology in the pharmacotherapeutic monitoring in a community pharmac. *Ars Pharmaceutica*, 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 Bosworth HB, Olsen MK, Gentry P, Orr M, Dudley T, Mcant F. Nurse administered telephone intervention for blood pressure control: a patient-tailored multifactorial intervention. *Patient Educ Couns* 2005; 57: 5-14.
- 111 Armstrong GL, Conn LA, Pinner RW. Trends in infectious disease mortality in the United States during the 20th century. *JAMA* 1999; 281:61-6. *Rev Esp Salud Pública* 2007, Vol. 81, N. °4. (citado el 28 de julio del 2013). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v81n4/original6.pdf>
- 112 Dr. Roberto Razón Behar. Hospital Pediátrico Universitario "William Soler". Prevención de las infecciones respiratorias agudas. Presente y futuro. *Rev Cubana Pediatr* v.75 n.4 Ciudad de la Habana oct.,dic. 2003
- 113 D. Rosete Olvera, F. Archundia Sánchez, C. Cabello Gutiérrez, Ma. Manjarrez Zavala. Patogenia de las infecciones respiratorias por virus. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex*. Volumen 15 - número 4. Octubre - diciembre 2002. Págs. 239-254

- 114 El hombre y la mujer enferman en forma diferente. Boletín de Información Clínica Terapéutica. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. Vol. 57, N.º2. Marzo-Abril 2014.página 53-56.
- 115 Alan P., Escutia G., Álvarez Á. R., Cortéz Á., Jiménez R., Plasencia G., Uribe L. propuesta de un modelo de seguimiento Farmacoterapéutico para pacientes de cuidados paliativos domiciliarios y la integración del profesional farmacéutico en el equipo de salud. Instituto Jalisciense de Alivio al Dolor y Cuidados Paliativos. Universidad de Guadalajara UDG. pag 2-7
- 116 Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical Care Practice. New York: McGraw- Hill; 1998.
- 117 Gerrard BA, Boniface W, Love B. Interpersonal Skills for Health Professionals. Reston Publishing; 1980
- 118 Noain M., Gastelurrutia M., Martínez M., Benrimoj S., Identificación de los costes de la provisión sostenible del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico. Universidad de Granada. Pharm Care Esp. 2014; 16(5): 180 -192
- 119 Gustavo L., Claudia P., Pablo S., Oscar C., Aníbal C., Liliana C., Manuel K., Gabriel L., María J., Analía M., Daniel P., Claudia V., Diego Y., Consenso intersociedades para el manejo de infecciones respiratorias: bronquitis aguda y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Medicina (B. Aires) vol.73 no.2 Ciudad Autónoma de Buenos Aires abr. 2013

- 120 A.L. Bisno. Faringitis aguda. the new england journal of medicine. departamento de medicina, universidad de miami, ee.uu. pag 986
- 121 E. Ras Vidal , P. Moya Ortiz. Medical Prescription or Self-Medication. Médicos de Familia. Sant Pere i Sant Pau. Tarragona. España. Vol. 36. Núm. 05. 30 Septiembre 2005
- 122 Oregon Evidence-based Practice Center. Analgésicos para la osteoartritis: actualización de la revisión del 2006 de la eficacia comparada. octubre de 2011
- 123 Editorial. Precaución en la administración de fármacos en bolo intravenoso. Nursing 1996;10(2):5
- 124 Gádor Callejón c. Resultados negativos asociados a la medicación (RNM) que causan consultas en el Servicio de Urgencias de un hospital de tercer nivel. Curso 2010/11
- 125 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 (fecha de acceso: 15 de julio del 2004

VII. ANEXOS

7.1. ANEXO. SOLICITUD DE PERMISO DIRIGIDO AL EST. FARMACÉUTICO



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

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

Chimbote, 28 de julio de 2013

Señor
Q.F. Arnaldo Casas Zambrano
PUESTO DE SALUD "MAGDALENA NUEVA"
CHIMBOTE
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 *mayler Stalin Nuñuvero Mejía*, Cod. **ULADECH N° 0108101009**, 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 12 pacientes diagnosticados y con prescripción facultativa de medicamentos para el tratamiento de hipertensión primaria. 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:

Teléfono de Contacto: 943788829

7.2. ANEXO. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico

Declaración del paciente

- 1.- Acepto libremente participar de este programa de Seguimiento Farmaco Terapéutico desarrollado por el Establecimiento Farmacéutico San José 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 dura 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: [REDACTED] COD* 08
DIRECCION: P.S. 7 Julio M 26-L+13
TELEFONO: 955015397

FIRMA: [Signature]
DNI: 93192740

NOMBRE DEL QUIMICO FARMACÉUTICO: Nonivero Rojas Mayler
TELÉFONO: 351875
FIRMA: [Signature]
DNI: _____

FECHA: 28, 04, 14
FECHA DE PRIMERA VISITA: 29, 04, 14

1.3. FICHAS FARMACOTERAPEUTICAS.

ANEXO N°7.3. FICHA FFT (HOJA 1). REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE, DE SU ENFERMEDAD DE SUS MEDICAMENTOS Y DEL MEDICO PRESCRIPTOR.

FICHA 01. INFORMACION PERSONAL DEL PACIENTE. Programa de Atención Farmacéutica.
EEFF/Centro/Puesto de Salud de... HREG13

COD* PACIENTE: 12 FECHA: 17/05/14

1.1.- DATOS PERSONALES

NOMBRE: [REDACTED]
 DIRECCIÓN: urb - Santa Rosa K-35 ZONA: Nuevo Chobato
 TELÉFONO DOMICILIO: 094282820 OTRO (MAIL): _____
 FECHA DE NACIMIENTO: 05/09/81 EDAD: 32 AÑOS: _____
 GRADO DE ESTUDIOS: ANALFABETO PRIMARIA SECUNDARIA SUPERIOR.....
 TIENE SEGURO SI: ___ NO: SEGURO INTEGRAL (SIS): ___ ESSALUD: ___ PRIVADO: ___
 OTRO CUAL?: _____
 EL SEGURO PRIVADO CUBRE LOS MEDICAMENTOS TOTALMENTE: SI: ___ NO: ___

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

Nº	NOMBRE DEL MEDICO	ESTABLECIMIENTO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO
1	Dr. A. Silva Gamarra	H.R.E.G.B	medico cirujano	

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
Faringoamigdalitis	Si	A. Silva Gamarra	
dolor	Si	A. Silva Gamarra	
tos seca	Si	A. Silva Gamarra	

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

ANEXO N°7.3. FICHA FFT (HOJA 2). REGISTRO DE LOS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE CONSUME PARA OTRAS ENFERMEDADES CONCOMITANTES.

FICHA 02. HOJA DE INFORMACION FARMACOTERAPÉUTICA. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF /Centro/Puesto de Salud de ARECIBO

PACIENTE COD. N°: 12 FECHA: 13/05/14
 NOMBRE: XXXXXXXXXX

2.1. MEDICAMENTOS QUE TOMA EL PACIENTE PARA OTRA ENFERMEDAD.

Nombre 1: (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 2: (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 3: (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 4: (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 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. 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>Paracetamol</i>	
1. ¿lo toma? <i>no</i>	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 2: <i>Bismuto</i>	
1. ¿lo toma? <i>no</i>	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 3: <i>loratadina</i>	
1. ¿lo toma? <i>no</i>	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 4: <i>amoxicilina</i>	
1. ¿lo toma? <i>no</i>	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 5:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 6:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 7:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?

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

OD INTERV: *12*

ANEXO N°7.3. 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 H.P.E.F.B

PACIENTE COD. N°: 12 FECHA: 17/05/14
NOMBRE: XXXXXXXXXX

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

- PELO:
- CABEZA:
- OIDOS, OJOS, NARIZ, GARGANTA: dolor garganta, tos
- BOCA (llagas, sequedad...): seca
- CUELLO:
- MANOS (dedos, uñas...):
- BRAZOS Y MÚSCULOS:
- CORAZÓN:
- PULMÓN:
- DIGESTIVO:
- RIÑÓN (orina...): orina transparente
- HÍGADO:
- GENITALES:
- PIERNAS:
- PIÉS (dedos, uñas):
- MÚSCULO ESQUELÉTICO (gota, dolor espalda, tendinitis...):
- PIEL (sequedad, erupción...):
- ALTERACIONES PSICOLÓGICAS (depresiones, epilepsia...):
- PARÁMETROS ANORMALES (T^g, PA, colesterol...):
- TABACO: no fuma
- ALCOHOL: no bebe alcohol
- CAFÉ: se toma cafe
- OTRAS DROGAS:
- SUS HABITOS ANORMALES (ejercicio, dieta...):
- VITAMINAS Y MINERALES:
- VACUNAS:
- ALERGIAS MEDICAMENTOS Y/O SOSPECHAS DE RAM: no es alergico
- Situaciones fisiológicas (y fecha):
- OBSERVACIONES:

COD INTERV: 12

ANEXO N°7.3. 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 H.R.E.G.B. Chimbote/Trujillo 2009.

PACIENTE COD N°: 12

NOMBRE: XXXXXXXXXX

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>clonidina</u>	<u>tableta</u>	<u>300</u>	<u>2</u>	<u>16-05-14</u>
	<u>dextrometorfano</u>	<u>jarabe</u>	<u>15 / 5ml</u>	<u>3</u>	<u>16/05-14</u>
	<u>ketoprofeno</u>	<u>tableta</u>	<u>400</u>	<u>3</u>	<u>16/05-14</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: ✓	<u>paciente no cumple con todo su tratamiento</u>
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: 12

ANEXO N°7.3. FICHA FFT (HOJA 4, SEGUNDA PARTE). HOJA GUÍA DE INTERVENCIÓN FARMACOTERAPÉUTICA.

4.4. QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRM.

Comprometer al paciente que cumple voluntariamente todo su tratamiento para que pueda tener una recuperación favorable de su salud informándole las consecuencias, recaídas o complicaciones que pueda tener por no terminar su tratamiento

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:

paciente debe tener presente lo importante que es cumplir con su tratamiento para la mejora de su salud

ANEXO N°7.3.8. 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: 12

4.6. RESULTADO:

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

¿QUÉ OCURRIÓ CON LOS PRMs QUE NO SE RESOLVIERON?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4.7. RESULTADO 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: 12

ANEXO N°7.3.9. FICHA FFT (HOJA 4, CUARTA 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.	9
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:

paciente presenta PRM 9 de incumplimiento ya que deja tratamiento cuando siente mejoría y un RNM 1 de problema asociado a no recibir una medicación que necesita

ANEXO N°7.3.10. FICHA FFT (HOJA 5). HOJA GUÍA DE INTERVENCIÓN FARMACOTERAPÉUTICA.

FICHA 05. HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF/Centro/Puesto de Salud de H.K.F.E.B

COD° PACIENTE: 12 FECHA: 17/05/14

5.1. NÚMERO DE CONTACTOS UTILIZADOS DURANTE LA INTERVENCIÓN:

N°	Lugar donde se encontraba el paciente	Medio de comunicación	t invertido (min)
1	establecimiento	verbal	10
2	domicilio	verbal	30

Clave	Lugar donde encontraba el paciente
1	Est. Farmacéutico
2	Domicilio <input checked="" type="checkbox"/>
3	Otro: _____

Clave	Medio de comunicación
1	Oral cara a cara <input checked="" type="checkbox"/>
2	escrito
3	correo electrónico
4	Oral por teléfono
5	Otro: _____

6. Fecha final de la Intervención (visita domiciliaria): 23/05/14

COD INTERV: 12

ANEXO N°7.3. FICHA FFT (HOJA 6). TEST PARA MEDIR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO. TEST DE MORISKI.

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

COD° PACIENTE: 12 FECHA: 23/05/14

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

NOMBRE DEL PACIENTE: [REDACTED] COD 12

FECHA: 23/05/14

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:

paciente denota mejora ya no es
incumplidor

COD INTERV: 12

ANEXO N°7.3. FICHA FFT (HOJA 6, SEGUNDA PARTE). TEST PARA MEDIR LA SATISFACCIÓN DEL SERVICIO. TEST DE PURDUE.

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: XXXXXXXXXX COD 12

FECHA: 23 / 05 / 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 recalado 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:

COD INTERV: 12

1.4. ANEXO. REPORTE DE PRIMER ESTADO DE SITUACIÓN.

Pac	CIE	DIAG	Comerc	Dci	ff	dosis	frec dosis	Días tto	PRM	Descrip PRMs	Acción	COD INTERVEN	CANAL COMUN	ACEPT	SOL	Descrip sol	RNM
1	B.002	faringoamigdalitis		clindamicina	sol	300mg	2	7	9	Paciente es incumplidor no termina sus tratamiento.	Educación al paciente sobre la importancia de terminar su tratamiento para la buena recuperación de su salud	8	1	1	1	El paciente se comprometió a tomar responsabilidad con su salud y cumplir con todo su tratamiento completo indicado	1
1		faringoamigdalitis		dextrometorfano	Liq.	15mg/5ml	3	5	9	Según el test de Moriski el paciente respondió que deja de tomar sus medicamentos cuando le cae mal o siente mejoría	Comprometer al paciente que cumpla voluntariamente todo su tratamiento para que pueda tener una recuperación favorable	8	1	1	1	El paciente se comprometió a tomar responsabilidad con su salud y cumplir con todo su tratamiento completo indicado	1
1		alergia		loratadina	sol	10 mg											
1				ibuprofeno	Sol.	500mg	3	3	3	Conservación inadecuada de los medicamentos	Educación al paciente en medidas no farmacológicas	9	1	1	1	Paciente ubico sus medicamentos en un lugar a temperatura ambiente sin humedad y alejado de la luz solar	1

2	J02.0	Faringitis aguda		eritromicina	Sol.	500mg	2	7	5	Paciente no toma medicación a la hora indicada	Educación al paciente y elaboración de un cronograma que le indique la hora exacta que debe tomar su medicación si fuera necesario programar el uso de alarmas	8	1	0	0	Paciente hizo caso omiso a las recomendaciones indicadas	1
2	J02.0	Faringitis aguda		eritromicina	sol	500mg	2	7	5	Paciente toma doble dosis para compensar la dosis olvidada	Educación al paciente que no debe tomar más de la dosis indicada ya que puede provocar la incidencia de las reacciones adversas y agravar su salud	8	1	1	1	Paciente cumplió con las indicaciones, ya no se administra dosis doble de su medicación cuando olvida tomarlas	1
2	J03			eritromicina	sol	500mg	2	7	3	Conservación inadecuada de los medicamentos	Educación al paciente en medidas farmacológicas	9	1	1	1	Paciente ubicó sus medicamentos en un lugar a temperatura ambiente sin humedad y alejado de la luz solar	1
3				naproxeno	sol	550mg	3	3	12	Probabilidad de efectos adversos	Descontinuar el uso del medicamento ya que solo lo usa para aliviar el dolor	5	1	0	0	Paciente continuó tomando la medicación hizo caso omiso a las recomendaciones	5

3	J20	Bronquitis aguda		Amoxicilina + acido clavulanico	Semisol.	500/125mg	3	7	9	Según test de morinsky paciente es incumplidor	Educar al paciente e informarle las complicaciones que traería a su salud si no cumple con todo su tratamiento y motivarlo a que retome su tratamiento	8	1	1	1	Paciente se comprometio a cumplir con todo su tratamiento para la mejoría de su salud	1
4	B00.2	faringoamigdalitis		amoxicilina	Sol.	500 mg	3	7	10	Interacción entre anticonceptivo drina y antibiótico amoxicilina	La paciente cambie el método anticonceptivo oral por un preservativo vaginal hasta que termine su tratamiento con el antibiotico	6	1	1	1	Paciente cambio el uso de su anticonceptivo oral por un preservativo vaginal	5
4	B00.2	faringoamigdalitis		ibuprofeno	Sol.	400 mg	3	3	9	Según test de morinsky paciente es incumplidor	Paciente debe comprometerse a cumplir con el tratamiento orientándolo sobre lo perjudicial que es para su salud cuando no toma su medicación indicada	8	1	1	1	Paciente cumple con su tratamiento	1

5	H65	Otitis media aguda no supurativa		Amoxicilina + acido clavulanico	Semisol.	500/125	3	7	3	Paciente conserva inadecuadamente sus medicamentos	Educar al paciente en medidas no farmacológicas	9	1	1	1	Paciente ubico sus medicamentos en un lugar a temperatura ambiente sin humedad y alejado de la luz solar	1
5	H65			Amoxicilina + acido clavulanico	Semisol.	500/125	3	7	9	Según test de morinsky paciente es incumplidor	Paciente debe comprometerse a cumplir con el tratamiento orientándolo sobre lo perjudicial que es para su salud cuando no toma su medicación indicada	8	1	1	1	Paciente cumple con su tratamiento	1
6	J03	amigdalitis		amoxicilina	Sol.	500mg	3	7	12	Paciente presenta ardor estomacal al tomar medicacion	Recomendar al paciente que no debe tomar su medicación con el estómago vacío para disminuir el ardor estomacal	7	1	1	1	Paciente consume alimentos livianos antes de tomar la medicación y le disminuyo el malestar estomacal	6
6	J03	amigdalitis		amoxicilina	Soli.	500 mg	3	7	9	Según test de morinsky paciente es incumplidor	Paciente debe comprometerse a cumplir con el tratamiento orientándolo	8	1	1	1	Paciente se comprometió a cumplir con todo su tratamiento para la mejoría de su	1

											sobre lo perjudicial que es para su salud cuando no toma su medicación indicada					salud	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	-------	--

1.5. ANEXO. FOTOS.

Figura N°07. Ejemplo de paciente en la firma de la hoja de consentimiento informado.

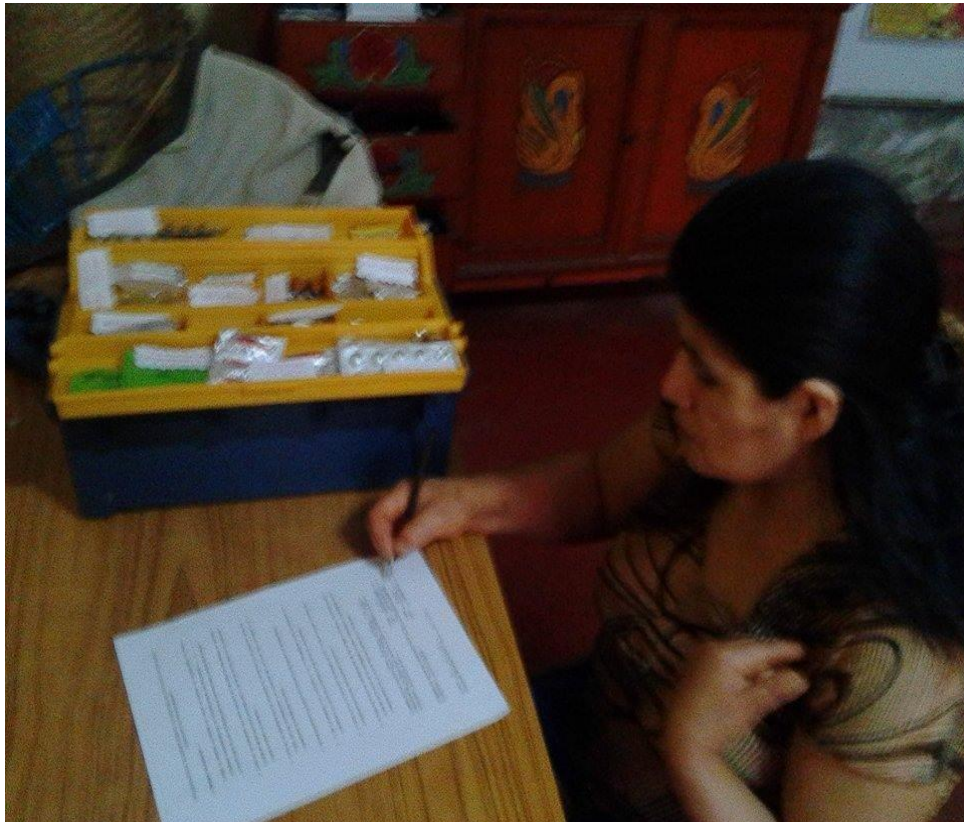


Figura N°10. Ejemplo de Ordenamiento y Conservación de los Medicamentos en el Botiquín.



1.6. ANEXO. MAPA DE UBICACIÓN DEL EE FARMACÉUTICO.

