

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

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

EFFECTO DE UN PROGRAMA PILOTO DE SEGUIMIENTO
FARMACOTERAPÉUTICO SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA
ACTIVIDAD PROFESIONAL DEL FARMACÉUTICO EN
PACIENTES CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA.
BOTICA LIAN FARMA DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE,
PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ANCASH,
ABRIL – JULIO 2014.

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
QUÍMICO FARMACÉUTICO

AUTOR: Bach: Lazaro Mendoza Carol Johana

COAUTOR: Dr. Percy Alberto Ocampo Rujel

CHIMBOTE- PERU
2016

EFFECTO DE UN PROGRAMA PILOTO DE SEGUIMIENTO
FARMACOTERAPÉUTICO SOBRE LA PERCEPCIÓN DE
LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DEL FARMACÉUTICO EN
PACIENTES CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA.
BOTICA LIAN FARMA DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE,
PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ANCASH,
ABRIL – JULIO 2014.

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mgr. Q.F. Jorge Luis Díaz Ortega
Presidente

Mgr. Q.F. Walter Teodoro Ramírez Romero
Secretario

Mgr. Q.F. Matilde Anais Matos Inga
Miembro

AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA

El presente informe de tesis, me gustaría agradecerle en primer lugar a Dios por permitirme llegar hasta donde he llegado, porque hizo realidad esta meta anhelada.

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

Agradezco a nuestros docentes que compartieron sus conocimientos y experiencias con cada uno de nosotros, debido a ello estamos muy agradecidos por tener la vocación de formar profesionales de calidad. A su vez quiero hacer un especial agradecimiento a mi asesor de tesis Mg. Percy Ocampo Rujel por brindarme su esfuerzo, dedicación, accesibilidad, conocimiento y experiencia para terminar este presente trabajo

A la UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE por darme la oportunidad de estudiar y ser un profesional.

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

Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga.

Lázaro Mendoza Carol johana

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar el efecto de un programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico para evaluar la percepción de la actividad profesional del farmacéutico por parte del paciente que presenta infección respiratoria aguda que se atiende desde la BOTICA LIAN FARMA, Distrito de Nuevo Chimbote durante los meses de abril a julio del 2014.

La muestra de pacientes fue monitoreada a través de un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico siguiendo el método Dader modificado que consta 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 Agudas. En el primer contacto en la farmacia se levantó información mediante una ficha de seguimiento farmacoterapéutica. Cada paciente fue evaluado con el fin de diagnosticar y tratar cada PRM encontrado de manera particular. Posteriormente se siguió al paciente mediante visitas y llamadas telefónicas para reforzar el cumplimiento de las indicaciones.

Se solucionaron 29 PRMs (90.9%) y los no resueltos dejaron expuesto al paciente a la aparición de resultados negativos de la medicación (RNMs) que en su mayoría pudieron ser: 6 (9.1%). La percepción 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. Es significativo/ no significativo en mejorar la adherencia y efectivo/no efectivo en la percepción de tratamiento.

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

ABSTRACT

The aim of the research was to determine the effect of a pilot program Pharmacotherapy follow-up on the perception of the professional activity of the pharmaceutical treatment of patients with respiratory infections that are served from the BOTICA LIAN FARMA District of New Chimbote during the months of April to July 2014.

The sample of patients was monitored through a program Pharmacotherapy follow-up following the Dader modified method consisted of six phases: recruitment, gathering information, evaluating information, intervention, monitoring and measuring results. pharmacotherapeutic records, test of adherence to treatment and perception of treatment: In each phase information specific tools and instruments collected.

12 patients were collected with a diagnosis of acute respiratory infections. In the first contact at the pharmacy information it rose by a record of pharmacotherapeutic monitoring. Each patient was evaluated in order to diagnose and treat each PRM found a particular way. Later the patient will be followed by visits and phone calls to strengthen compliance with the indications calls.

29 PRMs (90.9%) were resolved and unresolved left exposed the patient to the appearance of negative results of medication (MRIs) in his youth could be: 6 (9.1%). Adherence compared before - after intervention indicate a significant / no significant impact SFT.

We concluded that the program is effective in diagnosing and preventing DRPs of MRIs. It is significant / non-significant in improving adhesion and effective / non-effective in the treatment perception.

Keywords: Pharmacotherapy follow (SFT) Drug Therapy (PRM), negative results Medication (NRM), Acute Respiratory Infections problems.

ÍNDICE	Pag
Dedicatoria y Agradecimiento.....	iv
Resumen.....	v
Abstract.....	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	2
1.2. Objetivos de la investigación.....	3
1.2.1. Objetivo general.....	3
1.2.2. Objetivos específicos.....	3
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	49
2.1. Antecedentes.....	49
2.1.1. Atención farmacéutica y seguimiento Farmacoterapéutico.....	49
2.1.2. Evolución del Seguimiento Farmacoterapéutico en el Perú.....	51
2.1.3. Antecedentes epidemiológicos de IRAS.....	52
2.1.4. Antecedentes epidemiológicos.....	54
2.1.5. Seguimiento farmacoterapéutico.....	55;Error! Marcador no definido.
2.2. Marco teórico.....	56
2.2.1. Problemas relacionados con el uso de medicamentos (PRMS) y resultados negativos de la medicación (RNM).....	56
2.2.2. Diagnóstico de problemas relacionados con medicamentos (PRM).....	60
2.2.3. La atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico: contribución del farmacéutico al mantenimiento de la salud pública.....	68
2.2.4. Percepción del paciente de la actuación profesional del farmacéutico.....	74
2.2.5. Infecciones Respiratorias Agudas.....	75
2.2.6. Botica Lian Farma.....	77
2.3. Hipótesis.....	78
III. METODOLOGÍA.....	79
3.1. Diseño de la investigación.....	79
3.1.1. Tipo y el nivel de la investigación:.....	79
3.1.2. Diseño de la investigación:.....	79
3.2. Población y muestra.....	80
3.3. Definición y operacionalización de las variables.....	80
3.4. Técnicas e instrumentos.....	82
3.4.1. Técnica.....	82
3.4.2. Instrumentos.....	82
3.4.3. Procedimiento de recolección de datos.....	84
3.5. PLAN DE ANÁLISIS DEDATOS.....	89
IV. RESULTADOS.....	91
4.2. Analisis de Resultados.....	97
V. CONCLUSIONES.....	112
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	114
VII. ANEXO.....	120
7.1. Establecimiento farmacéutico.....	121
7.2. Anexo. Hoja de consentimiento informado.....	122
7.4. Anexo. Reporte de primer estado de situación.....	101
anexo 7.5. Fotos.....	107
8. Anexo.....	107

Índice de cuadros		Pág. Nº
Cuadro Nº01.	Listado de problemas relacionados con medicamentos (PRM).....	27
Cuadro Nº02.	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).....	28
Cuadro Nº03.	Actividades de atención farmacéutica en el ejercicio profesional del farmacéutico comunitario.....	39
Cuadro Nº04.	Clasificación de intervenciones farmacéuticas destinadas a prevenir o resolver resultados clínicos negativos de la farmacoterapia.....	44
Cuadro Nº05.	Escala de La Percepcion de la actividad profesional del farmaceutico	54
Cuadro Nº06.	Tipos de canales para comunicar las recomendaciones del farmacéutico para la solución de PRMs	57

Índice de figuras

Pág. N°

Figura N°01.	Flujograma de la etapa de estudio y evaluación. Tomado de comité de consenso.....	36
Figura N°02.	Pasos clave del método DADER modificado de Seguimiento Farmacoterapéutico...	43
Figura N°03.	Esquema del modelo de intervención farmacéutica.....	49
Figura N°04.	Flujograma de actividades de seguimiento farmacoterapéutico.....	54
Figura N°05.	ANEXO N° 8 Figura N° 05. Frontis de la Botica Lian Farma.....	107
Figura N°06.	Anexo N°08 mapa de ubicación de la Botica lian farma.....	108
Figura N°07.	ANEXO N° 5 Ejemplo de paciente en la firma de la hoja de consentimiento informado.....	108
Figura N°08.	ANEXO N° 6 Revisión, limpieza de medicamentos.	108
Figura N°09.	ANEXO N° 7 Ejemplo de ordenamiento y conservación de los medicamentos en el botiquín.....	109

Índice de tablas

Pág. N°

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 infección respiratoria . Farmacia Lian Farma. 2014.....	61
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 en pacientes con infección respiratoria . Farmacia Lian Farma . 2014.....	61
Tabla N°03.	Distribución de la frecuencia y porcentajes de los problemas de salud enfermedades de los pacientes. Programa del Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) en pacientes con infección respiratoria .. Botica Lian Farma . 2014.....	62
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 en paciente con infección respiratoria . . Farmacia Lian Farma . Abril – Julio 2014.....	63
Tabla N°05.	Distribución de la frecuencia y porcentaje de los PRMs identificados. Programa del Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) en pacientes con infección respiratoria . . Botica Lian Farma . Abril – Julio 2014.....	64
Tabla N°06.	Distribución de la frecuencia del tipo de intervenciones realizadas de acuerdo al Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs) identificados. Programa del Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) a pacientes con infección respiratoria . . Botica Lian Farma . Abril – Julio 2014.....	65

Índice de Gráficos

Pág. N°

Gráfico N°01.	Porcentaje de los medicamentos usados para los problemas de salud identificados. Programa de SFT a paciente hipertenso. Farmacia Mundial. Abril – Julio 2014.....	64
---------------	---	----

I. INTRODUCCIÓN

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 et al⁹ 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 farmacéuticos y los criterios de prescripción y dispensación.

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

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

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

1.1. Planteamiento del problema

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

Específicamente la presente investigación estuvo orientada a describir ¿Cuál es el efecto de un programa piloto de seguimiento Farmacoterapéutico sobre la percepción de la actividad profesional del farmacéutico en pacientes con infección Respiratoria Aguda intervenidos en la Botica - Lian Farma, Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash, Abril – Julio 2014.?

1.2. Objetivos de la investigación.

1.2.1. Objetivo general

Determinar el efecto de un programa piloto de seguimiento Farmacoterapéutico sobre la percepción de la actividad profesional del farmacéutico en pacientes con infección Respiratoria Aguda intervenidos en la Botica - Lian Farma, Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash, Abril – Julio 2014

1.2.2. Objetivos específicos

1.1.1.1. Evaluar el estado de situación del uso de medicamentos en los pacientes con Infecciones Respiratorias Agudas y diagnosticar los problemas relacionados con medicamentos existentes.

1.1.1.2. Intervenir a los pacientes que presentan Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs) mediante un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) para prevenirlos o curarlos.

1.1.1.3. Comparar el nivel de percepción de la actividad profesional del farmacéutico por parte de los pacientes con Infección Respiratoria Aguda antes y después de la intervención piloto.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.

2.1. Antecedentes.

2.1.1. Atención farmacéutica y seguimiento Farmacoterapéutico.

Las diversas intervenciones de AF desarrolladas basadas en SFT y realizadas en diversos ámbitos 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 ¹¹.

Se concluyó en un informe publicado en Inglaterra que la satisfacción del paciente hacia la labor profesional del Farmacéutico es un indicador de la calidad del servicio sanitario ^{12,13, 14}, por tanto, con relación a la farmacia comunitaria, la valoración de la calidad asistencial debe realizarse tanto en la dispensación, como en la capacidad de satisfacer las necesidades del paciente ^{15, 16,17}.

En una investigación realizada en el mes de marzo del 2001, farmacéuticos españoles obtuvieron resultados de su investigación acerca del grado de confianza en el farmacéutico para plantear los problemas de salud y seguir sus indicaciones lo cual fue valorado con unas medias de 4.63 y 4.70 respectivamente, en la escala de 1 a 5. Los resultados que obtuvieron estos farmacéuticos ponen de manifiesto el alto grado de confianza que tienen los pacientes en el farmacéutico para plantear sus problemas de salud y seguir sus indicaciones en temas sanitarios ^{18, 19, 20, 21, 22,23}.

En cuanto a los tipos de intervenciones realizadas, Sabater y Et al ²⁴, 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 17 (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 ^{25,26,27,28,29} .

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 ^{30,31,32,33,34,35} .

En el Perú, en una búsqueda rápida en internet de las palabras clave SFT en pacientes con infección respiratoria aguda en el Perú o AF 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 Et al³⁶ . 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.

Machuca M ³⁷ . En una investigación sobre SFT utilizando el método DADER mostro resultados en la ayuda que proporciona el seguimiento a los usuarios a la hora de entender la necesidad del tratamiento farmacológico y de su cumplimiento el cual obtuvo resultados en porcentajes del 99 y 98% respectivamente. En cuanto al papel profesional del farmacéutico, el 78.6% considera al farmacéutico colaborador del médico, mientras que el 11.6% piensa que lo sustituye¹⁸ .

Ocampo ³⁸ 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 ($p = 0,003$).

2.1.2. Evolución del Seguimiento Farmacoterapéutico en el Perú.

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 privado³⁹.

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^{40,41,42}.

Según La Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud del Perú (DIGEMID)⁴³, 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 proceso⁴⁴.

2.1.3. Antecedentes epidemiológicos de IRAS.

Según el MINSA⁴⁵. En el Perú se viene produciendo cambios bruscos de temperatura en diversas regiones del país, a pesar encontrarnos en la etapa de verano, el clima de muchas ciudades registran cifras por debajo de lo normal produciéndose casos de infecciones respiratorias agudas y neumonías en la población menor de 5 años y adultos mayores, los principales afectados ante estos hechos anómalos. Comúnmente, es la sierra peruana la más afectada con las bajas temperaturas que llegan hasta los 0° C, acompañadas muchas veces por granizadas, heladas y nevadas, las cuales se conocen como “friaje”. Esto repercute en su mayoría, en la población de escasos recursos económicos que vive en zonas alejadas y muchas veces no cuenta con los medios para trasladarse a un establecimiento de salud. Este clima durará aproximadamente hasta el mes de agosto, y las temperaturas muy frías afectan principalmente a las regiones Puno, Cusco, Huancayo, Huanuco, Apurímac, Arequipa, Cajamarca, algunas zonas de Lima, entre otros, en donde la temperatura puede llegar hasta los - 20° C.

Esta situación se ve agravada en la sierra sur y algunas veces en la sierra central, con la caída de nevadas haciendo más compleja la situación adversa que condiciona negativamente la salud de las personas y el funcionamiento de los servicios de salud. La temporada de frío se ha presentado de manera recurrente en los últimos años en la sierra peruana, especialmente en el centro y sur, pero es en este año que se ha adelantado en algunas regiones del país, en donde la temporada de lluvias ha originado que también se presenten casos de afecciones graves a la salud por las inundaciones causadas. Estos hechos nos llevan a adoptar acciones dirigidas a minimizar los efectos sobre la salud de la población, especialmente en niños y adultos mayores.

Uno de los problemas más recurrentes en esta etapa de “friaje” son las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) en menores de 5 años, que representa un problema de salud pública y que su complicación más grave es la neumonía. Las infecciones respiratorias

agudas son un grupo de enfermedades del aparato respiratorio causadas por microorganismos virales o bacterianos, las cuales se incrementan con relación al descenso de temperatura. Aunque el frío, en sí mismo, no es causante de enfermedad, existen hábitos y conductas asociadas a las bajas temperaturas que aumentan el riesgo de enfermar. Las IRAS constituyen un importante problema de salud pública ya que ocupan en el país el primer lugar dentro de las causas de morbilidad general y como demanda de atención médica entre los menores de 5 años, ya que se estima que tres de cada cuatro consultas que se otorgan en los servicios de salud para atender enfermedades infecciosas, corresponden a padecimientos respiratorios agudos. Se sabe que la IRA es la primera causa de muerte en todas las etapas de vida. La mayor incidencia y letalidad de esta infección se presenta en el grupo infantil, en el que la neumonía es responsable del mayor porcentaje de las defunciones. La Oficina General de Comunicaciones a través de un plan comunicacional, viene desarrollando diversas estrategias que permiten desarrollar que ayuden a informar a la población de las regiones afectadas, aspectos relacionados con las heladas, granizadas, nevadas y friaje, a fin de que adopten medidas para prevenir las enfermedades, especialmente que afectan mayormente a los niños menores de 5 años de edad y a los adultos mayores ⁴⁵.

Los casos de IRAS y neumonías, por sus antecedentes, se presentan todos los años en las distintas regiones del país, especialmente en la sierra sur y centro, pero además, la selva también viene registrando temperaturas por debajo de lo normal que han originado casos de estas enfermedades, especialmente en los menores de edad y adultos mayores. Los datos que muestra la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud en cuanto a la mortalidad infantil, dan cuenta que hasta mediados de marzo pasado, los casos en menores de cinco años llegaron a 6,368 y en 1,474 en los adultos mayores, siendo en menor número entre las edades de 5 a 59 años. Hasta la semana epidemiológica (SE) 11 del año 2010, los servicios de salud del país han notificado 594,578 atenciones por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en menores de 5 años, lo que representa 5,32 % menos comparado al mismo periodo del año 2009 y 14,84 % menos que el año 2008. El canal endémico de las IRA en la SE 11 se ubica en zona de alarma. En el periodo analizado del total de atenciones por IRA, el 1,7 % representan episodios de neumonías ⁴⁵.

2.1.4. Antecedentes epidemiológicos.

Según el MINSA ³³. En el Perú se viene produciendo cambios bruscos de temperatura en diversas regiones del país, a pesar encontrarnos en la etapa de verano, el clima de muchas ciudades registran cifras por debajo de lo normal produciéndose casos de infecciones respiratorias agudas y neumonías en la población menor de 5 años y adultos mayores, los principales afectados ante estos hechos anómalos. Comúnmente, es la sierra peruana la más afectada con las bajas temperaturas que llegan hasta los 0° C, acompañadas muchas veces por granizadas, heladas y nevadas, las cuales se conocen como “friaje”. Esto repercute en su mayoría, en la población de escasos recursos económicos que vive en zonas alejadas y muchas veces no cuenta con los medios para trasladarse a un establecimiento de salud. Este clima durará aproximadamente hasta el mes de agosto, y las temperaturas muy frías afectan principalmente a las regiones Puno, Cusco, Huancayo, Huanuco, Apurímac, Arequipa, Cajamarca, algunas zonas de Lima, entre otros, en donde la temperatura puede llegar hasta los - 20° C.

Esta situación se ve agravada en la sierra sur y algunas veces en la sierra central, con la caída de nevadas haciendo más compleja la situación adversa que condiciona negativamente la salud de las personas y el funcionamiento de los servicios de salud. La temporada de frío se ha presentado de manera recurrente en los últimos años en la sierra peruana, especialmente en el centro y sur, pero es en este año que se ha adelantado en algunas regiones del país, en donde la temporada de lluvias ha originado que también se presenten casos de afecciones graves a la salud por las inundaciones causadas. Estos hechos nos llevan a adoptar acciones dirigidas a minimizar los efectos sobre la salud de la población, especialmente en niños y adultos mayores.

Uno de los problemas más recurrentes en esta etapa de “friaje” son las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) en menores de 5 años, que representa un problema de salud pública y que su complicación más grave es la neumonía. Las infecciones respiratorias agudas son un grupo de enfermedades del aparato respiratorio causadas por microorganismos virales o bacterianos, las cuales se incrementan con relación al descenso de temperatura. Aunque el frío, en sí mismo, no es causante de enfermedad, existen hábitos y conductas asociadas a las bajas temperaturas que aumentan el riesgo de enfermar. Las IRAS constituyen un importante problema de salud pública ya que ocupan en el país el

primer lugar dentro de las causas de morbilidad general y como demanda de atención médica entre los menores de 5 años, ya que se estima que tres de cada cuatro consultas que se otorgan en los servicios de salud para atender enfermedades infecciosas, corresponden a padecimientos respiratorios agudos. Se sabe que la IRA es la primera causa de muerte en todas las etapas de vida. La mayor incidencia y letalidad de esta infección se presenta en el grupo infantil, en el que la neumonía es responsable del mayor porcentaje de las defunciones. La Oficina General de Comunicaciones a través de un plan comunicacional, viene desarrollando diversas estrategias que permiten desarrollar que ayuden a informar a la población de las regiones afectadas, aspectos relacionados con las heladas, granizadas, nevadas y friaje, a fin de que adopten medidas para prevenir las enfermedades, especialmente que afectan mayormente a los niños menores de 5 años de edad y a los adultos mayores³³.

Los casos de IRAS y neumonías, por sus antecedentes, se presentan todos los años en las distintas regiones del país, especialmente en la sierra sur y centro, pero además, la selva también viene registrando temperaturas por debajo de lo normal que han originado casos de estas enfermedades, especialmente en los menores de edad y adultos mayores. Los datos que muestra la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud en cuanto a la mortalidad infantil, dan cuenta que hasta mediados de marzo pasado, los casos en menores de cinco años llegaron a 6,368 y en 1,474 en los adultos mayores, siendo en menor número entre las edades de 5 a 59 años. Hasta la semana epidemiológica (SE) 11 del año 2010, los servicios de salud del país han notificado 594,578 atenciones por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en menores de 5 años, lo que representa 5,32 % menos comparado al mismo periodo del año 2009 y 14,84 % menos que el año 2008. El canal endémico de las IRA en la SE 11 se ubica en zona de alarma. En el periodo analizado del total de atenciones por IRA, el 1,7 % representan episodios de neumonías³³.

2.2. Marco teórico

2.2.1. 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.³⁷

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.³⁷

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 et al ³⁸ 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 iosincrasias, las reacciones adversas o interacciones desconocidas (Cuadro N°01)²³

CUADRO N°01. Listado de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM)
Modificado por Ocampo del Método DADER de SFT

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 considera a los Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) como la causa de resultados Negativos asociado al uso de medicamentos (RNM)³⁹ 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°02. 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

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).⁴⁰

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.⁴¹

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).⁴²

Culbertson et al en 1997⁴² citado por Hurley⁴³ 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.

Ferriols⁴⁴ 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 ⁴⁵, 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.

2.2.2. Diagnóstico de problemas relacionados con medicamentos (PRM).

El diagnóstico de PRMs como signos y síntomas de resultados negativos de la medicación (RNMs), demanda de los profesionales farmacéuticos el desarrollo de habilidades, capacidades y competencias para identificarlos 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.²⁷

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

El Tercer Consenso de Granada ²⁷ y la Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico del Método DADER ⁴⁶ presentan 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 en 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, necesiéndola.

Según la normatividad ⁴⁷ vigente los medicamentos están clasificados en cuatro categorías de uso: a) aquellos que pueden adquirirse sin prescripción y de venta en establecimientos no farmacéuticos; b) los que pueden adquirirse sin prescripción solo en establecimientos farmacéuticos; c) Medicamentos de venta bajo prescripción y solo en establecimientos farmacéuticos y d) Medicamentos especiales de venta solo en farmacias y bajo receta médica restringida.

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

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

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

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

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

Como conservación inadecuada también se considera el almacenamiento de los medicamentos de manera desordenada, en bolsas plásticas, cajas, armarios, etc. Donde

se guardan fuera de su empaque secundario, a granel y mezclándose con otros medicamentos de apariencia similar. Esta práctica puede generar equivocación al escoger el medicamento necesitado de consecuencias muy graves.

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

El origen de un problema de duplicidad es la prescripción. Se considera que dos medicamentos son duplicados cuando son medicamentos que necesitan receta para su uso y de hecho figuran en una misma prescripción o fueron indicados en dos oportunidades diferentes para la misma o diferente morbilidad. En todo caso el paciente continúa usándolos de manera concomitante.

La duplicidad puede darse también cuando el paciente decide tomar dos medicamentos que no necesitan prescripción pero con el mismo efecto farmacológico.

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

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

- e) Dosis, pauta y/o duración no adecuada (PRM 5): Sucede cuando la prescripción no es conforme a las pautas posológicas habituales o recomendadas en esquemas de tratamiento institucionales. La incongruencia puede ser en la dosis, la vía de administración, la frecuencia de administración o el tiempo recomendado para el tratamiento.

- f) **Contraindicaciones (PRM 6):** Un medicamento está contraindicado cuando por las condiciones fisiopatológicas del paciente o la toma concomitante de alguna otra sustancia no esté en condiciones de usar un determinado medicamento. Las contraindicaciones pueden predisponer un daño muy negativo para el paciente. Se identifica un medicamento contraindicado al revisar los medicamentos prescritos que el paciente consume de manera regular. O cuando el paciente consume un medicamento de venta libre contraindicado para su condición.

No se considera contraindicación cuando el paciente decide 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 el Farmacéutico está facultado para ofrecerle al paciente una alternativa farmacéutica al medicamento prescrito, indicándole las diferencias de origen y precio.^{47, 48} 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 medicamentos y si los medicamentos son coherentes farmacológicamente con el diagnóstico.⁴⁹

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 Basterra⁵⁰ 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 ⁵¹. 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. ^{52, 53}

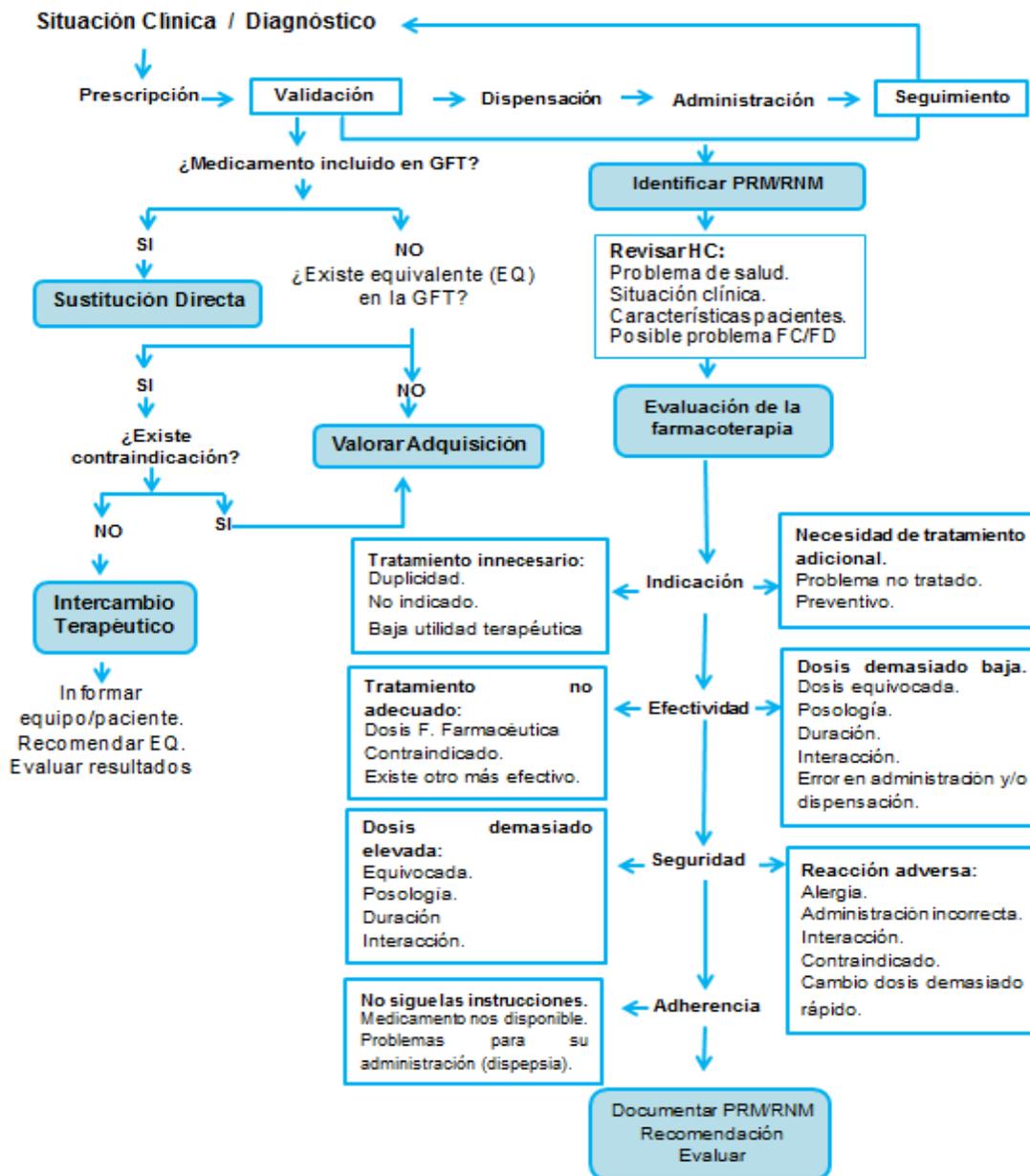
El grado de adherencia medido antes y después de una intervención farmacoterapéutica sirve como un indicador de la eficacia del Seguimiento Farmacoterapéutico sobre la resolución de PRM ⁵⁰. El grado de la adherencia se evaluará mediante la aplicación del test denominado Medication Adherence Scale o Test de Morisky ⁵⁵.

- 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^{56, 57}.

Se **consideran** las interacciones con productos naturales o alimentos que el paciente suele consumir de manera regular junto con los medicamentos que pudieran afectar negativamente la medicación. Al igual que en la duplicidad y en las contraindicaciones se considera interacción cuando el origen de uso de los medicamentos implicados es una prescripción médica. Si la interacción se produce por el uso de un medicamento automedicado que necesita prescripción el problema se tipifica como error de medicación (PRM 1).

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

Figura N° 01. Flujograma de la etapa de estudio y evaluación. Tomado de Comité de Consenso^{25, 28, 40}.



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

- l) Potenciales reacciones adversas (PRM 12): Son aquellos problemas de salud causados o agravados por el medicamento. Conviene revisar la evidencia científica que existe sobre la probabilidad de manifestación de un determinado efecto indeseado, así como su gravedad. Es preciso establecer cuáles son los signos clínicos que permiten identificar la aparición de los efectos indeseados de un medicamento. También es conveniente revisar resultados de análisis clínicos que puedan estar alteradas por causa del medicamento ⁴⁶.

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

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

La ineficacia puede ser el origen de prácticas inapropiadas para la salud del paciente. El Farmacéutico ante un diagnóstico de problema insuficientemente tratado debe comunicarse inmediatamente con el médico.

El Tercer Consenso de Granada²⁷ sugiere que su lista de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs) puede ser enriquecida a medida que en la realidad donde se pongan en práctica programas de Seguimiento Farmacoterapéutico se definan otras entidades o factores propios del entorno que puedan desencadenar Resultados Negativos de la Medicación. En este sentido se han considerado las recomendaciones de investigaciones similares y se han incorporado como PRMs: las influencias negativas del entorno, el uso de medicamentos ilegales y los problemas económicos, que son factores propios de nuestra realidad.⁵⁴ 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.

2.2.3. La 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 posible²⁰.

Una parte de la misión señalada por la OMS se contiene en la definición del término Pharmaceutical Care¹. En España país donde se ha incorporado el término a la asistencia sanitaria, El Ministerio de Sanidad y Consumo promueve el concepto de Atención Farmacéutica (AF) como un conjunto de servicios farmacéuticos dirigidos al paciente que van desde el control de calidad de la prescripción hasta actividades de Farmacovigilancia.

24, 27, 58

En el ámbito comunitario, según Andrés Rodríguez ⁸ 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° 03. Actividades de Atención Farmacéutica en el ejercicio profesional del farmacéutico comunitario.

ACTIVIDADES ORIENTADAS AL MEDICAMENTO	ADQUISICIÓN, CUSTODIA, ALMACENAMIENTO, CONSERVACIÓN, de materias primas, especialidades farmacéuticas y productos sanitarios.
ACTIVIDADES ORIENTADAS AL PACIENTE ATENCIÓN FARMACÉUTICA	DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS. FORMULACIÓN
	INDICACIÓN FARMACÉUTICA. FORMACIÓN EN USO RACIONAL. EDUCACIÓN SANITARIA. FARMACOVIGILA
	SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

Tomado de Andrés Rodríguez ⁸

Aquellas actividades que no están directamente relacionadas con el uso de medicamentos pueden contribuir también con este objetivo siendo consideradas más como actividades para el aseguramiento de la calidad intrínseca de la forma farmacéutica, por ejemplo a través de análisis de control de calidad. ^{8, 39}

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 se define “atención” como “la responsabilidad individual de alguien para entregar bienestar y seguridad”, mientras que un servicio implica simplemente funciones o actividades. ⁵⁹

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.^{59, 60, 61}

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, 63}

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.^{61, 64}

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 Machuca⁶⁴ actualmente los términos: Atención Farmacéutica (AF), Intervención Farmacéutica (IF) y Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) se usan indistintamente en las diferentes investigaciones

sobre el tema para indicar una misma actividad orientada a asegurar calidad y prevenir el riesgo en el consumo de medicamentos por parte de los pacientes.

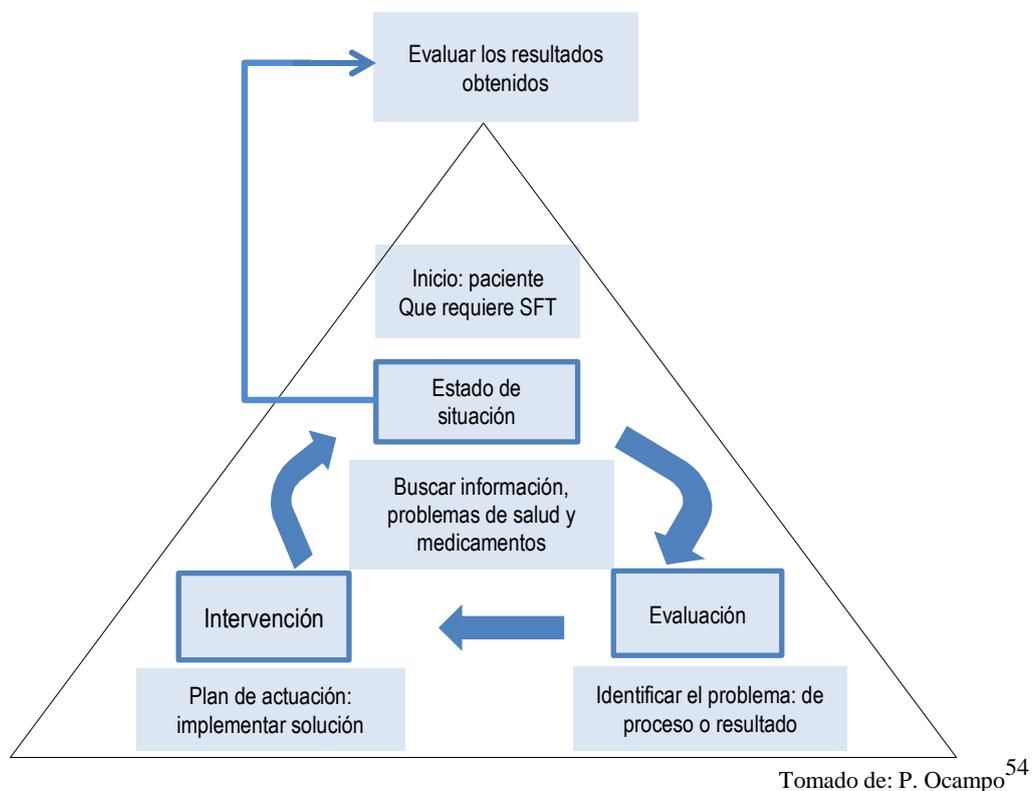
Según Martí y Jiménez ⁶⁵ de manera general los programas de AF o SFT deben soportarse en métodos o sistemas para dar respuesta a los siguientes aspectos: a) Identificación temprana de pacientes que se beneficiarían con su implantación; b) Registrar las categorías y causas que originan los problemas relacionados con los medicamentos y su documentación; c) Generar alertas para solucionar fallos del sistema; d) Evaluar la utilidad clínica de los procesos asistenciales en curso y e) Facilitar la propuesta de mejoras en la calidad de la gestión farmacoterapéutica. A través de los años se han desarrollado varios métodos para este fin, entre ellos los más conocidos son: a) The Therapeutic Outcomes Monitoring (TOM) aplicable a grupos de pacientes que sufren enfermedades de alto riesgo propuesto por Charles Hepler ²¹; b) El Método del Global Pharmaceutical Care de Linda Strand et al ¹⁸ y c) El método de Seguimiento Farmacoterapéutico DADER de Dáder y col. desarrollada desde la Universidad de Granada en España ⁶⁶. Existen así mismo otros métodos propuestos como el método IASER desarrollado por Climenti y Jiménez. ⁶⁵

En esta investigación se utiliza como modelo de SFT una modificación del método DADER ^{46, 67} Desarrollado por Ocampo ⁵⁴ 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 infección respiratoria. 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. ⁶⁷

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. ^{67, 68, 69} Sin embargo tal como lo proponen el Grupo de Investigación de la Universidad de Granada ⁶⁷ y Deselle y col. ⁷⁰ 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 Ocampo⁵⁴ modificando las herramientas de recojo de información para hacerlas más fáciles de aplicar por el profesional farmacéutico peruano y más entendibles para el paciente. Tanto en el método DADER⁶⁶ como en la versión modificada por Ocampo⁵⁴ 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. Etapas Clave del proceso de Seguimiento Farmacoterapéutico modificado de DADER⁶⁶.



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 farmacéutico⁶⁷.

El objetivo del SFT, independiente del modelo, es dar solución a los PRMs a través de intervenciones farmacéuticas efectivas. Sabater et al⁷¹. 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 RNM⁷¹.

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

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

Tomado de Sabater et al⁷¹

2.2.4. Percepción del paciente de la actuación profesional del farmacéutico

La variable satisfacción del paciente con las indicaciones del farmacéutico se definió como la aprobación final por parte del usuario de la calidad de la atención farmacéutica y refleja la habilidad del proveedor para cumplimentar las necesidades de los pacientes-usuarios⁷². La medición de la variable fue utilizada como indicador de la calidad percibida de los servicios farmacéuticos.

La variable se determinará antes y después de la intervención mediante el instrumento The Purdue Pharmacist Directive Guidance scale (PPDG)^{73, 74, 75}.

2.2.5. Infecciones Respiratorias Agudas

Los procesos infecciosos constituyen el motivo de consulta más frecuente en medicina general de familia y en pediatría. Las enfermedades infecciosas son la patología aguda más frecuente en atención primaria, ya que suponen una de cada tres consultas en pacientes adultos y hasta el 75% de las consultas en pediatría ⁷⁶. Las infecciones respiratorias agudas (IRAs), son las causas más frecuentes de morbilidad en el mundo y de elevada mortalidad particularmente en los países en desarrollo. Es el conjunto de alteraciones morfo funcionales y productivas causadas por la presencia y multiplicación de un agente microbiano patógeno (virus, bacterias), en unas condiciones determinadas.

Si bien se han realizado diversos estudios epidemiológicos para conocer la incidencia real de la patología infecciosa ^{76, 77}. Es fundamental conocer su etiología, patogenia y evolución, para poder formular un diagnóstico correcto que permita, a su vez, un tratamiento concordante. La etiología de las IRAs está dada por un grupo variado de diversos agentes, tanto bacterianos, como virales, que ocasionan enfermedad con sintomatología similar. Entre las bacterias que causan estas infecciones se pueden mencionar: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* ⁷⁶.

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 ⁷⁸.

Las faringoamigdalitis pueden ser estreptocócicas o no. Los estreptococos hemolíticos, en particular los del grupo A (*Streptococcus pyogenes*) son las bacterias más frecuentes que infectan al hombre, provocando una sintomatología muy variable. Otros agentes han sido señalados como agentes causantes de faringoamigdalitis; entre estos tenemos: Coxsackie tipo A, herpes simple, adenovirus, Coxsackie tipo B, virus de la influenza, mononucleosis infecciosa (virus de Epstein-Barr). Para saber si la faringitis es de origen viral el médico debe tomar en cuenta, en primer lugar, la edad del paciente. Para la amigdalitis recurrente se acepta la presencia de 7 o más episodios en 1 año durante los 2 ó 3 primeros años de vida ^{77, 78}.

Hoy estamos convencidos de que las enfermedades son el resultado de la interacción causal entre diversos factores biológicos, ambientales y sociales ⁷⁶, que como sabemos, anuncian el peligro de la ruptura del equilibrio que representa la salud. Durante los últimos años existía gran optimismo a nivel mundial, pues se pensaba que la lucha contra las enfermedades infecciosas estaba ganada, pero, actualmente, han ocurrido cambios que han propiciado la aparición y resurgimiento de muchas de ellas que eran consideradas ya un mito ^{76, 79}.

Una tercera parte de las consultas de atención primaria están relacionadas con enfermedades infecciosas y de éstas algo más de la mitad obedecen a infecciones del tracto respiratorio superior, la mayor parte de las cuales son procesos víricos autolimitados. Sin embargo, se utilizan con frecuencia antibióticos (ATB) para su tratamiento, realizándose un 80-90% de las prescripciones de ATB en atención primaria y urgencias. El uso innecesario de antibióticos genera resistencias, supone la medicalización de problemas banales y comporta mayores efectos secundarios y costes económicos, que se asocian a una mayor frecuentación a consultas médicas y urgencias. En el lado opuesto se encuentran las neumonías, cuya etiología suele ser bacteriana y en donde un pronto y adecuado tratamiento antibiótico es primordial ^{76, 77, 78, 79, 80}.

La gran mayoría de estos estudios constata que los problemas en el uso de antibióticos son, por un lado, la sobreutilización y, por otro, la selección inadecuada del principio activo, que se desplaza hacia los antimicrobianos de mayor espectro, lo que comporta un aumento de las resistencias microbianas ⁸⁰. Consiste en la prescripción de una receta de ATB para ser utilizada en caso de que los síntomas persistan o empeoren al cabo de unos días, se puede realizar una receta al paciente en la consulta inicial para que sólo lo adquiera en la oficina de farmacia en caso de no mejorar o bien indicando al paciente que acuda de nuevo al centro de salud a recoger la receta en el plazo establecido.

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

Según estudios, el motivo más frecuente de prescripción de antibióticos fue la amigdalitis (18,8%), seguido de otitis, bronquitis, faringitis, neumonía, sinusitis y agudización de EPOC. Si tenemos en cuenta la edad del paciente, se observa que el diagnóstico más frecuente en las edades inferiores son amigdalitis y otitis, de los 19 a los 45 años, el diagnóstico más frecuente fue amigdalitis seguido de faringitis, a partir de los 46 años, las infecciones más habituales que conlleva la prescripción de antibióticos son bronquitis ^{78, 80}.

Los antibióticos más prescritos son las aminopenicilinas (18,9%), amoxicilina-clavulánico (16,8%) y macrólidos (9,9%). Penicilinas y aminopenicilinas fueron los antibióticos más utilizados en amigdalitis y faringitis; cefalosporinas en otitis; amoxicilina-clavulánico en sinusitis, macrólidos en bronquitis. La pauta posológica más frecuentes fue cada 8 horas en más de la mitad de los pacientes, seguida por las pautas cada 12 horas y 24 horas; y la duración del tratamiento 7-8 días ^{79, 80}.

El principal problema manifestado en relación con el uso de antimicrobianos ha sido el de la aparición de resistencias bacterianas, capaz de hipotecar en el futuro la actual eficacia del tratamiento antibiótico, Otros problemas señalados han sido la automedicación, frecuentemente asociada al almacenaje de antibióticos en los domicilios, y el incumplimiento terapéutico ⁸⁰.

2.2.6. Botica Lian Farma

La presente investigación se llevó a cabo en la Botica “Lían Farma” La Botica está ubicada en el distrito de Nuevo Chimbote, en Urb San Rafael Mz.I4 It5 . 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 1 Farmacéutico y 1 técnico en farmacia. Ofrece la dispensación de medicamentos genéricos, de marca, medicamentos con receta médica y otros artículos relacionados.

La farmacia atiende diariamente un promedio de 40 pacientes. las patologías más frecuentes para las cuales se dispensan los medicamentos son: (las primeras 5 patologías) La Botica Lian Farma está en un proceso de implementación de buenas prácticas de oficina farmacéutica y buenas prácticas de almacenamiento. Es decir, está en vías de certificar BP de Dispensación, BP de Fármaco-vigilancia, BP de Seguimiento Farmacoterapéutico.

2.3. Hipótesis

De la evidencia planteada en los antecedentes se puede afirmar a priori que El Programa Piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico tendrá un efecto positivo significativo sobre la percepción de la actividad profesional del farmacéutico que tienen los pacientes con infección respiratoria que se atienden desde la Botica Lian Farma, Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash, Abril-Julio 2014.

III. METODOLOGÍA

3.1. Diseño de la investigación.

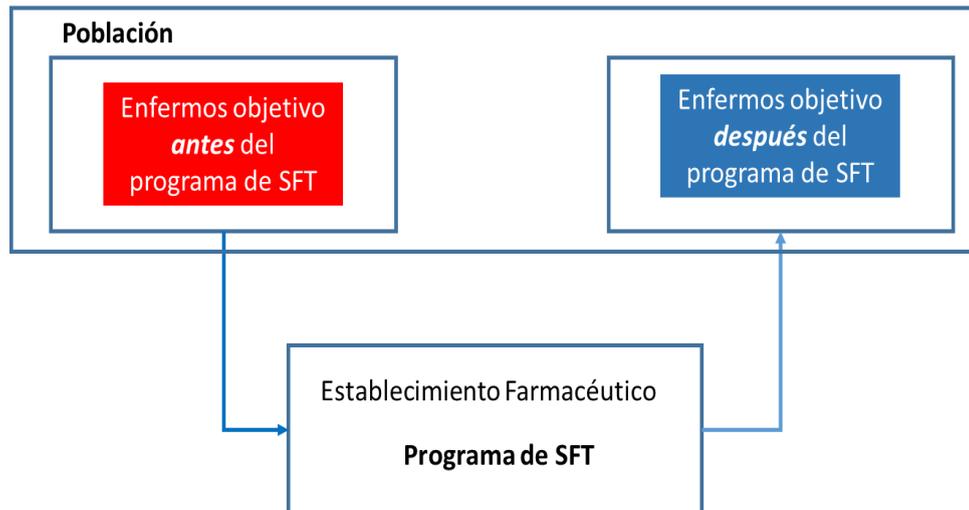
3.1.1. Tipo y el nivel de la investigación:

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

3.1.2. Diseño de la investigación:

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

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



Fuente: elaborado por Ocampo⁵⁴

3.2. Población y muestra

El universo de sujetos de estudio estuvo conformado por pacientes atendidos de manera regular en la Farmacia Mundial, los pacientes se autoseleccionaron entre aquellos que visitaron el EF en los meses de Abril a Julio del 2014 y cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron libremente ingresar al programa de SFT mediante la firma de un documento de consentimiento informado. El número final de los pacientes de la muestra fue arbitrariamente en 12 pacientes.

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

- Pacientes diagnosticados con Infección Respiratoria Aguda
- Edad entre 18 y 60 años.
- Con receta vigente para la enfermedad objetivo de antigüedad no mayor de tres meses.
- Consentimiento explícito a través de un documento firmado.
- Capacidad de comunicación en idioma español de manera fluida escrita y hablada.
- Autosuficientes, es decir la toma de medicación no dependió de terceros.

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

- Capacidad disminuida para comprender o comunicarse
- Pacientes cuya situación patológica pueda interferir en la interacción con el fármaco
- Pacientes participantes en otros estudios de investigación o en programas al mismo tiempo de la intervención de SFT.
- Imposibilidad de otorgar consentimiento informado

3.3. Definición y operacionalización de las variables.

3.3.1. Seguimiento farmacoterapéutico (SFT): es una práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades de los pacientes mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con el uso de medicamentos (PRM)⁶⁰.

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^{60, 81}. 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 de la SFT es la ficha farmacoterapéutica (FFT) (anexo N°....) 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 Granada²⁷. (Cuadro N° 05).

El diagnóstico de PRMs fue 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° 02). La identificación de los RNMs será por interpretación del PRM asociado y su registro como un evento diferente e individual en las tablas de frecuencias. Cada paciente presenta tantos RNMs como PRMs sean diagnosticados.

3.3.4. La variable satisfacción del paciente con las indicaciones del farmacéutico se definió como la aprobación final de la calidad de la atención farmacéutica y refleja la habilidad del proveedor para cumplimentar las necesidades de los pacientes-usuarios⁷². La medición de la variable fue utilizada como indicador de la calidad percibida de los servicios farmacéuticos. La variable se determinó mediante el instrumento The Purdue Pharmacist Directive Guidance scale (PPDG)^{73, 74, 75}.

3.3.5. Definición operacional: La Percepción de la actividad profesional del farmacéutico el instrumentos que se utiliza para su medición es el test de purdu es cual cuenta de 10 preguntas con respuestas según escala de Lickert cuyo puntaje ordinal va del 0 al 3, significando entonces un puntaje de 30 como de total satisfacción y 0 como total insatisfacción del paciente^{73, 74, 75}.

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 interacción a través de redes sociales en internet. 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 DADER²⁶.

3.4.2. Instrumentos

3.4.2.1. Fichas Farmacoterapéuticas (FFT) (Anexo N° 7.3.7.).

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.

Las fichas farmacoterapéuticas permiten además identificar y describir a los PRMs identificados durante la fase de diagnóstico mediante la interacción con el paciente. En la hoja 4 de la FFT se escribe el o los medicamentos origen del PRM y/o la morbilidad asociada. Luego se identifica la naturaleza del PRM que aparece en casillas identificado con un número (Ver Anexo N°7.3). Se utiliza una hoja 4 por cada PRM identificado. Es decir al final un paciente puede ser diagnosticado con más de un PRM y por lo tanto su expediente personal contendrá más de una hoja cuatro.

Para cada PRM se describe la acción desarrollada por el farmacéutico para la solución del PRM y un cuadro que sintetiza la acción realizada en alguna de 10 acciones posibles definidas por el Tercer Consenso de Granada ²⁷

Así mismo las FFT permiten registrar el Resultado Negativo de la Medicación relacionado con el PRM. Como se dijo anteriormente un paciente pudo ser diagnosticado con más de un PRM, por lo tanto pudo tener más de un RNM que debe estar identificado en la tabla de RNMs de la Hoja 5 de las FFT.

3.4.2.2. Instrumento para medir la Percepción de la actividad profesional del Farmacéutico (Cuadro N°05).

La variable se determinó mediante The Purdue Pharmacist Directive Guidance Scale (PPDG) propuesta por Gupchup et al ^{73, 74, 75}. El test (ver cuadro N°05) consta de una escala de 10 ítems. Las respuestas se valoraron de acuerdo a una escala tipo Likert de 5 puntos que van desde 0 a 3, donde 0 significa nunca, 1= raramente, 2 = casi siempre, 3 = siempre. Sumando las respuestas de cada ítem obtuvimos la puntuación total. La medición se realizó al inicio y al final de la intervención. Como resultado de un ensayo previo se modificaron la sintaxis y las palabras utilizadas en el instrumento original para añadirle mayor comprensión para el paciente.

CUADRO N°05 TEST DE PURDUE MODIFICADO PARA DETERMINAR LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON LAS INDICACIONES DEL FARMACÉUTICO.

N°	PREGUNTA	Preguntas antes				Preguntas después			
		0	1	2	3	0	1	2	3
1	El farmacéutico se toma todo el tiempo que sea necesario para evaluar su problema de salud?								
2	Su farmacéutico ¿le ha dejado alguna información sobre como tomar sus medicamentos?								
3	El farmacéutico ¿le ha explicado como sospechar si el medicamento le está chocando?								
4	Su farmacéutico ¿le ha recalado sobre la forma como debe manejar su terapia sin recriminarle si estuvo bien o mal?								
5	Su farmacéutico sabe cómo explicar las cosas de una forma que asegure que usted siempre las entienda.								
6	Cuando ha tenido alguna duda sobre como tomar sus medicamentos ¿el farmacéutico siempre ha estado a su disposición?								
7	Su farmacéutico lo ha visitado de manera regular para verificar si ha seguido las indicaciones dejadas.								
8	Su farmacéutico le ha dicho a quién debe contactar si necesita alguna ayuda con el manejo de los medicamentos y su enfermedad.								
9	El farmacéutico se interesa mucho en Usted como persona.								
10	Su farmacéutico le ha motivado para que usted asuma con responsabilidad su enfermedad y la toma de sus medicamentos.								
0=nunca, 1= algunas veces, 2=casi siempre, 3= siempre									

Modificado de The Purdue Pharmacist Directive Guidance Scale (PPDG) propuesta por Gupchup et al⁷⁵.

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.

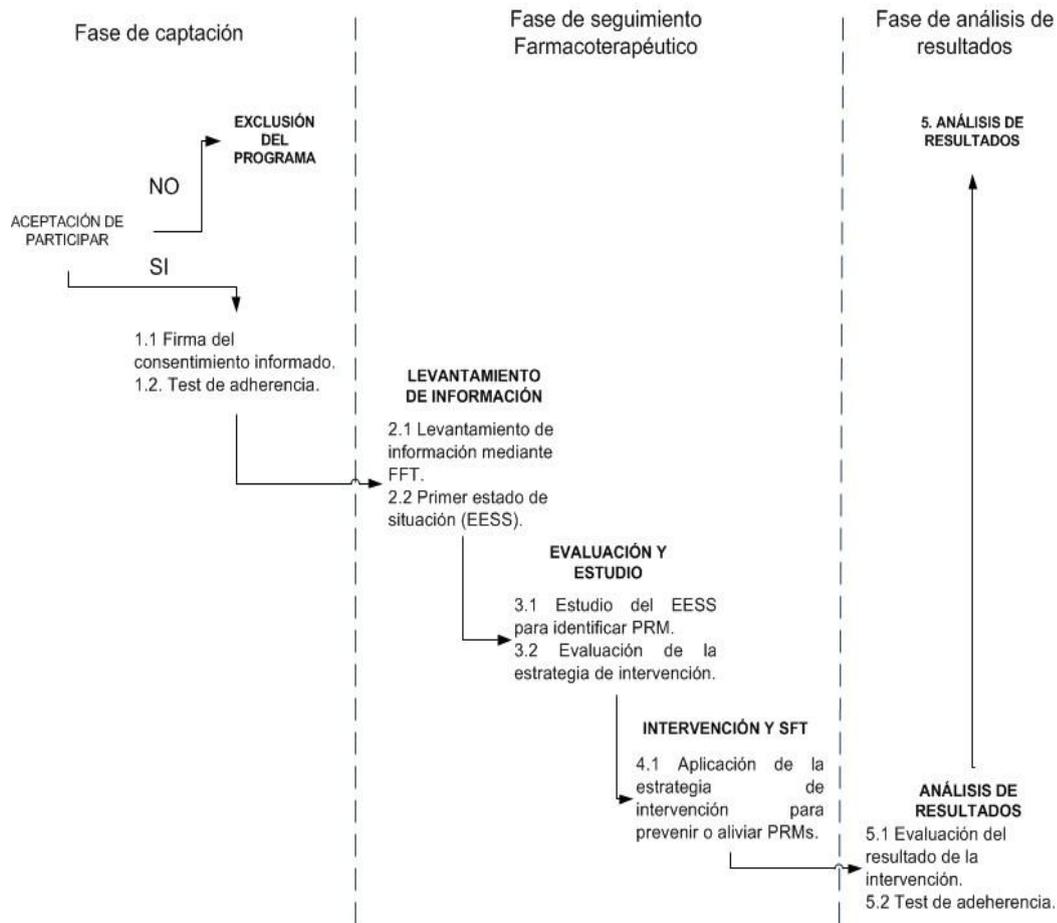
Las etapas del procedimiento de recolección de datos:

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.

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

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



Elaborado por OCAMPO P.⁵⁴

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.⁸³

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°06. TIPOS DE CANALES PARA COMUNICAR LAS RECOMENDACIONES DEL FARMACÉUTICO PARA LA SOLUCIÓN DE PRMs

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

3.4.3.4. Fase de intervención y seguimiento Farmacoterapéutico.

El objetivo de esta fase fue comunicar asertivamente los objetivos y los plazos que deben cumplir el paciente y/o médico para la solución de PRMs. La intervención fue mediante visitas domiciliarias, contacto telefónico, correos electrónicos.

Para la comunicación de las estrategias de solución al paciente se usó las entrevistas personales y recomendaciones escritas. Cuando las intervenciones fueron para sugerir la modificación de dosis, añadir, retirar o sustituir un medicamento prescrito la comunicación fue dirigida al médico prescriptor. La sugerencia escrita de la estrategia fue a través de formatos pre elaborados dirigidos al paciente o al médico (Anexo N° 03)

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

3.4.3.5. Evaluación del impacto de la intervención.

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

3.5. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.

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

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

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 y para la determinación de la correlación entre las variables se utilizó el estadístico de Spearman

3.4.6. Criterios éticos.

El estudio se llevó a cabo siguiendo las normas éticas de la Declaración de Helsinki⁸³. 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 farmacoterapéutica 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, apellidos y su dirección de correo electrónico de ser posible. Estos datos serán conocidos por el investigador y por un auxiliar encargado de la aleatorización. Los datos permanecerán en la base de datos informática hasta la finalización del estudio y será destruida posteriormente al término de la investigación.

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

No se modificará la terapia prescrita sin el consentimiento del profesional prescriptor. El informe estuvo aprobado por el Comité de Investigación de la Escuela Profesional de Farmacia de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.

IV. RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

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

Tabla N° 01. Distribución de frecuencias y porcentajes según sexo y edad promedio durante el Programa de seguimiento Farmacoterapeutico en pacientes con Infección Respiratoria Aguda intervenidos en la Botica Lian Farma Nuevo Chimbote, Abril-julio 2014

GENERO	PROM EDAD (AÑOS)	Fi	%
F	34.9	8	66.7
M	32.3	4	33.3
\bar{x}	33.6	12	100.0
S	10.0		

Tabla N°02. Distribución de los tiempos invertidos durante el Seguimiento Farmacoterapéutico entre el farmacéutico y los pacientes por la forma de contacto. Programa de SFT a pacientes con infección respiratoria aguda. Botica Lian Farma Nuevo Chimbote, Abril-julio 2014

N°	FARMACIA	CONTACTO EN CASA	TIEMPO EN CASA (min)	CONTACTO FONONO	TIEMPO FONONO (min)	CONTACTO OTRA VIA	TIEMPO OTRA VIA (min)	TOTAL CONTACTO (min)	TOTAL TIEMPO (min)
2	1	15	3	55	3	10	0	7	80
3	1	15	3	75	3	9	0	7	99
4	1	20	3	90	2	20	0	6	130
5	1	20	3	70	2	8	0	6	98
6	1	20	3	80	2	14	0	6	114
7	1	20	3	75	2	20	0	6	115
8	1	20	3	80	4	11	0	8	111
9	1	20	3	90	3	10	0	7	120
10	1	15	3	70	4	10	0	8	95
11	1	20	3	85	3	9	0	7	114
12	1	15	3	65	5	13	0	9	93
TOTAL	12	220	36	900	35	146	0	83	1266
\bar{x}	1	18.3	3.0	75.0	2.9	12.2	0.0	6.9	105.5
\bar{x} por contacto		18.3		25		41.714.2 86		0	15.3

t: tiempo, CONT: contactos, (min): minutos, FONONO: teléfono, OV: Otras vías de contacto: correo electrónico, redes sociales, etc., TOTAL CONT: número total de contactos, TOTAL T: tiempo total invertido en minutos, PROMEDIO T: promedio del tiempo invertido por contacto.

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

Tabla N°03.- Distribución de la frecuencia y porcentajes de los Problemas de Salud identificados en los pacientes intervenidos según si fueron diagnosticadas o no.
Programa de SFT a pacientes con infección respiratoria aguda. Botica Lian Farma Nuevo Chimbote, Abril-julio 2014.

MORBILIDAD	CIE 10	DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD	FREC	%
DIAGNOSTICADA	J039	Amigdalitis aguda	3	7.7
	J029	Faringitis aguda	3	7.7
	J40	Bronquitis, no especificada como aguda o crónica	1	2.6
	J304	Rinitis alérgica sin especificar	1	2.6
	J209	Bronquitis aguda	1	2.6
	J040	Laringitis	1	2.6
	J019	Sinusitis aguda	1	2.6
	J00	Rinofaringitis aguda(resfriado común)	1	2.6
		SUBTOTAL	12	30.8
NO DIAGNOSTICADA		Alergia	6	15.4
		Inflamación de los riñones	3	7.7
		Dolor muscular	3	7.7
		Dolor de estómago	3	7.7
		Dolor de cintura	3	7.7
		Fiebre	2	5.1
		Dolor de cabeza	2	5.1
		Dolor muscular	1	2.6
		Inflamación de ganglios	1	2.6
		Hongos en los pies	1	2.6
		Dolor	1	2.6
		Alergia (escozor de nariz)	1	2.6
		SUBTOTAL	27	69.2
		TOTAL	39	100.0

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

*CIE10. Código Internacional de Enfermedades versión 10

Tabla N° 04. Distribución de la frecuencia de uso de medicamentos según su origen en prescritos y no prescritos durante el proceso de intervención. Programa de SFT a pacientes con infección respiratoria aguda. Botica Lian Farma Nuevo Chimbote, Abril-julio 2014.

DIAGNÓSTICO	DCI	fi	Fi	% ACUM
Amigdalitis aguda	Amoxicilina + acido clavulanico	4	11	17.5
	Naproxeno	2		
	Amoxicilina	2		
	Ibuprofeno	1		
	sulfametoxazol + trimetoprima	1		
Faringitis aguda	vitamina c	1	8	12.7
	Dextrometorfano	2		
	Paracetamol	1		
	Naproxeno	1		
	Cefalexina	1		
	amoxicilina + ácido clavulánico	1		
Sinusitis aguda	Amoxicilina	1	5	7.9
	ácido acetilsalicílico	1		
	Cefalexina	3		
Rinitis alérgica sin especificar	Levocetirizina	1	4	6.3
	Ibuprofeno	1		
	Cefalexina	2		
Rinofaringitis aguda(resfriado común)	Paracetamol	1	3	4.8
	sulfametoxazol + trimetoprima	2		
Bronquitis, no especificada como aguda o crónica	Paracetamol	1	3	4.8
	Eritromicina	2		
Bronquitis aguda	Naproxeno	1	3	4.8
	Levofloxacino	2		
Laringitis	codeína + feniltoloxamina	1	2	3.2
	Claritromicina	2		
	SUBTOTAL		39	61.9
Alergia	Cetirizina	3	7	11.1
	Clorfenamina	1		
	Loratadina	1		
	Betametasona	1		
	Dexametasona	1		
Dolor muscular	Diclofenaco	1	3	4.8
	Celecoxib	1		
	Ibuprofeno	1		
Dolor de estómago	Hioscina	1	3	4.8
	Ranitidina	1		
	pargeverina + lisina	1		
Inflamacion de ganglios	Celecoxib	1	2	3.2
	Dexametasona	1		
Dolor de cabeza	ergotamina + cafeína	1	2	3.2
	Paracetamol	1		
Fiebre	Paracetamol	2	2	3.2
Inflamación de los riñones	Naproxeno	2	2	3.2
Dolor	Naproxeno	1	1	1.6
Dolor de cintura	diclofenaco + paracetamol	1	1	1.6
Hongos en los pies	Fluconazol	1	1	1.6
	SUBTOTAL		24	38.1
	TOTAL	63	63	100.0
		X	5.25	

Fuente: Anexo N°7.4, Tablas de Estado de Situación
 *CIE10.- Código Internacional de Enfermedades versión 10
 **DCI.- Denominación común internacional

Gráfico N°01. Porcentaje de los medicamentos usados para los problemas de salud identificados. Programa de SFT en pacientes con Infección Respiratoria Aguda, Botica Lian Farma Nuevo Chimbote, Abril-julio 2014

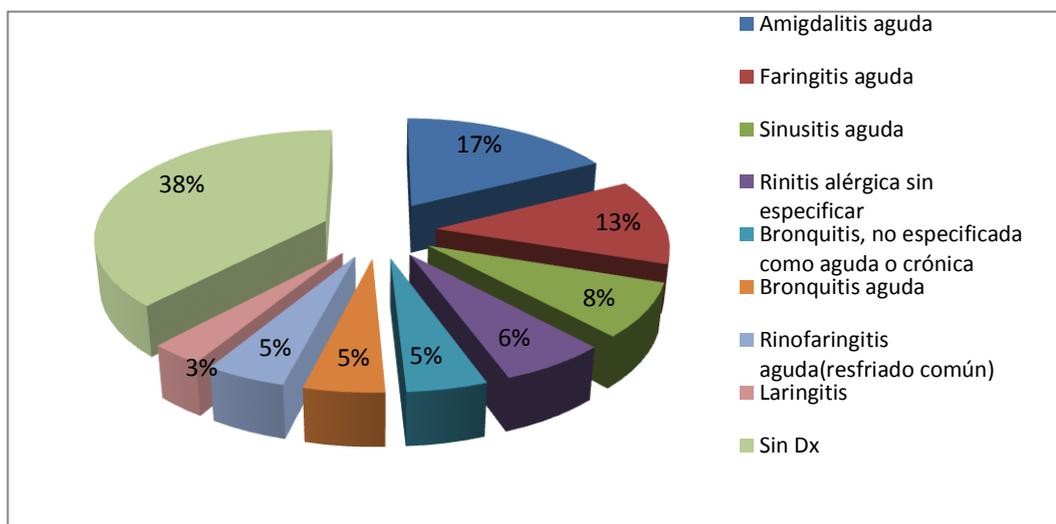


Tabla N° 05. Comparativo de la edad, cantidad de diagnósticos, cantidad de medicamentos, PRMS identificados y PRMS solucionados por paciente intervenido. Programa de SFT en pacientes con Infección Respiratoria Aguda, Botica Lian Farma Nuevo Chimbote Abril-julio 2014.

PACIENTE	SEXO	EDAD	NUMERO DIAGNOSTICO	NUMERO MEDICAMENTOS	NUMERO DE PROBLEMA RELACIONADO CON MEDICAMENTO	NUMERO DE PROBLEMA RELACIONADO CON MEDICAMENTO SOLUCIONADOS
1	F	41	3	3	3	3
2	F	24	3	4	2	1
3	F	28	3	3	3	3
4	F	49	4	4	4	3
5	M	27	2	4	2	1
6	M	40	3	4	3	3
7	F	51	3	5	2	2
8	F	25	3	6	4	2
9	M	30	4	4	2	2
10	F	39	4	4	3	3
11	M	32	4	6	4	4
12	F	22	3	4	3	2
TOTAL			39	51	35	29
PROM		34,00	3,25	4,25	2,92	2,42

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

Tabla N°06. Distribución de la frecuencia y porcentaje de los Problemas Relacionados con Medicamentos. Programa de SFT en pacientes con Infección Respiratoria Aguda, Botica Lian Farma, Nuevo Chimbote, Abril-julio 2014.

COD PRM	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA DE PRM	%
9	Incumplimiento	10	28,6
12	Reacciones Adversas	5	14,3
3	Conservación Inadecuada	5	14,3
2	Actitudes Negativas	5	14,3
1	Adm. Errónea del Med.	3	8,6
8	Error de Prescripción	2	5,7
6	Duplicidad	2	5,7
13	PS con tratamiento Insuficiente	1	2,9
11	Otros PS	1	2,9
10	Interacciones	1	2,9
TOTAL		35	100,0

4.1.4. IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DEL FARMACÉUTICO

Tabla N°07. Impacto del SFT sobre el puntaje promedio del Test de Purdue antes y después de la intervención. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) en paciente con infección respiratoria aguda. Botica Lian Farma Nuevo Chimbote, Abril-julio 2014

PREGUNTA	RESPUESTA		p=
	antes	después	
1. El farmacéutico se toma todo el tiempo que sea necesario para evaluar su problema?	2,08	2,83	0.007
2. Su farmacéutico le ha dejado alguna información sobre como tomar sus medicamentos?	1,92	2,92	0.010
3. El farmacéutico le ha explicado como sospechar si el medicamento le está chocando?	1,67	2,83	0.006
4. Su farmacéutico le ha recalcado sobre la forma como debe manejar su terapia sin recriminarle si estuvo bien o mal?	1,83	2,83	0.018
5. Su farmacéutico sabe como explicar las cosas de una forma que asegure que usted siempre las entienda.	1,83	2,83	0.008
6. Cuando ha tenido alguna duda sobre como tomar sus medicamentos el farmacéutico siempre ha estado a su disposición?	1,75	2,92	0.009
7. Su farmacéutico lo ha visitado de manera regular para verificar si ha seguido las indicaciones dejadas.	0,67	2,50	0,000
8. Su farmacéutico le ha dicho a quien debe contactar si necesita alguna ayuda con el manejo de los medicamentos y su enfermedad.	1,67	2,92	0.004
9. El farmacéutico se interesa mucho en mi como persona.	1,67	2,83	0.006
10. Su farmacéutico le ha motivado para que usted asuma su responsabilidad con respecto al éxito de la toma de sus medicamentos.	1,92	2,83	0.009
	\bar{X} 1.70	2.83	0.01

p= 0.005

p*= Estadístico Wilcoxon entre los puntajes por cada pregunta antes después de la intervención mediante SFT.

p**= Estadístico Wilcoxon entre el valor total promedio de todas las preguntas, antes y después de la intervención mediante SFT.

4.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS

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

4.2.1. Sobre los pacientes y los tiempos de intervención.

Los pacientes intervenidos fueron 12 que aceptaron participar en el estudio (Tabla 01) de 18 años a 60 años con diagnóstico de Infecciones Respiratorias Agudas en la Botica Lian Farma de Chimbote, esto lo pudimos saber ya que en su receta estaba aunque sea un antibiótico, el seguimiento se hizo durante cuatro meses de los cuales 8 (66.7%) fueron de sexo femenino y 4 (33.3%) de sexo masculino, lo cual muestra que hay mucha diferencia entre estos datos ya que observamos que el sexo femenino se preocupan por su enfermedad y van a la botica a tratarse y que tienen mayor tiempo para asistir a sus citas con el doctor.

La edad promedio de los pacientes que se intervinieron fue 33.6 años con una desviación estándar de 10.0, lo que demuestra que Enfermedades respiratorias agudas todos somos propensos a tener. Los pacientes son en su mayoría gente joven que no tiene otro problema de salud ni toman otros medicamentos por lo que el problema de confusión con otros tratamientos es mínimo.

Según diversos trabajos indican que las mujeres son las que buscan la atención en una farmacia ya sea porque tiene mayor comunicación y sobretodo porque los hombres son poco de conversar. Según Vega M.⁸⁴, señala que la enfermedad afecta a todas las edades, sin embargo su incidencia se concentra en los adultos (59%), predomina en el sexo femenino, rango de edad entre 0 a 87 años con una mediana de 20 años. Al igual indica también que en personas mayores de 65 años a más, la incidencia es alta debido a la senescencia del sistema inmunitario.

Para la amigdalitis:

Según la literatura consultada, la amigdalitis aguda supone el 1'3 de cada 100 consultas, suponiendo el 20% de las bajas laborales de los adultos. En los EEUU supone aproximadamente 40 millones de consultas al año. En cuanto a los facultativos que se encargan del diagnóstico y tratamiento de las faringoamigdalitis, en el 93% de los casos son médicos generalistas, facultativos de urgencias o médicos de familia, quedando tan sólo un 7% que se reparten pediatras y otorrinolaringólogos con 5-6% y 1-3% respectivamente. Así pues, es una patología en la cual los médicos de urgencia y atención primaria deben tener un buen manejo diagnóstico y terapéutico. ⁽⁸⁵⁾

El EF desde donde se implementó el SFT es una zona considerada de alta prevalencia de pacientes con infección respiratoria.

En la tabla N° 01 se observa la Distribución de los pacientes entrevistados según sexo, edad. Estos resultados confirman la idoneidad de los pacientes en cuanto al grupo etéreo necesario.

El 66.7 % (8 de 12) de las personas que participaron en el estudio SFT fueron de sexo femenino. Esto puede estar asociado al procedimiento de selección del paciente desde el Establecimiento farmacéutico, lugar al que acuden preferentemente mayor número de mujeres que dedican al mantenimiento del hogar o al cuidado de los hijos teniendo más tiempo para visitar los servicios de salud.

Por el contrario Keijzer sostiene que los hombres tienen mayores dificultades para pedir ayuda e involucrarse a programas de promoción del auto cuidado de la salud ⁽⁸⁶⁾. Bernabe por el contrario sostiene que las mujeres son las que consumen mayores antibióticos que los hombres

Los tiempos promedio invertidos (tabla 02) se presentan en cada una de las visitas durante el proceso de SFT por paciente, en donde encontramos un total de 83 contactos con un promedio de 6.9 contactos por paciente.

La captación de los pacientes se hizo en la Botica Lian Farma por lo tanto el primer contacto con el paciente fue en el EEFF y en algunos casos se empezó allí el ofrecimiento del programa, demostrando la preocupación por el estado del paciente y la importancia del seguimiento farmacoterapéutico en el tratamiento de su infección respiratoria el cual fue aceptado inmediatamente y en algunos casos pedían que los visitemos en su domicilio.

El trabajo más prolijo se realizó durante la primera y segunda visita de intervención, en las cuales se dejó al paciente las recomendaciones acerca de su tratamiento y hábitos de vida saludables que contribuyen a evitar complicaciones en la enfermedad. Se invirtieron en total 15.3 minutos aproximadamente por paciente en cada visita y en promedio por todas las visitas realizadas 105.5 min, que si los multiplicamos por los 12 pacientes intervenidos arrojan un total de 1266 minutos de trabajo farmacéutico dedicado al seguimiento Farmacoterapéutico.

Cabe recalcar que en 4 de 12 pacientes y son 4, 7, 9 y 11 fueron los que más tiempo invertido tuvieron durante el seguimiento Farmacoterapéutico con un tiempo promedio de 87.2 min (Ver tabla Nro. 2), debido a que estaban más interesados por compartir sus dudas y opiniones con respecto a su enfermedad y a los medicamentos, dicho tiempo fue fruto para enriquecer y demostrar nuestra labor como profesionales.

Esto se da ya que como son personas de mayor edad en la paciente 9 podemos notar que tomaba más medicamentos y sobretodo nos comenzó a contar acerca de cuantos medicamentos tenía guardado.

El tiempo utilizado en los contactos en el establecimiento farmacéutico fue 18.3 minutos en promedio, este medio fue útil para realizar la captación de los pacientes, si bien es cierto solo se utilizó para captar pacientes para realizar el SFT, debido a que el ambiente en el establecimiento no era cómodo para ganar la confianza del paciente y permita que haya una comunicación fluida y reconfortarle, por lo cual se optó por contactar al paciente en su domicilio y ser ahí donde se tome todos los datos posibles para armar nuestro informe.

El tiempo utilizado en los contactos en el domicilio fue de 75.0 minutos en promedio, fue una mejor opción ya que no solo permitía entrar en contacto directo con el paciente, sino que también por ser en domicilio permitía tener una comunicación farmacéutico- paciente más fluida y más cómoda a diferencia del establecimiento farmacéutico. Este medio fue muy útil ya que permitió alcanzar el objetivo de identificar signos de reacciones adversas, interacciones, contraindicaciones, mejorar la adherencia, etc.

El tiempo de llamadas para cada paciente fue un poco variable, ya que permitieron brindar y recibir información sobre su problema de salud por que en la actualidad sienten que los profesionales de salud no se preocupan por su enfermedad y la presencia de un profesional mostrando interés por la enfermedad y su tratamiento hacer que mejore la relación entre paciente y profesional de salud., el tiempo usado en las intervenciones por teléfono 12.2 minutos en promedio, este medio de contacto entre farmacéutico - paciente fue uno de los medio menos empleados, debido a que no estabas en contacto directo con el paciente lo cual influía en que no haya una comunicación fluida y cómoda con el mismo, solo se utilizó este medio en casos muy necesarios como hacerle recordar la toma de su medicamento, así como recomendaciones o también para verificar si se iba encontrar en casa previa a la visita farmacéutica.

La última visita sólo tuvo como objetivo el levantamiento de la información después de la intervención. Los minutos invertidos en promedio por paciente fue de 83 min y el tiempo promedio por contacto fue de 15.3 min (Tabla 02) reflejan más de una hora de trabajo por cada paciente lo que implicó en la práctica un ejercicio complejo por la necesidad de conocer el estado de salud de cada paciente y extraer todo lo necesario del paciente y explicarle que le puede pasar que recomendaciones darle.

Según María Belén (2011), para poder ofrecer el servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico el farmacéutico ha de tener una sistemática de trabajo que le permita contar con el conocimiento completo de una serie de datos personales y sanitarios relacionados con el paciente. Para ello el farmacéutico establecerá una secuencia de entrevistas personales con el fin de generar una relación profesional centrada en la farmacoterapia y en los problemas de salud referidos por el paciente, para conseguir unos resultados óptimos y, en caso contrario, intervenir para corregir PRM o RNM.⁽⁸⁷⁾

Roger considera que un canal de comunicación con el paciente es el medio por el cual el mensaje va de un individuo a otro y afirma que los medios masivos son más efectivos para proporcionar información, y que los pacientes lleguen a la fase de conocimientos, mientras que la comunicación interpersonal es más efectiva para formar y cambiar actitudes en torno a una idea ⁽⁸⁸⁾

Gastelurrutia en el programa SIGUE encontró tres grandes obstáculos para la realización del SFT de una manera generalizada: la necesidad de tiempo, y por tanto de contratación de nuevos farmacéuticos, la necesidad de apoyo clínico, por falta de confianza y conocimientos en dichos aspectos, y la necesidad del pago por el servicio para hacerlo rentable.

La falta de tiempo y necesidad de más personal, unido a la necesidad de reorganización de las funciones de los miembros del equipo de la farmacia, son aspectos que han sido descritos por muchos autores. De hecho, en algunos estudios se demuestra que el tiempo es el mayor generador de costes en la provisión del SFT. ⁽⁸⁹⁾

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

Debido a que las Infección Respiratoria Aguda fue la enfermedad objetivo, todos los pacientes la sufrieron (Tabla N°03). Se identificaron 39 enfermedades, donde cada paciente puede tener 3 enfermedades. Aproximadamente el 30.08% de éstas fueron diagnósticos por médicos respaldados por una prescripción. Los restantes (69.2%) fueron signos, síntomas, percepciones, malestares, u otro similar no diagnosticado que el paciente sentía al momento del levantamiento de la información y que pudo ser el origen de uso automedicado de medicamentos.

Evidentemente el diagnóstico de AMIGDALITIS AGUDA fue la más frecuente por ser la enfermedad objetivo y criterio de inclusión, luego de dicha enfermedad los pacientes presentaron otras enfermedades relacionadas tales como BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA que es la segunda enfermedad más frecuente (2.6%).

Otras enfermedades diagnosticadas detectadas son RINITIS ALERGICA, DOLOR AGUDO, SINUSITIS.

Si bien el promedio de enfermedades diagnosticadas por paciente es menor que las no diagnosticadas, individualmente los pacientes reportaron una variedad mayor de signos y síntomas que perciben paralelamente a la morbilidad diagnosticada. Mucha de esta morbilidad sentida no diagnosticada podría ser un problema de salud de riesgo que necesita urgente diagnóstico y tratamiento formal. En todos los casos los pacientes están en riesgo de utilizar medicamentos sin prescripción para estas enfermedades.

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

La enfermedad más frecuente de los pacientes según la tabla 03 fue la amigdalitis aguda que sufre los pacientes.

El uso racional de antimicrobianos en las infecciones respiratorias altas en pediatría depende de la rigurosidad en el diagnóstico para evitar el abuso en sus prescripciones con las consiguientes complicaciones como costo, aparición de efectos adversos y desarrollo de resistencia bacteriana. El uso abreviado de terapia antimicrobiana ha demostrado ser efectivo para el tratamiento de la OMA no complicada en niños mayores de 2 años y de la faringoamigdalitis estreptocócica. Se requieren más estudios para recomendar terapias abreviadas para la sinusitis aguda bacteriana. Los antimicrobianos de elección para OMA y sinusitis aguda son amoxicilina y en segundo lugar amoxicilina/ác. Clavulánico, cefuroxima. Una tercera línea la constituyen clindamicina y ceftriaxona. La elección de estos antimicrobianos está basada en el espectro antineumocócico que poseen ya que es éste el principal agente etiológico a considerar para la toma de decisiones en el tratamiento de estas patologías. Para la faringoamigdalitis estreptocócica, fenoximetilpenicilina, amoxicilina y cefadroxilo son los fármacos de elección especialmente por costo y espectro más reducido.

En segunda línea se recomienda cefuroxima y azitromicina, teniendo en consideración con esta última el porcentaje de resistencia a macrólidos y que finalmente la dosis recomendada es de 12 mg/kg/día durante 5 días pues con dosis menores o duración menor se han observado mayor frecuencia de fracaso bacteriológico y recaídas clínicas a los 30 días post tratamiento.

La Bronquitis, no especificada como aguda o crónica es la segunda enfermedad más frecuente en el paciente, según la tabla N°3

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.

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

En el Perú los medicamentos se clasifican como de venta libre sin receta médica y medicamentos que necesitan prescripción facultativa.

En promedio los pacientes usaron 5.25 medicamentos (Tabla N°04), 2,6 medicamentos prescritos y 38.1 medicamentos por automedicación. Evidentemente los medicamentos más usados fueron aquellos para la faringitis aguda (12.7%) y para amigdalitis aguda (17.5%). El resto de los medicamentos prescritos estuvieron un poco bajos.

Del total de los medicamentos usados por los pacientes el 38.1 fueron no prescritos (Tabla N°04 y Gráfico N°01). El origen de uso fueron signos y síntomas percibidos individualmente por el paciente, como sucede en el caso del dolores musculares (4.8%). En otros casos la explicación es mucho más compleja. Por ejemplo pacientes que usan para la gastritis sin haber sido diagnosticados. En este caso específico el paciente comunicó que usaba ranitidina, omeprazol por recomendación de la vecina a quien le había confesado ciertos malestares que fueron empíricamente asociados a los signos y síntomas de la gastritis.

Otro caso es el uso de sulfametizol+fenazopiridina que lo usa para las infecciones de las vías urinarias cuando se siente mal y este debe estar prescrito por un médico ir a ser su chequeo

El promedio de 4.25 medicamentos por paciente indica un consumo elevado de medicamentos, pero es un patrón ajustado a los perfiles de consumo de pacientes agudos

Según el Consejo de Salubridad General, la mayoría de las veces (alrededor de 90% en adultos) la etiología es viral por lo que el manejo inicial debe ser sintomático, es mínima la literatura sobre el uso de analgésicos para el dolor de garganta, no hay pruebas convincentes de que otros analgésicos de paracetamol son rutinariamente necesario agudo dolor de garganta, como se sabe para este síntoma es más seguro y eficaz que los antibióticos y en este caso el dolor de deglución puede ser tratado con lidocaína spray o solución.

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

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

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

Según un estudio por parte de Elena Bernabe nos dice que la edad media de la población fue de 44 años, y casi el 70% de los pacientes tenían estudios superiores, datos muy por encima de la distribución de la población adulta española según MEC. El antibiótico más prescrito fue la penicilina + inhibidor de la beta-lactamasa (26,6%), lo que coincide con el estudio ESAC-Net, donde se observa la disminución del uso de las penicilinas de amplio espectro y un aumento del uso de la combinación de penicilinas con inhibidores de beta lactamasas, probablemente debido al actual incremento de las resistencias bacterianas.⁽⁹⁰⁾

La infección, que la mayoría decían tener los pacientes era la respiratoria, que cursa habitualmente con dolor de garganta, síntoma que constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria y para el que se ha recomendado

El 30,2% de los pacientes utilizaba una medicación concomitante compleja (de 3 a 4 medicamentos), dato a tener en cuenta por la posible influencia en la aparición de reacciones adversas en pacientes con regímenes terapéuticos complejos, tal como señaló Stokley, 1999

Según la bibliografía el antibiótico más frecuentemente relacionado con reacciones alérgicas es la penicilina (28 - 30), siendo también en nuestro estudio la más prevalente (3,1%) junto con las monobactamas. Esta información es importante recogerla para poder frenar una dispensación en el caso de que la alergia coincida con el tratamiento prescrito, aunque en nuestro estudio esta coincidencia no se dio en ningún caso;⁽⁹⁰⁾

En el estudio de Eyaralar et al, 2006, donde en el 0,26% de los casos el paciente refirió ser alérgico al antibiótico que le habían prescrito. La mayoría de problemas detectados en tratamientos de inicio fueron debidos a que el paciente iba a tomar más o menos dosis de la prescrita por falta de información, dato coincidente con el estudio de Eyaralar *et al*, 2006.⁽⁹¹⁾

De los estudios de investigación realizados se puede concluir que uno de cada cuatro antibióticos adquiridos en la farmacia lo es por automedicación, mientras que el análisis comparativo entre el informe de ventas del IMS y las prescripciones del Sistema Nacional de Salud nos llevaría a cifras de automedicación similares.

Ello significaría un volumen del orden de 19 millones de unidades aproximadamente y de un gasto del orden de 20.500 millones de pesetas, con un precio medio considerablemente inferior al de los antibióticos prescritos por el médico. ^(90,91)

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

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

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

En el gráfico N°01 se muestra los medicamentos agrupados arbitrariamente por grupo terapéutico. Del total de medicamentos analizados el 62% son para enfermedades con diagnóstico y está distribuido de la siguiente manera: 13% fue para la Faringitis Aguda, el 17% para amigdalitis aguda, 8% para sinusitis, 6% para rinitis, 5%, 5% y 5% para rinofaringitis, bronquitis aguda y bronquitis no especificada como aguda o crónica, y 3% para laringitis, mientras tanto el 38 % son medicamentos para enfermedades sin diagnóstico

El antibiótico más usado fue la amoxicilina, perteneciente al grupo farmacológico de las penicilinas, como sabemos los antibióticos B-lactámicos son bactericidas, actúan inhibiendo la última etapa de la síntesis de la pared celular bacteriana uniéndose a unas proteínas específicas llamadas PBPs localizadas en la pared celular. Al impedir que la pared celular se construya correctamente, la amoxicilina ocasiona, en último término la lisis de la bacteria y muerte. Aunque la amoxicilina es activa frente a los estreptococos muchas cepas se están volviendo resistentes mediante mecanismos diferentes de la inducción de B-lactamasas, por lo que la adición de ácido clavulánico no aumenta la actividad de la amoxicilina frente a estas cepas resistentes ⁽⁹²⁾.

En la tabla N°05 se presentan los resultados generales sobre el género, edad, cantidad de diagnósticos, número de medicamentos, PRMs identificados y número de soluciones para resolver dichos PRMs .

Al analizar dichos resultados, se observa que el promedio de diagnósticos en los 12 pacientes fue de 3.25, los resultados encontrados son indicadores que los pacientes presentaron otros problemas de salud mientras se realizaba el SFT, los cuales no tenían diagnóstico, provocando así que los pacientes acudan a la automedicación como consecuencia se demuestra la presencia del PRM reacción adversa a la medicación. Por ejemplo la paciente 4 tiene 4 morbilidades, de las cuales solo 1 tiene diagnóstico y para solucionar las 3 restantes la paciente recurre a la automedicación.

El promedio de diagnóstico fue 3.25 % , el número de medicamentos utilizados por pacientes fue 4.25% . Los PRMs encontrados fueron 35 con un total de promedio 2.92% de los cuales se resolvieron 29 que es un 2.42%.

En la tabla N°06 Durante el desarrollo del seguimiento farmacoterapéutico se encontraron 10 problemas diferentes .El Prm de mayor frecuencia fue el de incumplimiento ocupando un 28.6 % seguido con el De reacciones adversas con un 14.3%,

Un objetivo de la investigación fue diagnosticar PRMs proponer soluciones desde la óptica de un profesional farmacéutico. Basados en la lista modificada de PRMs de 16 ítems durante el desarrollo de la experiencia se identificaron 8 problemas diferentes.

El PRM más frecuente estuvo asociado al incumplimiento de las indicaciones médicas que pueden afectar alcanzar el objetivo terapéutico es el PRM más frecuente (27.3 %), seguido del PRM de conservación inadecuada y actitudes negativas que fue (18.2 %), y en tercer lugar se encuentra el PRM de Reacciones Adversas con un porcentaje de (12.1%) (Tabla 06).

El incumplimiento es el PRM diagnosticado más frecuente. En 10 de los 12 pacientes intervenidos se identificó incumplimiento de las indicaciones médicas que pueden afectar alcanzar el objetivo terapéutico. El incumplimiento puede ser voluntario o involuntario. Este PRM constituye un factor de riesgo crítico para el éxito de los tratamientos y con diversos porcentajes uno de los más importantes reportados en diversos estudios.⁹¹ Machuca G.⁹² reporta límites de incumplimiento de hasta el 80%, mientras Velasco⁹³ del 22.7%.

En la tabla N° 7 muestra el efecto del SFT sobre la percepción de la calidad de la atención farmacéutica, donde se muestran los resultados obtenidos de pacientes que respondieron “nunca”, “alguna vez”, “casi siempre” o “siempre” a las preguntas del test de Purdue.

La valoración de los resultados de la percepción del paciente frente a la actividad profesional del farmacéutico se hizo a través del análisis de los resultados de este test antes y después de la intervención. Se comparó el promedio de los puntajes de las respuestas obtenidas. El test de Purdue consta de 10 preguntas con alternativa de respuesta según escala de Likert que puntúa desde 0, que significa percepción completamente negativa hasta 3, que significa percepción optima, la significancia del resultado de este test se determinó utilizando el test de Wilcoxon para promedios de mediciones no paramétricas de muestras dicotómicas mediante el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) de IBM versión 20. El nivel de significancia estadístico para todos los análisis fue de 0,005.

En la tabla N° 7 se pueden observar los resultados del test de Purdue antes y después de la intervención farmacéutica, como se puede apreciar antes de la intervención el promedio era de 1.70 lo cual significa que la percepción del paciente en ese entonces era completamente negativa en cuanto a la actividad del profesional farmacéutico es decir no hay satisfacción por parte del paciente frente a la actividad del profesional farmacéutico y

después de la intervención el valor aumento a 2.83 en promedio con una significancia de $p=0.01$, esto último promedio indica que la percepción del paciente frente a la actividad del farmacéutico es positiva, esto significa que hubo un impacto positivo luego de la intervención ya que el valor de 2.83 en promedio indica percepción del paciente casi optima (completamente optima es 3.0 en promedio).

Según las preguntas planteadas en el test de Purdue realizada a los 12 pacientes, antes y después del SFT:

En la primera pregunta del test de Purdue donde trata que si el farmacéutico se toma todo el tiempo que sea necesario para evaluar su problema, el resultado del test muestra una diferencia muy significativa (0.007) entre la percepción antes y después del piloto de SFT. La situación actual de la atención del farmacéutico desde una farmacia o establecimiento farmaceutico se da solo una interacción solo para la dispensacion de medicamentos no se le da indicaciones sobre los medicamentos ni recomendaciones para que le paciente se de cuenta cuando un medicamento esta afectando su salud. Sin embargo en el SFT el farmacéutico ha estado muy cercanamente con los pacientes, visitándoles, indicándoles las acciones o conductas que deben asumirse en caso de presentarse un problema con el uso de medicamentos, en suma una atención muy personal para la cual dedicaron en promedio 105.5 minutos (ver tabla N°02)

En la segunda pregunta del test de Purdue donde trata sobre si el farmacéutico le ha dejado alguna información sobre como tomar sus medicamentos, el resultado del test muestra una diferencia muy significativa (0.010) entre la percepción antes y después del piloto de SFT, donde se brindo la información necesaria de sus medicamentos tanto en forma verbal como también en forma escrita. En el estudio de Garcia A.⁹⁴ se evaluó la percepción del paciente sobre el proceso de SFT y del farmacéutico que lo atendió, el aumento en la información sobre su medicación obtuvo un valor medio de 4.43 en satisfacción sobre 5, el grado de confianza del farmacéutico para plantear los problemas de salud y seguir sus indicaciones fue valorado con unas medidas de 4.63 y 4.70 respectivamente, en la escala de 1 a 5.

En la tercera pregunta del test de Purdue donde trata sobre si el farmacéutico le ha explicado como sospechar si el medicamento le está chocando, el resultado del test muestra una diferencia muy significativa (0.006) entre la percepción antes y después del piloto de SFT, donde se brindó información sobre las posibles reacciones adversas que se presentan durante la administración de sus medicamentos y como debe actuar si observa alguna reacción adversa.

En la cuarta pregunta del test de Purdue donde trata sobre si su farmacéutico le ha recalado sobre la forma como debe manejar su terapia sin recriminarle si estuvo bien o mal, el resultado del test muestra una diferencia muy significativa (0.018) se llamó la atención al paciente cuando no cumplió con las indicaciones farmacéuticas explicándole que es por el bien de su salud, además firmó el consentimiento informado en la cual dio la potestad para tomar acciones sobre él en cuanto a su tratamiento.

Es evidente que la entrevista inicial propuesta por el Programa Dáder facilita la intercomunicación entre ambos que se irá incrementando en visitas posteriores hasta el establecimiento de una relación terapéutica que, como indica Borrell F.⁹⁵, permita al farmacéutico entender las preocupaciones del paciente y compartir con él un plan de actuación que facilite el objetivo de la farmacoterapia.

En la quinta pregunta del test de Purdue donde trata sobre si su farmacéutico sabe cómo explicar las cosas de una forma que asegure que usted siempre las entienda, el resultado del test muestra una diferencia significativa (0.008), probablemente porque se usó estrategias, como dejarle las indicaciones farmacéuticas escritas y asegurarse que el paciente entienda, hablarle con palabras sencillas considerando que el nivel de comprensión de cada uno es diferente. Respecto a la percepción sobre la farmacia en España, el estudio realizado por Stjernberg L^(96, 97), reflejaban una buena valoración global positiva que hacían los españoles de las farmacias a la que acuden habitualmente, se destacaba —el alto grado de satisfacción con el servicio que se dispensa en las farmacias españolas. Cuando se pregunta la opinión sobre los servicios que actualmente presta la farmacia, la sociedad suele manifestar que está satisfecha.

En la sexta pregunta del test de Purdue donde trata sobre si los pacientes han tenido alguna duda sobre como tomar sus medicamentos el farmacéutico siempre ha estado a su disposición el resultado del test muestra una diferencia muy significativa (0.009) se dejó al paciente una ficha de compromiso del Farmacéutico donde contenía datos como: número de teléfono y dirección de la casa para cualquier duda en cuanto a la toma de su tratamiento.

En la séptima pregunta del test de Purdue donde trata sobre si su farmacéutico lo ha visitado de manera regular para verificar si ha seguido las indicaciones dejadas, el resultado del test muestra una diferencia muy significativa (0.000) se cambió la percepción sobre el paciente, debido a que cada paciente refirió que era la primera vez que estaban en un programa de SFT, nunca habían recibido la visita de un profesional farmacéutico. Según el estudio de Dominguez⁹⁷ concluyo que los motivos por los que los pacientes acude a la farmacia en busca de consulta es en un 25,7% de los casos por la confianza que tienen el farmacéutico, el 21,3% por las dificultades de comunicación con el médico y el 19, % por un ahorro de tiempo.

En la octava pregunta del test de Purdue donde trata sobre si su farmacéutico le ha dicho a quién debe contactar si necesita alguna ayuda con el manejo de los medicamentos y su enfermedad, el resultado del test muestra una diferencia muy significativa (0.004), se le dijo que si necesita alguna ayuda adicional a la que mi persona le brindaba, recurra a su médico prescriptor para que le oriente más sobre los medicamentos.

En la novena pregunta, del test de Purdue donde trata sobre si el farmacéutico se interesa mucho en mi como persona el resultado del test salió significativo (0.006), el paciente percibió a un farmacéutico preocupado por su estado de salud, él no pagó nada por el servicio que iba a recibir, el único interés del farmacéutico fue la recuperación del paciente y que utilice de manera racional los medicamentos siempre que vaya hacer uso de ellos.

En la décima pregunta del test de Purdue donde trata sobre si su farmacéutico le ha motivado para que usted asuma su responsabilidad con respecto al éxito de la toma de sus medicamentos el resultado del test muestra una diferencia muy significativa (0.009), ya que se concientizó al paciente y se logró que acepte que tenía un problema de salud, que asuma con responsabilidad la toma de los medicamentos.

V. CONCLUSIONES

5.1. CONCLUSIONES

- 5.1.1. En el estado de situación inicial todos los pacientes de la muestra en la Farmacia Lian Farma sufrieron Problemas Relacionados con Medicamentos y estuvieron en riesgo de sufrir Resultados Negativos de la Medicación. Los PRMs más frecuentes fueron: PRMs por incumplimiento y actitudes negativas.
- 5.1.2. La intervención farmacéutica tuvo efecto significativo sobre el nivel de percepción de la actividad profesional ($p= 0.01$) del farmacéutico por parte de los pacientes con Infección Respiratoria
- 5.1.3. Las intervenciones desarrolladas por los farmacéuticos fueron una manera muy satisfactoria y en su mayoría aceptadas por los pacientes para lograr un mejor cumplimiento con el tratamiento

5.2. ASPECTOS COMPLEMENTARIOS

5.2.1. Logros:

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

5.2.2. Limitaciones:

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

5.2.3. Recomendaciones:

- Trabajar más con programas de SFT e implementarlas, con el fin de continuar integrándonos al equipo de salud y aportar con profesionalismo en la salud del paciente (trabajo en equipo).

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Faus, M.J. Pharmaceutical Care as a response to social need. *ArsPharmaceutica*, 41: 1; 137-143, 2000.
2. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1990;47:533–543.
3. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Pharm Care Esp* 1999; 1: 35-47.
4. Frank R, Grizzle J. Drug-Related Morbidity and Mortality: Updating the Cost-of-Illness Model. *J Am Pharm Assoc*. 2001;41(2) © 2001 American Pharmacists Association.
5. PJ McDonnell and MR Jacobs. Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions. *The Annals of Pharmacotherapy*: Vol. 36, No. 9, pp. 1331-1336. DOI 10.1345/aph.1A333.
6. Manasse HR Jr. Medication use in an imperfect world: drug misadventuring as an issue of public policy, Part 1. *American Journal of Hospital Pharmacy*, Vol 46, Issue 5, 929-944.
7. Johson A. Bootman L. Drug-Related Morbidity and Mortality: A Cost-of-Illness Model. *Journal of Managed Care Pharmacy*. Vol 2, No.1 janIFeb 1996.
8. Andrés Rodríguez. Atención farmacéutica en farmacia comunitaria: ¿es ya realidad o todavía un proyecto de futuro? Discurso de ingreso como académico de número. Academia de Farmacia de Galicia. España. Santiago de Compostela, 2006.
9. Bonal J. Lerany C, Bassons T, gascón P. Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica. En: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. *Farmacia Hospitalaria Tomo I*. Tomado desde: <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap21.pdf>. El 16/08/2012.
10. Rodríguez R., Sánchez N. Infecciones respiratorias agudas: aspectos clínicos y epidemiológicos. *Reporte técnico de Vigilancia*. Vol. 5, Nº. 7 Noviembre 30, 2000 ISSN 1028- 4338. (Citado el 12 de diciembre del 2014). Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/ua ts/rtv. htm>
11. Brodie DC. Drug use control: keystone to pharmaceutical service. *Drug IntellClin Pharm*. 1966; 20(2): 116-117.
12. Study Commission on Pharmacy & American Association of Colleges of Pharmacy. (1975). *Pharmacists for the future: The report of the Study Commission on Pharmacy : commissioned by the American Association of Colleges of Pharmacy*. Ann Arbor: Health Administration Press.
13. Mikeal RL, Brown TP, Lazarous HL, Vinson MC. Quality of pharmaceutical care in hospitals. *Am J Hosp Pharm* 1975;32:567-574.
14. Brodie DC, Parish PA, Poston JW. Societal needs for drugs and drug related services. *Am J Pharm Educ*. 1980; 44:276-278.
15. Prats MR. Registro y evaluación de todas las actuaciones profesionales demandadas en la farmacia comunitaria. Universidad de Granada Facultad de Farmacia Programa de Doctorado de Farmacia Asistencial. Granada – España. 2010.
16. Roohil Y.A.S. the sustainability of the pharmacy profession in a changing healthcare scene in England. *international pharmacy journal*. VOL 27, NO. 1 JUNE 2011.
17. Higby GJ. The continuing evolution of American pharmacy practice 1952-2002. *J Am PharmAssoc* 2002; 42(1):5-12. Tomado desde: <http://japha.org/article.aspx?articleid=1034045>, El 23 de Julio de 2012.

18. Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug-related problems: their structure and function. *Drug IntellClin Pharm* 1990;24:7-1093.
19. Faus MJ, Amariles P, Martínez F. Atención farmacéutica: conceptos, procesos y casos prácticos. Ergon. ed.; 2008. Barcelona España. ISBN 9788484736097.
20. Organización Panamericana de Salud. El Papel Del Farmacéutico En El Sistema De Atención De Salud. Informe de La Reunión de la OMS Tokio, Japón, 31 de agosto al 3 de septiembre de 1993. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de La Organización Mundial de la Salud.
21. Grainger-Rousseau TJ, Miralles MA, Hepler CD, Segal R, Doty RE, Ben- Joseph R. Therapeutic outcomes monitoring: application of pharmaceutical care guidelines to community pharmacy. *J Am Pharm Assoc (Wash)*. 1997 Nov-Dec;NS37(6):647-61
22. Álvarez de Toledo F, Arcos González P, Eyaralar RT y col. Atención farmacéutica en personas que han sufrido episodios coronarios agudos (Estudio TOMCOR). *Revista Española de Salud Pública*, julio-agosto, año/vol. 75, número 004. Ministerio de Sanidad y Consumo de España Madrid, España pp. 375-388.
23. Fernández -Llimós F, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Martínez Martínez F. Evolución del concepto de problemas relacionados con medicamentos: resultados como el centro del nuevo paradigma. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(4): 167-188.
24. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de España. Consenso sobre Atención Farmacéutica. *ArsPharmaceutica*, 42:3-4; 221-241, 2001. Tomado desde: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/28257/1/Ars%20Pharm.2001%3b42%281-2%2953-65.pdf>
25. Martínez-Romero F, Fernández-Llimós F, Gastelurrutia MA, Parra SM, Faus MJ. Programa Dáder de Seguimiento del Tratamiento Farmacológico. Resultados de la fase piloto. *Ars Pharmaceutica*, 42:1; 53-65, 2001.
26. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Método DADER para el seguimiento Farmacoterapéutico. *ArsPharm* 2005; 46 (4): 309-337.
27. Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *ArsPharm* 2007; 48 (1): 5-17.
28. Ministerio de Salud del Perú. La Política Nacional de Medicamentos en el Perú. Consejo Nacional de Salud. Comité de Medicamentos. Resolución Ministerial N° 1240-2004-MINSA. Tomado desde: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/destacados/archivos/65/RM1240-2004.pdf> el 19/08/2014
29. Congreso de la República del Perú. Ley 29459, Ley de productos farmacéuticos dispositivos médicos y productos sanitarios. *Diario Oficial el Peruano*. Lima 26 de Noviembre de 2009.
30. Presidencia de la república. Aprueban Reglamento de 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.
31. 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.
32. 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.
33. http://www.minsa.gob.pe/portada/ESPECIALES/2010/iras/Archivos/matinfo/PC_IrasNeumoniaAbril2010.pdf
 34. Rincon Adriana, Goncalves Edith, Andrade Beatriz. Atención farmacéutica comunitaria y su impacto en la percepción sobre el profesional farmacéutico en 03 Parroquias del municipio Libertador del estado Mérida. INHRR [Internet]. 2012 Dic [citado 2016 Mar 04] ; 43 (2): 20-26. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04772012000200004&lng=es.
 35. García-Delgado A, Machuca M, Murillo MD, de la Matta MJ, Martín MJ.. Percepción de la labor asistencial del farmacéutico comunitario por los pacientes incluidos en un programa de seguimiento farmacoterapéutico. *Seguim Farmacoter* 2003; 1(2): 38-42
 36. 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
 37. Sindicato Médico del Uruguay. El valor del medicamento: realidades y esperanzas de futuro. Mayo 2005. *El Diario Médico* N°65. Mayo de 2005. Tomado desde: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/eldiariomedico/n65/pag15.pdf>. El 28/08/2012.
 38. 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.
 39. 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.
 40. 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/Documentos/28_29_Atencion_farma.pdf. Tomado el 14/07/2012.
 41. Hall-Ramírez V. Atención farmacéutica. Seguimiento del tratamiento farmacológico. Universidad de Costa Rica. Centro Nacional de Información de Medicamentos. Enero de 2003.
 42. Culbertson, V.L., Larson, R.A., Cady, P.S., Kale, M., Force, R.W., —A conceptual framework for defining pharmaceutical diagnosis, *Am. J.Pharm. Educ.*, 61, 12-18(1997). Tomado desde: <http://archive.ajpe.org/legacy/pdfs/aj610112.pdf>. El 20/08/2014
 43. Hurley SC. A Method of Documenting Pharmaceutical Care Utilizing Pharmaceutical Diagnosis. *American Journal of Pharmaceutical Education* Vol. 62, Summer 1998.
 44. Ferriols R. Valoración de la Atención Farmacéutica en los problemas relacionados con los medicamentos. Presentado en XLIV Congreso Nacional SEFH. Septiembre 1999. Pamplona.
 45. Calvo MV, Alós M, Giraldez J. Grupo de Trabajo Atención Farmacéutica. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Bases de la Atención Farmacéutica en Farmacia Hospitalaria. *FarmHosp* 2006; 30:120-3.

46. 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.
47. Presidencia de la república. Aprueban reglamento de establecimientos farmacéuticos, Decreto Supremo N°014-2011-SA. El Peruano. Lima 27 de Julio de 2011.
48. 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.
49. 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>
50. Basterra GM. El cumplimiento terapéutico. *Pharmcareesp* 1999; 1: 97-106.
51. Osterberg L. Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005;353:487-97. Downloaded from www.nejm.org on November 18, 2009.
52. 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.
53. Márquez E. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico en la diabetes mellitus. Centro de Salud la Orden, Huelva, España. En <http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/c053/marquez.PDF>. Tomado el 06/02/13
54. 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.
55. 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.
56. 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.
57. Fulmer TT, Feldman PH, Kim TS, Carty B, Beers M, Molina M, Putnam M. An intervention study to enhance medication compliance in community-dwelling elderly individuals. *J GerontolNurs* 1999 Aug; 25(8): 6-14.
58. Comité de Consenso: Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM). *ArsPharmaceutica*, 43:3-4; 179-187, 2002.
59. Gonzales G. Fundamentos de Universidad Católica Atención Farmacéutica Cap. 11. Pontificia de Chile. Tomado desde: http://cursos.puc.cl/unimit_qim_002-1/almacen/1220552779_ggonzale_sec4_pos0.pdf. El 16/08/2012
60. 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.
61. 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. Gezetuit Monotype Spectrum (J. v. Krimpen/S.L. Hartz). ISBN: 90-9013367-4.

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. Garção JA. Cabrita J. Evaluation of a Pharmaceutical Care Program for Hypertensive Patients in Rural Portugal. *J Am PharmAssoc* 42(6):858-864, 2002. © 2002 American Pharmaceutical Association.
64. Machuca GM. Atención Farmacéutica, seguimiento fármaco terapéutico, Pharmaceuticalcare: es lo mismo? *Farmacoterapia Social*. España 2006. Disponible desde: www.farmacoterapiasocial.es/local/capitulo1.pdf
65. Climente Martí M y Jiménez Torres NV. Manual para la Atención Farmacéutica. Tercera edición. Edita: Afahpe. Hospital Universitario DrPeset. Valencia, 2005.
66. Faus D, M.J. Programa Dader. *Pharmaceutical Care España*. 2000; 2:73-74.
67. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. Seguimiento Farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). *PharmacyPractice* 2006; 4(1): 44-53.
68. Barris D. Faus M J. An initiation in Dader methodology in the pharmacotherapeutic monitoring in a community pharmac. *Ars Pharmaceutica*, 44:3; 225-237, 2003.
69. 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.
70. 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.
71. Sabater D, Fernandez-Llimos F, Parras M, Faus MJ. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento Farmacoterapéutico. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(2): 90-97.
72. 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.
73. Singhal PK. Gupchup GV. Raisch DW. Schommer JC. Holdsworth MT. Impact of Pharmacists' Directive Guidance Behaviors on Patient Satisfaction. *Journal of the American Pharmaceutical Association*. Volume 42, Number 3 / May-June 2002. 407 – 412.
74. Sen S, Thomas III J. Assessment of a Patient-based Pharmaceutical Care Scale. *Am J Health-Syst Pharm* 57(17):1592-1598, 2000. © 2000 American Society of Health-System Pharmacists
75. Gupchup GV. Wolfgang AP. Thomas J3rd. Development of a scale to measure directive guidance by pharmacists. Harvey Whitney Books Company. *The Annals of Pharmacotherapy*. 1996. Vol. 30, No. 12, pp. 1369-1375.
76. M. A. Ripoll, A. Orero, J. González. Prescripción de antibióticos en Atención Primaria en España. Motivos y características. *MEDICINA GENERAL* 2002; 48: 785-790. (Citado el 21 de julio del 2014). Disponible en: http://www.mgyf.org/medicinageneral/revista_48/pdf/785-790.pdf
77. R Behar. Prevención de las infecciones respiratorias agudas: Presente y futuro. *Rev. Cubana Pediatr* [revista en la Internet]. 2003 Dic. (Citado 2014 Dic 15); 75(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312003000400006&script=sci_arttext

78. Álvarez Castello, Mirta et al Infecciones respiratorias altas recurrentes: Algunas consideraciones. Rev Cubana Med Gen Integr [online]. 2008, vol.24, n.1, pp. 0-0. ISSN 1561-3038. (Citado el 21 de julio del 2014). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000100011
79. E Armas Pérez, Luisa; González Ochoa, Edilberto; Pérez Rodríguez, Antonio y Bravo González, JOSE. Estimación de morbilidad por infecciones respiratorias agudas en adultos. Rev. Cubana Med Trop [online]. 1995, vol.47, n.2, pp. 100- 107. ISSN 1561-3054. (Citado el 21 de julio del 2014). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0375-07601995000200005&script=sci_arttext
80. National Cancer Institute. Morisky 4-Item Self-Report Measure of Medication- Taking Behavior (MMAS-4). Tomado desde: <https://www.gem-beta.org/public/MeasureDetail.aspx?mid=1133&cat=2>. El 28/08/2014.
81. Iñesta GA. Atención Farmacéutica, Estudios Sobre Uso De Medicamentos Y Otros. RevEsp Salud Pública 2001; 75: 285-290 N. ° 4 - Julio-Agosto 2001.
82. García M, Puig M, Mateu MS, Bonet M. Fuentes de información de medicamentos. En: Carnicero J (Coordinador). La gestión del medicamento en los Servicios de Salud. Informes SEIS (8). Pamplona: Sociedad Española de Informática de la Salud, 2008. <http://www.seis.es>
83. World Medical Association. Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subject. Edinburgh: 52nd WMA General Assembly (on line). (Citado el 21 de julio del 2014). disponible en: http://www.wma.net/e/policy/17-c_e.html
84. Vega M E, Epidemiología de las Infecciones Respiratorias Agudas en el Hospital Nacional del Paraguay en el Marco de una Pandemia de Influenza A H1N1 2009 Servicio de Epidemiología y Control de IHH disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v1n2/v1n2a03.pdf>
85. Fernández E. Amigdalitis Aguda. Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. Pág. 1-19
86. Congreso de la República del Perú. Ley de Creación del Colegio Químico Farmacéutico del Perú. Diario Oficial El Peruano. Diciembre de 1964.
87. María Belén Cobián Rodríguez, —Diseño, implantación y análisis de un modelo para la gestión del seguimiento Farmacoterapéutico en una farmacia comunitarial - n Santiago de Compostela a 5 de mayo de 2011. http://www.pharmaceutical-care.org/archivos/833/tesis_belen.pdf
88. Yolanda Aguas Solo de Zaldivar, Granada 2005 – Análisis de la efectividad de las acciones de un centro de información de medicamentos en la implantación de un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico en farmacias comunitarias. ISBN: 84 338 3373 1.
89. M.Á. Gastelurrutia1 y col. En Exploración de las percepciones de los farmacéuticos comunitarios en la práctica del seguimiento Farmacoterapéutico dentro del contexto del programa con SIGUE. Pharm Care Esp. 2011; 13(6): 280-288.
90. Perret C. Tratamiento antimicrobiano abreviado de infecciones respiratorias altas en pediatría. Rev. Chal. Infectol. [Revista en la Internet]. 2002, citado 13 de diciembre del 2014; 19(1): 49-53 Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182002000100007&script=sci_arttext
91. Bernabe E., Flores M y Martínez F. ANÁLISIS DE LA DISPENSACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN PACIENTES AMBULATORIOS EN UNA FARMACIA COMUNITARIA EN MURCIA, ESPAÑA. VITAE, REVISTA DE LA FACULTAD DE QUÍMICA FARMACÉUTICA. 2013; 20 número (3): págs. 203-214

92. Eyaralar T, Salar L, Baixauli VJ, Fité B, García F, Gérvas J. Dispensación de Antibióticos en Oficina de Farmacia: Demanda con receta. *Pharm Care Esp.* 2006; 8 (4): 147-197
93. Cruz E, Sánchez E. Modelación molecular de cuatro penicilinas: bencilpenicilina, fenoximetilpenicilina, ampicilina y amoxicilina. *MediSur* [revista en la Internet]. 2009 Agosto, citado 13 de diciembre del 2014; 7(4):13-20. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S1727-897X2009000400004&lng=es&tlng=es

VII. ANEXO

7.1. ANEXO. SOLICITUD DE PERMISO DIRIGIDO AL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

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

Chimbote, Julio del 2013

BOTICA : "LIAN FARMA"

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 **Carol Lázaro Mendoza, Cód. ULADECH N° 0108101051**, pueda desarrollar actividades de Seguimiento Farmacoterapéutico como parte de un proyecto de investigación que tiene por objetivo evaluar la utilidad de este servicio en la prevención, detección e intervención de problemas relacionados con medicamentos que pueden sufrir los pacientes que se atienden en el Servicio Farmacéutico que Usted dirige.

El desarrollo del trabajo demanda la captación post dispensación de pacientes diagnosticados y con prescripción facultativa de medicamentos para el tratamiento de infecciones respiratorias agudas. 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.

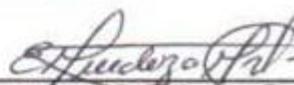
7.2. ANEXO. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico

Declaración del paciente:

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

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ COD° 006
DIRECCION: _____
TELEFONO: _____

FIRMA: 
DNI: _____

NOMBRE DEL QUIMICO FARMACÉUTICO: _____
TELÉFONO: _____

FIRMA: 
DNI: _____

FECHA: _____

FECHA DE PRIMERA VISITA: _____

ANEXO N°7.3.3. FICHA FFT (HOJA 1 CONTINUA). REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE, DE SU ENFERMEDAD DE SUS MEDICAMENTOS Y DEL MEDICO PRESCRIPTOR.

FICHA FFT (FICHA1 PARTE3).REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE,DE SU ENFERMEDAD DE SUS MEDICAMENTOS Y DEL MEDICO PRESCRIPTOR.

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

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

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

1.9.- ANTECEDENTES FAMILIARES DE MORBILIDAD:

ENFERMEDAD	MADRE	PADRE	HERMANOS	OTROS
HIPERTENSIÓN				
DIABETES				
COLESTEROL				
OTRA:				

Observaciones:

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

1.10.- HABITOS DE VIDA:

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

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

COD INTERV:

ANEXO N°7.3.4. FICHA FFT (HOJA 2). REGISTRO DE LOS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE CONSUME PARA OTRAS ENFERMEDADES CONCOMITANTES.

Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. En la Botica Lian Farma – Nvo Chimbote 2014.

FICHA 02. HOJA DE INFORMACION FARMACOTERAPÉUTICA. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico.

PACIENTE COD. N°:

FECHA:

NOMBRE:

2.1. MEDICAMENTOS QUE TOMA EL PACIENTE PARA LOS PROBLEMAS DE SALUD NO DIAGNOSTICADOS.

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°7.3.5. 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, NO TOMA, PERO PODRÍA USAR. (REVISIÓN DEL BOTIQUÍN DE MEDICAMENTOS)

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

COD INTERV:

ANEXO N° 7.3.6. 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. |

PACIENTE COD. N°:
NOMBRE:

FECHA:

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

- PELO:
- CABEZA:
- OIDOS, OJOS, NARIZ, GARGANTA:
- BOCA (llagas, sequedad...):
- CUELLO:
- MANOS (dedos, uñas...):
- BRAZOS Y MÚSCULOS:
- CORAZÓN:
- PULMÓN:
- DIGESTIVO:
- RIÑÓN (orina...):
- HÍGADO:
- GENITALES:
- PIERNAS:
- PIÉS (dedos, uñas):
- MÚSCULO ESQUELÉTICO (gota, dolor espalda, tendinitis...):
- PIEL (sequedad, erupción...):
- ALTERACIONES PSICOLÓGICAS (depresiones, epilepsia...):
- PARÁMETROS ANORMALES (T₃,PA, colesterol...):
- TABACO:
- ALCOHOL:
- CAFÉ:
- OTRAS DROGAS:
- SUS HABITOS ANORMALES (ejercicio, dieta...):
- VITAMINAS Y MINERALES:
- VACUNAS:
- ALERGIAS MEDICAMENTOS Y/O SOSPECHAS DE RAM:
- Situaciones fisiológicas (y fecha):
- OBSERVACIONES:

COD INTERV:

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

FICHA 04. HOJA GUIA DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA.
Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Establecimiento Farmacéutico '
Chimbote 2014.

PACIENTE COD N°:
NOMBRE:

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

N°	NOMBRE DEL MEDICAMENTO* O MORBILIDAD**	FFPP	DOSIS REC.	FREC. DE DOSIS/DIA	FECHA DE PRESCR.

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

COD INTERV:

ANEXO N°7.3.8. 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):

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

Fecha final de la Intervención:

COMENTARIO:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

4.4. QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRIM.

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

TABLA N°4.4. CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS

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

COMENTARIO:

ANEXO N°7.3.10. FICHA FFT (HOJA 4, TERCERA PARTE). HOJA GUÍA DE INTERVENCIÓN FARMACOTERAPÉUTICA.

FICHA 05. HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico.

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

5.1. NÚMERO DE CONTACTOS UTILIZADOS DURANTE LA INTERVENCIÓN:

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

Clave	Lugar donde encontraba el paciente
1	Est. Farmacéutico "MUNDIAL"
2	Domicilio
3	Otro: _____

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

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

COD INTERV:

ANEXO N°7.3.11. FICHA FFT (HOJA 6). ANEXO. TEST DE PURDUE PARA LA EVALUACIÓN EN EL PACIENTE DE LA SATISFACCION DEL SERVICIO Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Establecimiento Farmacéutico BOTICA LIAN FARMA NVO CHIMBOTE 2014

CUADRO N°10 TEST DE PURDUE MODIFICADO PARA DETERMINAR LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON LAS INDICACIONES DEL FARMACEUTICO.

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

7.4. 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	J03	Amigdalitis aguda		sulfametoxazol + trimetoprima	sol	400 + 80	2	sem	12	Ardor de estómago producido por el cotrimoxazol.	educar en medidas no farmacológicas consumir alimentos antes de tomar su medicamento.	9	1	1	1	La paciente se comprometió que tiene que seguir tomando su medicamento pero después de los alimentos, porque sino perjudicaría su salud.	5
1	J03	Amigdalitis aguda		ibuprofeno	sol	400	3	c 2 d	9	Según el test de Moriski la paciente respondió que cuando se siente bien o si le cae mal deja de tomar sus medicamentos.	se educó a la paciente a través de dos visitas domiciliarias sobre la importancia de cumplir con las dosis, para que no se olvida de tomarlo a la hora indicada.	8	2	1	1	La paciente aceptó las indicaciones y tomar sus medicamentos aunque se sienta bien.	1
1		Dolor de cabeza	aspirina	acido acetilsalicílico	sol	500	1										
1		Dolor de cintura															
1		Alergia		betametasona	semisol	50	2	c 3 d	1	La paciente se aplica la betametasona sin saber la posible causa de su alergia.	Se educó a la paciente para que deje de administrarse la betametasona y se le recomendó visitar al médico para tratar su problema de salud.	5	1	1	1	La paciente dejó de administrarse la betametasona y acudió al médico para la estimación de su problema de salud.	1
2		Alergia		cetirizina	sol	10	1										
2		Dolor de estómago		hioscina	sol	10	3	c 3 d									
2	J02	Faringitis aguda		naproxeno	sol	550	2	c 3 d	12	la paciente refiere molestias gastrointestinales debido a los efectos adversos del naproxeno.	retirar el medicamento que le está afectando su salud o agregarle otro medicamento para prevenir su gastritis	5	1	1	1	la paciente aceptó para que podamos retirar ese medicamento que le ocasionaba molestias gastrointestinales.	5

2	J02	Faringitis aguda		cefalexina	sol	500	2	sem	2	Actitud negativa del paciente, no quiero tomar por el mal sabor.	Orientar a la paciente y familiares acerca de la importancia del cumplimiento de su tratamiento para tratar su enfermedad.	8	2	1	0	La paciente no pudo tomar sus medicamentos a la hora indicada por su médico para mejorar su enfermedad.	1
3		Alergia		clorfenamina	sol	4	1										
3		Dolor de cintura															
3	J03	Amigdalitis aguda		amoxicilina	sol	500	3	sem	9	Según el test de Moriski la paciente se olvida con frecuencia tomar sus medicamentos.	Educar a la paciente y darle a entender que debe tomar su medicamento a la hora indicada, para mejorar su enfermedad.	7	1	1	1	La paciente está tomando su medicación según lo indicado en su receta médica.	1
3	J03	Amigdalitis aguda		naproxeno	sol	550	2	c 4 d	12	La paciente refiere dolor de estómago debido a los efectos adversos del naproxeno.	añadir un medicamento para prevenir la gastritis como el omeprazol, ranitidina	4	1	1	1	La paciente aceptó el medicamento para la gastritis para que no tenga consecuencias.	5
3	J03	Amigdalitis aguda		amoxicilina	sol	500	3	sem	3	La paciente conserva sus medicamentos en bolsa y están mezclados.	Orientar a la paciente para que organice sus medicamentos para que sea más fácil para el paciente tomar sus medicamentos.	9	1	1	1	La última visita se observó que mediante el organizador se encontraron mas ordenados los medicamentos y para la paciente era más fácil cumplir su tratamiento.	5
4		Dolor muscular															
4	J20	Bronquitis aguda	codipront	codeína + feniltoloxamina	liq	222,2 + 73,4	3	c 4 d									
4	J20	Bronquitis aguda	novacilina	levofloxacino	sol	500	1	sem	8	La receta muestra los medicamentos en nombre comercial y no está en DCI.	Se pretende poder comunicarle al médico que la receta debe estar prescrita en dci para que le facilite su adquisición al paciente.	6	2	1	1	La paciente ahora puede comprar sus medicamentos ya que el levofloxacino es más accesible porque el costo es menor que la novacilina.	6
4		Dolor de cabeza	Ergonex	ergotamina + cafeína	sol	1 + 100	2		1	La paciente toma ergonex sin saber la posible causa de su dolor de cabeza.	Se educó a la paciente para que deje de tomar el ergonex y se le recomendó visitar al médico para tratar su	5	1	1	1	La paciente se comprometió a suspender el uso de ergonex y acudió al médico para la estimación de su problema de salud.	1

											problema de salud.						
4		Inflamación de los riñones	Apronax	naproxeno	sol	550	2	c 3 d	11	La paciente toma apronax sin saber la posible causa de su dolor e inflamación en los riñones.	Se educó a la paciente que retire el apronax recomendarle que vaya al médico y que le haga saber sobre esta molestia.	5	1	1	0	La paciente no dejó de administrarse el apronax y no acudió al médico para la estimación de su problema de salud.	3
4	J20	Bronquitis aguda	novacilina	levofloxacino	sol	500	1	Sem	9	Según el test de Moriski la paciente respondió que se olvida de tomar sus medicamentos y también cuando se siente bien o si le cae mal.	Educar a la paciente en el cumplimiento del horario de su medicamento comprometiendo con responsabilidad.	8	2	1	1	La paciente acepto las indicaciones y tomar aunque se sienta bien sus medicamentos a la hora indicada por su médico.	1
5	J02	Faringitis aguda		ácido acetilsalicílico	sol	500	3	c 2 d									
5	J02	Faringitis aguda		dextrometorfano	liq	15	3	c 4 d									
5	J02	Faringitis aguda		amoxicilina + ácido clavulánico	sol	500 + 125	2	Sem	9	según el test de Moriski la paciente respondió que se olvida con frecuencia tomar sus medicamentos.	Se educó a la paciente a través de una visita domiciliaria haciéndole saber la importancia del cumplimiento de la toma de su medicamento a la hora indicada.	7	1	1	1	La paciente acepto las indicaciones y se comprometió a tomar sus medicamentos a la hora indicada por su médico.	1
5		Dolor muscular	Voltaren	diclofenaco	semisol	10	3		13	el paciente se aplica Voltaren sin saber la posible causa para su dolor de espalda.	se educó a la paciente para que deje de administrarse el Voltaren y se le recomendó visitar al médico para tratar su problema de salud.	5	1	1	0	La paciente no suspendió el uso de Voltaren y no visitó al médico para la estimación de su problema de salud.	1
6	J30.4	Rinitis alérgica sin especificar		oximetazolina	liq	0.5	2	Sem									
6		Inflamación de los riñones															
6	J30.4	Rinitis alérgica sin especificar		paracetamol	sol	500	3	c 3 d									
6		Dolor de cintura	inflare	diclofenaco + paracetamol	sol	50 + 500	2	c 3 d	1	el paciente toma inflare sin saber la posible causa de su dolor de cintura.	se educó a la paciente para que deje de tomar el inflare y se le recomendó	5	1	1	1	El paciente suspendió el uso de inflare y acudió al médico para la estimación de su problema de salud.	1

											visitar al médico para tratar su problema de salud.							
6	J30.4	Rinitis alérgica sin especificar		cefalexina	sol	500	2	Sem	3	El paciente conserva sus medicamentos en la cocina y los tiene mezclado en una caja.	Orientar al paciente para que cambie la ubicación de sus medicamentos y también ordenarlos mediante un organizador.	9	1	1	1		En la última visita se observó el cambio de ubicación y los medicamentos se encontraron mas ordenados en el organizador.	5
6	J30.4	Rinitis alérgica sin especificar		cefalexina	sol	500	2	sem	9	Según el test de Moriski la paciente respondió que se olvida con frecuencia tomar sus medicamentos.	Educación al paciente y darle a entender que debe tomar su medicamento a la hora indicada, para mejorar su enfermedad.	7	2	1	1		El paciente aceptó las indicaciones y se comprometió a tomar sus medicamentos a la hora indicada por su médico, para mejorar su enfermedad.	1
7	J02	Faringitis aguda		dextrometorfano	liq	15	3	4										
7		Dolor Muscular		ibuprofeno	sol	400	2											
7		Hongos en los pies		fluconazol	sol	150	1	tiempo de micosis										
7	J02	Faringitis aguda		amoxicilina	sol	500	3	7	9	mediante la aplicación del test de Morisky se determinó que la paciente es un paciente incumplidor	Educación al paciente en cuanto a las instrucciones y precauciones para una correcta utilización y administración de sus medicamentos.	8	1	1	1		Se logró educar a la paciente en cuanto a la disminución del incumplimiento involuntario que presentaba con respecto a su medicación.	1
7	J02	Faringitis aguda		paracetamol	sol	500	2	3	12	el paracetamol le esta causando a la paciente somnolencia	Educación al paciente en cuanto a las instrucciones y precauciones para una correcta utilización y administración de sus medicamentos.	5	1	1	1		La paciente hizo caso a la recomendación que se le brindó lo cual ayudó a disminuir las reacciones adversas causadas	5
8	J03	Amigdalitis aguda		naproxeno	sol	250	2	7										
8	J03	Amigdalitis aguda		vitamina c	sol	250	2	5										
8		Fiebre		paracetamol	sol	500	2	3										
8		Inflamación de ganglios		dexametasona	sol	4	2	3										

8		Inflamación de ganglios		celecoxib	sol	300	3	3									
8	J03	Amigdalitis aguda		eritromicina	sol	500	3	7	10	La paciente refiere que toma celecoxib (aine) siendo un medicamento no prescrito por el doctor pero que tiene interacción al administrarse con la eritromicina	Comunicarle a la paciente que debe de retirar el medicamento, abandonar la administración del aine ya que esta ocasionándole pequeñas crisis de convulsiones.	5	1	1	1	La paciente retiro el medicamento debido a los efectos adversos que le ocasionaba el aine, se logro darle una pequeña educación de como debe tomar sus medicamentos y que no debe automedicarse.	6
8	J03	Amigdalitis aguda		eritromicina	sol	500	3	7	12	la paciente sufre pequeñas crisis de convulsiones al administrar la eritromicina conjuntamente con el celecoxib	conversar con la paciente para que retire el aine (celecoxib) de su tratamiento para la amigdalitis	5	1	1	1	La paciente hizo caso con la recomendación que se le explico, entendió que era por su bien y esta observando las mejorias.	5
8	J03	Amigdalitis aguda		eritromicina	sol	500	3	7	9	La paciente según el test de Moriski refiere ser incumplidor cuando se siente bien o si le cae mal deja de tomar sus medicamentos.	comunicar a los familiares que se involucren en el tratamiento de la paciente haciéndole recordar que tome sus medicamentos	7	2	1	0	la paciente no acepto las indicaciones	1
8	J03	Amigdalitis aguda		eritromicina	sol	500	3	7	2	la paciente por motivos de trabajo se olvida de tomar sus medicamentos	mantener comunicación constante con la paciente	8	2	1	0	la paciente acepto las indicaciones pero no las cumplió	1
9		Fiebre		paracetamol	sol	500	3	3									
9		Alergia		loratadina	sol	5	2	4									
9		Dolor de estómago		ranitidina	sol	300	2	3									
9	J04.0	Laringitis		claritromicina	sol	500	2	6	2	el paciente se olvida de tomar su medicamento prescrito	disminuir el incumplimiento voluntario por parte del paciente	8	1	1	1	Se logro conversar con la paciente y se reforzó sobre la importancia que tiene seguir un tratamiento farmacológico tal y como lo receta el doctor.	1
9	J04.0	Laringitis		claritromicina	sol	500	2	6	3	Al momento de realizar la intervención me di cuenta que tenia sus medicamentos en un mal estado.	Educar e intervenir sobre las medidas no farmacológicas de sus medicamentos, mencionarle todas aquellas medidas higienico-dieteticas que	9	1	1	1	Se logro educar al paciente sobre como debe tomar sus medicamentos almacenados en casa , tuvo en cuenta que si los seguía manteniendo en mal estado la acción de los medicamentos en su organismo no iban	5

											favorezcan la conservación de los objetivos terapéuticos.					hacer los mismos.	
10		Dolor de cabeza	panadol	paracetamol	sol	500	2	3									
10		Inflamación de los riñones		naproxeno	sol	550	2	7									
10		Alergia		cetirizina	sol	10	2	4									
10	J00	Rinofaringitis aguda(resfriado común)	bactrim balsámico	sulfametoxazol + trimetoprima	sol	800/160	2	5	9	de acuerdo al test de Morisky el paciente se olvida de tomar sus medicamentos	Educación al paciente en cuanto a las instrucciones y precauciones para una correcta utilización y administración de sus medicamentos.	8	1	1	1	Se logró educar a la paciente en cuanto a la disminución del incumplimiento involuntario que presentaba con respecto a su medicación.	5
10	J00	Rinofaringitis aguda(resfriado común)	bactrim balsámico	sulfametoxazol + trimetoprima	sol	800/160	2	5	8	la paciente mostro la receta y se observo que no esta prescrito en DCI	comunicarse con el doctor que prescribió la receta y que le diga al paciente los principios activos del medicamento	3	1	1	1	se logro comunicar con el doctor que prescribió la receta, corrigió , y el paciente ya sabe que principios activos tiene el medicamento comercial (bactrim balsámico)	6
10	J00	Rinofaringitis aguda(resfriado común)		paracetamol	sol	500	2	3	6	paciente toma el paracetamol y a la vez el panadol	conversar con la paciente de que tiene que retirar el medicamento debido a una duplicidad de sus medicamentos	5	1	1	1	el paciente retiro el medicamento que le estaba causando duplicidad en su tratamiento en este caso el panadol	2
11		Alergia		cetirizina	sol	10	2	4									
11		Dolor		naproxeno	sol	550	2										
11		Alergia (escozor de nariz)		dexametasona	sol	0.5	2										
11	J01	Sinusitis aguda		ibuprofeno	sol	400	3	3									
11	J01	Sinusitis aguda	sinalerg	levocetirizina	sol	5	1	7	6	el paciente refiere que toma cetirizina para la alergia y a la vez toma sinalerg	conversar con el paciente y decirle lo que esta pasando y que deje de tomar la cetirizina porque ya tiene un antihistamínico prescrito por el doctor para su enfermedad diagnosticada	5	1	1	1	el paciente retiro el medicamento que le estaba causando duplicidad en su tratamiento para la sinusitis	2

11	J01	Sinusitis aguda		cefalexina	sol	500	2	7	9	mediante la aplicación del test de Morisky se determinó que la paciente es un paciente incumplidor	Educación al paciente en cuanto a las instrucciones y precauciones para una correcta utilización y administración de sus medicamentos.	8	1	1	1	Se logró educar a la paciente en cuanto a la disminución del incumplimiento involuntario que presentaba con respecto a su medicación.	1
11	J01	Sinusitis aguda		cefalexina	sol	500	2	7	2	el paciente se olvida de tomar su medicamento prescrito	conversar con el paciente y sus familiares sobre la importancia del cumplimiento de sus medicamentos	8	2	1	1	Se logró mejorar la actitud del paciente con respecto a la toma de sus medicamentos.	1
11	J01	Sinusitis aguda		cefalexina	sol	500	2	7	3	el paciente refiere que conserva mal sus medicamentos	educar al paciente en conservar bien sus medicamentos	9	1	1	1	Se logró en el paciente que compre un organizador de medicamentos.	5
12		Dolor de estómago	plimax compuesto	pargeverina + lisina	sol	10/125	3	5									
12		Dolor muscular	debrox	Celecoxib	sol	200	3	3									
12	J40	Bronquitis, no especificada como aguda o crónica	clavutrim	amoxicilina + ácido clavulánico	sol	500/125	3	7	2	debido al test de Morisky se pudo observar que la paciente presenta actitudes negativas referente a su tratamiento	llamar al paciente para que no deje de tomar sus medicamentos así este bien de salud cumpla todo su tratamiento	8	1	0	0	Lamentablemente no se pudo resolver el PRM debido a que la paciente aun se olvida de tomar sus medicamentos	1
12	J40	Bronquitis, no especificada como aguda o crónica	clavutrim	amoxicilina + ácido clavulánico	sol	500/125	3	7	3	cuando se realizó la visita se encontró medicamentos desordenados	incentivar al paciente y educarlo a que no es recomendable que tenga sus medicamentos desordenados.	9	1	1	1	se logró educar al paciente en cuanto a la conservación de sus medicamentos para evitar así errores en su prescripción	1
12	J40	Bronquitis, no especificada como aguda o crónica		naproxeno	sol	550	3	3	9	según la aplicación del test de Morisky salió incumplidor el paciente	Educación al paciente en cuanto a las instrucciones y precauciones para una correcta utilización y administración de sus medicamentos.	8	1	1	1	se logró educar al paciente en cuanto a la conservación de sus medicamentos para evitar así errores en su prescripción	1

2		Dolores musculares	doloflam forte	ibuprofeno	Sol	400												
3	J03	Amigdalitis aguda		amoxicilina	Sol	500	3	7	2	cuando se siente bien lo dejaba de tomar	educar al paciente para que no deje de tomar sus medicamentos cuando se siente bien porque le puede traer consecuencias	8	1	1	1		1	
3	J03	Amigdalitis aguda		amoxicilina	Sol	500	3	7	3	no tiene un sitio adecuado para guardar sus medicamentos	educar al paciente para que tenga un lugar apropiado para que guarde sus medicamentos, en medidas no farmacológicas	9	1	1	1		el paciente aceptó la solución y ahora cumple con todo su tratamiento	5
3		Dolores musculares		ibuprofeno		400	3											
3		Dolores musculares		naproxeno	Sol	550	3	5	12	el paciente cuando toma el naproxeno luego le da ardor al estómago	retirar el medicamento que le está afectando su salud o agregarle otro medicamento para prevenir su gastritis	5	1	1	0		el paciente primero aceptó para que podamos retirar ese medicamento pero nos dimos con la sorpresa que seguía tomando no nos hizo caso	6
3		Indigestión		sal de andrews	Polv													
4	J03	Amigdalitis aguda		amoxicilina	Sol	500	3	7	5	acorta el tiempo de tomar sus medicamentos	modificar la pauta de administración del medicamento	3	2	1	1		para esto cambiamos la pauta de la dosis si antes era de 8 horas mejor lo pusimos que lo tome 12 horas y aceptó	6
4	J03	Amigdalitis aguda		amoxicilina	sol	500	3	7	9	se olvida de tomar a sus horas	educar al paciente en disminuir el incumplimiento involuntario	7	1	1	1		la paciente ahora ya no se olvida de tomar sus medicamentos	1
4	J00	Rinofaringitis aguda(resfriado común)		clorfenamina	Sol	4	3	3										
4		Dolor de cabeza	tonopan	dihidroergotamina + cafeína + propifenazona	Sol	2												
4		Dolores musculares		naproxeno	Sol	550	2	3										
4		Infección de las vías urinarias	uropol forte	sulfametizol + fenazopiridina	Sol	500 + 100												
5	J03	Amigdalitis		amoxicilina	Sol	500	3	5	9	hay veces donde se	educar y conversar al	8	1	1	1		paciente aceptó	1

		aguda								olvida de tomar	paciente hacerle entender que lo que esta haciendo esta mal, disminuir cumplimiento involuntario					que nosotros nos preocupemos por él y también que no iba haber problemas para llamarlo	
5	J03	Amigdalitis aguda		amoxicilina	Sol	500	3	5	3	no tiene lugar adecuado para guardar sus medicamentos	educar al paciente que es necesario una buena conservación de los medicamentos	9	2	1	1	para que el paciente conserve bien sus medicamentos le ayudé a realizar una cajita para ordenar sus medicamentos.	5
5	J00	Rinofaringitis aguda(resfriado común)		clorfenamina	Sol	4	2	6	2	cuando se siente bien lo deja de tomar	llamar al paciente para que no deje de tomar sus medicamentos así este bien de salud cumpla todo su tratamiento	8	1	1	1	paciente aceptó las indicaciones y tomar aunque se sienta bien sus medicamentos a la hora indicada por su médico.	1
5		Dolores musculares		naproxeno	Sol	550											
5		Dolores musculares		ibuprofeno	Sol	400	2	5									
6	J01	Sinusitis aguda	clavumox	amoxicilina + ácido clavulánico	Sol	500 + 125	3	7	1	lo toma junto a sus alimentos	educar al paciente que tome sus medicamentos 1/2 hora antes de los alimentos	8	2	1	1	Aceptó la solución que debe tomar su medicamento 1/2h antes de los alimentos	4
6	J01	Sinusitis aguda	hisaler	cetirizina	sol	10	1	3	8	no hay nombre de medicamentos en DCI	ponerle en cada medicamento en DCI y así está receta tenga y el paciente ver cual de los dos escoge	6	2	1	1	le brindé a la paciente los nombres de medicamentos en DCI y le expliqué cual es el mejor en su efecto	5
6	J01	Sinusitis aguda	clavumox	amoxicilina + ácido clavulánico	Sol	500 + 125	3	7	3	conservación inadecuada	educar en medidas no farmacológicas, si no tiene para que se compre un botiquín hay que ver la manera de como le hacemos uno para separar sus medicamentos	9	1	1	1	para que el paciente conserve bien sus medicamentos le ayudé a realizar una cajita para ordenar sus medicamentos.	5
6		Dolores musculares		ibuprofeno	Sol	400	3		12	ardor en el estómago	añadir un medicamento para prevenir la gastritis como el omeprazol, ranitidina	4	2	1	1	paciente aceptó que le añadamos un medicamento para la gastritis y así no tenga consecuencias	2

6		Dolores musculares		naproxeno	Sol	550	2	4									
6		Dolores musculares		diclofenaco	Iny	75	1	4									
7	J02	Faringitis aguda		ibuprofeno	sol	400	2	5									
7	J02	Faringitis aguda		eritromicina	sol	500	2	7	9	la paciente en algunas oportunidades se olvida de tomar su medicamento	educar al paciente	8	1	1	1	educar al paciente sobre lo importante que es seguir todo su tratamiento	1
7	J02	Faringitis aguda		clorfenamina	sol	4	2	5	12	probabilidades de efecto adverso, siente sequedad de boca	sustituir un medicamento	6	1	0	0	cambiar el medicamento por otro que no le cause efectos adversos	5
7		Alergia		cetirizina	sol	10	1	3									
7		Gastritis		ranitidina	sol	150	2	10									
8	J03	Amigdalitis aguda		amoxicilina	sol	500	3	7	9	incumplimiento-olvida tomar sus medicamentos	educar al paciente	8	1	1	1	educar al paciente sobre lo importante que es seguir todo su tto y entendió lo importante que es no olvidar tomar su medicamento	1
8	J03	Amigdalitis aguda		amoxicilina	sol	500	3	7	3	conservacion inadecuada de sus medicamentos	educar al paciente sobre lo importante que es saber mantener en un lugar adecuado sus medicamentos	8	1	1	1	el paciente se comprometió a tomar con responsabilidad lo que se le enseñó y se comprometió a contribuir en su tratamiento	1
8	J03	Amigdalitis aguda		ibuprofeno	sol	400	3	5	3	mala conservacion de sus medicamentos	educar al paciente sobre lo importante que es saber mantener en un lugar adecuado sus medicamentos	8	1	1	1	el paciente se comprometió a tomar con responsabilidad lo que se le indicó	1
8		Alergia		cetirizina	sol	10	1	3									
8		Fiebre		paracetamol	sol	500	3	5									
9	J02	Faringitis aguda		eritromicina	sol	500	3	7	9	el paciente incumple el tratamiento porque olvida tomar su medicación	educar al paciente para que no se olvide tomar sus medicamentos	8	1	1	1	el paciente tomo en cuenta la recomendación que se le brindó de no olvidarse tomar sus medicamentos	1

9	J02	Faringitis aguda	naproxeno	sol	550	3	5	2	actitudes negativas del paciente	educar al paciente	8	1	1	1	comunicarse con el paciente , haciéndole entender que para la mejoría de su salud necesita tomar todos sus medicamentos indicados	1
9	J02	Faringitis aguda	eritromicina	sol	500	3	7	2	actitudes negativas del paciente cuando siente que no le hace bien deja de tomarlo	educar al paciente	8	1	1	1	comunicarse con el paciente , haciéndole entender que para la mejoría de su salud necesita tomar todos sus medicamentos indicados	1
9	J02	Faringitis aguda	paracetamol	sol	500	3	5									
9		Dolores musculares	ibuprofeno	sol	400	3	5									
10	J03	Amigdalitis aguda	amoxicilina	sol	500	3	7	9	toma sus medicamento de vez en cuando	educar al paciente	8	1	1	1	comunicarse con el paciente para que no deje de tomar sus medicamentos	1
10	J03	Amigdalitis aguda	lincomicina	iny		1	3									
10		Dolores musculares	naproxeno	sol	550	2	3	1	administracion erronea del medicamento	educacion en las instrucciones y precauciones para a correcta utilizacion y administracion del medicamento	7	1	1	1	educar al paciente para que tome sus medicamentos en la hora establecida	5
10		Tos aguda	dextrometorfano	liq	15	2	7									
11	J02	Faringitis aguda	clorfenamina	sol	4	3	3									
11	J02	Faringitis aguda	claritromicina	sol	550	2	7	10	interaccion	modificar la pauta de administracion	3	1	1	1	conversar con el paciente haciéndole un cambio en en las tomas del medicamento a lo largo del día	5
11	J02	Faringitis aguda	naproxeno	sol	550	2	5	1	toma su medicamento sin tener en cuenta sus indicaciones	educacion al paciente sobre a correcta administracion del medicamento	7	1	1	1	educación al paciente sobre la correcta administración de sus medicamentos para que no sienta molestia despues	5

																	de tomarlos	
11		Alergia		cetirizina	sol	10	1	3										
12	R52.0	Dolor agudo		ibuprofeno	sol	400	2	5	5	dosis, pauta y/o duracion inadecuada	educar al paciente que el medicamento le durara para todo el tratamiento	7	1	1	1		comunicarle al paciente que si olvida tomar una dosis, no puede administrarse una segunda dosis ya que le pueden traer problemas mayores afectando su salud.	6
12	J02	Faringitis aguda		dextrometorfano	liq	15	2	7										
12	J02	Faringitis aguda		amoxicilina	sol	500	2	7	9	toma sus medicamento de vez en cuando	educar al paciente	8	1	1	1		comunicarse con el paciente para que no deje de tomar sus medicamentos	1
12	J02	Faringitis aguda		amoxicilina	sol	500	2	7	3	conserva su medicamento de manera inadecuada	educar al paciente sobre las medidas higienicas que favorezcan los objetivos terapeuticos	9	1	1	1		educar al paciente para que tenga un consideración de como guardar y donde guardar sus medicamentos	5
12		Indigestión		bismutol	liq	262	3	3										

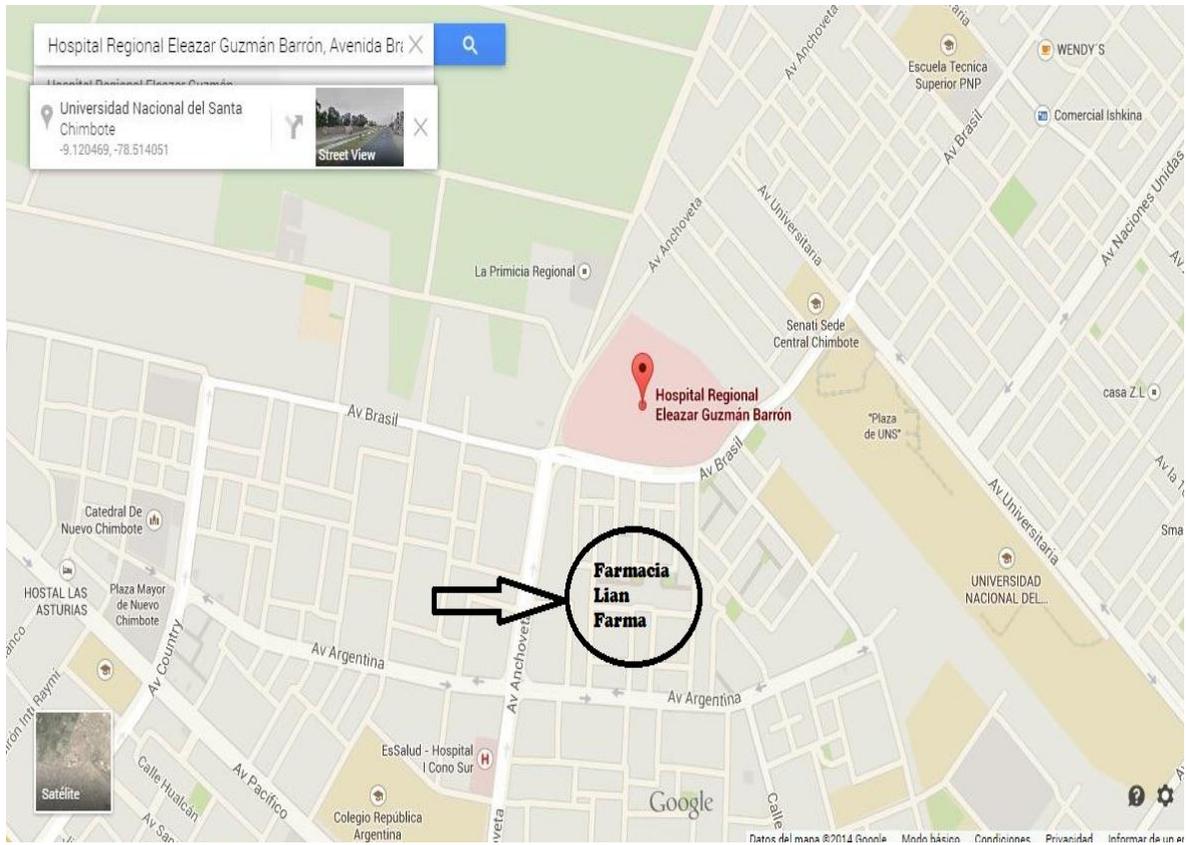
ANEXO 7.5. FOTOS

8. ANEXO

FIGURA N°05. FRONTIS BOTICA LIAN FARMA, SE UBICA EN LA Urb. San Rafael Mz J Lt 11 – Nuevo Chimbote.



FIGURA N°06. MAPA DE UBICACIÓN DE LA BOTICA LIAN FARMA



ANEXO N°09

FIGURA N°07: Paciente firmando la hoja de consentimiento



NEXO N°10

FIGURA N°08.Revisión de medicamentos

