



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

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

IMPACTO DE UN PROGRAMA PILOTO DE SEGUIMIENTO
FARMACOTERAPÉUTICO SOBRE LA AUTOPERCEPCIÓN
DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES ASMÁTICOS EN
LAS DIMENSIONES FÍSICA Y MENTAL. PUESTO DE SALUD
MIRAFLORES ALTO - DISTRITO DE CHIMBOTE, ABRIL –
JULIO 2016.

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
QUÍMICO FARMACÉUTICO

AUTOR: Bach. Brayan Joao Pérez Escobedo

ASESOR: Dr. Percy Alberto Ocampo Rujel

CHIMBOTE – PERÚ

2018

**IMPACTO DE UN PROGRAMA PILOTO DE SEGUIMIENTO
FARMACOTERAPÉUTICO SOBRE LA AUTOPERCEPCIÓN
DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES ASMÁTICOS EN
LAS DIMENSIONES FÍSICA Y MENTAL. PUESTO DE SALUD
MIRAFLORES ALTO - DISTRITO DE CHIMBOTE, ABRIL –
JULIO 2016.**

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Dr. Q.F. Jorge Díaz Ortega

Presidente

Mgr. Q.F. Walter Teodoro Ramírez Romero

Secretario

Mgr. Q.F. Édison Vásquez Corales

Miembro

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO

Este proyecto de tesis se lo dedico a mis grandes padres Manuel Alberto Pérez Mendoza y Miriam Elizabeth Escobedo Palacios, por las enseñanzas y los buenos consejos que me brindan cada día para ser mejor persona, por ese amor incondicional que me llena de felicidad; por ese gran esfuerzo y sacrificio que me han brindado de poder seguir adelante en todas mis metas, por el gran apoyo han realizado durante todo este tiempo académico y de poder terminar con esmero esta hermosa carrera profesional de Farmacia y Bioquímica. Porque todo lo que soy y lo que pueda lograr en esta vida se lo debo a ellos.

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.

Agradecer a Dios sobre todas las cosas ya que es el amigo y maestro a la vez, agradecer por las cosas buenas que me han pasado, por ayudarme en los momentos difíciles y darme fuerza para poder seguir adelante durante todo este tiempo de estudio en mi carrera profesional y de poder por culminar con gran satisfacción este proyecto de tesis

A mi asesor de tesis, Dr. Percy Ocampo Rujel por su esfuerzo y dedicación, quien, con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar proyecto dado.

Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga hoy, mañana y siempre.

Brayan Joao Pérez Escobedo

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar el impacto de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico sobre la autopercepción de la calidad de vida en las dimensiones física y mental, de pacientes asmáticos intervenidos desde la farmacia del Puesto de salud Miraflores alto del distrito de Chimbote durante los meses de abril a julio del 2016.

Participaron en dicho estudio 12 pacientes asmáticos con diagnóstico de asma bronquial a los cuales se le aplicó un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico (SFT) adaptado del modelo DADER modificado por Ocampo que cuenta con 5 fases: captación, levantamiento de información, evaluación de la información, intervención – seguimiento y análisis de resultados; la cual se aplicó durante el periodo de 4 meses que duró la programa con medición de las variables utilizando el Test de SF-12 como respuesta a antes y después de la intervención para la evaluación de la autopercepción de calidad de vida en las dimensiones física y mental.

24 Problemas relacionados con medicamentos (PRMs) fueron solucionados y los no resueltos dejaron expuesto al paciente ante la aparición de Resultados Negativos de la Medicación (RNMs). Sobre la variable en la dimensión física se obtuvo un impacto positivo (antes $39,90 \pm 8.14$ después 51.81 ± 4.05) y en la dimensión mental (antes $35,95 \pm 8.47$ después 55.04 ± 3.68), de tal manera que ambas dimensiones tuvieron un resultado altamente significativo ($p= 0.00095 - 0.000023$)

Se concluye que se logró determinar un efecto altamente positivo significativo en las dimensiones física y mental de la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) realizando un seguimiento farmacoterapéutico en pacientes asmáticos.

Palabras clave: Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), Calidad de vida relacionada con la Salud (CVRS), Problemas relacionados con medicamentos (PRM).

SUMMARY

The objective of this research was to determine the impact of a pilot program of pharmacotherapeutic follow-up on the self-perception of the quality of life in the physical and mental dimensions of asthmatic patients operated from the Miraflores high health post pharmacy in the district of Chimbote during the months from April to July 2016.

A total of 12 asthmatic patients diagnosed with bronchial asthma participated in this study. They were administered a pilot program of pharmacotherapeutic follow-up (SFT) adapted from the DADER model modified by Ocampo, which has 5 phases: collection, information gathering, evaluation of information, intervention - monitoring and analysis of results; which was applied during the period of 4 months that lasted the program with measurement of the variables using the SF-12 Test as a response to before and after the intervention for the evaluation of the self-perception of quality of life in the physical and mental.

24 Problems related to medications (PRMs) were solved and the unresolved ones left exposed to the patient before the appearance of Negative Results of the Medication (RNMs). On the variable in the physical dimension a positive impact was obtained (before 39.90 ± 8.14 after 51.81 ± 4.05) and in the mental dimension (before 35.95 ± 8.47 after 55.04 ± 3.68), in such a way that both dimensions had a highly significant result ($p= 0.00095 - 0.000023$)

It was concluded that a significant positive effect on the physical and mental dimensions of the self-perception of health-related quality of life (HRQoL) was achieved by conducting a pharmacotherapeutic follow-up in asthmatic patients.

Key words: Pharmacotherapeutic follow-up (SFT), Quality of life related to Health (HRQOL), Problems related to medicines (PRM).

Tabla de Contenido

AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA.....	v
RESUMEN.....	vi
SUMMARY.....	vii
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. Objetivo Específicos.....	3
II. REVISION DE LA LITERATURA	4
2.1. Antecedentes.....	4
2.1.1. Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico.....	4
2.1.2. Evolución del Seguimiento Farmacoterapéutico en el Perú.....	6
2.1.3. Antecedentes Epidemiológicos del Asma	7
2.1.4. Seguimiento Farmacoterapéutico y Calidad de Vida Relacionada con la Salud	8
2.2. Marco Teórico.....	9
2.2.1. Problemas relacionados con el uso de medicamentos (PRMs) y resultados negativos de la medicación (RNM).....	9
2.2.2. Diagnóstico de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM).....	14
2.2.3. Atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico: contribución del farmacéutico al mantenimiento de la salud pública.....	22
2.2.4. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).....	29
2.2.5. Asma.....	31
2.2.6. Puesto de Salud Miraflores Alto.....	36
III. HIPOTESIS.....	37
IV. METODOLOGÍA.....	38
4.1. Diseño de la investigación.....	38
4.1.1. Tipo y el nivel de la investigación.....	38
4.1.2. Diseño de la investigación.....	38
4.2. Población y muestra.....	38
4.3. Definición y Operacionalización de las variables.....	39
4.3.1. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT).....	39

4.3.2. Problemas relacionados con medicamentos (PRM).....	40
4.3.3. Resultados negativos asociados con la medicación (RNM).....	40
4.3.4. Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).....	40
4.4. Técnicas e instrumentos.....	41
4.4.1. Técnica.....	41
4.4.2. Instrumentos.....	41
4.4.2.1. Fichas Farmacoterapéuticas (FFT).....	41
4.4.2.2. Instrumento para medir la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud.....	42
4.4.3. Procedimiento de recolección de datos.....	44
4.4.3.1. Procedimiento para Oferta del servicio y captación de los pacientes.....	44
4.4.3.2. Levantamiento de información.....	46
4.4.3.3. Fase de estudio y evaluación de la información.....	46
4.4.3.4. Fase de intervención y seguimiento farmacoterapéutico.....	47
4.4.3.5. Evaluación del impacto de la intervención.....	48
4.5. Plan de análisis de datos.....	48
4.6. Criterios Éticos.....	49
V. RESULTADOS.....	51
5.1.1. Datos generales sobre los pacientes y tiempos de intervención.....	51
5.1.2. Diagnósticos Identificados y Medicamentos Utilizados por los pacientes durante el proceso del SFT.....	53
5.1.3. Resultados sobre los PRMs diagnosticados y resueltos durante el proceso de SFT.....	56
5.1.4. Impacto de la Intervención Sobre la Autopercepción de da Calidad de Vida de los Pacientes Asmáticos.....	57
5.1.4.1. Impacto de la intervención sobre la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física según el test SF-12.....	57
5.1.4.2. Impacto de la intervención la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión mental según el test sf-12.....	58
5.2. Análisis de resultados.....	59
5.2.1. Características de los pacientes y tiempo intervenido en el SFT.....	59
5.2.2. Diagnósticos y medicamentos utilizados durante el SFT.....	61
5.2.3. Impacto del Seguimiento Farmacoterapéutico sobre la satisfacción del paciente	66
5.2.4. Acerca del impacto del Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) sobre la calidad de vida asociada a la salud. (CVRS).....	70

VI. CONCLUSIONES.....	75
6.1. Conclusiones.....	75
6.2. Recomendaciones.....	75
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	76
VIII. ANEXOS.....	85
Anexo N° 1. Solicitud de permiso dirigido al establecimiento farmacéutico.....	85
Anexo N° 2. Hoja de consentimiento informado.....	86
Anexo N° 3. Fichas Farmacoterapéuticas.....	87
Anexo N° 3.1. Registro de la información del paciente, de su enfermedad de sus medicamentos y del médico prescriptor.....	87
Anexo N° 3.2. FFT. Registro de la información del paciente, de su enfermedad de sus medicamentos y del médico prescriptor.....	88
Anexo N° 3.3. FFT. Registro de problemas de salud durante el uso de medicamentos, tratamiento con remedios caseros y enfermedades sufridas anteriormente.....	89
Anexo N° 3.4. FFT. Registro de los antecedentes familiares y hábitos de vida del paciente.....	90
Anexo N° 3.5. FFT. Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes. (Primera parte).....	91
Anexo N° 3.6. FFT. Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes. (Segunda parte).....	92
Anexo N° 3.7. FFT. Guía anatómica de repaso para identificar problemas relacionados con medicamentos.....	93
Anexo N° 3.8. FFT. Hoja guía de intervención farmacoterapéutica - Primera parte...	94
Anexo N° 3.9. FFT. Hoja guía de intervención farmacoterapéutica - Segunda parte..	95
Anexo N° 3.10. FFT. Hoja guía de intervención farmacoterapéutica - Tercera parte..	96
Anexo N° 3.11. FFT. Hoja guía de intervención farmacoterapéutica - Cuarta parte...	97
Anexo N° 3.12. FFT. Test para medir la adherencia al tratamiento. Test de Morisky.	98
Anexo N° 3.13. FFT. Test de PURDUE para la evaluación en el paciente de la Satisfacción del servicio.	99
Anexo N° 4. Tabla de estado de situación	100
Anexo N° 5. Valores estandarizados para la conversión de los ítems de respuesta del instrumento SF-12 para valorar la percepción de la Calidad de Vida.....	104
Anexo N° 6. Fotos.....	105
Anexo N° 7. Mapa de ubicación del Puesto de Salud de Miraflores alto– Nuevo Chimbote.....	106
Anexo N° 8. Glosario de términos.....	107

ÍNDICE DE CUADROS, FIGURAS, TABLAS Y GRÁFICOS

	Índice de cuadros	Pág. N°
Cuadro N°01.	Listado de problemas relacionados con medicamentos (PRM).	11
Cuadro N°02.	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).	12
Cuadro N°03.	Actividades de atención farmacéutica en el ejercicio profesional del farmacéutico comunitario.	23
Cuadro N°04.	Clasificación de intervenciones farmacéuticas destinadas a prevenir o resolver resultados clínicos negativos de la farmacoterapia.	28
Cuadro N°05.	Test de SF- 12 para determinar la medición de la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).	43
Cuadro N°06.	Tipos de canales para comunicar las recomendaciones del farmacéutico para la solución de PRMs.	47

	Índice de figuras	Pág. N°
Figura N° 01	Flujograma de la Etapa de estudio y evaluación tomado de comité de consenso.	20
Figura N° 02	Etapas clave del proceso de Seguimiento Farmacoterapéutico modificado de DADER.	27
Figura N° 03	Clasificación del asma por la severidad y características clínicas antes del tratamiento.	33
Figura N° 04	Tratamiento del asma en adultos y niños mayores de 5 años	34
Figura N° 05	Esquema del modelo de intervención farmacéutica.	38
Figura N° 06	Flujograma de las actividades de Seguimiento Farmacoterapéutico	45
Figura N° 05	Frontis del Puesto de Salud de Miraflores Alto Chimbote Provincia del Santa, departamento de Ancash.	105
Figura N° 06	Firma de Hoja de Consentimiento	105
Figura N° 07	Ejemplo de la utilización y conservación del medicamento	106

Índice de tablas

Pág. N°

Tabla N°01.	Distribución de frecuencias y porcentajes de los pacientes intervenidos por sexo y edad promedio. Programa de SFT dirigido a pacientes asmáticos. Puesto de salud de Miraflores Alto del Distrito Chimbote. Abril a Julio 2016.	51
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 asmáticos. Puesto de salud de Miraflores Alto del Distrito de Chimbote. Abril a Julio 2016.	52
Tabla N°03.	Problemas de Salud identificados en los pacientes intervenidos según si fueron diagnosticadas o no. Programa de SFT a pacientes asma bronquial. Puesto de salud de Miraflores Alto del Distrito de Chimbote. Abril a Julio 2016.	53
Tabla N°04.	Problemas relacionados con medicamentos, prescritos y no prescritos según su origen durante el proceso de intervención del Programa de SFT a pacientes con asma bronquial. Puesto de salud de Miraflores Alto del Distrito de Chimbote. Abril a Julio 2016.	54
Tabla N°05.	Problemas relacionados con medicamentos identificados en el programa de SFT a pacientes asmáticos. Puesto de salud de Miraflores Alto del Distrito de Chimbote. Abril a Julio 2016.	56
Tabla N°06.	Comparativo de la edad, cantidad de diagnósticos, cantidad de medicamentos, PRMS identificados y PRMS solucionados por paciente intervenido. Programa de SFT a pacientes asmáticos. Puesto de salud de Miraflores Alto del Distrito Chimbote. Abril a Julio 2016.	56
Tabla N°07.	Evaluación de la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física mediante el test SF-12 en pacientes asmáticos antes y después del Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Puesto de salud de Miraflores Alto del Distrito de Chimbote. Abril a Julio 2016.	57
Tabla N°08.	Evaluación de la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión mental mediante el test SF-12 en pacientes asmáticos antes y después del Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Puesto de salud de Miraflores Alto del Distrito de Chimbote. Abril a Julio 2016.	58

Índice de Gráficos

Pág. N°

Gráfico N° 01	Porcentaje de los medicamentos usados para los problemas de salud identificados. Programa de SFT a pacientes asma bronquial. Puesto de salud Miraflores Alto, Chimbote. Abril a Julio 2016.	55
Gráfico N° 02	Balance del resultado del test SF-12 en la dimensión física, antes y después de la intervención mediante SFT en los pacientes asmáticos. Programa de SFT a pacientes asmáticos. Puesto de salud Miraflores Alto, Chimbote. Abril a Julio 2016.	57
Gráfico N° 03	Balance del resultado del test SF-12 en la dimensión mental, antes y después de la intervención mediante SFT en los pacientes asmáticos. Programa de SFT a pacientes asmáticos. Puesto de salud Miraflores Alto, Chimbote. Abril a Julio 2016.	58

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 dinero¹⁻³.

Algunos autores refieren “La mala utilización de medicamentos es en la actualidad es un problema sanitario de enorme magnitud. Varios autores presentan evidencia exhaustiva acerca de la morbilidad y el impacto en los sistemas sanitarios por efecto del uso inapropiado de medicamentos”¹⁻⁸.

Ocampo R. Menciona que “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 dónde no existen sistemas de farmacovigilancia desarrollados? ¿Cuál es el estado de la morbilidad y mortalidad asociada con el uso de medicamentos en el Perú?”¹.

Como solución a este problema emergente se han desarrollado diversos modelos de atención farmacéutica, sobre todo en Estados Unidos y España basados en el perfil profesional del Farmacéutico como experto en medicamentos^{1,9}. Como lo señalan Bonal y Et al. “se debe promover la adaptación de estos modelos e instrumentos farmacéuticos para garantizar la calidad del uso de medicamentos por los pacientes”^{1,10}. Estas modificaciones deben tomar en cuenta la diversidad de variables que podrían influir en el uso de medicamentos, desde aquellas propias de los usuarios y su entorno social y cultural hasta aquellas relacionadas con la morbilidad prevalente, la calidad de los productos y los criterios de prescripción y dispensación¹

En relación con el asma, una afección respiratoria crónica que afecta a 30% de los niños y 10% de los adultos del mundo, produce una importante carga social y económica, ausentismo escolar y laboral, limitación en las actividades físicas y una mayor utilización de los servicios de salud^{1,11}. El éxito del tratamiento de las enfermedades crónicas está directamente relacionado con el uso apropiado de los medicamentos, pero, sin embargo, las buenas prácticas para asegurar el efecto positivo están fuertemente influenciado por diversas variables que si no se identifican a tiempo pueden desencadenar respuestas negativas y/o fracasos en los tratamientos, en el agravamiento de la enfermedad y peor aún en la aparición de otros problemas de salud debido al inapropiado uso de medicamentos¹.

Por este tipo de situaciones es necesario 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.

Así mismo es necesario diseñar investigaciones para identificar el efecto de la atención farmacéutica y del SFT sobre variables indirectas relacionadas al éxito de la terapia con el uso de fármacos. Específicamente el presente trabajo de investigación está dirigida a evaluar el efecto del Seguimiento Farmacoterapéutico sobre la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud y bienestar de los pacientes asmáticos como impacto directo de la actividad profesional del farmacéutico¹.

1.1 Planteamiento del Problema´

De la caracterización del problema se desprende la motivación de poner en práctica un modelo adaptado de Atención Farmacéutica basado en Seguimiento Farmacoterapéutico que permita evaluar el impacto y la utilidad del programa no solo clínica si no como herramienta para el fortalecimiento de los Establecimientos Farmacéuticos como unidades de salud especializadas en la consultoría sobre el uso de medicamentos.

Específicamente la presente investigación está orientada a determinar si: ¿Tendrá el programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico impacto para mejorar la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física y mental de pacientes asmáticos?

1.2. Objetivos de la Investigación

1.2.1. Objetivo General

1.2.1.1. Determinar el impacto de un programa piloto de seguimiento Farmacoterapéutico sobre la autopercepción de la calidad de vida en las dimensiones física y mental de pacientes asmáticos que fueron intervenidos en el puesto de salud Miraflores Alto durante los meses de abril - julio 2016.

1.2.2. Objetivos Específicos

1.2.2.1. Evaluar las características de los medicamentos usados por los pacientes asmáticos atendidos en la farmacia del Puesto de Salud de Miraflores Alto del distrito de Chimbote a través del desarrollo de un programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico.

1.2.2.2. Intervenir a los pacientes asmáticos que presentan Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs) para solucionarlos mediante un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) en la farmacia del Puesto de Salud de Miraflores Alto del distrito de Chimbote, abril - julio 2016.

1.2.2.3. Determinar el impacto de la intervención mediante SFT sobre la autopercepción de calidad de vida en la dimensión física de los pacientes con Asma atendidos en la farmacia del Puesto de Salud de Miraflores Alto del distrito de Chimbote, abril - julio 2016.

1.2.2.4. Determinar el impacto de la intervención mediante SFT sobre la autopercepción de calidad de vida en la dimensión mental de pacientes con Asma atendidos en la farmacia del Puesto de Salud de Miraflores Alto del distrito de Chimbote, abril - julio 2016.

II. REVISION 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 ^{1,12}.

A pesar de algunos resultados negativos inherentes al sistema, se ha demostrado resultados favorables de la efectividad de la atención farmacéutica en los pacientes asmáticos, en cuanto a la disminución de las visitas a urgencias, cambios en la terapéutica, calidad de vida y conocimiento de la enfermedad y de los medicamentos ¹³⁻¹⁵. Además, se han reportado éxitos en los niveles de percepción de calidad de vida, sobre los signos del mal control del asma y el mejoramiento por parte de la población del trabajo que realiza el farmacéutico a nivel comunitario (ámbito humanístico) ^{1,18-23}.

Se han observado, además, como efecto de las intervenciones farmacéuticas, mejoras significativas en el conocimiento por parte del paciente sobre los factores de riesgo de las enfermedades, sobre las características de los medicamentos y en la satisfacción del paciente con el servicio farmacéutico. También, se encontraron mejorías significativas en la función física y un raro empeoramiento de las funciones sociales, emocionales y de salud mental relacionado probablemente a una mayor conciencia de parte del paciente hacia la enfermedad ^{1,24,25}.

En cuanto a los tipos de intervenciones realizadas, Sabater et al, “analizaron 2361 hojas de intervención farmacéutica y determinaron que las más prevalentes fueron aquellas encaminadas hacia la sustitución del medicamento (23.6%), seguidas por aquellas destinadas a la adición de un medicamento al paciente (23.5%). También destacaron las intervenciones dirigidas hacia la disminución del incumplimiento voluntario (14.8%), hacia

la retirada de un medicamento (14.6%) y hacia la modificación de la dosis (13.4%). El resto de los tipos de intervención definidos fueron: educación en medidas no farmacológicas (3.4%), disminución del incumplimiento involuntario (3.4%), modificación de la dosificación (2.2%) y modificación la pauta de administración (1.2%)^{1,26}.

Silva L. refiere que “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”²⁷. “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”^{1,28,29}.

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 las pacientes indicaciones de uso de medicamentos y la monitorización sobre el cumplimiento o reporte de reacciones no esperadas”^{1,30,31}.

En el Perú, en una búsqueda rápida en internet de las palabras clave “Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes con asma en el Perú” o “Atención Farmacéutica en pacientes con asma en el Perú, arroja escasos resultados de investigaciones o programas en marcha de SFT”¹.

En un trabajo antiguo y pionero sobre la implementación del SFT en una farmacia comunitaria de un cono de Lima, Gamarra y Et al. 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 farmacéutico³².

Ocampo en 2010, en una investigación para medir el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes asmáticos, demuestra que el resultado es significativo (0.031) cuando se comparan los test antes – después de una intervención farmacoterapéutico. Se refiere que el programa aumentó sobre todo la actitud de los pacientes en tomar los medicamentos cotidianamente ($p = 0,003$)³³.

Ayala et al. 2010, en una investigación utilizando el modelo DÁDER reportan impacto positivo del SFT sobre la autopercepción de la calidad de vida asociada con la salud de pacientes asmáticos que se atienden en un hospital de Lima. Sin embargo, se utiliza la definición del segundo consenso de granada para describir los resultados de PRMs que ahora son considerados RNMs³⁴.

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 AF y el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Farmacia (BPF) entre los profesionales farmacéuticos, tanto del sector público como privado^{1,35}.

De los criterios de política se desprende La Ley 29459, Ley de Medicamentos, de 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 AF y el SFT como actividades esenciales de las BPF^{36,37}.

Según La Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud del Perú (DIGEMID), “en enero de 2008 el desarrollo de la AF 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 AF 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”³⁸.

En el 2012 la DIGEMID, presentó su modelo de SFT para Establecimientos Farmacéuticos (EF) 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 (PRM) y el impacto del proceso sobre la adherencia al tratamiento. Sin embargo, no existe una guía de cómo desarrollar el proceso³⁹.

2.1.3. Antecedentes Epidemiológicos del Asma

El asma es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en todo el mundo, que impone un impacto social significativo tanto en la salud de los niños y adultos. Desde el Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC, por sus siglas en inglés), es la principal fuente de información mundial sobre la prevalencia de asma, donde se muestra que ésta varía de país en país, oscila entre 6 a 30%. En general la prevalencia es menor en áreas rurales que en urbanas⁴⁰.

La OMS calcula que en la actualidad hay 235 millones de pacientes con asma, siendo además la enfermedad crónica más frecuente en los niños. Además, el 80% de las muertes por asma tienen lugar en países de ingresos bajos y medios-bajos⁴¹.

Se estima por estudios epidemiológicos prospectivos que el asma puede llegar a afectar entre los años 2015 y 2020 al 50% de la población general de los países desarrollados. Entre las causas que llevan a este aumento se mencionan las enfermedades infectocontagiosas, el aumento de la polución atmosférica, el hábito de fumar y la alimentación artificial⁴¹.

El Perú se encuentra en el grupo de los países con prevalencias intermedias (20,7 a 28,2 %) en las zonas de baja altitud, decreciendo en las zonas de mayor altura, lo cual motiva su determinación acorde a nuestra amplia diversidad geográfica. Así tenemos en Lima una prevalencia de 21,47%⁴⁰.

Latinoamérica tiene una de las prevalencias más elevadas del mundo, en Colombia en la población general es de 8,1, a 13 %, en Brasil llega al 25 % por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que constituye un problema de salud pública. Por otra parte, en Uruguay se comunica una prevalencia acumulada de 24,6 % y actual entre 15,7 % - 18,7 %. En Cuba la prevalencia aceptada es de 8,3 % en la población general (mayor en los niños que en adultos) con una mortalidad de 3,5 por 100 000 habitantes ⁴².

2.1.4 Seguimiento Farmacoterapéutico y Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

Existe evidencia que reconoce que el SFT es capaz de impulsar la mejora de la atención sanitaria a los pacientes, con los consiguientes beneficios para la salud de los mismos, y el establecimiento de estrategias que persiguen el progreso de las habilidades y capacidades profesionales de los farmacéuticos y de los médicos, quienes evalúan en conjunto la calidad de la farmacoterapia⁴³. Sin embargo, dicha evidencia no termina de demostrar cambios en resultados de salud, se encuentra distorsionada con otras intervenciones farmacéuticas que no corresponden a una práctica asistencial orientada a los pacientes y no se ha indicado contundentemente al entorno sanitario la efectividad y la eficiencia del SFT²⁷.

Es por ello que a través de numerosos estudios referentes al SFT mencionados, se pretende evidenciar su eficacia y/o resultados significativos. Respecto a esto último, un estudio de Seguimiento farmacoterapéutico ambulatorio en pacientes asmáticos, realizado por Velasco G. Concluye que el SFT en el asma es una práctica posible, capaz de producir resultados positivos, mejorando la calidad de vida del paciente, la comprensión de su enfermedad para una adhesión al tratamiento farmacológico⁴⁴.

Del mismo modo el Seguimiento Farmacoterapéutico es una estrategia para mejorar y lograr el mayor beneficio de la farmacoterapia y persigue como resultado mejorar la CVRS del paciente^{4,44,45}.

Esto es concordante con un estudio realizado por Tafur y García en la cual muestran resultados positivos acerca de llevar a cabo estudios farmacéuticos sobre la evaluación de la CVRS, especialmente en enfermedades crónicas que afecten significativamente la CVRS; además esta evaluación puede ser incluida en el SFT para evaluar resultados en la mejora de calidad de vida (CV)¹⁹.

Simón et al “como resultado de un meta análisis de las intervenciones farmacéuticas relacionadas con CVRS hallaron cambios significativos sobre todo en aquellas relacionadas con asma, hipertensión y cardiopatías crónicas”⁴⁶.

Así mismo Ayala et al en “un estudio para evaluar el impacto de la intervención del farmacéutico en la CVRS de pacientes con hipertensión arterial esencial (HTA), que acuden a los consultorios externos de un servicio de cardiología, concluyen que el trabajo de los profesionales Químicos Farmacéuticos influyen positivamente sobre la Calidad de Vida relacionada con la Salud”³⁴.

Estos estudios son reafirmados por muchas publicaciones de investigación; como el de Bances C. que “ha demostrado que el programa de SFT fue eficiente, en el cual todos los pacientes intervenidos fueron diagnosticados con problemas relacionados con medicamentos y que así mismo las estrategias desarrolladas para la solución de PRMs fueron aceptadas y se lograron solucionar la mayoría de los problemas relacionados a medicamentos diagnosticados. Del mismo modo el SFT tuvo un impacto significativo sobre la percepción de la calidad de vida de los pacientes”⁴⁷.

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^{1,48}.

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.^{1,48}

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^{1, 49,50}.

Según L. Strand y Ch. Hepler: “Los problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) o Drug Related Problems (DRP) son experiencias indeseables del paciente que causadas directamente por la terapia farmacológica interfiriendo negativamente con los resultados deseados”^{3,49}. Señalan que para que un incidente sea calificado como PRM debe de existir dos condiciones, por un lado que el paciente padezca alguna enfermedad o sintomatología y que esta tenga relación directa identificable y evidenciable con la terapia farmacológica^{4,51}.

Desde otro enfoque, Blasco y Mariño et al. definen los errores de medicación (EM) como: “cualquier circunstancia o uso inapropiado de medicamentos que puede causar daño al paciente y que pudo ser evitable si se hubiesen seguido las recomendaciones farmacoterapéuticas apropiadas y reconocida. Los errores de medicación (EM) se cometen durante la práctica profesional cotidiana en la prescripción, comunicación, dispensación, preparación y en la administración del medicamento por algún profesional sanitario o en el propio paciente”^{1,52}.

Los errores de medicación según el denominado “Tercer Consenso de la Universidad de Granada son también Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM)”^{4,50}. En base a este enfoque los PRMs son una categoría mayor que subyace cualquier suceso inesperado durante el uso de medicamentos y que engloba tanto los errores de medicación prevenibles como otros problemas de salud no prevenibles como las reacciones adversas o interacciones medicamentosas desconocidas (Cuadro N° 01)¹.

CUADRO N°01. “Listado de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM)
Modificado por Ocampo38 del Método DADER de SFT”³³.

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

Modificado por Ocampo: Tercer Consenso de Granada 2007⁵⁰

En esta lista original, Ocampo P. incluyó tres PRMs más que corresponden a: 14) Influencia del entorno; 15) Uso de medicamentos de origen ilegal y 16) Problemas económicos. Esta modificación se hizo siguiendo la propia recomendación de la Universidad de Granada de incluir a la lista original nuevas categorías de acuerdo al estado del problema en una realidad concreta y que obviamente no tengan una equivalencia en las ya existentes y con el fin de describir de manera más precisa el origen de un problema³³.

Los problemas relacionados con medicamentos así definidos son el origen de una nueva taxonomía de sucesos denominados resultados negativos asociados al uso de medicamentos (RNM). Los RNM son en esencia la clasificación dada anteriormente como problemas relacionados con medicamentos⁵³⁻⁵⁵.

El Tercer Consenso de Medicamentos de la Universidad de Granada en el año 2007 define como una sospecha de RNM al riesgo de sufrir un problema de salud debido al mal uso de medicamentos cuyo origen puede ser uno o más PRM considerándose éstos como factores de riesgo o causas de los RNM^{1,50}.

La acotación tan concreta de esta categoría actual de RNM permite definir el resultado final de la evolución de un PRM, es decir, tal como lo señala la Organización Mundial de la Salud la definición de RNM permite establecer el diagnóstico de una entidad mórbida final relacionado con el mal uso de medicamentos cuyo origen, causa y agravante puede ser uno o más PRMs. Es decir, la OMS define a los RNMs como una enfermedad originada por fallos en la Farmacoterapia (CUADRO N°02)^{53,55}.

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”⁵⁰.

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.

Tomado de: Tercer Consenso de Granada 2007⁵⁰.

Los Problemas Relacionados a Medicamentos pueden ser múltiples. La propuesta del Tercer Consenso de la Universidad de Granada propone un listado inicial que no sugiere no es ni tan exhaustivo ni excluyente (Cuadro N°01) y por tanto puede ser modificado de acuerdo a la realidad y la práctica clínica en distintas condiciones sociales ⁵⁰.

Los PRM pueden ser sucesos cuya naturaleza puede ser real o potencial. Los profesionales sanitarios en especial los Químicos Farmacéuticos en su experiencia profesional deben desarrollar las capacidades para la detección de estos sucesos a través de procedimientos claros y sistematizados. La contención del riesgo de PRMs evita la aparición de Resultados Negativos de la Medicación, es decir se evita que los pacientes se enfermen debido al uso inapropiado de medicamentos, sea por errores de medicación prevenibles o sucesos no prevenibles⁵⁵.

Esta definición operativa de PRM y RNM y el hecho de que el farmacéutico sea el responsable de su vigilancia puede ser el origen de un posicionamiento profesional en los sistemas de salud. Lo que sucede en la práctica es que los farmacéuticos por diversas razones han evitado utilizar la palabra diagnóstico para referirse a la actividad profesional de identificar PRMs, intervenir en el problema e implementar soluciones con el fin de prevenir RNMs. A diferencia de lo que sucede con los Profesionales Médicos en los cuales es clara su labor diagnóstica de enfermedades, aún no se acepta la capacidad profesional de los Químicos Farmacéuticos para el diagnóstico y tratamiento de los problemas relacionados con medicamentos ⁵⁶.

Según Culbertson et al. citado por Hurley define como: “diagnóstico farmacéutico (DF) al proceso de identificación de problemas específicos cuyo origen es el uso de medicamentos por parte de los pacientes. El Diagnóstico Farmacéutico está basado en evidencias suficientes que permiten identificar la causa real o potencial de un problema de salud que el paciente sufre o podría sufrir debido al uso inapropiado de medicamentos” ^{57.58}.

Ferriols 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 ⁵⁹. En cuanto al momento del uso final de medicamento por parte de los pacientes, Calvo afirma que: “posterior a la administración de

medicamentos es necesario vigilar la evolución y el resultado en el paciente por parte del profesional farmacéutico con el objetivo de prevenir y/o evitar hechos adversos con relación a la farmacoterapia”⁶⁰.

2.2.2. Diagnóstico de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM)

Los profesionales Químicos Farmacéuticos Clínicos deben desarrollar capacidades para el diagnóstico de problemas relacionados con el uso de medicamentos. El diagnóstico farmacéutico es la capacidad profesional de identificar problemas relacionados con medicamentos que pueden ser reales o potenciales y que a su vez son el origen de Resultados Negativos de la Medicación, a partir de la aplicación de técnicas de diálogo con el paciente, medicación de signos clínicos, evaluación de información sobre prescripción y dispensación de medicamentos, carga genética del paciente y hábitos de vida saludables⁵⁰.

Los diagnósticos deben definir las características de los problemas con medicamentos, su causa raíz y los posibles factores desencadenantes. Durante el proceso de diagnóstico se delimita la naturaleza de los PRMs y se escogen las estrategias más efectivas posibles para su solución. Estos procedimientos convierten al Diagnóstico Farmacéutico en una actividad científica, razonada y documentada que deja evidencia susceptible de ser revisada y trazada a través del tiempo para introducir estrategias de retroalimentación ^{49,55}.

El Tercer Consenso de Granada y la Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico del Método DADER, “presentan un alcance de las definiciones de los problemas relacionados con medicamentos (PRM)”^{50,61} del modelo americano. Estas definiciones son la base del análisis y del diagnóstico final de PRMs. Estas definiciones son utilizadas en la presente investigación, explicadas según el orden de identificación mostrado en la Figura N°01 y la Ficha Fármaco terapéutica ¹, (Anexo N°7.3).

- a) Administración errónea de medicamento (PRM 1): Los pacientes toman decisiones sobre cómo usar medicamentos de manera diferente a las indicadas por los facultativos durante la prescripción o dispensación. Este problema contiene a la automedicación que consiste en la decisión propia o influenciada de un paciente de usar un medicamento que necesita prescripción por cuenta propia.

En el Perú según Ley de medicamentos ⁶⁰ los medicamentos están clasificados en cuatro categorías: 1) Aquellos que se obtienen sin prescripción y se encuentran en los establecimientos no farmacéuticos; 2) Los que se obtienen sin prescripción solo en los establecimientos farmacéuticos; 3) Medicamentos bajo prescripción médica y solo se encuentran en establecimientos farmacéuticos y 4) Medicamentos especiales que solo se venden en farmacias y bajo prescripción médica restringida⁶¹.

Los errores de medicación específicos más frecuentes tienen su origen en la interpretación errónea de la posología del medicamento, la administración de formas farmacéuticas por vías inapropiadas como por ejemplo usar oralmente un supositorio, arruinar las formas farmacéuticas para hacer más fácil la toma, etc.

- b) Actitudes negativas (PRM 2): Esto se origina cuando hay una actitud contradictoria del paciente hacia la medicación producida en percepciones equivocadas de los efectos de los medicamentos. El paciente se convence, que los medicamentos no son necesarios o son más dañinos que la propia enfermedad, ya sea por factores intrínsecos o extrínsecos,

Estos actos negativos se manifiestan cuando el farmacéutico pregunta: ¿Cree Usted que puede tener dificultades con la toma de alguno de estos medicamentos? Y como respuesta se obtienen argumentos en contra de los medicamentos, ocasionados 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 la que afectan directamente la calidad de los medicamentos. Estas condiciones se presentan debido a varios factores como: lugares inseguros, expuestos a luz solar, al alcance de niños, ambientes húmedos, altas temperaturas o en lugares expuestos a maltrato físico u otro.

Por otro lado, también se considera como conservación inapropiada el almacenamiento de los medicamentos de manera desordenada, en cajas, bolsas plásticas, armarios, etc.

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

- d) Duplicidad (PRM4): Es la concordancia en el uso de dos medicamentos que cumplen una misma función farmacológica sin ventajas terapéuticas. Esta duplicidad ocasionaría problemas debido a la sobre dosificación.

La prescripción es el origen de un problema de duplicidad. Se considera que dos medicamentos son duplicados cuando son medicamentos con el mismo principio activo o la misma acción farmacológica de manera simultánea y a la vez están prescritos en una misma receta o fueron indicados en dos oportunidades diferentes para la misma o diferente morbilidad. En todo caso el paciente continúa usándolos de manera concomitante.

Sin embargo; la duplicidad de dos o más medicamentos no necesariamente debe estar prescritos, el paciente decide tomar dos medicamentos que no necesitan prescripción, pero si cumple el mismo efecto farmacológico.

No se considera duplicidad cuando el paciente decide auto-med icarse por su cuenta debido a que es un medicamento que necesita receta, sin saber que ya usa un medicamento prescrito con el mismo objetivo farmacológico. Por lo tanto, se trata de una administración errónea del medicamento (PRM 1).

En conclusión, la duplicidad se da cuando 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 acorde a las pautas posológicas habituales o recomendadas en esquemas de tratamiento institucionales. La incoherencia puede ser en la dosis, la vía de administración, la frecuencia de administración o el tiempo de tratamiento recomendado.

- f) **Contraindicaciones (PRM 6):** Un medicamento contraindicado está cuando las condiciones fisiopatológicas del paciente o la toma concomitante de una sustancia no esté en condiciones de usar un determinado medicamento. Las contraindicaciones pueden ocasionar un efecto perjudicial para el paciente.

Un medicamento contraindicado se identifica al revisar los medicamentos prescritos en la receta que el paciente consume de manera habitual. 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):** En la mayoría de los casos, los medicamentos deben ser dispensados tal como fueron prescritos en las recetas. El farmacéutico según norma vigente está autorizado para poder ofrecerle al paciente una alternativa farmacéutica al medicamento prescrito, indicándole las diferencias de precio y origen.^{62,63} El cambio se puede proporcionar de un medicamento prescrito en denominación internacional (DCI) a un medicamento de marca, de tal caso que el paciente lo prefiera y que sea informado del cambio. O el cambio más propicio de un medicamento prescrito en nombre comercial por otro en DCI.

El Farmacéutico debe revisar y asegurar que los medicamentos dispensados estén conforme 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 sucede cuando el facultativo entrega al paciente una receta o documento con pautas terapéuticas incompletas, poco claras, confusas y que ocasionan el error del paciente al usar los medicamentos.

El documento emitido por el facultativo debe ser verificado por el Farmacéutico junto con el paciente teniendo a la vista todos los medicamentos dispensados. Se analiza si la receta cumple normativamente con los datos mínimos requeridos para que el paciente

use apropiadamente los medicamentos y si los medicamentos son coherentes farmacológicamente con el diagnóstico^{1,64}.

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 de cada medicamento para el paciente deben incluir: El tiempo de tratamiento, la dosis, la frecuencia de dosis. 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 necesario¹.

- i) Incumplimiento o No Adherencia al tratamiento prescrito (PRM 9): Se utiliza la definición de Haynes citado por Basterra¹⁶ 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^{1,17}.

La no-adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran magnitud. Solo el 50% de los pacientes en los países desarrollados son adherentes mientras que en los países en vías de desarrollo las tasas son inclusive menores⁶⁵. 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^{56,66}.

El nivel de adherencia tomado antes y después de una intervención farmacoterapéutica sirve como indicador de la eficacia, del seguimiento farmacoterapéutico sobre la

resolución de PRM ³³. Así mismo el grado de adherencia se evalúa mediante el test denominado Medication Adherence Scale o conocido como Test de Morisky ⁶⁷.

- j) Interacciones (PRM 10): La relación del uso de dos o más medicamentos que no tienen compatibilidad afectara 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. Además, las interacciones también se consideran con productos naturales o alimentos que suele consumir el paciente de manera regular junto con los medicamentos que pudieran afectar negativamente la medicación” ^{27,68}.

Al igual que en la duplicidad y en las contraindicaciones se considera interacción cuando el origen de uso de los medicamentos implicados es una prescripción médica. Si la interacción se produce por el uso de un medicamento auto medicado que necesita prescripción el problema se tipifica como error de medicación (PRM 1).

- k) Otros problemas de salud que afectan al tratamiento (PRM 11): Son problemas de salud diagnosticados o no que limitan al paciente hacia comportamientos que pueden poner en riesgo el uso de los medicamentos prescritos u ocasionar la automedicación inadecuada¹.

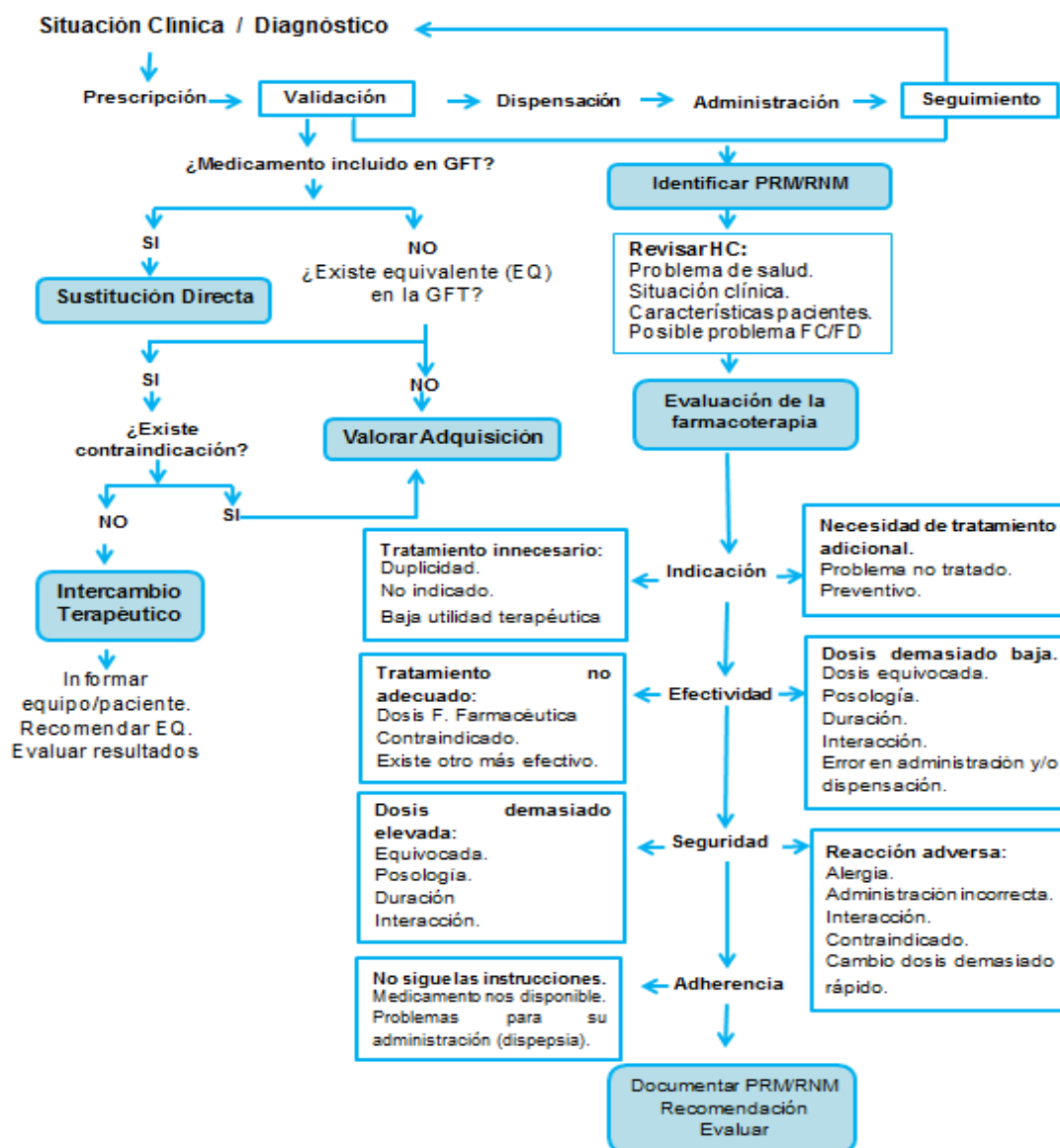
Ejemplos de estos problemas son: alergias, estrés, dolor, depresión, constipación, malestares gastrointestinales, infecciones respiratorias, sensaciones extrañas u otro similar. Al presentarse, el paciente puede decidir alguna alternativa no convencional para mitigar los síntomas poniendo en riesgo la 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 ⁶¹.

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).

Figura N° 01. “Flujograma de la etapa de estudio y evaluación. Tomado de Comité de Consenso”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 Granada 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^{49,50}. 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 realidad³³. 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 Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacéutico: Contribución del Farmacéutico al Mantenimiento de la Salud Pública.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) “definieron en 1993 que la misión de la práctica farmacéutica debe ser: suministrar medicamentos, otros productos y servicios para el cuidado de la salud y ayudar a la sociedad para que sean usados de la mejor manera posible”⁶⁹.

Una parte de la misión señalada por la OMS se sujeta a 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.
50, 70,71

En el ámbito comunitario, según Andrés Rodríguez “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”⁹.

“Las actividades centrales relacionadas con Atención Farmacéutica son: Dispensación, Asesoramiento Farmacéutico, Farmacovigilancia y Seguimiento Fármaco Terapéutico”.

Cuadro N° 03. “Actividades de Atención Farmacéutica en el ejercicio profesional del farmacéutico comunitario”.

ACTIVIDADES ORIENTADAS AL MEDICAMENTO	ADQUISICIÓN, CUSTODIA, ALMACENAMIENTO, CONSERVACIÓN, DE MATERIAS PRIMAS, ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS Y PRODUCTOS SANITARIOS.
ACTIVIDADES ORIENTADAS AL PACIENTE: ATENCIÓN FARMACÉUTICA	DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS. FORMULACIÓN MAGISTRAL.
	INDICACIÓN FARMACÉUTICA. FORMACIÓN EN USO RACIONAL. EDUCACIÓN SANITARIA. FARMACOVIGILANCIA.
	SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO FARMAET ALÓGICO.

Tomado de Andrés Rodríguez ⁸

Aquellas actividades que indirectamente están 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 ^{9,53}.

Las actividades directamente relacionadas con AF: “Las Buenas Prácticas (BP) de Dispensación, la Indicación Farmacéutica, el Seguimiento Fármaco Terapéutico (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. En la historia de la farmacia quizás nunca antes se utilizó 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 ¹. El diccionario

define “atención” como “la responsabilidad individual de alguien para entregar bienestar y seguridad, mientras que un servicio implica simplemente funciones o actividades”⁷².

Gonzales G, Martínez M, y Van W refieren que “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”^{72,73,74}.

Así como también Ocampo menciona, “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”¹.

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)^{1, 75,76}.

Las actividades del seguimiento fármaco terapéutico están dirigidas a la detección de PRMs para la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM). Aquel servicio implica un compromiso y debe proporcionarse de forma prolongada, sistematizada y documentada en apoyo con el propio paciente y con los demás profesionales de salud, con el fin de lograr resultados concretos para que el paciente tenga una mejor calidad de vida^{50,74-77}.

La definición de SFT, tal como se propone en el tercer consenso sobre Atención Farmacéutica de España en 2006, es: “La práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente que usa medicamentos”.

Tal como lo señala Machuca “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”⁷⁷.

Según Climente y Jiménez de manera general “Los programas de Atención Farmacéutica o Seguimiento Farmacoterapéutico deben sujetarse a procedimientos o técnicas para dar respuesta a los siguientes aspectos: a) Identificación anticipada de pacientes que se favorecerían con su implantación; b) Registrar las categorías y causas que ocasionan 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 fármacoterapéutica”⁷⁸.

“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; b) El Método del Global Pharmaceutical Care de Linda Strand y et al. Y c) El método de Seguimiento Farmacoterapéutico DADER de Dáder y et al. Desarrollada desde la Universidad de Granada en España^{33,51,79}. Existen así mismo otros métodos propuestos como el método IASER desarrollado por Climente y Jiménez⁷⁸.

En esta investigación se utiliza como modelo de Seguimiento Farmacoterapéutico una modificación del método DADER Desarrollado por Ocampo³³ aplicado por primera vez

con el objetivo de medir el impacto del SFT sobre el uso de medicamentos en la prevención y solución de PRMs y RNMs en pacientes asmáticos^{33,61,80}.

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”⁸⁰.

El método ha demostrado ser exitoso en la prevención, detección y resolución de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) desde el nivel de atención primaria⁸⁰⁻⁸². Sin embargo, tal como lo proponen el Grupo de Investigación de la Universidad de Granada y Deselle y et al, “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”^{28,80}.

Estas particularidades se han introducido en el método modificado por Ocampo “adaptando las herramientas de recojo de información para hacerlas más fáciles de aplicar por el profesional farmacéutico en el contexto peruano y más entendibles para el paciente”. Así mismo se han introducido procedimientos y herramientas que permiten detectar rápidamente problemas de no adherencia al tratamiento³³.

Tanto en el método DADER como en la versión modificada por Ocampo logran identificarse como etapas 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^{12,33}. (Figura N°02)

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



Tomado de: P Ocampo ³³

Un aspecto importante es desarrollar un modelo que agregue valor a la asistencia sanitaria, un impulso cualitativo a las actividades del profesional farmacéutico y además genere rentabilidad económica al establecimiento farmacéutico ⁸¹. Sin embargo, el objetivo del SFT, independiente del modelo, es dar solución a los PRMs a través de intervenciones farmacéuticas efectivas. Sabater y et al, “plantean una clasificación de las intervenciones farmacéuticas que podrían surgir durante el proceso de Seguimiento Farmacoterapéutico” ²⁶. (Ver Cuadro N°04).

En esta clasificación se define intervención farmacéutica como: “una propuesta de actuación sobre el tratamiento y/o las conductas del paciente, encaminada a resolver o prevenir un PRM y evitar RNM” ²⁶.

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 paciente¹.

Cuadro N°04. “Clasificación de intervenciones farmacéuticas destinadas a prevenir o resolver resultados clínicos negativos de la farmacoterapia”²⁶.

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

Tomado de Sabater y Et al.²⁶

2.2.4 Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

El cambio de perspectivas en el cuidado de la salud de lidiar solo con la muerte y la enfermedad al concepto de salud integral preventiva ha significado que los profesionales de la salud empiecen a darse cuenta de la importancia del seguimiento de la calidad de vida de los pacientes como un nuevo indicador de salud. Indicador que asume gran importancia tanto en el área de la investigación, como en la asistencia clínica^{83, 84}.

Así mismo la creciente necesidad de evaluar nuevas opciones terapéuticas, el incremento en la prevalencia de las enfermedades crónicas, la necesidad explícita de reconocer el valor que tienen las percepciones de cambio de la CVRS que cada paciente experimenta y el hecho de que en múltiples afecciones y en distintos grupos de pacientes, la correlación entre los marcadores analíticos y funcionales y la CVRS percibida por estos es baja, ha propiciado que un mayor número de ensayos clínicos controlados (ECC) incluyan entre sus objetivos la evaluación de la CVRS^{85,86}.

Dichos cambios también se han podido evidenciar en la evolución del concepto de atención farmacéutica cuyo objetivo final es mejorar la calidad de vida a través de un esfuerzo cooperativo entre el farmacéutico y el paciente²¹. Del mismo modo se pretende alcanzar un objetivo que se ha centrado en conseguir años de vida con calidad, más que en aumentar la cantidad de vida, objetivo biológicamente difícil de superar^{87,88}.

En general existe muy poca experiencia en la evaluación formal de la calidad de vida relacionada con salud (CVRS) por los farmacéuticos; existiendo barreras conceptuales, metodológicas, de actitud y de práctica, para que los farmacéuticos adopten este rol. Sin embargo, los farmacéuticos muestran mucho interés en utilizar instrumentos para evaluar CVRS²¹.

Los términos “calidad de vida” y más específicamente “calidad de vida relacionada con salud” (CVRS) se refieren a la percepción que un individuo tiene de los componentes físicos, psicológicos y sociales de su salud que pueden ser influenciados por sus experiencias, creencias, expectativas y percepciones personales^{89,90}.

Los cuestionarios de calidad de vida, y en intervenciones farmacéuticas los “medical outcomes study short form” y sus variaciones demuestran ser los más utilizados, no sustituyen a las evaluaciones sintomáticas, analíticas, morfológicas, etc., sino que las complementan, introduciendo algo tan trascendente como la visión del propio paciente sobre su percepción de salud^{21,91}.

Según Côté, “Las intervenciones farmacéuticas han demostrado resultados ambiguos en términos de mejoras en los indicadores de CVRS”⁹². Probablemente debido a la alta influencia subjetiva en los resultados, no obstante, los cuales no dejan de ser importantes para evaluar el componente humanístico de las intervenciones^{54,90}.

Jarrillo et al sostienen que: “existe una marcada relación entre el nivel de conocimiento sobre la enfermedad, adherencia al tratamiento y la autopercepción de la calidad de vida de un asmático”⁸⁹. En un estudio español sobre el impacto de la atención farmacéutica en pacientes con enfermedad coronaria (más conocido como estudio TOMCOR) utilizando el instrumento SF-36 encontró una mejoría significativa en la función física y un empeoramiento de las funciones sociales, emocionales y de salud mental (atribuido este cambio a una mayor conciencia de la enfermedad)⁵⁴. Simón A. et al como resultado de un meta-análisis de las intervenciones farmacéuticas relacionadas con CVRS hallaron cambios significativos sobre todo en aquellas relacionadas con asma, hipertensión y cardiopatías crónicas⁴⁶.

El análisis de la calidad de vida fue evaluado con una versión resumida del instrumento SF-36 denominado SF-12 que es una hoja de auto evaluación compuesta por 12 ítems que miden la autopercepción del paciente acerca de su estado funcional y emocional. Es un instrumento probado y estandarizado que permite puntuar las dimensiones de salud física y salud mental de acuerdo a estándares poblacionales para hacer comparaciones intra e inter poblacionales sobre el efecto de variables externas que afectan la salud de los individuos ⁹³⁻⁹⁵.

La dimensión física del instrumento mide la autopercepción del estado de salud físico y refleja la valoración del paciente acerca de cómo realiza sus actividades que demandan ese tipo de esfuerzo tales como: realizar las labores propias de su trabajo, realizar labores del hogar, subir escaleras, etc. Reflejan la movilidad del paciente y su capacidad para interactuar con su entorno. La dimensión mental por su parte mide la autopercepción del estado de salud mental o psicológico, refleja la valoración del paciente acerca de su estado de ánimo, motivación para realizar sus actividades cotidianas, su capacidad de relacionarse con su entorno afectivo y amical, etc. ⁹⁴

2.2.5. Asma bronquial.

Es una enfermedad crónica respiratoria, inflamatoria de origen multifactorial, se caracteriza por hiperactividad bronquial. Esta inflamación causa episodios recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica y tos, especialmente durante la noche. Estos síntomas se asocian habitualmente a un grado variable de obstrucción de las vías aéreas que es con frecuencia reversible, ya sea de forma espontánea o mediante tratamiento⁹⁶.

Se considera un problema a nivel mundial, en la atención a la magnitud alcanzada en términos de morbilidad, mortalidad y discapacidad que produce en pacientes mal manejados en la repercusión que tiene sobre el enfermo y sus familiares, así como los costos sociales que provocan y refuerzan la necesidad de desarrollar acciones adecuadamente coordinadas.⁹⁶⁻⁹⁸

Como se ha mencionado, el asma es una enfermedad heterogénea; por lo que tiene diferentes procesos en su etiología. No se ha encontrado relación directa entre rasgos clínicos, características patológicas y respuesta a tratamiento; por lo que se necesita más investigación clínica para entender la utilidad real de los fenotipos de asma. Algunos de los fenotipos más comunes son:

Asma alérgica: Esta es la más reconocida y comúnmente comienza en la niñez. Está asociada al historial pasado o historial familiar de condiciones alérgicas como dermatitis atópica, rinitis alérgica, alergias a alimentos o medicamentos. El esputo de estos pacientes antes de ser tratados muestra inflamación eosinofílica de la vía aérea. Estos son los pacientes que generalmente tienen una buena respuesta a los esteroides inhalados⁹⁹.

Asma no alérgica: Generalmente son adultos con asma que no está asociada a procesos alérgicos. El perfil celular de estos pacientes puede tener más neutrófilos, aunque pueden tener eosinófilos también y el contenido de células inflamatorias es menor. Responden en menos grado a los esteroides inhalados, aunque siempre ayudan⁹⁹.

Asma de tardía presentación: Son los adultos, particularmente mujeres, que desarrollan asma por primera vez en su vida adulta. Estos pacientes tienden a no ser alérgicos y usualmente requieren dosis más altas de esteroides o no tienen buena respuesta con ellos.

Asma con obstrucción fija al flujo de aire: Son pacientes con asma de larga evolución que desarrollan obstrucción fija debido al proceso de remodelación de la pared de la vía aérea⁹⁹.

Esta crisis se inicia en el paciente susceptible luego de la exposición a algún factor desencadenante. El problema fundamental es el aumento en la resistencia de las vías aéreas que se produce por edema de la mucosa, aumento de las secreciones y, principalmente, broncoconstricción. En la medida en que el proceso no se revierte tempranamente, genera una serie de efectos pulmonares, hemodinámicos y en los músculos respiratorios que ponen al paciente en riesgo de insuficiencia respiratoria y muerte. (Varga Y S 2008).

Por otro lado, se clasifica en función de tres criterios. (Figura N°3)

Clasificación del asma por la severidad y características clínicas antes del tratamiento.

Intermitente
Síntomas menos de una vez por semana Exacerbaciones de corta duración Síntomas Nocturnos no más de dos veces al mes FEV ₁ o PEF ≥ 80% del valor predicho Variabilidad en el PEF o FEV ₁ < 20%
Persistente leve
Síntomas más de una vez por semana pero menos de una vez al día Exacerbaciones pueden afectar la actividad y el sueño Síntomas Nocturnos más de dos veces por mes FEV ₁ o PEF ≥ 80% del valor predicho Variabilidad en el PEF o FEV ₁ < 20 – 30%
Persistente Moderada
Síntomas diarios Exacerbaciones afectan la actividad y el sueño Síntomas Nocturnos más de una vez a la semana Uso diario de inhaladores con β ₂ agonistas de acción corta FEV ₁ o PEF ≥ 60 < 80% valor predicho Variabilidad en el PEF o FEV ₁ > 30%
Persistente Severa
Síntomas Diarios Exacerbaciones frecuentes Síntomas frecuentes de asma nocturna Limitación de realizar actividades físicas FEV ₁ o PEF ≤ 60% valor predicho Variabilidad en el PEF o FEV ₁ > 30%

Fuente: GINA (2006). Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention.

Los medicamentos antiasmáticos se utilizan para prevenir y suprimir los síntomas y la disminución del flujo aéreo. El tratamiento actual del asma se basa en los fármacos antiinflamatorios, y se reserva para los broncodilatadores un papel meramente sintomático¹⁰⁰.

(Figura N°4) Tratamiento del asma en adultos y niños mayores de 5 años ¹⁰⁰

	MEDICAMENTO CONTROLADOR	MEDICAMENTO ALIVIADOR
4º ESCALÓN Persistente grave	Medicación diaria: <ul style="list-style-type: none"> • Corticoide inhalado 800-2000 mcg o más, y: • Broncodilatador de efecto prolongado: ya sea β-agonista inhalado de efecto prolongado y/o teofilina de liberación sostenida y/o β-agonistas orales de efecto prolongado, y: • Corticoide oral a largo plazo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Broncodilatador de corta duración: β-agonista inhalado según se precise por síntomas.
3º ESCALÓN Persistente moderada	Medicación diaria: <ul style="list-style-type: none"> • Corticoide inhalado ≥ 500 mcg, y: • Broncodilatador de efecto prolongado, ya sea β-agonista inhalado de efecto prolongado, teofilina de liberación sostenida, o β-agonistas orales de efecto prolongado (los últimos pueden proporcionar un control de síntomas más efectivo, añadidos a dosis bajas-medias de esteroides, en comparación con esteroides a altas dosis). • Considerar añadir antileucotrienos, especialmente para pacientes sensibles a ácido acetil-salicílico, y para prevenir broncoespasmo inducido por ejercicio 	<ul style="list-style-type: none"> • Broncodilatador de corta duración: β-agonista inhalado según se precise por síntomas, sin exceder de 3-4 veces/ día.
2º ESCALÓN Persistente leve	Medicación diaria: <ul style="list-style-type: none"> • Corticoide inhalado 200-500 mcg, cromoglicato, nedocromilo o teofilina de liberación sostenida. • Considerar antileucotrienos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Broncodilatador de corta duración: β-agonista inhalado según se precise por síntomas, sin exceder de 3-4 veces/ día.
1º ESCALÓN Intermitente	No se precisa ninguno.	<ul style="list-style-type: none"> • Broncodilatador de corta duración: β-agonista inhalado según se precise por síntomas, pero menos de una vez/ semana. • La intensidad del tratamiento dependerá de la gravedad del ataque. • β-agonista inhalado, cromoglicato o nedocromilo antes de ejercicio o exposición al alérgeno.

- Los tratamientos de elección están indicados en letra negrilla.
- Los pacientes deben evitar o controlar los desencadenantes en todos los escalones.
- La terapia debe incluir la EDUCACIÓN DEL PACIENTE.
- Se debe establecer el control lo antes posible (considerar añadir un ciclo de prednisolona o corticoides inhalados a alta dosis, a la terapia que corresponda al nivel inicial de

gravedad del asma). A partir de ahí disminuir hasta la mínima medicación necesaria para mantener el control.

- Una vez alcanzado el objetivo del tratamiento (control del asma), y tras un período de estabilidad (3 meses), se intentará reducir la medicación en orden inverso a como se inició, de forma gradual y escalonada.
- Si no se logra el control, considerar ascender, pero antes revisar: técnica de medicación del paciente, cumplimiento y control medioambiental (evitación de alérgenos u otros factores desencadenantes).

El impacto de esta enfermedad es tremendo, no solo por su alta morbilidad, sino por el efecto económico y social asociado a ella. Frecuentemente, la enfermedad y los síntomas nocturnos acompañados con las alteraciones del sueño, tanto en los niños como adultos, dan como resultado un desempeño escolar pobre y días de trabajo perdidos. (Rio-Navarro, B 2009).

Esta morbilidad de elevada prevalencia a nivel mundial, está presente en todos los países, independientemente de su grado de desarrollo. En países industrializados y a través de varios estudios se ha comprobado que la prevalencia del asma se está incrementando en aproximadamente un 5% al año, tanto en niños como en adultos jóvenes¹⁰¹.

La OMS estima que, en todo el mundo, se superan ya los 334 millones de personas afectadas, de acuerdo con el Global Asthma Report 2014 y en 2025 esta cifra se verá incrementada en 100 millones. Existe la preocupación generalizada de que la prevalencia del asma sigue aumentando en los países desarrollados, pero los efectos económicos y humanitarios de esta enfermedad son probablemente mayores en los países en vías de desarrollo, que aportan el 80% de la mortalidad mundial por esta causa y en los que la prevalencia está aumentando rápidamente en los últimos años¹⁰².

Existen diversas dificultades en el estudio de la epidemiología del asma, incluida su prevalencia. Cuando se comparan los resultados de diferentes estudios epidemiológicos sobre el asma es importante tener en cuenta cómo la elección de los métodos y definiciones influyen en los resultados. De hecho, no existe una definición estandarizada del asma ni un Gold estándar para su diagnóstico objetivo, en parte debido a la dificultad de establecer una

definición basada en los síntomas de obstrucción respiratoria reversible característicos de esta enfermedad. Todavía hoy el asma es considerada como un amplio síndrome y no como una enfermedad de entidad única¹⁰².

Dadas las características epidemiológicas de esta enfermedad, como la gran variabilidad geográfica de su incidencia y prevalencia, así como la diversidad de sus factores precipitantes, es conveniente desarrollar sistemas locales de vigilancia que permitan conocer con exactitud su distribución en el entorno poblacional del estudio¹⁰².

2.2.6 PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO

La actual investigación realizó en la Farmacia del Puesto de Salud de Miraflores Alto. La farmacia se encuentra ubicada en el distrito de Chimbote, departamento de Ancash, en la zona de la Avenida Pardo cuadra 28 S/N – Chimbote. La población de la zona de influencia puede catalogarse como del nivel socioeconómico bajo.

El Puesto de Salud Miraflores Alto cuenta con los servicios de medicina, obstetricia, laboratorio, farmacia, dental, tóxico, enfermería, etc. Para el servicio profesional la Farmacia cuenta con la presencia de 1 Químico farmacéutico y 1 técnico en farmacia. La farmacia ofrece la dispensación de medicamentos genéricos, de marca, medicamentos con receta médica y otros artículos relacionados como material médico quirúrgico. La farmacia atiende diariamente un promedio de 70 a 80 pacientes. Se atiende un promedio de 100 recetas por día aproximadamente 3020 a 3050 recetas al mes, la atención es de 12 horas de 8:00 am - 8:00 pm de lunes a sábado. Las patologías más frecuentes para las cuales se dispensan los medicamentos son: Infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), Infección del Tracto Urinario (ITU), Hipertensión arterial (HTA), Dermatomicosis, Diabetes Mellitus.

La Farmacia del Puesto de Salud Miraflores Alto está en un proceso de implementación de buenas prácticas de oficina farmacéutica y buenas prácticas de almacenamiento. Es decir, está en vías de certificar Buenas Prácticas de Dispensación, Buenas Prácticas de Fármaco vigilancia, Buenas Prácticas de Seguimiento Fármaco terapéutico

III. HIPOTESIS

3.1. Impacto del SFT sobre la dimensión física

3.1.1. Ho

El programa piloto de SFT no tiene impacto para mejorar la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física de pacientes asmáticos que se atienden en la farmacia del Puesto de Salud de Miraflores Alto del distrito de Chimbote durante los meses Abril - Julio 2016.

3.1.2. H₁

El programa piloto de SFT tiene impacto significativo para mejorar la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física de pacientes asmáticos que se atienden en la farmacia del Puesto de Salud de Miraflores Alto del distrito de Chimbote durante los meses Abril - Julio 2016.

3.2. Impacto del SFT sobre la dimensión mental

3.2.1. Ho

El programa piloto de SFT no tiene impacto para mejorar la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión mental de pacientes asmáticos que se atienden en la farmacia del Puesto de Salud de Miraflores Alto del distrito de Chimbote durante los meses Abril - Julio 2016.

3.2.2. H₁

El programa piloto de SFT tiene impacto significativo para mejorar la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión mental de pacientes asmáticos que se atienden en la farmacia del Puesto de Salud de Miraflores Alto del distrito de Chimbote durante los meses Abril - Julio 2016.

IV. METODOLOGÍA

4.1. Diseño de Investigación.

4.1.1. Tipo y el Nivel de la Investigación:

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

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

Figura N°5 Diseño de la Investigación:

°05. Esquema del modelo de intervención farmacéutica.



Fuente: elaborado por Ocampo ⁶⁵

4.2. Población y Muestra.

El universo de sujetos de estudio estuvo conformado por pacientes diagnosticados con asma. Atendidos de manera regular en el Puesto de salud de Miraflores Alto, los pacientes se autoseleccionaron entre aquellos que visitaron el EF en los meses de Abril – Julio 2016 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 pacientes de la muestra fue prefijado arbitrariamente en 12 pacientes.

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

- Pacientes diagnosticados con Asma entre 18 y 65 años.
- Captados desde el establecimiento farmacéutico (EF) de referencia.
- Con receta vigente para la enfermedad objetivo de antigüedad no mayor de una semana
- 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:

- Pacientes participantes en otros estudios de investigación o en programas al mismo tiempo de la intervención de SFT.
- Pacientes en gestación.

4.3. Definición y Operacionalización de las Variables.

4.3.1. Programa del 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) ¹⁰³.

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. 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 ¹⁰³.

El instrumento del SFT es la Ficha Farmacoterapéutica (FFT) (Anexo N° 7.3) donde se registra la evolución del proceso. Se consignan datos del paciente, morbilidades, uso de medicamentos, costumbres y otros. Se registran los PRMs diagnosticados, los objetivos

propuestos para su solución y los canales de comunicación empleados. La FFT registra finalmente el resultado de la intervención y los RNM asociados a los PRMs identificados.

4.3.2. Problemas relacionados con medicamentos (PRM):

Situaciones que en el proceso de uso de medicamentos causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación. En la presente investigación utilizaremos como base el listado modificado de PRM sugerido por el tercer consenso de Granada ⁵⁰. (Cuadro N°05)

El diagnóstico de PRMs es cuantitativo como resultado del análisis de la información recogida en las fichas farmacoterapéuticas. Cada paciente puede sufrir más de un PRM cuya naturaleza es registrada en la FFT como un evento diferente e individual en las tablas de frecuencias¹.

4.3.3. 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 ⁵⁰. (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.

4.3.4. Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

Es un indicador indirecto del componente humanístico de las intervenciones farmacéuticas. Definimos como percepción de la CVRS a aquella que un individuo tiene de los componentes físicos, psicológicos y sociales de su salud que pueden ser influenciados

por sus experiencias, creencias, expectativas y percepciones personales^{89,90}. Evaluamos la variable en sus dimensiones de salud física y mental. Utilizamos para el análisis el instrumento SF-12^{93,94,95}.

El Test SF-12 arroja un número de valor ordinal según la respuesta del paciente basado en una escala de Lickert de 5 ítems que luego es estandarizado a un puntaje positivo o negativo según una escala normalizada por Ware, Kosinski y Keller¹⁰⁴.

4.4. Técnicas e Instrumentos.

4.4.1. 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 DADER.^{1,105}

4.4.2. Instrumentos.

4.4.2.1. Fichas Farmacoterapéuticas (FFT)

Las FFT son hojas para el registro de los datos del seguimiento farmacoterapéutico. Son 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 resolverlas¹.

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^{105,106}.

4.4.2.2. Instrumento para medir la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud.

El cuestionario de Salud SF-12 es la adaptación realizada para España por Alonso y cols. del SF-12 Health Survey (Ver Cuadro N° 07) 129. El SF-12 es una versión reducida del Cuestionario de Salud SF-36 diseñada para usos en los que éste sea demasiado largo o complejo. Consiste en un subconjunto de 12 ítems extractados de la versión mayor SF-36. El instrumento incluye uno o dos ítems de cada una de las 8 escalas del SF-36. La información de estos 12 ítems se utiliza para construir, a través de la categorización de las respuestas mediante puntuaciones promedio estándares, las medidas sumario física y mental del SF-12^{93,94,95}. El procedimiento para la determinación de la sumatoria de los scores del componente físico (SCF) y mental (SCM) del SF-12 involucró tres pasos:

PASO 1. Se Identificó los valores fuera de rango de cada una de las preguntas si hubiese alguna. Si hubiera algún dato faltante no puede proseguirse.

PASO 2. Se convirtió cada ítem respuesta en su componente físico y mental utilizando la tabla de scores (Anexo N° 5) ¹⁰⁷.

PASO 3. Se sumaron los valores hallados en el paso dos desde la pregunta 1 hasta la 12 y se aumentó en 56,57706 para crear el SF-12 en el componente físico y 60,75781 para el componente mental que son valores estándares que definen el score final tal como lo describen la Universidad de Michigan y el US Department of Labor^{107,108}.

Para facilitar la interpretación; se han estandarizado valores de las normas poblacionales de los Estados Unidos, de forma que 50 (de = 10) es la media de la población general. Los valores superiores o inferiores a 50 se interpretaron como mejores o peores, respectivamente, que la población de referencia. Para cada una de las 8 dimensiones, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). La puntuación se realizó con un ordenador y utilizando los algoritmos de puntuación del Anexo 6 al inicio y al final de la intervención¹⁰⁷.

Cuadro N° 05. “Test de SF-12 para determinar la medición de la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)”

CUESTIONARIO DE LA AUTOPERCEPCION DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD. Programa de Atención Farmacéutica para paciente hipertenso. Farmacia Comunitaria ULADECH.
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____ COD° _____
 FIRMA: _____ FECHA: ____/____/____

COD INTERV:

INSTRUCCIONES :

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA:

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1) Excelente 2) Muy buena 3) Buena 4) Regular 5) Mala

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED HACE EN UN DÍA NORMAL. PARA AVERIGUAR SI SU SALUD ACTUAL ¿LE LIMITA PARA HACER ESAS ACTIVIDADES O COSAS? SI ES ASÍ, ¿CUÁNTO?

- 1) Sí, me limita mucho 2) Sí, me limita un poco 3) No, no me limita nada

2. ¿Le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora o barrer?

3. ¿Le limita para subir varios pisos por la escalera?

DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS ¿HA TENIDO PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS A CAUSA DE SU SALUD? Y A CAUSA DE ELLO:

- 1) Sí 2) No

4. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?

5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?

DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS ¿HA TENIDO PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS A CAUSA DE ALGUN PROBLEMA EMOCIONAL (COMO ESTAR TRISTE, DEPRIMIDO, O NERVIOSO)? Y A CAUSA DE ELLO:

- 1) Sí 2) No

6. ¿Hizo menos de lo que hubiera podido hacer?

7. ¿No hizo o las hizo con menos cuidado en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su problema emocional?

8. Durante las últimas cuatro semanas ¿Hasta que punto el dolor ha influenciado su trabajo individual (incluyendo su trabajo fuera de casa y su trabajo doméstico)?

- 1) Nada 2) Un poco 3) Regular 4) Bastante 5) Mucho

CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS CUATRO ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED. ¿Cuanto tiempo...

- 1) Siempre 2) Casi siempre 3) Muchas veces 4) Algunas veces 5) Sólo alguna vez 6) Nunca

9. Se sintió calmado y tranquilo?

10. Tuvo mucha energía?

11. Se sintió desanimado y triste?

12. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- 1) Siempre 2) Casi siempre 3) Algunas veces 4) Sólo alguna vez 5) Nunca

4.4.3. Procedimiento de Recolección de Datos.

Los datos se recolectaron durante el programa de Seguimiento Farmacoterapéutico, cuyo proceso se esquematiza en la Figura N°04. En esencia se sigue el procedimiento sugerido en el método DADER con la modificación de la terminología y el anexo de otros datos que son útiles para nuestra realidad¹⁰⁶.

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.

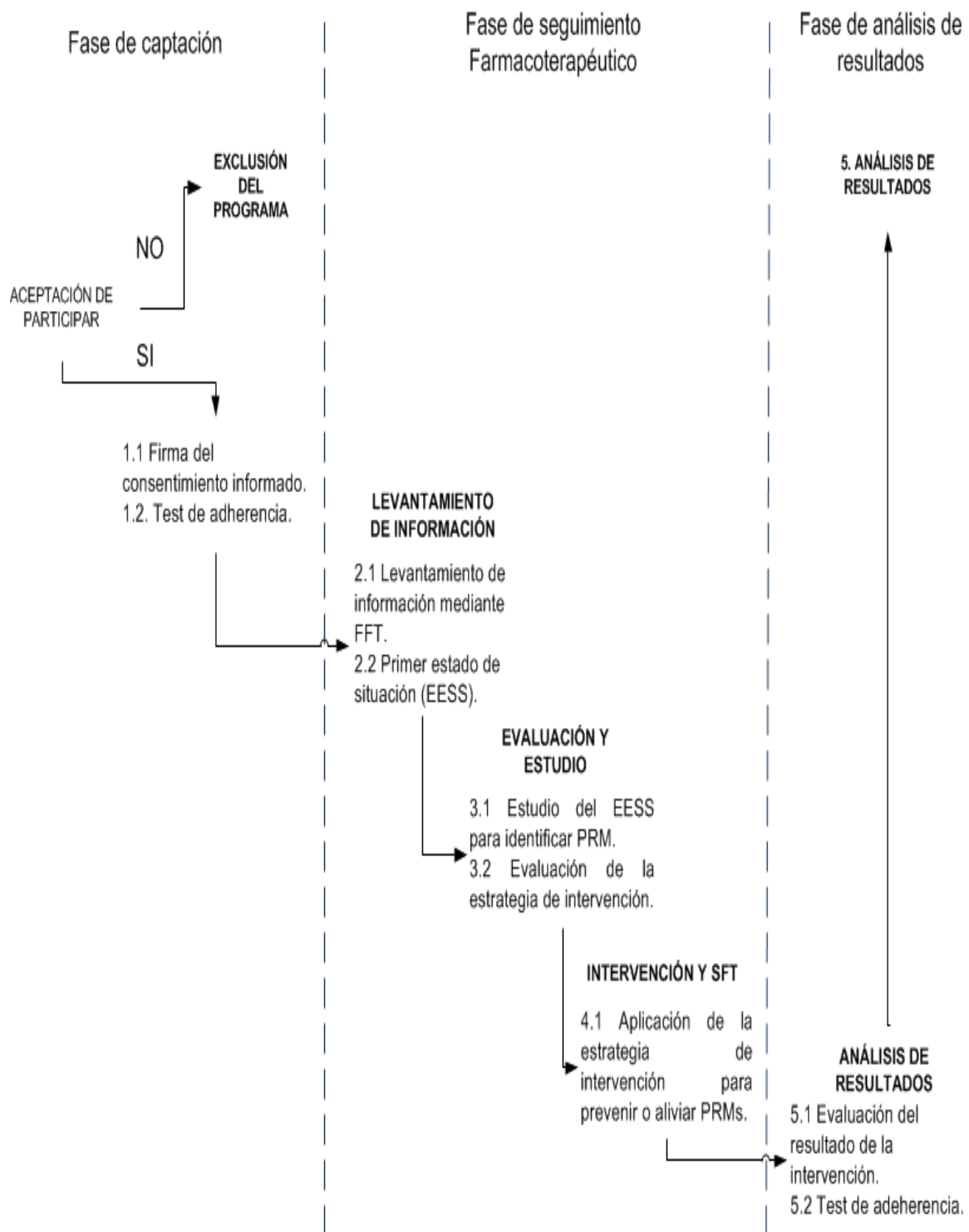
4.4.3.1. Procedimiento para Oferta del Servicio y Captación de los pacientes.

Se ofertó el servicio a todos los pacientes asmáticos que acudieron al Puesto de Saluda de Miraflores Alto en el mes Abril del 2016 a Julio del 2016 hasta obtener doce pacientes. Los pacientes firmaron su consentimiento de participar de la experiencia en un documento firmado (Anexo N° 02). 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”¹.

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°06. “FLUJOGRAMA DE LAS ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO”³³.



Elaborado por OCAMPO P.⁶¹.

4.4.3.2. 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”¹.

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 72 horas.

4.4.3.3. 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 RNMs¹⁰⁹⁻¹¹¹.

“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”¹. Para cada PRM y su estrategia

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 debe 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” 1.

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.

4.4.3.4. Fase de Intervención y Seguimiento Farmacoterapéutico.

“Para la comunicación de las estrategias de solución al paciente se usó las entrevistas personales y recomendaciones escritas. Para la comunicación de las estrategias dirigidas al paciente, el Farmacéutico hará uso de un lenguaje verbal y en algunos casos, cuando sea necesario aclarar algún aspecto se dejarán recomendaciones escritas”¹. 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.

4.4.3.5. 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 evaluó al paciente nuevamente con el test de Purdue, sobre la percepción que tuvo acerca del trabajo profesional del farmacéutico durante el tiempo que duro el SFT, durante el desarrollo de la entrevista se evitó sugerir, recomendar, educar o cualquier otra actitud que pudiera modificar la percepción del paciente. No se consideró esta visita como de intervención.

4.5. Plan de Análisis de Datos.

La información en las fichas farmacoterapéuticas, el test de calidad de vida relacionada con la salud SF-12 y las mediciones de los parámetros clínicos 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) Los resultados antes y después del SFT de la intervención del test de calidad de vida relacionada con la salud SF-12.

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

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

Para evidenciar las actividades y 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 sobre la diferencia entre el grado de autopercepción de la CVRS, tanto antes como después de la intervención.

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.

4.6. Autopercepción de la calidad de vida.

Para evaluar los resultados de autopercepción de calidad de vida se utilizó el test SF-12 que consta de 12 preguntas en las que se analiza la calidad de vida que percibe el paciente de su propia enfermedad. Las preguntas del test arrojan puntaje para ambas dimensiones de acuerdo al resultado de la respuesta según escala de Lickert del 1 al 5 que tienen un determinado valor estandarizado (Anexo N° 5) por la universidad de Michigan¹¹².

El instrumento considera que un paciente tiene un nivel aceptable de autopercepción cuando el score total obtenido es de 50 o más tanto para la dimensión física como la mental¹¹³.

Los resultados de cada paciente se analizaron en una matriz de cambio en MS Excel con la que se obtuvo el puntaje de cada dimensión para cada paciente. Se compararon los obtenidos antes y después de la intervención y se midió el nivel de significancia de las diferencias de las medias con la prueba estadística T de Student. Asumimos un nivel de significancia con resultados menores de 0.05.

4.7. Criterios Éticos

El estudio se llevó a cabo siguiendo las normas éticas de la Declaración de Helsinki⁹⁶. 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 paciente¹¹¹.

Ocampo menciona que “Se preservará en todo momento el anonimato de los pacientes. Los datos personales registrados en la ficha fármaco terapéutica no figuran en las 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”¹.

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° 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 Chimbote¹.

V. RESULTADOS

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

TABLA N° 01. Distribución de frecuencias y porcentajes de los pacientes intervenidos por sexo y edad promedio. Programa de SFT dirigido a pacientes asmáticos. Puesto de salud de Miraflores Alto del Distrito de Chimbote. Abril a Julio 2016.

GENERO	PROM EDAD (AÑOS)	fi	%
F	36.1	7	58.3
M	32	5	41.7
X	34.4	12	100.0
s	14.2		

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 asmáticos. Puesto de salud de Miraflores Alto del Distrito de Chimbote. Abril a Julio 2016.

PAC	CENTRO DE SALUD		DOMICILIO		TELEFONO		OTRAS VIAS		TOTAL CONTACTOS	TOTAL MINUTOS
	Contactos	Tempo (min)	Contactos	Tempo (min)	Contactos	Tempo (min)	Contactos	Tempo (min)		
1	0	0	4	120	0	0	0	0	4	120
2	0	0	4	100	0	0	0	0	4	100
3	0	0	4	80	0	0	0	0	4	80
4	0	0	4	90	0	0	0	0	4	90
5	0	0	4	60	0	0	0	0	4	60
6	0	0	4	100	0	0	0	0	4	100
7	0	0	4	85	0	0	0	0	4	85
8	0	0	4	80	0	0	0	0	4	80
9	0	0	4	80	0	0	0	0	4	80
10	0	0	4	87	0	0	0	0	4	87
11	0	0	4	90	0	0	0	0	4	90
12	0	0	4	75	0	0	0	0	4	75
TOTAL	0.00	0.00	48.00	1047.00	0.00	0.00	0.00	0.00	48.00	1047.00
\bar{x}	0.00	0.00	4.00	87.25	0.00	0.00	0.00	0.00	4.00	87.25
\bar{x} de tiempo de contacto		0.00		21.81		0.00		0.00		21.81

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

TABLA N° 03. Problemas de Salud identificados en los pacientes intervenidos según si fueron diagnosticadas o no. Programa de SFT a pacientes asma bronquial. Puesto de salud de Miraflores Alto del Distrito de Chimbote. Abril a Julio 2016.

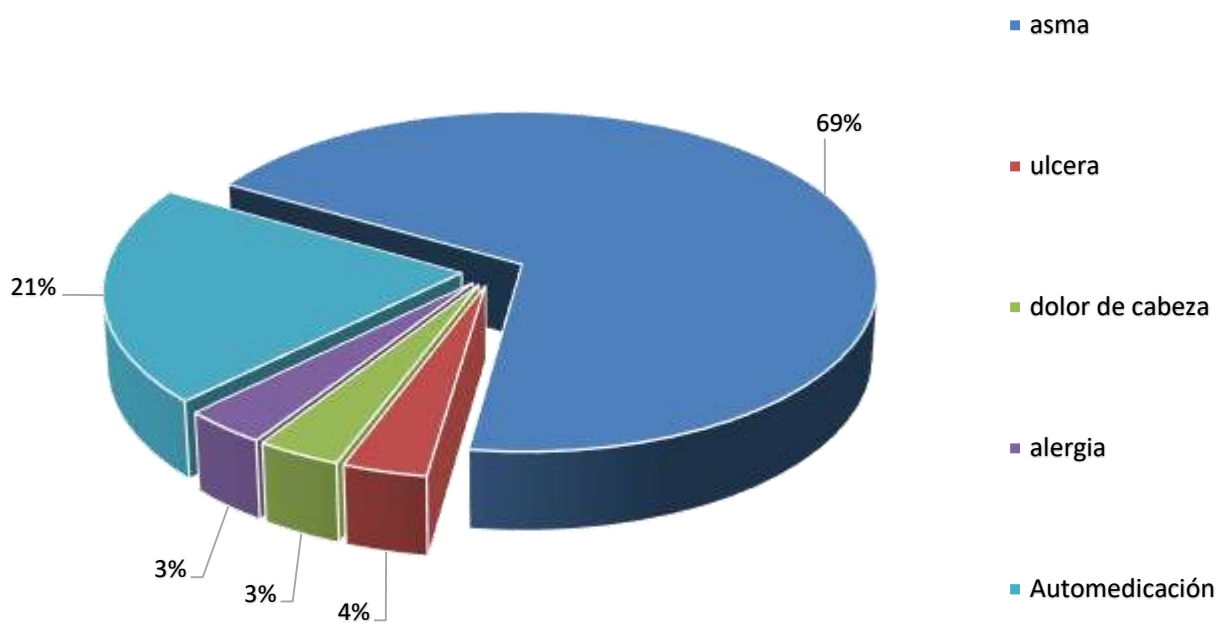
MORBILIDAD	CIE 10*	DIAG	FI	%
DIAGNOSTICADA	J45	asma	12	50.0
	K25	ulcera	1	4.2
	R51	dolor de cabeza	1	4.2
	T78.4	alergia	1	4.2
SUBTOTAL			15	62.5
NO DIAGNOSTICADA		gripe	1	4.2
		gastritis	1	4.2
		fiebre	1	4.2
		dolor de huesos	1	4.2
		dolor de cabeza	1	4.2
		dolor abdominal	1	4.2
		Dolor de garganta	1	4.2
		alergia	1	4.2
		acidez estomacal	1	4.2
SUBTOTAL			9	37.5
TOTAL			24	100.0

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

TABLA N° 04. Problemas relacionados con medicamentos, prescritos y no prescritos según su origen durante el proceso de intervención del Programa de SFT a pacientes con asma bronquial. Puesto de salud de Miraflores Alto del Distrito de Chimbote. Abril a Julio 2016.

Origen del medicamento	CIE	DIAG	Medicamento	fi	Fi	%
Medicamentos Prescrito	J45	Asma	prednisona	5		17%
			salbutamol	4		14%
			acetilcisteína	3		10%
			dexametasona	2		7%
			levocetirizina diclorhidrato	2	20	7%
			ibuprofeno	1		3%
			fenoterol bromhidrato	1		3%
			naproxeno sódico	1		3%
			Dipropionato de beclometasona	1		3%
			K25	ulcera	omeprazol	1
T78.4	alergia	cetirizina	1	1	3%	
R51	Dolor	paracetamol	1	1	3%	
Subtotal					23	79%
Medicamentos no prescritos		alergia	clorfenamina maleato	1	1	3%
		dolor de garganta	prednisona	1	1	3%
		dolor de cabeza	naproxeno sódico	1	1	3%
		dolor de huesos	naproxeno sódico	1	1	3%
		Fiebre	paracetamol	1	1	3%
		Gripe	paracetamol + clorfenamina + fenilefrina	1	1	3%
Subtotal					6	21%
Total				29	29	100%

Fuente: Anexo N° 04, Tablas de Estado de Situación
CIE10: Código Internacional de Enfermedades versión 10 DCI:
Denominación común internacional.



Fuente: Anexo N° 04

Gráfico N°01. Porcentaje de los medicamentos usados para los problemas de salud identificados. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes con asma bronquial. Puesto de salud Miraflores Alto, Chimbote. Abril a Julio 2016.

5.1.3. RESULTADOS SOBRE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS DIAGNOSTICADOS Y RESUELTOS DURANTE EL PROCESO DE SFT.

TABLA N° 05. Problemas relacionados con medicamentos identificados en el programa de Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes asmáticos. Puesto de salud de Miraflores Alto del Distrito de Chimbote. Abril a Julio 2016.

COD PRM	Descripción	fi	%
12	Reacciones Adversas	8	27.6
8	Error de Prescripción	4	13.8
5	Posología inapropiada	4	13.8
9	Incumplimiento	3	10.3
6	Duplicidad	3	10.3
4	Contraindicación	3	10.3
10	Interacciones	2	6.9
1	Adm. Errónea del Med.	2	6.9
TOTAL		29	100.0

El tipo de PRM corresponde al Tercer Consenso de Granada⁵⁰

Tabla N° 6. Resultados relativos de la edad, cantidad de diagnósticos, cantidad de medicamentos, PRMs identificados y PRMs solucionados por paciente intervenido. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico dirigido a pacientes asmáticos. Puesto de salud de Miraflores Alto del Distrito de Chimbote. Abril a Julio 2016.

PAC	SEXO	EDAD	DX	MED	PRMS	SOL
1	F	19	2	2	3	3
2	F	49	1	2	3	2
3	F	60	1	2	4	3
4	F	37	3	2	2	1
5	F	47	2	3	3	3
6	M	26	2	3	2	2
7	M	24	2	4	3	3
8	M	34	2	2	2	1
9	F	22	1	2	2	1
10	M	52	2	2	2	2
11	M	24	3	2	1	1
12	F	19	3	3	2	2
TOTAL			24	29	29	24
PROM		34.42	2.00	2.42	2.42	2.00

PAC: Paciente; DIAG: Diagnostico; MED: Medicamento.

5.1.4. IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN SOBRE LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ASMÁTICOS.

5.1.4.1. IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN FÍSICA SEGÚN EL TEST SF-12.

Tabla N° 7 Evaluación de la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física mediante el test SF-12 en pacientes asmáticos antes y después del Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Puesto de salud de Miraflores Alto del Distrito de Chimbote. Abril a Julio 2016.

COD	SCORE ANTES	SCORE DESPUÉS
1	48.77	49.75
2	55.33	55.26
3	46.07	54.21
4	41.84	49.50
5	31.71	56.02
6	35.83	47.53
7	46.26	47.37
8	28.21	54.89
9	35.92	47.09
10	33.77	57.85
11	32.76	47.38
12	42.38	54.95
\bar{X}	39.90	51.82
S	8.14	4.05

Prueba t ($p < 0.05$) = 0.00093

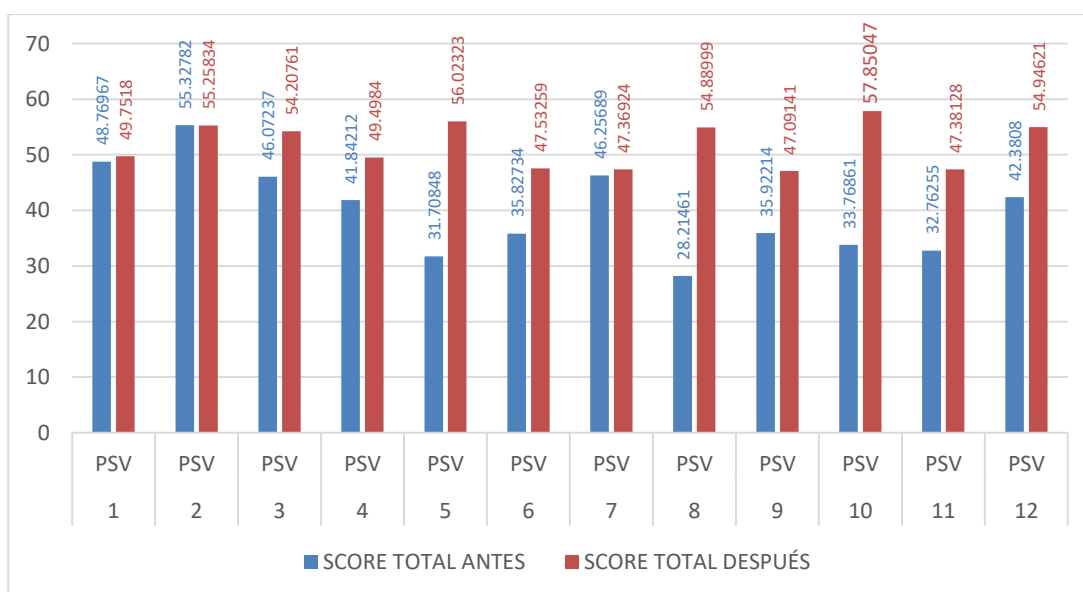


Gráfico N° 2 Balance del resultado del test SF-12 en la dimensión física, antes y después de la intervención mediante SFT en los pacientes asmáticos. Programa de SFT a pacientes asmáticos. Puesto de salud Miraflores Alto, Chimbote. Abril a Julio 2016.

5.1.4.2. IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN SOBRE LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN MENTAL SEGÚN EL TEST SF-12.

Tabla N° 8 Evaluación de la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión mental mediante el test SF-12 en pacientes asmáticos antes y después del Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Puesto de salud de Miraflores Alto del Distrito de Chimbote. Abril a Julio 2016.

COD	SCORE ANTES	SCORE DESPUÉS
1	40.39	61.70
2	45.28	60.70
3	28.16	55.96
4	48.38	51.34
5	45.44	52.73
6	26.33	54.70
7	35.75	57.12
8	32.42	53.96
9	26.43	53.59
10	44.94	48.71
11	27.72	53.40
12	30.23	56.64
\bar{X}	35.96	55.05
s	8.47	3.68

Prueba t ($p < 0.05$) = 0.000023

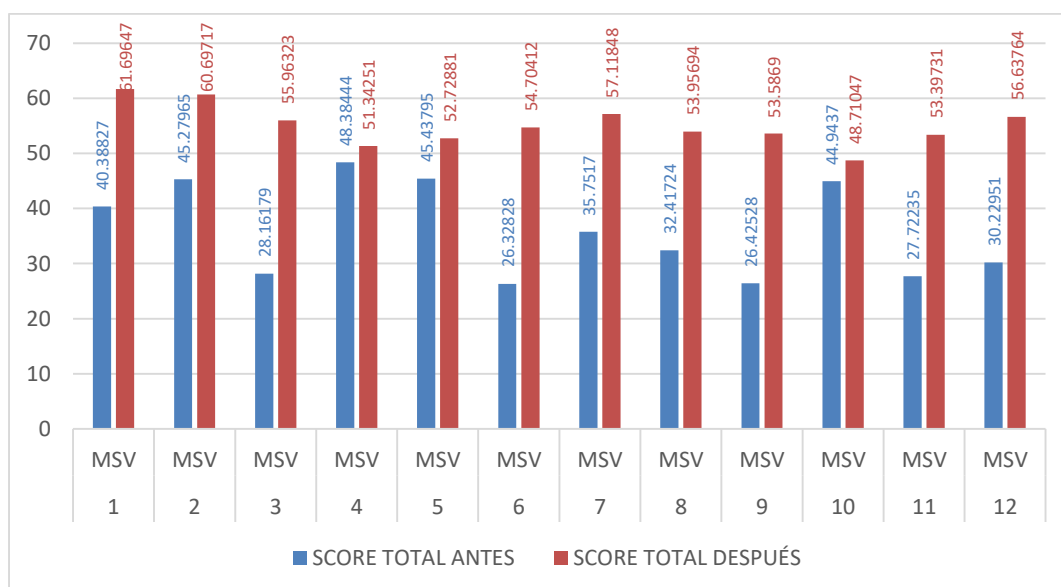


Gráfico N°: 3 Balance del resultado del test SF-12 en la dimensión mental, antes y después de la intervención mediante SFT en los pacientes asmáticos. Programa de SFT a pacientes asmáticos. Puesto de salud Miraflores Alto, Chimbote. Abril a Julio 2016.

5.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Con el objetivo de determinar el efecto del programa de SFT sobre la autopercepción de calidad de vida relacionada con la salud física y mental de pacientes con asma, se tabularon los resultados obtenidos durante el programa y se analizaron las relaciones entre las variables objetivo. A continuación, se presenta el análisis de acuerdo al orden de presentación de los resultados:

5.2.1. Sobre los pacientes y los tiempos de intervención.

En la literatura revisada, existe un comportamiento similar, con una mayor incidencia en el sexo femenino, y el grupo de edades de mayor proporción que corresponde al de 18 a 65 años coincidiendo con el presente estudio. Así mismo los pacientes intervenidos fueron en su mayoría mujeres (58.3%) con promedio de edad de 36.1 años. (Tabla N°01). De forma general, podemos observar que existe un predominio en el sexo femenino.

Esta prevalencia concuerda con los datos obtenidos de diferentes estudios a nivel mundial. Flor-Escriche et al, realizaron un estudio descriptivo transversal en un centro de salud urbano de Atención Primaria de Barcelona que atiende una población asignada de 17.500 personas mayores de 17 años; A partir de la población asignada se seleccionó la totalidad de los pacientes con asma (n = 536), de los que 243 cumplieron criterios de inclusión, destacando que el 71,2% eran mujeres¹¹⁴.

Toledano G.P et al. realizaron unas evaluaciones sobre la calidad de vida de los pacientes con asma ingresados en los servicios de Medicina Interna y Neumología del Hospital General Docente “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso” de Santiago de Cuba desde mayo hasta diciembre del 2007. Mostraron resultados en su evaluación que hubo más predominio del sexo femenino (76,9 %) sobre el masculino (13, 4%)¹¹⁵.

El sexo femenino, a su vez, exhibe mayores tasas de prevalencia, sobre todo después de los 40 años, tomando en cuenta los datos epidemiológicos el asma bronquial, descritos en la literatura nacional e internacional recogen una prevalencia del sexo femenino y se plantea, además que esta enfermedad de predisposición genética puede desarrollarse a

cualquier edad, tanto en hombres como en mujeres, aunque las estadísticas señalan que la mujer adulta tiene más posibilidades de padecerla¹¹⁵.

Así mismo lo asegura el Colegio Americano de Alergia, Asma e Inmunología (ACCAI, por sus siglas en inglés), con sede en Illinois, Estados Unidos, y neumólogos costarricenses afirman que esa tendencia se mantiene. Aún se desconoce por qué la incidencia es más alta en las mujeres, dijo el neumólogo del Hospital San Juan de Dios Warner Rodríguez, quien agregó que podría estar asociada a los cambios hormonales a los que están sujetas las mujeres¹¹⁶.

De acuerdo a los tiempos invertidos en cada en cada visita durante el proceso de seguimiento farmacoterapéutico, se visualizan (En la tabla 02). El tiempo realizado en total es de 21.81 minutos aproximadamente por paciente en cada visita y en promedio total de visitas es de 87.25 minutos multiplicado por 12 pacientes que fueron intervenidos, da como resultados 1047 minutos (17.5 horas), todas las visitas en su totalidad fueron realizadas en domicilios.

Los resultados mostrados se asemejan con el estudio de Ocampo P. sobre Seguimiento Farmacoterapéutico en la ciudad de Nuevo Chimbote; quien obtuvo un promedio de 5,0 contactos por visita a domicilio, mientras que los minutos invertidos no coincidieron; ya que en dicho estudio se invirtieron 220 minutos en promedio por las 5 visitas reflejando casi 4 horas de trabajo; invirtiéndose en total 240 minutos aproximadamente por paciente, con un total de 4800 minutos (80 horas) 33. Tiempo muy alto a diferencia de lo que se reporta en este estudio.

La captación de algunos pacientes se realizó en el Puesto de Salud con un tiempo promedio de 10 minutos por paciente indicando de manera concreta a cada uno la importancia del programa del Seguimiento Farmacoterapéutico (STF) que tiene como finalidad una satisfacción de mejorar la calidad de vida y el uso adecuado de medicamentos, demostrando la preocupación por el estado del paciente y la importancia del SFT en el tratamiento del asma el cual fue aceptado inmediatamente.

En otros casos la mayoría de pacientes fueron captados directamente en sus domicilios, de tal manera que ubicamos sus datos registrados en dicho establecimiento con

su respectivo diagnóstico indicándoles y a su vez aceptando de la misma manera con el programa piloto a realizar. Cabe recalcar, que todas las visitas a cada paciente fueron directamente realizadas en sus domicilios.

El trabajo más prolijo se realizó durante la primera y segunda visita de intervención del SFT, en las cuales se dejó al paciente las recomendaciones acerca de su tratamiento, conservación de medicamentos y hábitos de vida saludables que contribuyen a evitar complicaciones en la enfermedad.

Cabe recalcar que 3 de 12 pacientes que son 1,2 y 6 fueron los que más tiempo invertido tuvieron durante el Seguimiento Farmacoterapéutico debido a contaban con más tiempo disponible y estaban comprometidos e interesados sobre el programa piloto y dando opiniones con respecto a su enfermedad, su tratamiento y al uso adecuado de medicamentos, dicho tiempo fue fruto para enriquecer y demostrar nuestra labor como profesionales.

No obstante, se menciona que el resto de pacientes no cuentan con el tiempo planteado siendo unos de los motivos las responsabilidades de trabajo y estudio, sin embargo, también estaban comprometidos y estaban constantemente atentos a nuestra labor por lo que también se obtuvo resultados positivos.

Esta información concuerda con un estudio elaborado por la universidad de Chicago; en el cual se retó a un grupo de voluntarios a iniciar conversaciones con personas desconocidas en la sala de espera de un laboratorio. Obteniéndose resultados positivos y concluyendo que las personas se sienten mejor hablando con un desconocido que permaneciendo en silencio en un ambiente que a percepción es seguro. Por otro lado, Faus M. et al, menciona que la buena comunicación con el paciente se logra muchas veces con una simple actitud de respeto y escuchando de forma adecuada lo que le preocupa al paciente, sobre sus problemas de salud^{117,118}.

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

La morbilidad origen del uso de medicamentos fue abordada tomando en cuenta el diagnóstico médico (Ver Tabla N° 03). Los pacientes estudiados reportaron sufrir

enfermedades diagnosticadas por un facultativo 62.5% y morbilidad sentida sin diagnóstico 37.5%. Las enfermedades diagnosticadas tuvieron una prescripción para el uso de medicamentos, mientras que las no diagnosticadas fueron origen de automedicación.

Si bien el promedio de enfermedades diagnosticadas por paciente es mayor 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, de esta manera lograr el control de los síntomas en el manejo del asma con terapia ajustada según la severidad y la disminución del riesgo de exacerbaciones”.

En la misma tabla se evidencia que la enfermedad más frecuente fue el asma esencial por ser la enfermedad objetivo y criterio de inclusión 50%, seguido por una patología importante como la ulcera 4,2%, entre otros. Algunos datos epidemiológicos y estudios publicados reflejan que asma es una de las enfermedades más prevalentes. Según algunos resultados del “Instituto Nacional de Estadística e Informática” INEI, varían de acuerdo con el área de residencia, en el área urbana el 4,9% de la población adulta mayor fue diagnosticada con asma; en el área rural fue 3,1%. Por región natural, en Lima Metropolitana se presentó mayor porcentaje de población adulta mayor con asma (6,7%), seguido en la Costa (4,1%); en la Sierra y la Selva este porcentaje fue 2,9% y 2,8% respectivamente, de adultos mayores diagnosticados con asma¹¹⁹. (INEI 2012).

Según departamento, se encontró mayor prevalencia de asma en la población adulta mayor residente en Ica (7,4%), Áncash (7,3%), Lima y Provincia Constitucional del Callao (6,7%) y Tacna (5,9%); en tanto que, menor prevalencia se presentó en La Libertad y Huancavelica (1,4% en cada caso), Puno y Cusco (1,6% en ambos casos), Cajamarca (1,7%) y Ucayali (1,8%)¹¹⁹. (INEI 2012).

Una evaluación realizada en el Colegio Médico del Perú, quien abordó el tema “Asma bronquial en el adulto, diagnóstico y tratamiento”, señaló que en nuestro país hay un 16.7% de incidencia de asma bronquial, según un estudio; y que un 3.7% de pacientes mueren por este mal¹²⁰. (Neumólogo - Dr. Alberto Matsuno Diciembre – 2016).

En la tabla N°04 y gráfico N°01 se observa que, Aproximadamente el 80 % (79%) de los medicamentos prescritos identificados fueron medicamentos sustentados y respaldados por una receta que indicaba las características de su uso. Por otro lado, los medicamentos no prescritos estaban asociados la automedicación siendo ello el 21 %.

En la investigación se consideró que los medicamentos prescritos fueron el objetivo específico del Seguimiento Farmacoterapéutico con la finalidad de asegurar que 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 objetivo⁴⁷.

Los medicamentos prescritos más habituales fueron el prednisona (frec.5), seguido del salbutamol (frec.4), medicamentos indicados para el tratamiento del Asma, Cabe recalcar que los medicamentos prescritos se basan según el nivel del control de la enfermedad, teniendo en cuenta las opciones terapéuticas más efectivas, la seguridad y el coste de las distintas alternativas. Así mismo existen diferentes medicamentos o diferentes dosis y formas de administración.

Por lo tanto, los resultados sobre los medicamentos más prevalentes en este estudio tanto el salbutamol (Agonista β_2 -adrenérgicos) como la prednisona (Corticoide) se justifica para los pacientes que padecen de Asma Intermitente - Moderada como medicamentos de alivio siendo medicamentos de elección y demanda para tratar o prevenir la broncoconstricción e inflamación de forma rápida. Son medicamentos principal mente de alivio o rescate (GINA, 2006).¹¹⁶.

Actualmente se dispone de tratamientos muy eficaces para el asma, y de una amplia base de conocimientos para aplicarlos; sin embargo, no se han cumplido las expectativas que se habían generado. Estudios de seguimiento de pacientes asmáticos diagnosticados y tratados nos demuestran que estamos lejos de conseguir los objetivos que se plantean en la “Iniciativa Global para el Asma” (GINA). La morbilidad prevenible por asma continúa siendo un problema por resolver¹²¹.

De esta manera se puede decir que no existe ninguna prueba de uso extendido para el diagnóstico del asma; por lo tanto, se identifica y evalúa a través de respuestas a cuestionarios, test sencillos elaborados para obtener información sobre el funcionamiento de los pulmones e información sobre las personas ingresadas en hospitales y la prescripción de medicamentos. Asimismo, los síntomas del asma no son solo específicos de esta enfermedad. Por lo tanto, es probable la confusión con otras enfermedades, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). No existe cura para la mayor parte de los tipos de asma de adulto y, por esta razón, el principal objetivo es gestionar, más que curar. Esto incluye lograr y mantener el control de los síntomas y evitar el empeoramiento de los síntomas y los ataques de asma¹²².

Los profesionales de la salud utilizan el término 'control del asma' para hacer referencia al grado en que se gestionan los síntomas y el efecto que tienen en las actividades diarias. El término 'gravidad del asma' se utiliza para describir la dificultad para controlar el asma con el tratamiento y ayuda a los médicos a decidir el nivel de tratamiento necesario¹²².

Cada persona es diferente y requerirá un nivel diferente de tratamiento. Por lo tanto, las dosis de fármacos se modifican dependiendo de los síntomas individuales de cada persona. Es importante que los pacientes aprendan a diferenciar los tratamientos que les proporcionan los mejores resultados, de modo que puedan gestionar el estado de su enfermedad por sí mismos¹²².

No obstante, la revisión de la calidad de la prescripción fue un requisito previo del Seguimiento Farmacoterapéutico, dicho de otro modo; se aseguró que los medicamentos

que contenía la receta hayan sido prescritos según sus recomendaciones farmacológicas estándares para la muestra intervenida.

En la misma tabla se reporta el 21% de medicamentos debido a la automedicación; comprendidos principalmente por alergia, dolor de garganta, dolor de cabeza entre otros. Datos más prevalentes por automedicación, que concuerdan con los resultados de Guzmán L. y Murrieta M. “quienes reportan en su estudio sobre Factores que Influyen en la Automedicación en Adultos; que la enfermedad que más automedicación tuvo, fue el dolor en general con un 40,0% en el centro poblado de Llanchama”¹²³.

Del mismo modo Alvarado N. y Vargas D. “reafirman estos datos en su investigación sobre las Características de la Automedicación; concluyendo que el 95,7% de la muestra se automedica y los principales síntomas de automedicación fueron; el dolor (cabeza, menstrual, estomacal, corporal, etc.). De igual forma se menciona el tipo de medicamentos de mayor consumo por automedicación; los cuales fueron los analgésicos y antiinflamatorios (13,4%)”¹²⁴.

De tal forma que los datos obtenidos en este estudio muestran que la cifra de medicamentos por error de prescripción es más alta que la cifra de automedicación, datos que coinciden con los resultados de López J. et al “en un estudio sobre la Automedicación en una localidad de Bogotá; el cual reporta que del 71,8% de la muestra, solo se automedica el 27,3%”. “Así mismo concluyen que las personas recurren a la automedicación cuando consideran que el problema de salud no es grave. Información que guarda relación con nuestros resultados; ya que el mayor porcentaje de medicamentos fue para las enfermedades diagnosticadas, a comparación de los medicamentos consumidos por automedicación dicho sea de paso fueron en su mayoría enfermedades sin gradad”¹²⁵.

El promedio es de 4 medicamentos por paciente indica un consumo elevado de medicamentos, pero es un patrón ajustado a los perfiles de consumo de pacientes agudos por la edad de los pacientes incluidos en la muestra. Esto quiere decir que un elevado consumo de medicamentos implica mayor riesgo de utilizarlos inadecuadamente, ya que las posibles

combinaciones de dos fármacos a partir de un tratamiento con “n” fármacos es un factor de riesgo para el paciente.

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.

En el gráfico N° 01 “se aprecian los porcentajes de las diferentes morbilidades reportadas; tanto las diagnosticadas por un facultativo, como las morbilidades de origen por automedicación. Con el objetivo más conveniente de presentar datos, brindando una representación visual de la totalidad de la información anteriormente mencionada. Dicho de otro modo, este gráfico presenta los datos en forma de dibujo de tal manera que se pueda percibir fácilmente los hechos esenciales y compararlos con otros”.

5.2.3. Impacto del seguimiento farmacoterapéutico sobre la satisfacción del paciente.

En la tabla N°05, los PRMs que presentaron los pacientes fueron: Reacciones adversas 27.6%, Error de prescripción 13%, posología Inapropiada 13.8%, incumplimiento 10.3%, Duplicidad, 10.3%, contraindicación 10.3%, Interacciones 6.9% y Administración errónea del medicamento 6.9% en el caso del Reacciones adversas representa un mayor porcentaje debido a reacciones secundarias de algunos de los medicamentos.

“La habilidad del farmacéutico en obtener información del paciente, influye en la cantidad y tipo de PRMs diagnosticados y ésta puede ser la causa del resultado. Los farmacéuticos necesitan desarrollar capacidades de análisis farmacéutico, farmacológico y clínico para el diagnóstico de PRMs, sobre todo para aquellos relacionados con errores de prescripción o las características farmacológicas de los medicamentos cuyas estrategias de solución tiene que ser conciliada con el profesional que hizo el diagnóstico y la prescripción”.

El 27,6% de los PRMs fueron un efecto secundario. En la práctica se pudo visualizar que eran efectos secundarios esperables para algunos de los medicamentos utilizados. Esto debido en su mayoría a las reacciones adversas frecuentes luego de administrarse los medicamentos, la causa que podría originar este problema relacionado con medicamento es de acuerdo a un efecto no deseado por el uso del fármaco que pone al paciente en riesgo o peligro; como también estos efectos adversos tiene como origen una mala prescripción como en este caso PRM8 con un 13.8%, por otra parte, los PRMs como: Posología Inapropiada PRM5 13,8% , Duplicidad PRM6 10,3%, Contraindicaciones PRM4 10,3% e Interacciones medicamentosas PRM10 6,9% tendrían influencia sobre los efectos no deseados.

El 10,3% de los PRMs fueron de incumplimiento de la terapia (medicamentos no administrados o dosis no totalmente administradas), la causa asociada a este PRM era el olvido de los pacientes, una de las razones que llevaron a un grupo de pacientes al incumplimiento de su terapia.

Silva C ¹¹⁶, señala como factores de riesgo para la aparición de efectos secundarios la edad (mayores de 65 años), el ser mujer, la desnutrición, gestación, tratamiento con otros fármacos, disfunción hepática o renal, infección por VIH, entre otros, lo cual indica el porqué de la aparición de estos efectos adversos en los pacientes. Además de estos, en estudios sobre pacientes ancianos las patologías crónicas han resultado ser factores de riesgo de sufrir problemas relacionados con medicamentos¹²⁶.

El PRM asociado a errores de prescripción fue el segundo PRM más frecuente en el trabajo de investigación realizado; ya que, de 12 pacientes intervenidos, en 4 de ellos se

identificaron este PRM. Esto debido a la mala prescripción de los medicamentos por un facultativo, ya que los medicamentos para diferentes morbilidades fueron prescritos en una sola receta no cumpliendo así con las normas de buenas prácticas de prescripción. La mayoría de los pacientes asmáticos poseen una prescripción combinada (varios medicamentos Broncodilatadores e antiinflamatorios), además padecen de otras enfermedades, lo que conlleva a una poli medicación, esto genera en el paciente mezclar sus fármacos, tomarlos de manera incorrecta y a desarrollar alguna interacción medicamentosa debido a la mala administración de los medicamentos.

En la tabla N°06, 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 2, sin embargo, se debe notar que hay 3 paciente que tiene 3 enfermedades, 6 paciente tiene 2 enfermedades, y solo 3 paciente tienen un solo diagnóstico. El promedio de medicamentos del grupo en estudio fue de 2.42, encontrándose en promedio 2.42 PRMs y 2 PRMs solucionados por paciente después de la intervención del Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT).

De acuerdo al sexo el asma bronquial ha propiciado la realización de múltiples estudios acerca de su incidencia en la población, sin encontrar una superioridad marcada de un sexo sobre el otro, aunque en la mayoría se aprecia un predominio casi imperceptible de las mujeres sobre los hombres, y se plantea que las primeras están más expuestas a la acción de los alérgenos intradomiciliarios que, a su vez, han demostrado ser más influyentes en el desarrollo de la afección que la contaminación extramuros¹²⁷.

Según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del año 2014, un 5.8% de la población encuestada padecía asma. En cuanto a la distribución por sexos había una mayoría de mujeres (59,6%). Ambos datos son semejantes a los obtenidos por “Cobas Montero” en el 2002 en Cuba con un 6,83% de pacientes asmáticos, de los que un 75% eran mujeres¹²⁸.

Entre los aspectos más analizados en la Epidemiología del Asma se encuentran los estudios de prevalencia e incidencia de la enfermedad. En el análisis de la incidencia

podemos obtener, entre otros aspectos, distinta información referente a las previsiones futuras de la enfermedad y a los factores de riesgo que pueden influir en la aparición de nuevos casos¹²⁹.

“Un problema en los estudios de incidencia es la distinta metodología realizada, tanto en los diferentes conceptos del término asma como en la interpretación de los resultados. La incidencia de una determinada enfermedad puede variar con la edad, en concreto en el asma, parece que las mayores cifras de incidencia ocurren en las etapas precoces de la vida y disminuye en la edad adulta. Por otra parte, las influencias genéticas y ambientales que influyen en una determinada población son muy diversas, y esto, puede dificultar la comparación de los datos obtenidos en los distintos estudios”¹²⁹.

Por otro lado, a menudo el asma no se diagnostica correctamente, lo cual supone una importante limitación ya que, en el asma, aunque sea incurable, se puede lograr un buen control de la enfermedad con un diagnóstico y tratamiento adecuados, junto con la educación del paciente. La mortalidad por la enfermedad ha ido en ascenso mundialmente, por lo que es de gran importancia el reconocimiento precoz de los signos predictores de gravedad del asma y los factores de riesgo relacionados con una mayor mortalidad.

En el estudio realizado por Bances C. se reportó 31 diagnósticos de PRMs, habiéndose solucionado 23 de ellos. La diferencia de estos resultados se asemeja con los obtenidos en este estudio; ya que de manera lógica y deductiva fueron 5 los PRMs (17.24%) sin solución. Estos resultados demuestran el grado de aceptación de las recomendaciones en las charlas educativas personalizadas, para eliminar las causas que originan los PRMs y justificar la incorporación del SFT como parte esencial de la función del farmacéutico⁴⁷.

De igual forma en el estudio realizado por Duran I. et al “se obtuvo como promedio 2 PRMs solucionados por paciente¹³⁰. Del mismo modo Velasco G. en su estudio de Seguimiento Farmacoterapéutico ambulatorio en pacientes asmáticos, obtuvo un promedio de 2 PRMs solucionados por paciente⁴⁴. Las mismas cifras que se obtuvieron en este estudio”.

Cabe destacar, que la presencia del farmacéutico permitiría un control personalizado del tratamiento farmacológico, potenciando el cumplimiento al tratamiento, las dosis adecuadas y la identificación, resolución y prevención de PRMs, entre otros beneficios.

Durante el período de seguimiento se identificaron 29 PRMs en el 100% de los pacientes, lo que no deja de ser importante, por lo que se hace fundamental la presencia activa del farmacéutico en el futuro para lograr la educación en el paciente y la oportuna detección, resolución y prevención de problemas relacionados a la medicación. La relación a los resultados luego de las intervenciones, 24 PRMs (82.76%) fueron totalmente solucionados, esto se debe en su mayoría de acuerdo a cada PRMs detectado, lo que evidencia el grado de aceptación de las recomendaciones farmacéuticas para eliminar las causas prevenibles de los PRMs y se justifica el SFT como parte esencial de la función del farmacéutico.

El interés de los pacientes anteriormente mencionado, puede verse relacionado a una mayor preocupación por su salud y lograr bienestar a pesar de su enfermedad, ya que todos accedieron a participar del estudio. Por otra parte, poco más de la mitad de los pacientes tenía un nivel de educación media o superior completa, razón por la cual podrían haber tenido una mayor comprensión del tema.

El resultado positivo a estas soluciones de los PRMs se debe a la comprensión de del programa piloto planteado de SFT, lo cual los resultados de las intervenciones se comenzaban a evidenciar en la 3° entrevista a los pacientes aceptando de manera razonable las recomendaciones dadas sugiriendo la visita a un facultativo en algunos casos para sustituir, retirar y/o modificar los medicamentos que causan efectos no deseados en el paciente, sin embargo en los PRMs no Solucionados en 5 pacientes continuaban con las indicaciones médicas, quedando expuestos al desarrollo de un RNMs desfavorable para el control de su enfermedad y con potenciales riesgos de complicaciones en el ASMA.

5.2.4 Acerca del impacto del seguimiento farmacoterapéutico (SFT) sobre la calidad de vida asociada a la salud. (CVRS).

El objetivo principal de la investigación fue diagnosticar los resultados que arrojó el instrumento utilizado (test SF-12), este test evalúa la autopercepción de la calidad de vida del paciente (Ver Cuadro N° 06). Para estimarla es necesario mencionar que este instrumento arroja resultados en dos dimensiones que influyen en la cotidianidad del paciente asmático: la dimensión física y la mental.

Para el cálculo de los escores finales se utilizaron los indicadores estándares promedio para la población americana obtenidos de la Universidad de Michigan y del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos¹³⁰⁻¹³¹. Según la calibración del instrumento un poblador americano debería tener un puntaje promedio de salud tanto mental como física de 50, con una desviación estándar de 10.

Los resultados para la dimensión física (Tabla N° 07) “muestran que el promedio de la puntuación después es mayor en casi 12 puntos 39,90 a 51,81 respectivamente, con una desviación estándar antes y después de 8.14 y 4.05. El análisis mediante la prueba t para muestras emparejadas de las medias de los puntajes de la dimensión física que se muestran en la tabla N° 07 arroja una diferencia altamente significativa, ($p < 0,00095$)”.

Por ejemplo, para los pacientes N° 4 – 6 – 9 – 11 (Tabla N° 07) que se obtuvo un resultado positivo para la dimensión física después de la intervención, son valores que se encuentran por debajo del promedio normal de salud de un americano, sin embargo, estos resultados no se encuentran en el promedio de la desviación estándar.

Según los resultados en esta misma tabla y posteriormente en el gráfico N°02 se evidencian grandes cambios en el paciente N° 03-05-08-10 y N°12, siendo el más significativo para el paciente N° 08, en el cual se pudo observar que antes de la intervención tuvo una percepción en cuanto a la dimensión física de 28,21 y después de la intervención de 54,88 entrando al puntaje promedio aceptable de 50. Los demás pacientes, a excepción de los pacientes N° 01; y N°7; también mostraron cambios ligeramente positivos en cuanto a su percepción en esta dimensión, sin embargo, no alcanzaron el puntaje promedio aceptable, por otro lado, el paciente N° 2 no se apreció cambios positivos - negativos.”.

El estudio de esta morbilidad repercute de una manera muy directa sobre la actividad de los pacientes. La presencia de síntomas hace que la calidad de vida de los pacientes asmáticos se vea reducida de forma considerable y más aún, cuanto mayor sea la intensidad y duración de los síntomas. Esto produce una serie de interacciones de las esferas física y psíquica que limitará de manera importante la vida de estos pacientes. Así el clínico debe incorporar también la percepción del paciente, a la hora de hacer la evaluación del paciente.

Estos cambios positivos se deben directamente a los efectos no deseados de los medicamentos mediante la resolución de PRMs logrados a través del SFT; específicamente del PRM N° 12 asociado a las reacciones adversas; ya que la mayoría de pacientes fueron diagnosticados con este PRM. Según Curb D. et al “publicaron los resultados de un estudio mostrando que el 35% de los caucasianos asmáticos que presentaba reacciones al tratamiento, estos efectos se daban en algunos casos a las interacciones o contraindicaciones medicamentosas¹³¹”.

Así mismo Velasco G. “demuestra en su estudio que el SFT en Asma es una práctica posible, capaz de producir resultados positivos, mejorando la calidad de vida del paciente, la comprensión de su enfermedad para una adhesión al tratamiento farmacológico ⁴⁴. Del mismo modo Bances C. concluye en su investigación que el seguimiento farmacoterapéutico tiene un impacto significativo sobre la autopercepción de la calidad de vida de los pacientes”⁴⁷.

Mientras que el paciente N° 02 se mantuvo dentro de los resultados arrojados en su primera intervención; es decir la percepción en cuanto a la dimensión física de este paciente antes de la intervención fue de 55,32; valor que se mantuvo después de la intervención, reportándose ningún cambio significativo. Esto probablemente a que se trataba de una paciente adherente y que por tal motivo permaneció sin cambios positivos ni significativos.

Cabe resaltar que todos los resultados en esta tabla fueron positivos; ya que se logró un resultado altamente significativo prueba t ($p < 0,00095$), con una desviación estándar que inicialmente fue 8.14 y después de la intervención aumento 4.05; con un punto de diferencia. Estos resultados indican que la intervención mediante el SFT tuvo efectos positivos sobre la dimensión física en algunos pacientes.

Del mismo modo Mehos M. et al; "reportó resultados muy semejantes a los encontrados en este estudio, a través de su investigación sobre la evaluación del efecto de la intervención farmacéutica domiciliaria; reportando que encontró algunos resultados positivos al medir las diferencias con el grupo control¹³⁴. De igual manera Jiménez J. concluye en su investigación que uno de cada tres pacientes, tiene una CVRS satisfactoria respecto la Capacidad física¹³⁵.

Estos resultados son similares a lo encontrado por Fustamante y Ocampo; quienes concluyen que el SFT fue eficiente en mejorar la autopercepción de la calidad de vida del estado mental de los pacientes ($p=0,034$), a diferencia del estado físico ($p=0,213$) siendo no significativo¹³⁶.

En la Tabla N° 08 y desde otra perspectiva en el gráfico N° 03, se observan los resultados para la dimensión mental, siendo el promedio de la puntuación después de la intervención mayor en 20 puntos 35,95 a 55.04 respectivamente, con una desviación estándar antes y después de 8.47 y 3.68. El análisis mediante la prueba t para muestras emparejadas de las medias de los puntajes de la dimensión mental que se muestran en la tabla N° 8 arroja una diferencia altamente significativa en el análisis bilateral, prueba t ($p<0,000023$).

Según los resultados, se pueden evidenciar grandes cambios, siendo los más significativos para la mayoría de los pacientes N° (01; 02; 03, 06; 07; 08; 09 y 11 y 12). Siendo el paciente N° 03 más significativo. Esto debido directamente a la adherencia y/o prescripción del tratamiento mediante la solución de PRMs; específicamente del PRM N° 12 asociado a las reacciones adversas, logrados a través del SFT. Además, al trabajo realizado, que influye de manera positiva; como se mencionó anteriormente. Estar enfermo es una causa de preocupación y tener que tomar un fármaco es un recuerdo constante de la enfermedad. O bien, la persona puede sentirse preocupada por alguna cuestión relacionada con el tratamiento, como los posibles efectos secundarios, lo que da lugar al abandono del plan terapéutico.

Mientras que para los pacientes N° (04; 05;) también se observan cambios positivos poco significativos; ya que todos ellos, a excepción del paciente N° 10 que tuvo cambio positivo, pero no significativo, no llegó dentro del puntaje promedio aceptable de 50 en

cuanto a la dimensión mental. También se puede apreciar que el paciente N° 10 mantuvo dentro de los resultados del puntaje promedio; es decir la percepción en cuanto a la dimensión mental de este paciente antes de la intervención fue de 44,94 y después de la intervención fue de 48,71. Valor positivo y que se mantuvo después de la intervención, tuvo un cambio positivo no significativo.

Finalmente, los resultados demostraron en su totalidad gran significancia sobre la dimensión mental. Así como los resultados de Gómez M. et al en una investigación sobre la calidad de vida en pacientes que viven con asma; que mediante el análisis de correlación de Pearson se demostró que existe una relación positiva y significativa entre las variables con un coeficiente de ($r = 0,944$ $p < 0,001$) en las funciones de la escala de calidad de vida en el estado de ánimo y esta correlación también fue significativa en manifestaciones somáticas de ($r = 0,741$, $p < 0,001$)¹³⁷.

Fustamante y Ocampo; “en su investigación acerca de la calidad de vida relacionada con la salud del paciente; tanto física como mental, son semejantes a los datos obtenidos en este informe; concluyendo que el SFT fue eficiente en mejorar la autopercepción de calidad de vida del estado mental de los pacientes ($p=0,034$), a diferencia del estado físico ($p= 0,213$) siendo no significativo”¹³⁶.

Lo que concuerda con lo referido por Gómez G; “la Buena calidad de vida en la dimensión mental ayuda a conservar mejor la función social, el rol emocional y sufrir menos depresión, ansiedad y dolor. También se ve menos afectada la habilidad para desarrollar las actividades de la vida cotidiana¹³⁷. Es por ello indispensable enfatizar que él es una enfermedad grave, más aún, cuando se asocia a otras enfermedades; esto implica cierto tipo de problemas secundario a los efectos de los tratamientos farmacológicos utilizados, y disminuye la CV de los pacientes que viven con esta enfermedad”.

Eisner y otros (2002) “encontraron que cuanto mayor sea el puntaje reportado en la escala de calidad de vida, menor será el riesgo de ser hospitalizado por causas relacionadas con el asma. Los autores también enfatizan que una mejor calidad de vida predice que los costos de servicios de salud por causas relacionadas con el asma serán menores en el año subsiguiente”¹³⁸.

VI. CONCLUSIONES Y ASPECTOS COMPLEMENTARIOS

6.1. Conclusiones

- 6.1.1. Los pacientes asmáticos utilizaron medicamentos prescritos para el asma y medicamentos automedicados para otras patologías que originaron problemas relacionados con el uso de medicamentos de diversa etiología.
- 6.1.2. A través de la intervención farmacéutica mediante seguimiento farmacoterapéutico se logró solucionar la mayoría de los Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs).
- 6.1.3. La intervención farmacéutica mejoró los niveles de autopercepción de la calidad de vida de los pacientes asmáticos en la dimensión física de manera altamente significativa ($p=0.000$).
- 6.1.4. La intervención farmacéutica mejoró los niveles de autopercepción de la calidad de vida de los pacientes asmáticos en la dimensión mental de manera altamente significativa ($p=0.000$).

6.2. Recomendaciones.

- 6.2.1. El presente estudio debe servir para estudios posteriores que evalúen la calidad de vida percibida por nuestros usuarios, la ausencia del Químico es claramente notoria, el apoyo moral y profesional es muy importante en el mejor estado situacional del paciente.
- 6.2.1. Continuar con la iniciativa de la implementación de seguimiento farmacoterapéutico, que nos da una perspectiva que el usuario muestra interés sobre este programa; por lo general el usuario expresa satisfactoriamente de una mejora en su calidad de vida en el aspecto físico y mental. Este programa es de suma importancia aplicándose en distintas patologías.
- 6.2.1. Se debe ampliar el presente trabajo, con el fin de obtener una mayor cantidad de sujetos para estudio y determinar si los hallazgos observados en este trabajo son congruentes con una mayor cantidad de usuarios.

VII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- 1 Ocampo P. "Impacto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico, dirigido a pacientes hipertensos, sobre los problemas relacionados con medicamentos, la adherencia al tratamiento y la percepción del paciente sobre la actividad profesional del farmacéutico". ULADECH católica. 2012. Tomado desde:<http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2012/01/08/000180/00018020140211103040.pdf>
- 2 Faus M. Pharmaceutical Care as a response to social need. *Ars. Pharmaceutical*, 41:1; 137-143, 2000.
- 3 Hepler CD. Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Pharm Care Esp.* 1999; 1: 35-47.
- 4 Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm.* 1990; 47 (3):533-43.
- 5 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.
- 6 McDonnell PJ. and Jacobs MR. Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions. *The Annals of Pharmacotherapy*: Vol. 36, No. 9, pp. 1331- 1336. DOI 10.1345/aph.1A333.
- 7 Manasse HR Jr. Medication use in an imperfect world: drug mis adventuring as an issue of public policy, Part 1. *American Journal of Hospital Pharmacy*, Vol 46, Issue 5, 929-944.
- 8 Johson A. Bootman L. Drug-Related Morbidity and Mortality: A Cost-of-Illness Model. *Journal of Managed Care Pharmacy*. Vol. 2, No.1 jan-Feb 1996.
- 9 Rodríguez A. 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.
- 10 Bonal et al Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica. En: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. *Farmacia Hospitalaria Tomo I.* Tomado desde: <http://www.sefh.es/sefhpublicaciones/fichalibrolibre.php?id=4>. El 16/08/2012.
- 11 Guillermo Alonso Camino Peraldo, prevalencia de asma bronquial en alumnos de primer año de medicina de la Universidad Ricardo Palma en el año 2015 - tesis para optar el título profesional de médico cirujano – Cap:1 – pg:8 [Citado 10 de Marzo del 2018] Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/491/1/Camino_g.pdf
- 12 Faus M. Programa Dáder. *Pharmaceutical Care España.* 2000; 2:73-74.
- 13 Jácome A. Medidas de resultados en atención farmacéutica. *Boletín De Atención Farmacéutica Comunitaria* Vol. 3 N°3, Universidad de Granada. Madrid marzo 1999. Tomado desde: <http://www.ugr.es/~atencfar/bofac33.htm> El 30/01/08.
- 14 Silvia Castro MM, Tuneu I Valls L. Guía de Seguimiento farmacoterapéutico sobre Asma bronquial. Barcelona: GIAF-UGR;2003. Disponible en: www.giaf-urg.org/links/otros.htm
- 15 Dago Martínez, el asma bronquial y la administración de medicamentos, *Farmacéutica*. Miembro de la Red Española de Atención Primaria (REAP). Patrono de la Fundación Pharmaceutical Care España, Editorial Pg. 1. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-el-asma-bronquial-administracion-medicamentos-13071204>

- 16 J. Andrés Jácome, A. Iñesta García, estudio prospectivo sobre el impacto de un servicio de atención farmacéutica comunitaria en personas asmáticas, revista española de salud pública, Rev. Esp. Salud Publica vol.77 no.3 Madrid may/jun. 2003, Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272003000300009
- 17 Basterra M. El cumplimiento terapéutico. Pharm Care. Esp 1999; 1: 97-106. Tomado desde: <http://www.cqfperu.org/af/artInteres/af200511cumpliTerape.pdf> El 16/07/13
- 18 Gorgas Torner, F. Pàez Vives, J. Camós, E. de Puig Cabrera, P. Jolonch, E. Homs, J.A. Schoenenberger, C. Codina, J. Gómez-Arbonés. Programa de atención farmacéutica integrada en pacientes con enfermedades crónicas. Farmacia Hospitalaria, Pg. 230-231, Disponible en: https://www.sefh.es/fh/124_121v36n04pdf009.pdf
- 19 Lee K. Grace A. Taylor J. 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.
- 20 Kheir M. Foppe J. Shaw P. Sheridan L. Health-related quality of life measurement in pharmaceutical care Targeting an outcome that matters. Pharmacy World & Science. Springer Netherlands. ISSN0928-1231 (Print) 1573-739X (Online). 2004; 26 (3): 125-128.
- 21 Tafur E. García E. Aproximación del rol de farmacéutico en la calidad de vida relacionada con la salud. Pharmacy Practice 2006; 4(1): 18-23.
- 22 Pickard S. Johnson A. Farris B. The impact of pharmacist interventions on health-related quality of life. Harvey Whitney Books Company. The Annals of Pharmacotherapy: 1999; 33(11): 1167-1172. DOI 10.1345/aph.18460.
- 23 Armando P, Uema S, Sola N. Valoración de la satisfacción de los pacientes con el seguimiento farmacoterapéutico. Seguimiento farmacoterapéutico 2005; 3(4): 205- 212.
- 24 Zillich J. Sutherland M. Kumbera A. Carter L. Hypertension Outcomes Through Blood Pressure Monitoring and Evaluation by Pharmacists (HOME Study) J Gen Intern Med. 2005 December; 20(12): 1091-1096.
- 25 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.
- 26 Sabater D. Fernández F. Parras M, Faus M. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico. Seguimiento farmacoterapéutico 2005; 3(2): 90-97.
- 27 SilvaL. Tuneu L. Faus M. Revisión sistemática sobre la implantación y la evaluación del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hospitalizados. Farm. Hosp.2010;34(3):106-124. Tomado desde: <http://www.elsevier.es/en-revista-farmacia-hospitalaria-121-articulo-revision-sistemica-sobre-implantacion- evaluacion-13150709#elsevierItemsResumenes>
- 28 Desselle S. Schwartz M. Rappaport M. 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.
- 29 Fontana D. Soláthurry N. Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes pediátricos hospitalizados: adaptación de la metodología Dáder. Arán ediciones 2003, s.l. farmacia hospitalaria. farm hosp (Madrid). 2003; 27(2): 78-83.
- 30 Garnet R. Davis J. Mckenney M. Steiner C. Effect of telephone follow-up on medication compliance. Am J Hosp Pharm 1981; 38: 676-679.

- 31 Gil V. Pineda M. Martínez L. Belda J. Santos A y Merino J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento terapéutico en la hipertensión. *Med Clin (Barc)* 1994; 102: 532-536.
- 32 Gamarra H. Roque R. Implantación de un programa de atención farmacéutica a pacientes hipertensos en la Farmacia Comunitaria "Omar" en el distrito de Carmen de la Legua Reynoso. Tesis para optar el título profesional de Químico Farmacéutico. UNMSM. Lima Perú 2002. Tomado desde: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2002/gamarra_rh/pdf/gamarra_rh-TH.8.pdf El 10/04/2013.
- 33 Ocampo P. 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 02/03/2013.
- 34 Ayala L. Condezo K. Juárez J. Impacto del Seguimiento farmacoterapéutico en la Calidad de Vida Relacionada a la Salud de Pacientes con Hipertensión Arterial, Ciencia e Investigación 2010; 13(2): 77-80, Facultad de Farmacia y Bioquímica, UNMSM 2010. ISSN1609-9044. Tomado desde: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ciencia/v13_n2/pdf/a05v13n21.pdf El 29/01/16
- 35 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
- 36 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.
- 37 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.
- 38 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 28/07/2012.
- 39 Álvarez A. Zegarra E. Solís Z. Mejía N. Matos 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.
- 40 Karen C. María P. Nivel de Control de Asma Bronquial en niños y adolescentes atendidos en cinco Establecimientos de Salud – ESSALUD de la ciudad de Chiclayo, período Julio – diciembre 2013. Tomado desde: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/308/1/TL_CotrinaRicoKarem_PiedraHidalgoMaria.pdf
- 41 Marta P. Patricia J. perfil epidemiológico de los pacientes con asma en España, ENS 2014. facultad de farmacia universidad complutense, Tomado desde: <http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/MARTA%20PRIETO%20CATOIRA.pdf>
- 42 Milvia B. Dayamí T. Leydis, Artículo Original - Pacientes con alto riesgo en la urgencia por asma bronquial, Tomado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552007000200007
- 43 Martínez J. Baena I. La Atención Farmacéutica como método para mejorar la salud de los pacientes y la coordinación entre los profesionales médicos y farmacéuticos. *Pharm Care Esp.* 2001; 3:135-9.

- 44 Velasco G. Seguimiento farmacoterapéutico ambulatorio en pacientes hipertensos de la Caja de Salud de Caminos y R. A. –Oruro. Biofarbo. vol. 16, diciembre 2008. Tomado de: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rbfb/v16n1/v16n1a13>
- 45 Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Consenso Español de Atención Farmacéutica. *Ars Pharm* 2001; 42: 221-41. 13.
- 45 Kheir N. Emmerton L. Shaw J. Can pharmacists influence the health-related quality of life patients with asthma? *Medical Sciences* 2001; 3(2):69-75.
- 46 Simon A. Hung Y. An Update on Evidence of Clinical Pharmacy Services' Impact on Health-Related Quality of Life. August 2006. *The Annals of Pharmacotherapy*. 40(9):1623-1634.
- 47 Bances C. Ocampo P. Efecto de un Programa Piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre la Autopercepción de la Calidad de Vida en Pacientes Hipertensos”. Tesis para optar el grado de Bachiller. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote 2015.
- 48 Sindicato Médico del Uruguay. El valor del medicamento: realidades y esperanzas de futuro. El Diario Médico N°65. mayo de 2005. Tomado desde: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/el-diariomedico/n65/pag15.pdf>. El 28/08/2012.
- 49 Fernández F. Faus M. Gastelurrutia A. Baena I. Martínez F. Evolución del concepto de problemas relacionados con medicamentos: resultados como el centro del nuevo paradigma. *Seguimiento farmacoterapéutico* 2005; 3(4):167-188.
- 50 Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *Ars Pharm* 2007; 48(1):5-17.
- 51 Strand M. Morley C. Cipolle J. Ramsey R. Lamsam D. Drug-related problems: their structure and function. *Drug Intell Clin Pharm* 1990; 24:7-1093.
- 52 Blasco P. Mariño L. Aznar T. Pol E. Alós M. et al Desarrollo de un método observacional prospectivo de estudio de errores de Medicación para su aplicación en hospitales. *Farm Hosp* 2001; 25:253-273.
- 53 Gaspar 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.
- 54 Álvarez F. Arcos P. Eyaralar T. Abal F. Dago A. et al Atención farmacéutica en personas que han sufrido episodios coronarios agudos (Estudio TOMCOR). Ministerio de Sanidad y Consumo de España Madrid. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2001; 75(4): 375-388.
- 55 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.
- 56 Hall V. Atención farmacéutica. Seguimiento del tratamiento farmacológico. Universidad de Costa Rica. Centro Nacional de Información de Medicamentos. Enero de 2003. Tomado desde: <http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed14.pdf>. El 20/08/2014.
- 57 Culbertson L. Larson A. Cady S. Kale M. Force W. “A conceptual framework for defining pharmaceutical diagnosis,” *Am. J.Pharm. Educ.* 1997; 61:12-18. Tomado desde: <http://archive.ajpe.org/legacy/pdfs/aj610112.pdf>. El 20/08/2014
- 58 Hurley C. A Method of Documenting Pharmaceutical Care Utilizing Pharmaceutical Diagnosis. *American Journal of Pharmaceutical Education* Vol. 62, Summer 1998.

- 59 Ferriols R. Valoración de la Atención Farmacéutica en los problemas relacionados con los medicamentos. Presentado en XLIV Congreso Nacional SEFH. Septiembre 1999. Pamplona.
- 60 Calvo V. 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.
- 61 Sabater D. Silva M. Faus M. Método Dáder. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. Tercera edición, 2007.
- 62 Presidencia de la república. Aprueban reglamento de establecimientos farmacéuticos, Decreto Supremo N°014-2011-SA. El peruano. Lima 27 de Julio de 2011.
- 63 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.
- 64 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. Tomado desde: <http://www.minsa.gob.pe/infodigemid>
- 65 Osterberg L. Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med 2005; 353:487-97. Downloaded from www.nejm.org on November 18, 2009.
- 66 Márquez E. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico en la diabetes mellitus. Centro de Salud la Orden, Huelva, España. Tomado desde: <http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/c053/marquez> PDF El 06/02/13
- 67 Morisky E. Green W. Levine M. Concurrent and Predictive Validity of a Self- Reported Measure of Medication Adherence. Medical Care. 1986; 24 (1):67-74.
- 68 Fulmer T. Feldman H. Kim S. Carty B. Beers M. Molina M. Putnam M. An intervention study to enhance medication compliance in community-dwelling elderly individuals. J Gerontol Nurs 1999 Aug; 25(8):6-14.
- 69 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.
- 70 Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de España. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Ars Pharmaceutica, 2001; 42:3-4; 221-241.
- 71 Comité de Consenso: Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM). Ars Pharmaceutica, 43:3-4; 179-187, 2002.
- 72 Gonzales G. Fundamentos de Atención Farmacéutica Cap. 11. Pontificia Universidad Católica de Chile. Tomado desde: http://cursos.puc.cl/unimit_qim_002-1/almacén/1220552779_ggonzale_sec4_pos0.pdf El 16/08/2012.
- 73 Martínez M. El concepto atención farmacéutica. sus influencias gnoseológicas en el contexto de la profesión. Revista del Centro de Investigación. Universidad La Salle. México. 2000. 4(14):83-85.
- 74 Van W. Pharmaceutical Care, the Future of Pharmacy. Theory, research and practice. Dissertation. Druk: Drukkerij De Volharding, Groningen. J.W.F. van Mil, Zuidlaren, 1999. Gezetroit Monotype Spectrum (J. v. Krimpen/S.L. Hartz). ISBN: 90-9013367-4.
- 75 Clopes A. Intervención Farmacéutica. En: Bonal J. et al Ed. Farmacia Hospitalaria. Sociedad Española de Farmacia Desde: http://sefh.interguias.com/libros/tomo1/Tomo1_Cap1.4pdf. Tomado el 20/05/05.

- 76 Garção A. Cabrita J. Evaluation of a Pharmaceutical Care Program for Hypertensive Patients in Rural Portugal. *J Am Pharm Assoc* 42(6):858-864, 2002. © 2002 American Pharmaceutical Association.
- 77 Machuca M. Atención Farmacéutica, seguimiento farmacoterapéutico, Pharmaceutical Care. *Farmacoterapia Social*. España 2006. Disponible desde: www.farmacoterapiasocial.es/local/capitulo1.pdf
- 78 Climente M. Jiménez N. Manual para la Atención Farmacéutica. 3º edición. Afahpe. Hospital Universitario Dr Peset. Valencia, 2005.
- 79 Grainger T. Miralles A. Hepler D. Segal R. Doty R. Ben R. Therapeutic outcomes monitoring: application of pharmaceutical care guidelines to community pharmacy. *J Am Pharm Assoc* (Wash). 1997 Nov-Dec; NS37(6):647-61
- 80 Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. Seguimiento farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). *Pharmacy Practice* 2006; 4(1): 44-53.
- 81 Barris D. Faus M. An initiation in Dáder methodology in the pharmaco therapeutic monitoring in a community pharmac. *Ars Pharmaceutica*. 2003; 44(3):225-237.
- 82 Fajardo C, Baena I, Alcaide J, Martínez J, Faus J, Martínez F. Adaptación del Método Dáder de Seguimiento farmacoterapéutico al nivel asistencial de atención primaria. *Seguimiento farmacoterapéutico* 2005; 3(3): 158-164.
- 83 Velanovich V. Using quality-of-life instruments to assess surgical outcomes. *Surgery*. 1999; 126:1-4.
- 84 Wilson B, Cleary D. Linking clinical variables with health related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. *JAMA*. 1995; 273:59-65.
- 85 Cella F, Wiklund I, Shumaker A, Aaronson K. Integrating health-related quality of life in clinical trials. *Qual Life Res*. 1993; 2: 433-40.
- 86 Guyatt H, Feeny H, Patrick L. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med*. 1993; 118: 622-9
- 87 Casas J, Repullo R, Pereira J. Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos y adaptación transcultural. *Med Clin*. 2001;116:789-96.
- 88 Alonso J. La medición del estado de salud. En: Martínez F, Antó M, Castellanos G, Gill M, Marset P, Navarro V. *Salud pública*. Madrid. McGraw-Hill Interamericana de España, SAU; 1998. p. 341-61.
- 89 Jarillo D, Moreno F, Rodríguez J, Lázaro P. Calidad de Vida e Hipertensión Arterial. *Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud (TAISS)*. Madrid. Publicación en línea Tomado desde: <http://www.taiss.com/publi/absful/calidad%20de%20vida%20argo.pdf>. Tomado el 16/01/08.
- 90 Côté I, Grégoire P, Moisan J, Chabot I. Quality of life in hypertension: the sf-12 compared to the sf-36. *Canadian society for clinical pharmacology*. *Canj clin pharmacol*. fall 2004; 11(2):e232-e238.
- 91 Monés J. ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia? *Cir Esp*. 2004; 76(2):71-7.
- 92 Côté I, Moisan J, Chabot I, Grégoire P. Health related quality of life in hypertension: impact of a pharmacy intervention programme. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 2005; 30(4): 355–362. doi:10.1111/j.1365- 2710.2005.00663.x.

- 93 Centeno M. Álvarez S. López D. González R. Garrido C. Vivir con EPOC. Calidad de vida del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Estudio VICE): Diseño y métodos de estudio. *Investig. Clin. Farm.* 2005; 2(3): 153-160.
- 94 Cazorla A. Dehesa N. Santiago R. Cebreros C. Calidad de vida de mujeres hipertensas seguidas en consulta de enfermería dependiendo de si cuidan o no a sus nietos. *Nure Investigación*, N° 22, mayo-junio 06. Tomado desde: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/279/260>
- 95 Vilagut G. Ferrer M. Rajmil L. Rebollo P. Permanyer-Miralda G. et al El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.* 2005; 19(2): 135-50.
- 96 Rodríguez de la Vega A, Rodríguez GR, Hidalgo ZV, Ramírez RM, Alonso Cho, Razón BR, et al. Programa Nacional de asma bronquial Cuba: MINSAP; 2001.p.4-31. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552007000200007
- 97 Braunwal E, Kauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Asma. *Harrison Principios de Medicina Interna* 2002; 2: 1708-15. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552007000200007
- 98 González AV, Castillo GL. Fisiopatología del asma bronquial. *Laboratorio fisiología respiratorio ICBP Victoria de Girón. Art Cuba* 2004; 1:1-5. Tomado desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552007000200007
- 99 Domingo Chardón, MD Neumólogo Guía Puertorriqueña para el Manejo y Control del Asma en Adultos - Tomado desde http://www.salud.gov.pr/Dept-de-Salud/Documents/Gu%C3%ADa%20de%20Asma%20en%20Adultos%20Final_.pdf
- 100 Julio A. Impacto de un Programa de Atención Farmacéutica comunitaria en pacientes con asma bronquial Madrid. Octubre 2000 <http://webs.ucm.es/BUCEM/tesis/far/ucm-t25539.pdf>
- 101 Organización Mundial de la Salud (OMS). Centro de Prensa. Nota descriptiva n° 207. Noviembre 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/es/>
- 102 Patricia L, Ana G, Lucía D, María, Ordobás G. Evolución de la prevalencia de asma y factores sociodemográficos y de salud asociados en población de 18 a 64 años de la comunidad de Madrid (1996-2013) *Rev. Esp. Salud Pública.* 2017; Vol. 91; 25 de mayo e1-e14. http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL_91/ORIGINALES/RS91C_201705036.pdf
- 103 Iñesta A. Atención Farmacéutica. Estudios sobre uso de medicamentos y otros. *Rev. Esp. Salud Pública* 2001; 75: 285-290 N° 4 - Julio-Agosto 2001.
- 104 Utah Department of Health. Interpreting SF-12. 2001 Utah Health Status Survey. Disponibility in: http://health.utah.gov/opha/publications/2001hss/sf12/SF12_Interpreting.pdf
- 105 Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Método DADER para el seguimiento Farmacoterapéutico. *Ars Pharm* 2005; 46 (4): 309-337.
- 106 Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS). Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios. Descripción del Instrumento Cuestionario de Salud SF-12. Versión española del Cuestionario de Salud SF-12 adaptada por J. Alonso y cols. Tomado desde: www.iryss.imim.es/iryss/PDFs/Descripcion_SF-12_BiblioPRO.pdf. 19/10/07.
- 107 University of Michigan Health System. Comprehensive Cancer Center. Scoring Instructions for the Expanded Prostate Cancer Index Composite (EPIC) University of Michigan 2002. disponibility in: www.roadrunner.cancer.med.umich.edu/epic/EPIC-Scoring-2.2002.pdf El 11/02/08.

- 108 National longitudinal surveys. Nlsy79 Appendix 19: Sf-12 Health Scale Scoring. US Department of Labor. Bureau of labor statistics. 2002. Tomado de: www.bls.gov/nls/79quex/r19/y79r19append19.pdf El 11/02/08.
- 109 Cotte V. Faltenbacher H. Willich W. Bogner R. Trial of validation of two devices for self-measurement of blood pressure according to the European Society of Hypertension International Protocol: the Citizen CH-432B and the Citizen CH- 656C. *Blood Press Monit* 2008;13:55-62
- 110 García M. Puig M. Mateu S. 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. Tomado desde: <http://www.seis.es>
- 111 World Medical Association. Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subject. Edinburgh: 52nd WMA General Assembly (on line) URL disponibilidad in: http://www.wma.net/e/policy/17-c_e.html. El 15/07/15.
- 112 University of Michigan Health System. Comprehensive Cancer Center. Scoring Instructions for the Expanded Prostate Cancer Index Composite (EPIC) University of Michigan 2002. Tomado desde: www.roadrunner.cancer.med.umich.edu/epic/EPICScoring-2.2002.pdf
- 113 National longitudinal surveys. Nlsy79 Appendix 19: Sf-12 Health Scale Scoring. US Department of Labor. Bureau of labor statistics. 2002. Tomado de: www.bls.gov/nls/79quex/r19/y79r19append19.pdf
- 114 Flor-Escriche, J. Méndez, R. Poblet, L. Lamarca-, S. Álvarez- y A. Davies Calidad de vida y factores asociados en asmáticos de un centro de Atención Primaria. Aplicación de la versión reducida del Asthma Quality of Life Questionnaire; Artículo Original - Medicina de Familia SEMERGEN
- 115 Toledano G. Carolina P. Nancy N. Serguei S. Eduardo C. Calidad de vida de pacientes con asma ingresados en los servicios de Medicina Interna y Neumología [artículo en línea] *MEDISAN* 2009;13(2). Tomando desde http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_2_09/san08209.htm
- 116 Neumólogo del Hospital San Juan De Dios Warner Rodríguez - Artículo en línea - Mujeres tienen más riesgo de sufrir asma que los hombres - Tomado desde <https://www.ameliarueda.com/nota/mujeres-tienen-mas-riesgo-de-sufrir-asma-que-los-hombres>
- 117 Epley N. Schroeder J. Mistakenly seeking solitude. *Journal of Experimental Psychology: General*. 2014; 143(5): 1980-1999. Tomado desde: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2014-28833-001> El 02/04/2016
- 118 Faus M. Fernández F. Martínez F. Programa Dáder de Seguimiento del Tratamiento Farmacológico. Casos Clínicos, Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica Universidad de Granada, 1º edición, España. 2001.
- 119 Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) - Artículo en Línea - ASMA - Tomado desde https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1146/cap04.pdf
- 120 Alberto M. Neumólogo, Aumenta prevalencia de asma bronquial - Colegio Médico del Perú - Artículo en Línea , <http://cmp.org.pe/aumenta-prevalencia-de-asma-bronquial/>
- 121 Jon A, Maite C, Javier E, Arritxu E, Juan B, Guía de Práctica clínica Sobre el asma pág., 21 ref. 10. <http://www.avpap.org/gtvr/GPCasma.pdf>
- 122 Asma del Adulto, European Lung Foundation (elf), artículo en línea, diagnóstico y tratamiento <http://www.europeanlung.org/es/enfermedades-pulmonares-e-informaci%C3%B3n/enfermedades-pulmonares/asma-del-adulto>
- 123 Guzmán L. Murrieta M. Factores que Influyen en la Automedicación en Adultos de Cuatro Centros Poblados de la Cuenca Media del Río Manay-Distrito San Juan Bautista. [tesis pre grado]. Iquitos. 2010.

- 124 Alvarado N. Vargas D. Características de la Automedicación en Estudiantes de la Facultad de Farmacia y Bioquímica- UNAP. [tesis pre grado]. Iquitos. 2013.
- 125 López J. Rodolfo D. Moscoso S. Estudio sobre la Automedicación en una Localidad de Bogotá. Rev. salud pública. 2009, 11 (3): 432-442
- 126 Silvia C, et al. Fármacos de primera línea utilizados en el tratamiento de la tuberculosis. AVFT [serie en internet]. Jun 2007 *[citado el 10 Jul 2013]; 26(1): 21- Disponible en:
- 127 El asma afecta más a mujeres que a hombres. Razón: la testosterona - Artículo en Línea – [Citado 5 de Febrero 2018] - Disponible en: https://www.elespanol.com/ciencia/salud/20170510/214978619_0.html
- 128 Marta P. Patricia J. perfil epidemiológico de los pacientes con asma en España, ENS 2014.- Facultad De Farmacia Universidad Complutense, pág. 15 – [citado 10 de Febrero del 2018] – Disponible en: <http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/MARTA%20PRIETO%20CATOIRA.pdf>
- 129 Estudio Epidemiológico de Seguimiento de Asma en Adolescentes de la Ciudad de Huelva – Artículo en Original en línea [Citado 10 de Febrero del 2018] Pág. 11 – Disponible en: <https://www.neumosur.net/files/Resumen%20Tesis%20Premiada%202010.pdf>
- 130 Duran, I. et al Problemas relacionados con medicamentos resueltos en una Farmacia Comunitaria. Pharmaceutical Care España 11. Trabajo de investigación. 2013.
- 131 Curb D. Borhani O. et al Long-term surveillance for adverse effects of antihypertensive drugs. JAMA 1985; 253:3263-3268.
- 132 Mónica M, Jorge S, Mario H, Rosario P, Lilia L, Sandra F, Rocío Ch. Calidad de vida en pacientes asmáticos mexicanos, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Trabajo Original Pag Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2003/in034f.pdf>
- 133 C. Cólás Sanz, M.B de la Hoz Caballer, M, Rodríguez, A, Roger Reig Calidad de vida en las enfermedades alérgicas cap. 82 Pág. 1718.
- 134 D. Francisco Caamaño, D. Francisco Javier González, Calidad de vida en el paciente asmático, Universidad de Santiago de Compostela, Departamento de Medicina Pg. 46.
- 135 O. Vegazo Garcia, J. Martín Fernández, C, Barcina Sánchez, F.J. Jiménez R. Estiarte Navarro impacto de la terapia inhalada con β -2 agonistas de larga duración sobre la calidad de vida en pacientes asmáticos An. Med. Interna (Madrid) vol.21 no.6 jun. 2004 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992004000600004
- 136 Fustamante D. Ocampo P. Efecto de un Programa Piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre la Autopercepción de la Calidad de Vida”. Tesis para optar el grado de Bachiller. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote 2015.
- 137 Francisco Javier González Barcal, Influencia de la ansiedad y la depresión en la calidad de vida relacionada con el asma en diferentes grupos de edad Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (Separ). Artículo en Línea, Disponible en: http://www.abc.es/sociedad/abci-estudio-confirma-asmaticos-tienen-mas-tendencia-depresion-y-ansiedad-201604261716_noticia.html
- 138 Kristy Barrantes Brais. Universidad Nacional Sistema de Estudios de posgrado facultad de ciencias de la salud escuela de ciencias del deporte maestría en salud integral y movimiento humano- prevalencia de asma y caracterización de estudiantes asmáticos del itcr, sede Cartago. aportes para una propuesta de intervención 2010 pág. 85 [Citado 3 de marzo del 2018] Disponible en: https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01127332/file/2015PA113002_annexe.pdf

ANEXO N° 02. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico

Declaración del paciente:

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

* NOMBRE DEL PACIENTE: (DE PUÑO Y LETRA DEL PACIENTE) LUCERO ESPERANZA GUZMAN ALFARO
* DIRECCION: AV. BUENOS AIRES # 353 - EL PROGRESO
* TELEFONO: 981543696

* FIRMA: [Firma]
* DNI: 31514889

* NOMBRE DEL QUIMICO FARMACÉUTICO Jr: BRAIAN PEREZ ESCOBEDO
* TELÉFONO: 939670760

* FIRMA: [Firma]
* DNI: 48178591

* FECHA: 07 / 04 / 16

* FECHA DE LA PRIMERA ENTREVISTA PARA EL LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN: 07 / 04 / 16

* Campos obligatorios

ANEXO N° 3. FICHAS FARMACOTERAPÉUTICAS.

ANEXO N° 3.1: FICHA 1 REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE, DE SU ENFERMEDAD DE SUS MEDICAMENTOS Y DEL MÉDICO PRESCRIPTOR.

FICHA 01. INFORMACION PERSONAL DEL PACIENTE. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF/Hospital/Centro/Puesto de Salud de Magdalena Nueva

COD° PACIENTE: _____ FECHA: 10/04/2016

1.1.- DATOS PERSONALES
 NOMBRE: Lucero Esperanza Germán Alfaro SEXO: F
 DIRECCIÓN: Av. Buenos Aires # 353 ZONA: El Progreso
 TELÉFONO DOMICILIO: 931542696 OTRO _____ (MAIL): _____
 FECHA DE NACIMIENTO: 20/02/97 EDAD: 18 AÑOS:
 GRADO DE ESTUDIOS: ANALFABETO _____ PRIMARIA _____ SECUNDARIA SUPERIOR _____
 TIENE SEGURO SI: NO: SEGURO INTEGRAL (SIS): _____ ESSALUD: _____ PRIVADO: _____
 OTRO CUAL?: _____
 EL SEGURO PRIVADO CUBRE LOS MEDICAMENTOS TOTALMENTE: SI: _____ NO: _____

1.2.- PARÁMETROS DE SEGUIMIENTO:

VISITA N°:	1	2	3	4
FECHA				
PRESIÓN ARTERIAL (en mm de Hg)	/	/	/	/
GLUCEMIA				
PESO (en Kg)				
TALLA (en cm)				
Temperatura (en °C)				
OTRO				

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

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

N°	NOMBRE DEL MEDICO / INSTITUCIÓN	ESTABLECIMIENTO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO
	<u>Rafaela Velazquez Jodada</u>	<u>Posta Mag. Nueva Magdalena S</u>	<u>Medicina General</u>	

1.4.1-PROBLEMAS DE SALUD DIAGNOSTICADOS AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA (Con Receta):

IDE ID	NOMBRE DEL PROBLEMA DE SALUD,	QUIEN LE DIAGNOSTICÓ?	Fecha de la receta
<u>345</u>	<u>Asma</u>	<u>Medico General</u>	

1.4.2-PROBLEMAS DE SALUD NO DIAGNOSTICADOS AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA (Sin Receta):

N	NOMBRE DEL PROBLEMA DE SALUD, SIGNO O SINTOMA PERCIBIDO POR EL PACIENTE	QUIEN LE DIJO QUE SUFRÍA DE ESA ENFERMEDAD

ANEXO N° 3.2. FICHA 1 FFT. REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE, DE SU ENFERMEDAD, DE SUS MEDICAMENTOS Y DEL MÉDICO PRESCRIPTOR.

1.5.- MEDICAMENTOS QUE TOMA EL PACIENTE PARA SUS PROBLEMAS DE SALUD DIAGNOSTICADOS

PRESCRIPCIÓN			DISPENSACIÓN				USO DEL PACIENTE						
CIE 10	ATC	NOMBRE DEL MEDICAMENTO (tal cual fue prescrito comercial o DCI)	DCI del prescrito	NOMBRE DEL MEDICAMENTO (tal cual fue dispensado)	DCI del dispensado	Forma Farmacéutica y concentración.	A: DOSIS (mg)	B: FREC. DE DOSIS x DIA(H)	Horario de la medicación	C: Total Días que debe tomarse el med. (días).	Total de medicamento DISPENSADO:	FECHA DE DISP.	OBSERVACIÓN
J43	R03AC02	Salbutamol	Salbutamol	Salbutamol	Salbutamol	INH	2puff	4v/dca	4ch.	7 días	01	30/05/12	
J40	D07AC15	Beclometasona	Beclometasona	Beclometasona	Beclometasona	INH	2puff	2v/dca	4ch.	2 sem.	01	30/05/12	
J20	A03CC01	Brimodipm	Acetilcisterina	Brimodipm	Acetilcisterina	TAB	600mg	2v/dca	4ch.	7 días	07	30/05/12	

Escribir todos los medicamentos que el paciente toma para las enfermedades descritas. Solo medicamentos con receta.

ANEXO N° 3.3. FFT. REGISTRO DE PROBLEMAS DE SALUD DURANTE EL USO DE MEDICAMENTOS, TRATAMIENTO CON REMEDIOS CASEROS Y ENFERMEDADES SUFRIDAS ANTERIORMENTE.

1.6. TIENE USTED ALGÚN PROBLEMA CON LA TOMA DE ALGUNO DE LOS MEDICAMENTOS DE LA RECETA?

Nº	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA, MALESTAR, SENSACIÓN U OTRO.	QUE HA HECHO EL PACIENTE PARA SOLUCIONAR ESTOS PROBLEMAS

Preguntar sobre existencias, reacciones, percepciones negativas que tiene el paciente sobre de tomar alguno de los medicamentos recetados. Registrar con la ficha N°3 para el registro analítico fisiológico. Si el paciente declara algún problema preguntar que hace para solucionarlo. Las reacciones adversas de medicamentos prescritos deben reportarse al ZF mediante una hoja amarilla.

1.7. REGISTRO DE PROBLEMAS DURANTE EL USO DE MEDICAMENTOS.

Tuvo necesidad de comunicarse con el médico, en algún momento posterior a la última consulta y antes de la siguiente visita programada, por alguna necesidad? Si No

Si la respuesta anterior fue Si, entonces:
 Cual fue el problema o necesidad?

Pudo comunicarse? Si No

Si es NO, Por qué?

Cómo resolvió el problema? A quien recurrió?

Cree Usted que se resolvió el problema Si..... No..... Aún persiste.....

Si se comunicó con el médico, se solucionó el problema? Si No

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

Nº	NOMBRE DE LOS REMEDIOS CASEROS	PARA QUE LO USA	CUANTO TOMA?	FRECUENCIA	DESDE CUANDO

El uso de remedios caseros o productos naturales podría afectar otros medicamentos en el paciente que pueda llevarlo a una medicación.

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

NOMBRE DE LA ENFERMEDAD*, ACCIDENTE O DAÑO.	Tuvo Dx?	QUIEN / DONDE LE DIAGNÓSTICO?	TELÉF	Molesta ahora? Qué hace para solucionar la molestia.	Toma medicamentos para esto?***

**Las enfermedades del pasado, cirugía, accidentes, traumas, etc. Pueden dejar secuelas, algias o síntomas que pueden ser el origen de una de medicación en el presente. Si no está reportado como enfermedad o caso no diagnosticado en la ficha 1.4.2*

****Anotar los medicamentos que usa como medicamento en prescripción en la ficha 1.*

ANEXO N°3.4. FFT. REGISTRO DE LOS ANTECEDENTES FAMILIARES Y HÁBITOS DE VIDA DEL PACIENTE.

1.10.- ANTECEDENTES FAMILIARES DE MORBILIDAD:

ENFERMEDAD	MADRE	PADRE	HERMANOS	OTROS
HIPERTENSIÓN				
DIABETES				
COLESTEROL				
OTRA:				

Observaciones:

Los antecedentes de morbilidad en los parientes cercanos se relacionan con signos, síntomas o patologías actuales en el paciente.

1.11.- HABITOS DE VIDA:

HÁBITOS:	DESCRIBIR:	INDICACION DEL MEDICO AL RESPECTO
Ingesta de grasas o aceite		
Ingesta de Azúcar		
Ingesta de Sal		
Consumo de alcohol	VECES POR SEMANA ___ NO ___	
Fuma cigarrillos o alguien en casa lo hace?	SI: ___ NO: ___ CANTIDAD AL DIA: _____	
Hace ejercicios:	CAMINA: ___ CORRE: _____ GIMNASIO: ___ PESAS: _____ BICICLETA: ___ OTRO: _____	VECES POR SEMANA: _____
Consumo de café o té	SI: ___ NO: _____ TAZAS DIARIAS: _____	
Dieta:	SI ___ NO ___ Describir: _____	

Los hábitos de vida sobre todo las recomendadas por el prescriptor, deben ser reflexionadas por el farmacéutico. Además permiten percibir el actitud general del paciente hacia su enfermedad.

COD INTERV:

ANEXO N° 3.5. FFT. REGISTRO DE LOS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE CONSUME PARA OTRAS ENFERMEDADES CONCOMITANTES. (PRIMERA PARTE).

FICHA 02. HOJA DE INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF /Hospital/Centro/Puesto de Salud de Hospital de Mayo.

PACIENTE COD. N°: _____ FECHA: 14/04/16
 NOMBRE: Lucero Esperanza Guzmán Aljara

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

Nombre 1: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC) <u>Apironex Tob. 550 mg</u>	
1. ¿para qué? <u>Color de cabeza</u>	5. ¿cuánto toma (dosis)? <u>condicional</u>
2. ¿quién lo recetó? <u>Medico</u>	6. ¿cómo lo toma (frec. Dosis)?
3. ¿cómo le va? <u>Bien</u>	7. ¿hasta cuándo lo tomará (duración)?
4. ¿desde cuándo lo toma? <u>condicional</u>	8. ¿siente algo extraño luego de tomarlo (rx adv.)? <u>No</u>
Nombre 2: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC)	
1. ¿para qué?	5. ¿cuánto toma (dosis)?
2. ¿quién lo recetó?	6. ¿cómo lo toma (frec. Dosis)?
3. ¿cómo le va?	7. ¿hasta cuándo lo tomará (duración)?
4. ¿desde cuándo lo toma?	8. ¿siente algo extraño luego de tomarlo (rx adv.)?
Nombre 3: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC)	
1. ¿para qué?	5. ¿cuánto toma (dosis)?
2. ¿quién lo recetó?	6. ¿cómo lo toma (frec. Dosis)?
3. ¿cómo le va?	7. ¿hasta cuándo lo tomará (duración)?
4. ¿desde cuándo lo toma?	8. ¿siente algo extraño luego de tomarlo (rx adv.)?
Nombre 4: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC)	
1. ¿para qué?	5. ¿cuánto toma (dosis)?
2. ¿quién lo recetó?	6. ¿cómo lo toma (frec. Dosis)?
3. ¿cómo le va?	7. ¿hasta cuándo lo tomará (duración)?
4. ¿desde cuándo lo toma?	8. ¿siente algo extraño luego de tomarlo (rx adv.)?
Nombre 5: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC)	
1. ¿para qué?	5. ¿cuánto toma (dosis)?
2. ¿quién lo recetó?	6. ¿cómo lo toma (frec. Dosis)?
3. ¿cómo le va?	7. ¿hasta cuándo lo tomará (duración)?
4. ¿desde cuándo lo toma?	8. ¿siente algo extraño luego de tomarlo (rx adv.)?
Nombre 6: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC)	
1. ¿para qué?	5. ¿cuánto toma (dosis)?
2. ¿quién lo recetó?	6. ¿cómo lo toma (frec. Dosis)?
3. ¿cómo le va?	7. ¿hasta cuándo lo tomará (duración)?
4. ¿desde cuándo lo toma?	8. ¿siente algo extraño luego de tomarlo (rx adv.)?

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

ANEXO N° 3.6. FFT. REGISTRO DE LOS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE CONSUME PARA OTRAS ENFERMEDADES CONCOMITANTES. (SEGUNDA PARTE).

2.2. MEDICAMENTOS QUE TIENE, 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° 3.7. FFT. GUÍA ANATÓMICA DE REPASO PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS.

FICHA 03. GUÍA ANATÓMICA DE REPASO PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS DE SALUD. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF /Hospital/Centro/Puesto de Salud de Hospital Nueva

PACIENTE COD. N°: _____ FECHA: 19/04/16
NOMBRE: Lucero Esperanza Guzmán Njao

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:
- DIDOS, 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...): dolor espalda, dolor abdominal
- PIEL (sequedad, erupción...):

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

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

- TABACO:

- ALCOHOL:

- CAFÉ:

- OTRAS DROGAS:

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

- VITAMINAS Y MINERALES:

+ VACUNAS:

- ALERGIAS MEDICAMENTOS Y/O SOSPECHAS DE RAM:

- Situaciones fisiológicas (y fecha):

- OBSERVACIONES:

COD INTERV:

ANEXO N° 3.8. FFT. HOJA GUÍA DE INTERVENCIÓN FARMACOTERAPÉUTICA – PRIMERA PARTE.

FICHA 04. HOJA GUÍA DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF /Hospital/Centro/Puesto de Salud de Ing. Salinas, Puyo

PACIENTE COD N°:

NOMBRE: Lucero Esperanza Guzmán Aljaro

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.
	<u>Bimacim</u>	<u>tab</u>	<u>000mg</u>	<u>1x16x</u>	<u>21/01/16</u>

*Si el PRM descrito involucra a todos los medicamentos, como errores de prescripción o almacenamiento de medicamentos, etc. En nombre de medicamentos debe consignarse todos.
 **Una morbilidad puede ser el origen de PRMs tales como 11 o 13.

4.2.- DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL PRM:

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

COD INTERV: _____

ANEXO N° 3.9. FFT. HOJA GUÍA DE INTERVENCIÓN FARMACOTERAPÉUTICA – SEGUNDA PARTE.

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

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

Fecha final de la intervención: 21/10/16

COMENTARIO:

Paciente refiere que al consumir medicamento presenta dolores abdominales, espaldas, como posibles efectos adversos

ANEXO N° 3.10. FFT. HOJA GUÍA DE INTERVENCIÓN FARMACOTERAPÉUTICA
 – TERCERA PARTE.

4.4. QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRM.

- Acudir con el médico para que sugiera cambio de medicamento o suspensión del mismo.

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

TABLA N°4.4. CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS

Categoría	N°	Intervención	Acción
Intervención 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 lo.	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.
Intervención 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.
Intervención 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:

Se recomienda que el paciente acuda con su médico le explique el problema con las expectativas generadas por el tratamiento, y sugiera retirar o en su caso sustituir por otro fármaco.

ANEXO N° 3.11. FFT. HOJA GUÍA DE INTERVENCIÓN FARMACOTERAPÉUTICA
 – CUARTA PARTE.

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

1. Escrita farmacéutico – paciente

4. Escrita farmacéutico – paciente – médico

5. Directa farmacéutico – Médico

4.6. RESULTADO:

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

¿QUÉ OCURRIÓ CON LOS PRMx QUE NO SE RESOLVIERON?

.....

.....

.....

.....

.....

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

A) PEOR B) IGUAL MEJOR D) CURADO

COD INTERV:

ANEXO N° 3.12. FFT. TEST PARA MEDIR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.
TEST DE MORISKY.

Test de Adherencia a la medicación de Moriski

Items	Preguntas	0	1
1	Algunas veces se olvida usted de tomar sus medicamentos?	X	
2	Las personas no toman sus medicamentos por razones a veces diferentes a olvidarse. Piense en las dos últimas semanas, si hubo algún día en el cual no tomó sus medicamentos?	X	
3	Alguna vez ha dejado de tomar sus medicamentos por le te caían mal, sin decirle nada al médico o tu farmacéutico?	X	
4	Cuando Usted viaja o sale de su casa por largo tiempo se olvida de llevar sus medicamentos?	X	
5	Se olvidó de tomar todos sus medicamentos ayer?	X	
6	Cuando Usted siente que los síntomas de su enfermedad están bajo control deja de tomar su medicación?	X	
7	Tomar medicamentos todos los días es muy complicado para mucha gente. alguna vez Usted se ha sentido tentado a dejar su tratamiento?	X	
8	Cuan frecuente tiene Usted dificultades para recordar tomar sus medicamentos?	X	
	A. Nunca/raramente, B. Muy esporádicamente, C. Algunas veces, D. Frecuentemente, E. Todo el tiempo. A=0, B-E=1		

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

ANEXO N° 3.13. FFT. TEST DE PURDUE PARA LA EVALUACIÓN EN EL PACIENTE DE LA SATISFACCIÓN DEL SERVICIO.

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

NOMBRE DEL PACIENTE: Lucero Esperanza Guzman MJCOD

FECHA: 21 / 04 / 16

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

0. NUNCA, 1. ALGUNAS VECES, 2. CASI SIEMPRE, 3. SIEMPRE

OBSERVACIONES:

COD INTERV:

ANEXO N° 4. TABLA DE ESTADO DE SITUACIÓN.

Pac	COD CIE 10	DIAG	comercial	DCI	fp	dosis (mg)	frec dosis (dia)	días tto	COD PRM	Descripción del PRM	RNM	Acción realiz. por el Q.F	COD. INTERVENCIÓN	COD CANAL DE COMUNICACION	aceptación	solución	Descripción de la NO solución	CODIGO ATC	
1	J45	asma	brimodin	acetilcisteína	pol	600	1	10	12	el paciente refiere que al consumir el medicamento presenta dolor abdominal, espalda como posibles efectos adversos	5	orientar a que acuda al médico para que sugiera el cambio de medicamento o suspender el mismo	6	1	1	1		R05CB01	
1	J45	asma	brimodin	acetilcisteína	pol	600	1	10	8	el paciente señala que el medicamento no está cumpliendo con los resultados esperados, esto se debe a que este medicamento no debe administrarse en pacientes asmáticos; sin embargo el medico indico su uso	5	el paciente debería acudir al médico que sugiera sustituir el tratamiento del brimodin por otro medicamento que no perjudique su salud	6	1	1	1		R05CB01	
1	J45	asma	brimodin	acetilcisteína	pol	600	1	10	4	medicamento contraindicado pacientes asmáticos o con insuficiencia respiratoria grave, ya que puede incrementarse la obstrucción de las vías respiratorias.	5	sugerir al paciente que acuda al médico responsable de su tratamiento para que retire el medicamento o brindarle otras posibles soluciones	5	1	1	1		R05CB01	
1		dolor de cabeza	apronax	naproxeno sódico	sol	550	3	3											M01AE02
2	J45	asma	degraler	levocetirizina diclorhidrato	sol	5	1	10	12	paciente refiere que el medicamento le produce sequedad de boca y cansancio muscular	5	sugerir al paciente que acuda al médico responsable de su tratamiento para que retire el medicamento o brindarle otras posibles soluciones	5	1	1	1		R06AE09	
2	J45	asma	flumucil	acetilcisteína	pol	600	1	7	9	paciente señala que existen ocasiones en las que duda tomar sus medicamentos porque se siente mejor y no le hace necesario.	1	Educar al paciente sobre el cumplimiento de su tratamiento. Sugerir a familiares de estar al tanto del Tto del paciente de tomar a tiempo sus medicamentos prescritos	8	1	1	1		R05CB01	
2	J45	asma	flumucil	acetilcisteína	pol	600	1	7	4	medicamento contraindicado pacientes asmáticos o con	5	sugerir al paciente que acuda al médico responsable de su tratamiento para que retire el	5	1	1	0	Paciente continua con el medicamento	R05CB01	

										insuficiencia respiratoria grave, ya que puede incrementarse la obstrucción de las vías respiratorias.		medicamento o brindarle otras posibles soluciones					por indicaciones medicas		
3	J45	asma		prednisona	sol	20	1	3	8	paciente refiere que el médico le indica prednisona de 20 mg a pesar de que ella señala que tiene glaucoma, por tal razón el medico indica solo consumir la mitad de tableta	6	retirar el medicamento, porque los corticoides son capaces de producir una variedad de trastornos oculares, entre ello cataratas y glaucoma.	5	1	1	0	el paciente continua consumiendo la prednisona por indicaciones del médico y el glaucoma aun persiste.	H02AB07	
3	J45	asma		salbutamol	inh	0.2	3	30	1	al utilizar el salbutamol directamente por inhalación el paciente se ahogaba, el medico no le indico que para su casa era necesario una Aero cámara adulto	5	sugerir que acuda al médico para que le brinde una solución ya que el salbutamol es indispensable en su tratamiento	8	1	1	1		R03AC02	
3	J45	asma		salbutamol	inh	0.2	3	30	12	paciente refiere que al administrarse el salbutamol le produce taquicardia	5	acudir al médico para que señale la sustitución del fármaco, siendo este útil para el manejo del asma	6	1	1	1		R03AC02	
3	J45	asma		salbutamol	inh	0.2	3	30	9	paciente señala que existen ocasiones en las que duda tomar sus medicamentos porque se siente mejor y no le hace necesario.	1	educar al paciente sobre la importancia de consumir el salbutamol en las veces indicadas puesto que el medicamento es importante para el tratamiento del asma	8	1	1	1		R03AC02	
4	J45	asma		naproxeno sódico	sol	550	2	3	8	paciente refiere tener gastritis y en la receta el medico prescribe naproxeno , el cual es un medicamento no apto para pacientes con esta enfermedad.	5	sustituir el medicamento por otro fármaco que no le afecte la mucosa gástrica.	6	1	1	1		M01AE02	
4	J45	asma		prednisona	sol	20	1	3	12	cuando se ingiere la prednisona le provoca nerviosismo y temblores en las manos	6	modificar la dosis de prednisona a la mitad de la tableta	1	1	1	0		H02AB07	
4		dolor abdo minal																	
4		acidez esto																	

		maca 1																	
5	J45	asma	fluixx	acetilcisteína	pol	250	1	7	12	medicamento que consume produce prurito y no es bueno para su salud del paciente	5	sustituir el medicamento	5	1	1	1		R05CB01	
5	J45	asma	fluixx	acetilcisteína	pol	250	1	7	8	medicamento mal prescrito en la receta ya que está contraindicado en el paciente; en otro caso no presenta el nombre del paciente en la receta	5	retirar el medicamento ya que está contraindicado en pacientes con asma porque puede producir broncoespasmo	5	1	1	1		R05CB01	
5	J45	asma	degraler	levocetirizina diclorhidrato	sol	5	1	7	9	paciente señala que existen ocasiones en las que duda tomar sus medicamentos porque se siente mejor y no le hace necesario.	1	el incumpliendo de ingerir este medicamento en su terapia pueda que no haya una mejora en su salud.	8	1	1	1		R06AE09	
5	R51	dolor de cabeza		paracetamol	sol	550													H02AB07
6	J45	asma		salbutamol	inh	0.2	2	20	9	el paciente refiere que se olvida de administrar el salbutamol 3 a 4 veces	1	el incumplimiento de la terapia con salbutamol podría desencadenar la crisis de asma	9	1	1	1		R03AC02	
6	J45	asma		prednisona	tab	20	3	20	5	sobredosificación por duración inapropiada del tratamiento	6	sugerir la modificación de la duración del tratamiento no mayor a 10 días y 1 ves al día	2	1	1	1		H02AB07	
6	T75.4	alergia	hisaler	cetirizina	tab	10	1	10											R06AE07
7	J45	asma		ibuprofeno	tab	400	3	10	4	contraindicado en esta patología puede desencadenar la crisis de asma	5	sustituir el medicamento por paracetamol; fármaco que tiene efecto analgésico en la odontalgia y no afecta en el asma	6	1	1	1		M01AE01	
7	J45	asma		dexametasona	tab	4	1	3	6	usos de 2 glucocorticoides provoca el riesgo de ulcera o sangrado gastrointestinal	6	sugerir el retiro de la dexametasona	5	1	1	1		D07AB19	
7	J45	asma		prednisona	tab	20	1	10	5	este fármaco se debe usar de 3 a 7 días	6	se requiere disminuir el tiempo de tratamiento de 3 a 5 días, a mayor dosis o mayor duración del tratamiento con prednisona puede provocar el riesgo de ulcers gastritis	2	1	1	1		H02AB07	
7		alergia		clorfenamina maleato	tab	4	3	7											R06AB04
8	J45	asma		salbutamol	inh	0.2	3	30	12	frecuencia de dosificación es alta y provoca taquicardia	6	sugerir al paciente que visite al médico para evaluación y	2	1	1	1		R03AC02	

												pedir la disminución de dosis y/o intervalo de dosificación							
8		gripe	nazitol compuesto	paracetamol + clorfenamina + fenilefrina	tab	500 + 4 + 5 + otros	3	5	10	sinergismo de fenilefrina y salbutamol	6	retirar el medicamento, se evita la taquicardia ya que son 2 medicamentos adrenérgicos que aumentan la frecuencia cardiaca.	5	1	0	0			
9	J45	asma	berotec	fenoterol bromhidrato	inh	0.2	2	30	12	paciente refiere taquicardia al administrar berotec	6	se sugiere disminuir gradualmente la administración de fenoterol (2 a puff a 1 puff) así evitar el efecto de taquicardia para beneficio del paciente	2	1	1	1		R03AC04	
9	J45	asma	dexacort	dexametasona	tab	4	2	3	6	uso de dexametasona y beclometasona	6	se sugiere retirar la dexametasona	5	1	0	0		D07AB19	
10	J45	asma		prednisona	tab	20	1	1	6	se está administrando 2 glucocorticoides	2	al retirar la prednisona disminuimos los efectos adversos y se evita la alteración farmacológica con naproxeno	5	1	1	1		H02AB07	
10		dolor de huesos		naproxeno sódico	tab	550	1		10	administración de naproxeno y glucocorticoides	5	retirar el medicamento para evitar el riesgo de aparición de úlceras	5	1	1	1		M01AE02	
11	J45	asma		Dipropionato de beclometasona	inh	0.058	3	30	12	el glucocorticoide aumenta el riesgo de activar una úlcera gastrointestinal	5	sugerir sustituir el medicamento por salbutamol y evitar el riesgo de úlcera	6	1	1	1			
11	K25	ulceras		omeprazol	tab	20	1	30											A02BC01
11		gastritis																	
12	J45	asma		salbutamol	inh	0.2	6	30	5	sobredosificación del fármaco	6	acudir al médico para disminuir la dosis del salbutamol o la frecuencia	2	1	1	1		R03AC02	
12		asma		prednisona	tab	20	2	15	5	sobredosificación del fármaco	6	sugerir ajustar la dosis y el periodo de tratamiento de 3 a 10 días como máximo para evitar las RAMs	2	2	1	1		H02AB07	
12		fiebre	panadol	paracetamol	tab	500	1												

ANEXO N° 5. VALORES ESTANDARIZADOS PARA LA CONVERSIÓN DE
 LOS ÍTEMS DE RESPUESTA DEL INSTRUMENTO SF-12
 PARA VALORAR LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA.

Item Number	Item Response Value	Physical Standardized Value	Mental Standardized Value
(General Health)	1	0	0
	2	-1.31872	-0.06064
	3	-3.02396	0.03482
	4	-5.56461	-0.16891
	5	-8.37399	-1.71175
(Moderate Activities)	1	-7.23216	3.93115
	2	-3.45555	1.86840
	3	0	0
(Climbing Several Flights of Stairs)	1	-6.24397	2.68282
	2	-2.73557	1.43103
	3	0	0
(Accomplish less than you would like)	1	-4.61617	1.44060
	2	0	0
(Limited in the kind of activities)	1	-5.51747	1.66968
	2	0	0
(Accomplish less than you would like)	1	3.04365	-6.82672
	2	0	0
(Didn't do activities as carefully as usual)	1	2.32091	-5.69921
	2	0	0
(Pain interferes with normal work)	1	0	0
	2	-3.80130	0.90384
	3	-6.50522	1.49384
	4	-8.38063	1.76691
	5	-11.25544	1.48619
(Felt calm and peaceful)	1	0	0
	2	0.66514	-1.94949
	3	1.36689	-4.09842
	4	2.37241	-6.31121
	5	2.90426	-7.92717
	6	3.46638	-10.19085
(Have a lot of energy)	1	0	0
	2	-0.42251	-0.92057
	3	-1.14387	-1.65178
	4	-1.61850	-3.29805
	5	-2.02168	-4.88962
	6	-2.44706	-6.02409
(Felt downhearted and blue)	1	4.61446	-16.15395
	2	3.41593	-10.77911
	3	2.34247	-8.09914
	4	1.28044	-4.59055
	5	0.41188	-1.95934
	6	0	0
(Health interferes w/social activities)	1	-0.33682	-6.29724
	2	-0.94342	-8.26066
	3	-0.18043	-5.63286
	4	0.11038	-3.13896
	5	0	0

Tomado de: University of Michigan Health System. Epic Scoring Instructions

ANEXO. N° 6. FOTOS

Figura N° 5 Frontis del Puesto de Salud de Miraflores Alto



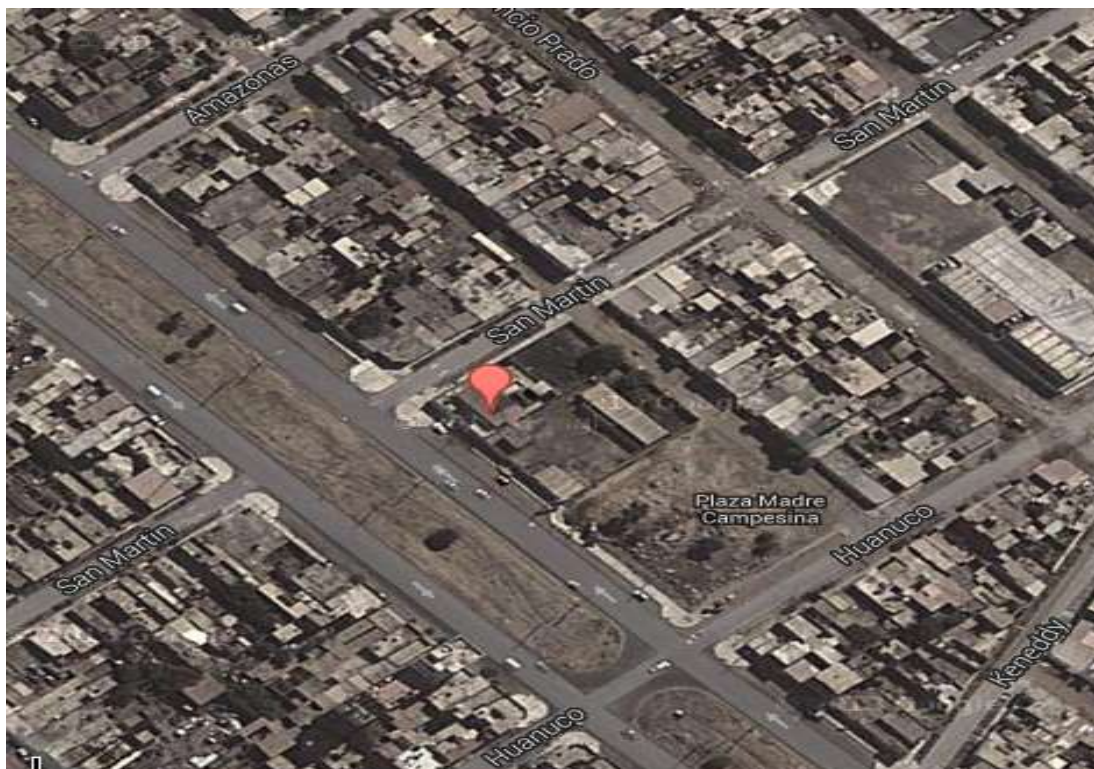
Figura N° 6 Firma de la hoja de consentimiento



Figura N° 7 Ejemplo de la utilizacion y la conservacion del medicamento..



ANEXO N° 7. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO O CENTRO DE SALUD



ANEXO. N° 8. GLOSARIO DE TERMINOS.

- AF: Atención Farmacéutica.
- BP: Buenas Prácticas.
- CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud.
- EESS: Estado de situación
- DCI: Denominación común internacional.
- DIGEMID: Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas.
- DF: Diagnóstico Farmacéutico.
- EF: Establecimiento Farmacéutico
- EM: Error de Medicación.
- IF: Intervención Farmacéutica
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- PRM: Problema Relacionado con Medicamentos
- RNM: Resultados Negativos asociados a la Medicación
- SFT: Seguimiento Farmacoterapéutico