



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
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PACIENTES CON
GASTRITIS SIMPLE.**

**BOTICA ECONOFARMA, DISTRITO DE NEPEÑA,
PROVINCIA DEL SANTA,
SETIEMBRE 2015 – NOVIEMBRE 2016**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE QUÍMICO
FARMACÉUTICO

AUTOR:

YOSELIN KELLY CHAUCA MARTINEZ DE GARCIA

ORCID: 0000-0003-1132-7343

ASESOR:

PERCY ALBERTO OCAMPO RUJEL

ORCID: 0000-0002-9498-5431

CHIMBOTE – PERÚ

2019

EQUIPO DE TRABAJO

AUTOR:

BACH. Chauca Martinez De Garcia, Yoselin Kelly

ORCID: 0000-0003-1132-7343

Universidad Católica Los Ángeles De Chimbote, Estudiante de pregrado,
Chimbote, Perú

ASESOR:

DR. FARM. Ocampo Rujel, Percy Alberto

ORCID: 0000-0002-9498-5431

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

JURADO:

DÍAZ ORTEGA, JORGE LUIS

ORCID: 0000-0002-6154-8913

RAMÍREZ ROMERO, TEODORO WALTER

ORCID: 0000-0002-2809-709X

VÁSQUEZ CORALES, EDISON

ORCID: 0000-0001-9059-6394

JURADO CALIFICADOR Y ASESOR DE TESIS

Dr. Jorge Luis Díaz Ortega

PRESIDENTE

Mgtr. Teodoro Walter Ramírez Romero

MIEMBRO

Mgtr. Edison Vásquez Corales

MIEMBRO

Dr. Percy Alberto Ocampo Rujel

ASESOR

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO

En el presente informe de investigación, me gustaría agradecer en primer lugar a Dios por permitirme llegar hasta donde he llegado, porque hizo realidad esta meta anhelada.

A mis padres Olinda Martinez y Aureo Chauca, a mis hermanas Lady Chauca y Sayuri Chauca, a mi esposo Carlos Garcia, a mis abuelos Juan Estrada y Santona Quinto, por sus sabios y acertados consejos, por los grandes valores que forjaron en mí, por su dedicación y amor, por su esfuerzo y sacrificio del día a día, por su humildad y sencillez ante los buenos y malos momentos, por confiar en mí y haber logrado esta meta juntos. Porque todo lo que soy y lo que pueda lograr en esta vida se lo debo a ellos. Gracias por su apoyo incondicional, los amo.

A mi hija Leydi Garcia Chauca, que es mi mayor motivo de seguir adelante y porque le da un gran valor a mi vida.

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

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 el presente trabajo.

También me gustaría agradecer a mis profesores durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación por sus consejos y sus enseñanzas.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me les encantaría agradecerles sus consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida por todo lo que me brindaron y por todas sus bendiciones.

Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga.

Yoselin Chauca Martinez

RESUMEN

La gastritis es una inflamación de la mucosa gástrica, que es la capa de células que reviste el estómago por dentro protegiéndolo de la acidez de los jugos gástricos. El estómago, órgano principal de la digestión, y la parte más grande del aparato digestivo, tiene la forma de un saco elástico que puede aumentar o disminuir su tamaño según la cantidad de alimentos que contenga. Este órgano posee dos aberturas: una que comunica con el esófago, por donde entran los alimentos, que se llama cordias, y otra de salida que los conduce a los intestinos, una vez digeridos, que se llama píloro. Las paredes del estómago están formadas por varias capas. Una de ellas es muy musculosa, sirviendo sus contracciones para amasar el bolo alimenticio cuando se halla en el estómago, completando la acción mecánica y facilitando así su mezcla con los jugos digestivos. La membrana interior es una membrana mucosa que, examinada a través de una lupa, presenta unos hoyitos, en el fondo de los cuales aparece un punto oscuro. En este contexto es importante y oportuno hacer énfasis en la adherencia o cumplimiento farmacológico y no farmacólogo, para buen manejo y control en el tratamiento farmacológico y así mejorar la calidad de vida del paciente. El objetivo de la investigación fue determinar el impacto de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico de la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de gastritis, intervenidos desde la “botica Econofarma” del distrito de Nepeña Provincia del Santa, Departamento de Ancash durante los meses de Setiembre 2015 - Noviembre 2016. El presente informe se desarrolló bajo un modelo de seguimiento farmacoterapéutico se abordaron 12 pacientes. Para determinar el grado de adherencia terapéutica, se realizó un estudio prospectivo, observacional y descriptivo no experimental, en la que se entrevistó a 12 pacientes utilizando el test de Morinsky – Green. En el resultado aplicando el test de Morinsky antes (83.3%) y después (16.6%) de la intervención farmacéutica, la adherencia comparada indicaría una diferencia significativa de acuerdo al test de Mc Nemmar que fue de ($p=0.008$) es decir que hubo un impacto muy significativo en la adherencia al tratamiento. Se concluye que se logró determinar un impacto positivo a la adherencia al tratamiento haciendo uso del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con diagnóstico de gastritis simple que se atienden en la Botica Econofarma durante el mes de Setiembre 2015 - Noviembre 2016.

Palabras clave: seguimiento farmacoterapéutico (SFT), adherencia terapéutica, gastritis simple, problemas relacionados con medicamentos (PRM), resultados negativos de la medicación (RNM).

SUMMARY

Gastritis is an inflammation of the gastric mucosa, which is the layer of cells that lines the stomach inside protecting it from the acidity of the gastric juices. The stomach, the main organ of digestion, and the largest part of the digestive system, has the form of an elastic sac that can increase or decrease its size depending on the amount of food it contains. This organ has two openings: one that communicates with the esophagus, where food enters, called cardia, and another outlet that leads to the intestines, once digested, which is called pylorus. The walls of the stomach are formed by several layers. One of them is very muscular, serving its contractions to knead the food bolus when it is in the stomach, completing the mechanical action and facilitating its mixing with the digestive juices. The inner membrane is a mucous membrane that, examined through a magnifying glass, presents some dimples, at the bottom of which a dark point appears. In this context, it is important and timely to emphasize adherence or pharmacological and non-pharmacological compliance, for good management and control in pharmacological treatment and thus improve the quality of life of the patient. The objective of the research was to determine the impact of a pilot program of pharmacotherapeutic follow-up of adherence to treatment of patients diagnosed with gastritis, operated from the "Econofarma pharmacy" of the district of Nepeña Provincia De Santa, Department of Ancash during the months of September 2015 - November 2016. This report was developed under a pharmacotherapy follow-up model, 12 patients were treated. To determine the degree of therapeutic adherence, a prospective, observational and descriptive non - experimental study was conducted, in which 12 patients were interviewed using the Morinsky - Green test. In the result applying the Morinsky test before (83.3%) and after (16.6%) of the pharmaceutical intervention, the comparative adherence would indicate a significant difference

according to the Mc Nemmar test that was ($p = 0.008$) that is to say that there was a very significant impact on adherence to treatment. It is concluded that a positive impact on adherence to treatment was achieved by making use of pharmacotherapeutic follow-up in patients diagnosed with gastritis that are treated at Botica Econofarma during the month of September 2015 - November 2016.

Key words: pharmacotherapeutic follow-up (SFT), therapeutic adherence, simple gastritis, medication-related problems (PRM), negative medication results (RNM).

Tabla de contenido

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 específico	3
ii.	revisión de la literatura	
2.1.	antecedentes	4
2.1.1.	atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico	4
2.1.2.	evolución del seguimiento farmacoterapéutico en el Perú	14
2.1.3.	epidemiología de la gastritis simple	23
2.2.	marco teórico	23
2.2.1	problemas relacionados con el uso de medicamentos (prms) y resultados negativos de la medicación (rnm)	23
2.2.2	diagnóstico de problemas relacionados con medicamentos (prms)	26
2.2.3.	atención farmacéutica y seguimiento farmacéutico: contribución del farmacéutico al mantenimiento de la salud pública	27
2.2.4.	adherencia al tratamiento	31
2.2.5.	gastritis simple	32
2.2.6.	botica econofarma	37
iii.	hipótesis	38
iv.	metodología	
4.1.	diseño de investigación	39
4.1.1	tipo y el nivel de la investigación	39
4.1.2.	diseño de la investigación	39
4.2.	población y muestra	40
4.3.	definición y operacionalización de las variables e indicadores	41
4.4.	técnicas e instrumentos de recolección de datos	42
4.4.1.	técnica	42

4.4.2. instrumentos.....	42
4.4.2.1. fichas fármaco terapéuticas (fft).....	47
4.4.2.2. instrumento para medir la adherencia relacionada con la salud.....	47
4.4.3. procedimiento de recolección de datos.....	54
4.4.3.1. procedimiento para oferta del servicio y captación de los pacientes.....	54
4.4.3.2. levantamiento de información.....	55
4.4.3.3. fase de estudio y evaluación de la información para la identificación de problemas relacionados con medicamentos y la estrategia de intervención.....	55
4.4.3.4. fase de intervención: actividades de seguimiento farmacoterapéutico.....	55
4.4.3.5. evaluación del impacto de la intervención.....	56
4.5. Plan de análisis de datos.....	57
4.6. Criterios éticos.....	57

V. RESULTADO

5.1. Resultados

5.1.1. datos generales sobre los pacientes y los tiempos de intervención	52_Toc14277183
5.1.2. problemas de salud y medicamentos utilizados por los pacientes durante el seguimiento farmacéutico.....	60
5.1.3. problemas relacionados con medicamentos diagnosticados y resueltos durante el proceso de SFT.....	63
5.1.4. Impacto de de la intervención sobre la adherencia	67
5.2.4 sobre el impacto de la intervención sobre la adherencia.....	69

5.2 ANALISIS DE RESULTADO

5.2.1. Sobre los pacientes y los tiempos de intervención.....	70
5.2.2. Sobre los diagnósticos identificados y los medicamentos utilizados por los pacientes durante el proceso de Seguimiento Fármaco Terapéutico.....	71
5.2.3. Impacto del seguimiento farmacoterapéutico sobre la satisfacción del paciente....	72

VI. CONCLUSIONES

6.1 conclusiones	73
6.2 Aspectos complementarios.....	75
6.2.1 Recomendaciones.....	76
6.2.2 Limitaciones.....	76

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÀFICAS 75

VIII. ANEXOS 89

ANEXO N°01	Solicitud de permiso dirigido al puesto de salud farmacéutico.	85
ANEXO N°02	Hoja de consentimiento informado.	86
ANEXO N°03	Registro de la información del paciente, de su enfermedad de sus medicamentos y del médico prescriptor.	87
ANEXO N°04	FFT. Registro de la información del paciente, de su enfermedad de sus medicamentos y del médico prescriptor.	88
ANEXO N°05	FFT. Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes.	89
ANEXO N°06	FFT. Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes.	90
ANEXO N°07	FFT. Registro de los medicamentos que el paciente mantiene en su botiquín.	91
ANEXO N°08	FFT. Guía anatómica de repaso para identificar problemas relacionados con medicamentos.	92
ANEXO N°09	FFT. Hoja guía de intervención farmacoterapéutica- Primera parte.	93
ANEXO N°10	FF. Hoja guía de intervención farmacoterapéutica - Segunda parte.	94
ANEXO N°11	FFT. Hoja guía de intervención farmacoterapéutica - Tercera parte	95
ANEXO N°12	FFT Hoja guía de intervención farmacoterapéutica - Cuarta parte	96

	Índice de cuadros.	Pág.
Cuadro N°01.	Listado de problemas relacionados con medicamentos (PRM).	13
Cuadro N°02.	Clasificación de (RNM), Asociados con la Medicación (Clasificación que le correspondía a los PRMs hasta el Segundo Consenso de Granada), y posteriormente al tercer consenso de granada 2007.	14
Cuadro N°03.	Actividades de atención farmacéutica en el ejercicio profesional del farmacéutico comunitario.	27
Cuadro N°04.	Clasificación de intervenciones farmacéuticas destinadas a prevenir o resolver resultados clínicos negativos de la farmacoterapia.	33
Cuadro N°05.	tipos de canales para comunicar las recomendaciones del farmacéutico para la solución de PRMs	52

Índice de figuras

pág.

Figura N°01.	Flujograma de la etapa de estudio y evaluación. Tomado de Comité de Consenso.	23
Figura N°02.	Pasos Clave del Método DADER Modificado de Seguimiento Farmacoterapéutico.	32
Figura N°03.	Esquema del modelo de intervención farmacéutica.	43
Figura N°04.	Flujograma de las actividades de seguimiento farmacoterapéutico.	50

Índice de tablas

pág.

Tabla N°01.	Distribución de frecuencias y porcentajes de los Pacientes de la Muestra por sexo y edad promedio. Programa de SFT dirigidos a pacientes con gastritis simple. Botica Econofarma, Distrito Nepeña, Provincia Del Santa, Setiembre 2015 a Noviembre 2016.	56
Tabla N°02.	Distribución de los tiempos invertidos durante el SFT entre el Químico farmacéutico y los pacientes por la forma de contacto. Programa de Seguimiento Fármaco Terapéutico a pacientes con gastritis simple. Botica Econofarma, Distrito Nepeña, Provincia Del Santa, Setiembre 2015 a Noviembre 2016.	56
Tabla N°03.	Problemas de Salud diagnosticados y no diagnosticados en los pacientes intervenidos. Programa de SFT a pacientes con Gastritis simple. Botica Econofarma, Distrito Nepeña, Provincia Del Santa, Setiembre 2015 a Noviembre 2016.	57
Tabla N°04.	Medicamentos prescritos y no prescritos identificados durante el proceso de intervención. Programa de SFT a pacientes con gastritis simple. Botica Econofarma, Distrito Nepeña, Provincia Del Santa, Setiembre 2015 a Noviembre 2016.	58
Tabla N°05.	Distribución de la frecuencia y porcentaje de los PRM identificados. Programa de SFT a pacientes con gastritis simple. Botica Econofarma, Distrito Nepeña, Provincia Del Santa, Setiembre 2015 a Noviembre 2016.	60
Tabla N°06.	Comparativo de la edad, cantidad de diagnóstico, cantidad de medicamentos, PRMS identificados y PRMS solucionados por cada paciente intervenido. Programa de SFT a paciente con gastritis simple. Botica Econofarma, Distrito Nepeña, Provincia Del Santa, Setiembre 2015 a Noviembre 2016.	60
Tabla N°07.	Impacto del seguimiento farmacoterapéutico sobre la Adherencia al Tratamiento en pacientes con gastritis simple. Botica Econofarma, Distrito Nepeña, Provincia Del Santa, Setiembre 2015 a Noviembre 2016.	61
Tabla N°08.	Evolución del estado de la Adherencia al tratamiento antes y después de la intervención farmacoterapéutica. Botica Econofarma, Distrito Nepeña, Provincia Del Santa, Setiembre 2015 a Noviembre 2016.	62
Tabla N°09.	Actitudes con respecto a las respuestas del Test de Morinski sobre adherencia al tratamiento antes y después del seguimiento Farmacoterapéutico. Botica Econofarma, Distrito Nepeña, Provincia Del Santa, Setiembre 2015 a Noviembre 2016.	63

Índice de gráficos

pág.

Grafico N°01.	Porcentaje de los medicamentos usados para los problemas de salud identificados. Programa de SFT a pacientes con gastritis simple. Botica Econofarma, Distrito Nepeña, Provincia Del Santa, Setiembre 2015 a Noviembre 2016.	59
Grafico N°02.	Evolución del estado de la Adherencia al tratamiento antes y después de la intervención farmacoterapéutica. Botica Econofarma, Distrito Nepeña, Provincia Del Santa, Setiembre 2015 a Noviembre 2016.	62

I. INTRODUCCIÓN

A comienzos de los años sesenta debido al problema con el uso de la talidomida los medicamentos tienen que cumplir requerimientos de seguridad y eficacia muy estricta para aprobar su uso adecuado. De los diferentes estudios de un buen control y las fases que se realizan de la utilización masiva que se da por parte de la población de dichos medicamentos que conlleva muchas veces a nuevas apariciones de efectos colaterales negativos. Del cual este uso incorrecto va ocasionar, daños a la salud pérdida de vidas humanas y desperdicio de enormes cantidades de dinero. ¹

Hoy se sabe que el mal uso de medicamentos en la actualidad es un problema sanitario de enorme magnitud. Por ende varios autores presentan evidencia exhaustiva acerca de la morbilidad y el impacto que se da en los sistemas sanitarios por efecto del uso inadecuado de medicamentos^{3, 4, 5, 6, 7}.

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

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

En este marco, la incidencia global de las Gastritis simple en los países en desarrollo, se presenta entre 30 y 60% en adultos, y que en casos severos un 10 % requiere hospitalización¹⁰. El éxito del tratamiento de estas enfermedades está directamente relacionado con el uso apropiado de los medicamentos que está a su vez está fuertemente influenciado por diversas variables que de no ser identificadas a tiempo podrían desencadenar fracasos en los tratamientos, agravamiento de la enfermedad o peor aún en la aparición de problemas de salud asociados al uso inapropiado de medicamentos.

Se hace necesario por tanto desarrollar investigaciones para demostrar la contribución de la Atención Farmacéutica y el Seguimiento Farmacoterapéutico en la prevención y control de problemas relacionados con medicamentos, sobre todo en enfermedades que demandan un uso continuo de medicamentos como en el caso de las enfermedades de gastritis simple.

Específicamente en la presente investigación se orientó a evaluar la eficacia del SFT para resolver problemas relacionados con medicamentos como impacto directo de la actividad profesional del farmacéutico”.

1.1. Planteamiento del Problema

La motivación para un problema va de acuerdo a la caracterización de un modelo adaptado de ponerlo en práctica. La atención farmacéutica se encuentra basada en un Seguimiento Fármaco Terapéutico que va permitir que la utilidad y el impacto de dicho programa se pueda evaluar adecuadamente no solo clínica sino también como herramienta para la total fortaleza de los diferentes establecimientos farmacéuticos como diferentes unidades de la salud especializadas en la consultoría que se da sobre el uso adecuado de medicamentos.

La presente investigación específicamente determinara si: ¿Tendrá el programa piloto de SFT impacto para mejorar la adherencia en pacientes con diagnóstico de gastritis simple?

Los pacientes se intervinieron desde la Botica Econofarma del Distrito Nepeña, Centro Poblado de San Jacinto durante los meses de Setiembre 2015 a Noviembre 2016.

1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. Objetivo General

Determinar el impacto de un Programa Piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico de la adherencia al tratamiento de Pacientes con diagnóstico de Gastritis.

1.2.2. Objetivo Específico

1.2.2.1. Evaluar y diagnosticar los problemas relacionados con medicamentos, en pacientes con gastritis y medir el estado de situación del uso de medicamentos.

1.2.2.2. Intervenir los pacientes con diagnóstico de gastritis que presentan (PRMs), por medio de un programa de SFT, para prevenir sus efectos o solucionarlos.

1.2.2.3. Evaluar el impacto de la intervención mediante Seguimiento Farmacoterapéutico, sobre la adherencia de los pacientes con Gastritis.

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 ¹¹.

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

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

En cuanto a los tipos de intervenciones realizadas, Sabater y Et al ²⁴, analizaron 2361 hojas de intervención farmacéutica y determinaron que las más prevalentes fueron aquellas encaminadas hacia la sustitución del medicamento (23,6%), seguidas por aquellas destinadas a la adición de un medicamento al paciente (23,5%). También destacaron las intervenciones dirigidas hacia la disminución del incumplimiento voluntario (14,8%), hacia la retirada de un medicamento (14,6%) y hacia la modificación de la dosis (13,4%). El resto de los tipos de intervención definidos fueron: educación en

medidas no farmacológicas (3,4%), disminución del incumplimiento involuntario (3,4%), modificación de la dosificación (2,2%) y modificación la pauta de administración (1,2%).

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”.⁴⁸ “así mismo de su utilidad como herramienta que mejora el nivel de control de morbilidad ocasionada por el uso de medicamentos en pacientes con patologías de curso diverso crónicas o agudas, transmisibles o no”^{25,26,27,28,29}.

Las investigaciones muestran también evidencias del efecto de intervenciones farmacéuticas realizadas a través de diversos canales de comunicación que utilizan no solo las entrevistas personales sino también las alternativas electrónicas y el internet. Se concluye sobre la potencia y eficacia de estos medios para la transmitir a las pacientes indicaciones de uso de medicamentos y la monitorización sobre el cumplimiento o reporte de reacciones no esperadas^{30,31,32,33,34,35}.

En el Perú, en una búsqueda rápida en internet de las palabras clave SFT en pacientes con gastritis simple en el Perú o AF, arroja escasos resultados de investigaciones o programas en marcha de SFT.

En un trabajo antiguo y pionero sobre la implantación del SFT en una farmacia comunitaria de un cono de Lima, Gamarra y Et al.³⁶ muestran resultados poco precisos sobre la naturaleza de la intervención y la conclusión solo refiere una influencia positiva del programa en la percepción de los pacientes sobre la imagen profesional del farmacéutico.

Machuca M³⁷. En una investigación sobre SFT utilizando el método DADER mostro resultados en la ayuda que proporciona el seguimiento a los usuarios a la hora de entender la necesidad del tratamiento farmacológico y de su cumplimiento el cual obtuvo resultados en porcentajes del 99 y 98% respectivamente. En cuanto al papel profesional del farmacéutico, el 78.6% considera al farmacéutico colaborador del médico, mientras que el 11.6% piensa que lo sustituye.

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 ^{38,39}.

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 Buenas prácticas de farmacia ^{40, 41,42}.

Según La Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud del Perú (DIGEMID) ⁴³, a enero de 2008 el desarrollo de la 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.

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 proceso ⁴⁴.

2.1.3. Epidemiología de la Gastritis Simple

Desde hace dos décadas, cuando el Gastrointestinal Physiology Working Group of Cayetano Heredia and Johns Hopkins Universities inició las primeras investigaciones en el Perú sobre *H. pylori*, se han realizado importantes estudios sobre la epidemiología de la infección producida por esta bacteria. Al evaluar panorámicamente los informes efectuados desde esos años hasta la actualidad, se evidencia que las características epidemiológicas de la infección por *H. pylori* en el Perú están cambiando considerablemente, en forma similar a lo reportado en el resto del mundo.

Se ha determinado una igual prevalencia de la infección en las tres regiones del Perú (costa, sierra y selva), en pacientes de nivel socioeconómico bajo³. En pacientes de nivel socioeconómico alto, la prevalencia es menor en el sexo femenino. A diferencia de lo que sucede en los países industrializados, en el Perú la enfermedad de la gastritis simple se adquiere en edades muy tempranas de la vida.

La forma de transmisión de la infección por *H. pylori* no está del todo aclarada, al parecer son múltiples los modos de transmisión (fecal-oral, oral-oral), predominando algunos de ellos en relación con las características ambientales y de la población. La alta prevalencia de la infección en los países en vías de desarrollo se ha asociado con las pobres condiciones sanitarias, cloración del agua, preparación de los alimentos y hacinamiento; observación apoyada por el rol del agua en la propagación de la bacteria y la aparente transmisión fecal-oral de la infección. En el Perú, probablemente la transmisión a través del agua juegue el rol más importante. Se ha encontrado *H. pylori* en el agua procedente de la Atarjea (central de procesamiento desde donde se distribuye el agua a toda la ciudad), teniendo la población usuaria mayor riesgo de presentar la infección que la que bebe agua procedente de pozos.

Hace alrededor de 15 años, la prevalencia de la infección en pacientes peruanos con gastritis simple activa, úlcera duodenal y úlcera gástrica era similar a lo reportado en otros países del mundo. Actualmente parece mantenerse esta relación, pero habiendo disminuido la prevalencia tanto en el país como en otras naciones, en una evaluación de 1 815 endoscopías realizadas entre 1985 y el 2002, en pacientes de nivel socioeconómico medio y alto, encontramos una disminución significativa de la prevalencia de la infección

del estómago por *H. pylori*: 83,3% en 1985, 75,1% en 1990, 65,0% en 1996, y 58,7% en el 2002.

A diferencia de lo que ocurría en el año 1990 cuando la prevalencia era similar en todos nuestros estratos sociales, con excepción de las mujeres de nivel socioeconómico alto en la que era significativamente menor, en los últimos años hemos venido observando una disminución sostenida de la prevalencia de la infección por *H. pylori*, en los niveles socioeconómicos medio y alto, manteniéndose elevada y estacionaria en el estrato socioeconómico bajo.

En los países en vías de desarrollo no se ha reportado, hasta el momento, la variación de la prevalencia de esta infección en el tiempo, esto indicaría que la población peruana procedente de nivel socioeconómico medio y alto está adquiriendo las características de los países desarrollados.

Asociado al descenso de la prevalencia del *H. pylori*, en los países desarrollados hubo una marcada disminución de la incidencia de las enfermedades vinculadas a esta infección como la úlcera gástrica, la úlcera duodenal, la gastritis crónica activa y el adenocarcinoma del estómago. En nuestro medio, Watanabe y col. evaluaron 31 446 endoscopías digestivas altas realizadas entre 1985 y 2002 en personas de nivel socioeconómico medio y alto, encontrando una reducción significativa y sostenida de la prevalencia de la úlcera gástrica, la úlcera duodenal y el adenocarcinoma gástrico de 315, 505 y 126 casos, en 1985, a 162, 200 y 92 en el año 2002, respectivamente, por cada 10 000 endoscopías 9, hallazgos consistentes con la disminución de la prevalencia del *H. pylori* que reportamos recientemente.

En el Japón, la patología asociada a la infección por el *Helicobacter pylori* tiene una frecuencia muy elevada, es por ello que en 1990 estudiamos la posible predisposición racial para contraer la infección. En ese año, reportamos una prevalencia igual en la población peruana y la colonia japonesa residente en nuestro país, ambas pertenecientes al mismo nivel socioeconómico. En un estudio realizado en el año 2002 y con un mayor número de participantes, confirmamos estos hallazgos, no existiendo hasta la fecha evidencia en el Perú que apoye la hipótesis que ciertas razas tengan mayor predisposición para adquirir la infección. Es de notar que también en la población japonesa residente en

el Perú se está produciendo una disminución de la prevalencia de la infección por el *H. pylori*, de 78,0% en 1990 a 47,0% en el 2002^{10,11}, indicando que la disminución de la prevalencia se está presentando en las diversas poblaciones de nuestro país.

En el Perú, a diferencia de los países desarrollados, la úlcera duodenal es menos frecuente, mientras que la úlcera gástrica mantiene su prevalencia, lo que conlleva a una relación úlcera duodenal / úlcera gástrica baja. En contraste, el cáncer gástrico es mucho más prevalente. Otros países con características similares al Perú, muestran una marcada variabilidad en estas patologías. León Barúa postula que estas diferencias pueden deberse a la presencia de ciertos factores moduladores, que determinarían alta prevalencia de úlcera duodenal y baja prevalencia de cáncer gástrico en algunos países, y lo contrario en otros. Estos factores podrían ser de carácter nutricional o inmunológico, tales como la ingesta de antioxidantes en vegetales y frutas frescas, vitaminas A, C y E, y el tipo de respuesta a la inflamación gástrica producida por *H. pylori*⁴⁵.

2.1. MARCO TEÓRICO

2.2.1. Problemas Relacionados con el uso de Medicamentos (PRMs) y Resultados Negativos de la Medicación (RNM).

No siempre va en el mismo sentido la consideración del medicamento como bien económico de su apreciación como bien social; la cual ocasiona que dichas conveniencias económicas se prioricen a los sanitarios. Lo que va originar que frecuentemente ponga en riesgo o perjudique la salud de los pacientes, en general de las más familias frágiles, creándose así una permanente rigidez entre atender las terapéuticas verdaderas y el incremento de las necesidades del mercado Farmacoterapéutico ⁴⁹.

El verdadero valor del medicamento radica, imponderable y sensibles a las emociones humanas, en sus efectos más intangibles: La disminución y contribución al sufrimiento de la vida y a la felicidad de las personas. El aporte del medicamento y la industria a la ciencia médica, su aplicación en el sistema asistencial salva vidas, va aliviando el dolor y cuyo sufrimiento psíquico y físico de los pacientes y de sus familias, haciendo posible el desarrollo humano y la integración social de las personas ⁴⁹.

En ocasiones la farmacoterapia falla provocando daños adicionales directos o indirectos cuando no se consiguen los objetivos terapéuticos buscados. Sin embargo, con el uso de medicamentos no siempre se consiguen resultados positivos, que los convierten en un auténtico problema de salud pública ^{50,51}.

Estos fallos de la farmacoterapia tienen un coste en la salud de los pacientes y un coste en recursos sanitarios y sociales.

El Error de Medicación puede tener su origen en errores de prescripción, en el manejo posterior de la administración de la medicación por algún profesional sanitario o el propio paciente, para que un suceso sea calificado de (PRM), deben de existir al menos dos condiciones:

- 1) El paciente debe estar experimentando puede ser posible que experimente una enfermedad o sintomatología.
- 2) Esta patología debe tener una relación identificable o sospechada con la terapia farmacológica ⁵².

Blasco, Mariño y et al ⁵³. Definen Error de Medicación (EM) a cualquier actuación prevenible que puede causar daño al paciente o Morbilidad Fármaco Terapéutica (MFT).

En su mayor acepción los Problemas Relacionados con Medicamentos, son también cualquier acontecimiento que se da mediante un transcurso del uso de medicamentos, debido a que pueda incorporar duda no prevenibles como las de temperamento, interacciones desconocidas, las reacciones adversas (Cuadro N°01) ⁵⁰.

Los Errores de Medicación, según el Tercer consenso de Granada, están dentro de una categoría mayor la de PRM. ⁴⁷

CUADRO N°01. Listado de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM)

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

Modificado de: Tercer Consenso de Granada 2007 ⁵¹

El Consenso español tipifica a los Problema Relacionado con Medicamento como la causa de resultados Negativos asociado al uso de medicamentos (RNM) y los RNM son considerados por la OMS como Morbilidad Fármaco Terapéutica (MFT) ^{55, 56}.

El año 1998 en el Consenso de Granada, ⁵¹ definió problema relacionados con medicamentos como: “un problema de salud, vinculado con la farmacoterapia y que interfiere o puede interferir con los resultados esperados de salud en el paciente”. Lo que se puede considerar como la causa de este (RNM) o un factor de riesgo (Cuadro N° 02).

CUADRO N°02. Clasificación de Resultados Negativos Asociados con la Medicación (RNM). Clasificación que le correspondía a los PRMs hasta el Segundo Consenso de Granada y posteriormente al tercer consenso de granada 2007.

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.

Los PRMs según el origen de los RNMs, son diversos de tal manera que la efectividad de una relación principal no será ni exhaustivo ni excluyente (Cuadro N°01), y por ende se puede modificar su aplicación en lo que es la habilidad clínica y en diferentes ámbitos sociales ⁵¹.

Los PRM se dividen en: No Manifestados y/o Potenciales, es cuando el paciente puede llegar potencialmente a ensayar un tipo de cambio indeseable (RNM), que tal vez podría de una u otra manera interponer en algunos éxitos aceptados y concretos, cuando el paciente prueba una acción de un acontecimiento indeseado que va concomitante por medio de la farmacoterapia que va generar un RNM ⁵⁶.

Los Químicos farmacéuticos al evidenciar algún tipo de problemas relacionados con medicamentos puede prevenir a un Resultados Negativos de la Medicación o una morbilidad farmacoterapéutica, en lo cual se puede realizar en realidad un diagnóstico de Síntomas o Signos de Problemas Relacionados con Medicamentos que se debe prevenir o evitar a fin de no poderse generar una mortandad RNM o MFT. De tal perspectiva que la descripción de PRM y RNM, pueda ser el principio de una reciente posición profesional Farmacéutico en los diferentes métodos de la salud según diga el médico del diagnóstico de un género de cuestión de la salud que se da al exceder el uso de medicamentos ⁵⁷.

Los Químicos Farmacéuticos por diferentes razones han dejado de utilizar la palabra diagnóstico. Para el Experto Médico es totalmente exacto la tarea diagnóstica de las diversas dolencias que son amplia de verificar para los Farmacéuticos para lo cual referimos finalmente a lo que es la acción profesional de precaver (RNMs), mediante la identidad y la terapia de sus causas, los PRMs debe quedar claro para esquivar la sombra de diversos efectos perjudicial de la medicación (RNM) ⁵⁸.

En 1997 CULBERTSON y ET AL. ⁵⁸ citado por hurley⁵⁹. Definen como (DF), a una sucesión cognitiva en la identidad de diversas dudas específicas que se originan con la utilización de dichos medicamentos por participación de los pacientes. El diagnóstico Farmacéutico debe estar basado en certeza suficientemente que pueda permitir sujetar que el motivo del problema de salud que va enfrentando el paciente es en realidad por el uso inadecuado de los medicamentos.

FERRIOLS ⁶⁰. Afirma exclusivamente que, con tan solo una numerosa frecuencia, los Problemas Relacionados con Medicamentos se van originando de tal forma que los medicamentos son adecuadamente escogidos, prescritos, dispensados, administrados, indicados, y primeramente controlados. Siguiendo a la dirección es exigente la observación de la ganancia de éxito y la transformación del paciente debido al Q.F Es decir como afirma Calvo ⁶¹ para esquivar o precaver sucesos contrarios coherentes por medio de la farmacoterapia. De acuerdo a eso es de obligada calidad intrínseca de los medicamentos que se manejan sea imprescindible para una correcta selección, prescripción, indicación, preparación, dispensación y administración.

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

Es necesario el proceso del uso de herramientas de relación y medida de inestable hacia la acreditación extenuante de cada uno de los casos.⁵¹ El Diagnóstico de los PRMs como signos y síntomas de aquellos RNMs, petición de los profesionales Farmacéutico el crecimiento de ingenio, inteligencia y rivalidad para reconocerlos y su posible exposición para la visión siguiente de los RNMs.

Los diagnósticos definen con exactitud cada característica del problema con el medicamento, la etiología y el factor desencadenante. La identificación de la adaptación estas habilidades profesionales ayudaran con pulular la especialización de las intervenciones farmacéuticas y el estado del arte. A partir del estudio se obtendrá demarcar su calidad y se podrá elegir las maniobras más verdaderas para el desenredo. Por lo opuesto la habilidad se regresará de manera experimental y sujeta a la prueba y equivocación.

El 3er consenso de Granada ⁵¹ y la Guía de SF del Método DADER ⁶² presentan el seguimiento de los diferentes conceptos de PRM. Cuyos conceptos son utilizados en esta investigación y posteriormente se puede detallar conforme la colocación del identificado en la Figura N° 01 y la Ficha FT (Anexo N°7.3).

- a) ADMINISTRACIÓN ERRÓNEA DEL MEDICAMENTO (PRM 1): La administración errónea del medicamento es cuando el paciente toma la decisión acerca del uso inadecuado a las que se les indicado por los facultativos en la dispensación o prescripción generando así una automedicación, es decir el paciente toma iniciativa individual de utilizar un medicamento sin orden médica, precisándola.

Conforme la normativa ⁴¹ actual los medicamentos están reservado en cuatro importancias de utilización:

- a) aquel que pueda conseguirse sin mandato y de pedido en institución no farmacéuticos;
- b) los que influyen adquirirlo sin prescripción solo en establecimientos farmacéuticos;
- c) Medicamentos de demanda bajo prescripción y solamente en establecimientos

farmacéuticos y d) Medicamentos específicos de despacho únicamente en farmacias y bajo orden médica condicionada.

Otras confusiones acostumbradas son exegesis equivocado de la posología, gestión de formas farmacéuticas por vías inadecuadas, como usar un supositorio oralmente, arruinar las formas farmacéuticas a fin de fabricar ampliamente sencilla la toma, desordenar los medicamentos que debe coger con otros que mantiene en su domicilio y otros particulares de dominios culturales.

- a) **ACTITUDES NEGATIVAS (PRM 2):** ocurre cuando el paciente acepta un mal proceder a su medicación originándose sensaciones equivocadas de los efectos de los medicamentos. El paciente se convenció de una u otra forma, que los medicamentos no son inevitables o son más nocivo que su peculiar padecimiento.

Dichos gestos se van detectando cuando el Profesional Farmacéutico pregunta: ¿Cree Usted que puede tener dificultad con la toma de alguno de estos medicamentos? Y según objeción del paciente obtenemos razonamiento enfrente de los medicamentos, altamente ocasionados por penalidad, reacciones adversas intensas o negativas.

Mientras que la infracción elemental es más bien un modelo de generosidad, las posturas denegación suceden en desobediencia, aunque pospone de este por ser una posición razonada y convencida.

- b) **CONSERVACIÓN INADECUADA (PRM 3):** Estas condiciones pueden ser: lugares inseguros expuestos a luz solar al alcance de niños, entornos húmedos, temperaturas desmedidas, poblaciones expuestas al daño físico u otro y calidad ambiental negativa en las que se conserva los medicamentos que fingen derechamente su cualidad.

Una forma de conservación incorrecta se puede considerar también adonde se protegen afuera de su segunda afectación, a granel y juntándose con otros medicamentos de aspecto semejante. Esta habilidad tal vez origine un error al seleccionar el medicamento preciso de deducción muy pesado. El almacenamiento

de los medicamentos de manera desordenada, en bolsas plásticas, cajas, armarios, etc.

- c) **DUPLICIDAD (PRM4):** Es la coexistencia en la utilización de dos medicamentos que realizan su propio oficio farmacológico sin superioridad terapéutica. Por lo contrario, la falsedad podría originar dificultad puesto a la sobre dosificación.

Se examina que dos medicamentos son copias cuando son medicamentos que requieren receta para su uso y de su totalidad representan en una idéntica orden o que han sido indicados en dos ocasiones diferentes para la propia o falsedad morbilidad. El origen de un problema de falsedad es el mandato. En todo caso el paciente continúa usándolos de forma concurrente.

La falsedad asimismo se da en el momento en el que el paciente por decisión propia toma dos medicamentos que no requieren ser prescritos más con el propio resultado farmacológico.

El paciente cuando por su cuenta dispone consumir un medicamento que necesita receta, no se considera duplicidad sin embargo sin saber toma dicho medicamento por orden medica con un propio objetivo farmacológico. De tal suceso se aplicaría de una errónea administración del medicamento (PRM 1).

Finalmente concluimos que hacia una duplicidad de dos a más medicamentos duplicados tienen que ser por orden médica con un propio fin farmacológico o el empleo de medicamentos no propensos a prescripción que posee el propio resultado farmacológico.

- d) **DOSIS, PAUTA Y/O DURACIÓN NO ADECUADA (PRM 5):** Se da en el momento en que la receta no es acorde al modelo posológico recomendados en cuadros de procedimientos institucionales. La incoherencia podrá existir en la cantidad, la frecuencia de administración, la vía de administración o el tiempo necesario para el tratamiento.

- e) **CONTRAINDICACIONES (PRM 6):** Una contraindicación es una situación específica en la cual no se debe utilizar un fármaco, ya que puede ser dañino para la salud del paciente.

Las contraindicaciones podrían preparar un perjuicio muy destructivo hacia el paciente. Se verifica un medicamento perjudicial al chequear los medicamentos recetados que el paciente consume de forma regulado.

Existen dos tipos de contraindicaciones:

La contraindicación relativa significa que se deben tener cautela cuando se utilizan dos fármacos o procedimientos juntos.

La contraindicación absoluta significa que el evento o sustancia podría ocasionar una sensación potencialmente mortal.

No se medita contraindicado en el momento en el que el paciente determina auto medicarse un medicamento no adecuado hacia su calaña que requiere prescripción. En casos como este será una confusión de medicación (PRM 1).

- f) **ERRORES DE DISPENSACIÓN (PRM 7):** Los errores de medicación de producen por fallos en el proceso de utilización de los fármacos, en mayor ocasión debe ser dispensado tal como fue prescrito en la receta. El cambio puede ser desde un medicamento prescrito en denominación internacional (DCI) a un medicamento de marca, siempre y cuando el paciente lo acepte y fue informado sobre dicho cambio más favorable de un medicamento prescrito en nombre comercial por otro en DCI.

Según la regla valida el Farmacéutico está facultado para ofrecer al paciente una opción farmacéutica del fármaco recetado, indicando la diferencia de precio y origen ³⁰.

- g) **ERRORES DE PRESCRIPCIÓN (PRM 8):** Los errores de prescripción médica sucede en el momento en que el enfermo recibe una prescripción médica con normas de terapia inconcluso del facultativo, dudoso y poco claras que inician la equivocación del enfermo al emplear los fármacos necesarios.

El profesional Farmacéutico junto con el enfermo revisa el dato manifestado por el médico para su diagnóstico manteniendo en perspectiva dichos fármacos que fueron dispensados, enseguida se tiende a analizar la prescripción si tiene las notas normativamente requeridas y coherente para que así el enfermo pueda usar adecuadamente su medicamento de acuerdo a su diagnóstico farmacológico ⁶³.

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. Se revisan las dos partes de la prescripción: las indicaciones para la farmacia y las indicaciones de uso para el paciente.

La cantidad de medicamento prescrito debe coincidir con el diagnóstico necesario y el tiempo de tratamiento establecido. El aviso de cada medicamento hacia el enfermo debe contener: La frecuencia de dosis, la cantidad y duración del tratamiento. Las recetas tienen que contener incompatibilidades, advertencias y precauciones a los fármacos debido a que su calidad fisiopatológica del paciente si fuera preciso.

- h) **INCUMPLIMIENTO O NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PRESCRITO (PRM 9):** Se utilizará el concepto de Haynes citado por Basterra¹⁶ quien dio el concepto de la adherencia al procedimiento conforme: “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 utilizará de diferente forma los términos como: cumplir con la prescripción, cumplimiento terapéutico, cohesión al Tratamiento y adherencia curativa con la propia significación semántica.

La no-adherencia al Tratamiento de dolencias críticas es contratiempo de alto voluntad. En los países avanzados únicamente el 50% de los pacientes son adherentes en tanto que en los países en avanzados los tributos son incluso menores⁶⁴. Este tipo de PRM posee

según deducción la infracción de los límites sanitarios, principalmente en pacientes con dolencias críticas, mayor incidencia de complicaciones, mayores costos en salud y finalmente agravamiento y muerte ^{65,66}.

- i) INTERACCIONES (PRM 10): Reacción Incompatibilidad entre dos o más fármacos que afecta desfavorablemente el resultado farmacológico de uno y otro o de algunos de ellos; incrementando su efecto nocivo o reduciendo su intensidad farmacológica. Ambos estados podrían cuidar la salud del paciente en riesgo.

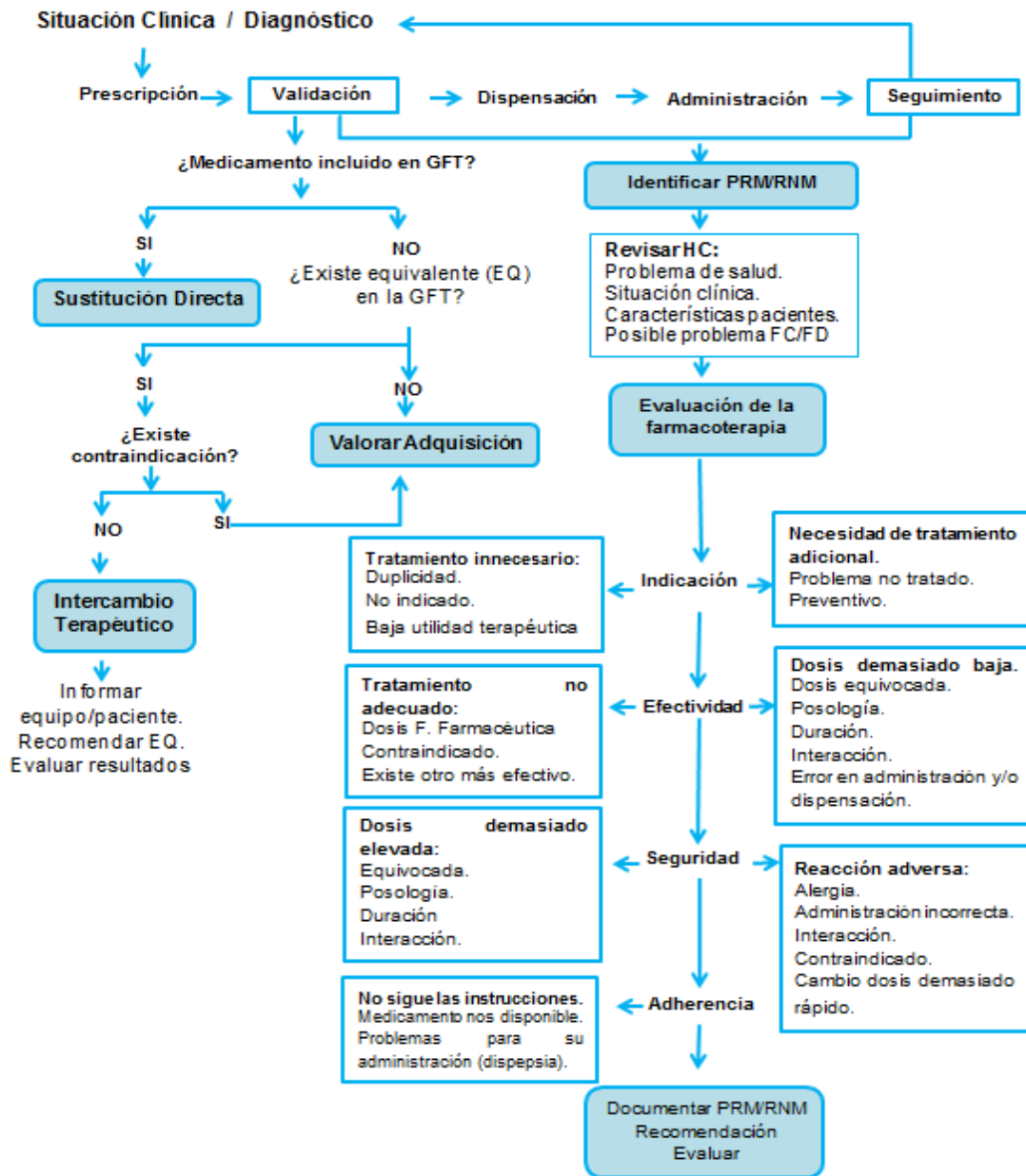
Una interacción medicamentosa puede disminuir o aumentar la acción de los medicamentos o causar efectos adversos y el estudio de la interacción debería primarse la posición de costos beneficios de la gestión agrupada, frente a otras opciones terapéuticas ²⁵.

Es considerable también interrelación a un alimento o suplemento que el doliente suele acabar de forma constante a través de los fármacos que puedan alterar perjudicialmente el tratamiento.

Una afección médica existente puede provocar también una interacción medicamentosa. Equivalente al doblez y a lo contraindicado se considerará interacción en el momento en el que el principio de utilización de los fármacos responsabilizados es una orden clínica. Si por el uso de tal medicamento auto medicado que requiere orden médica se produce la interacción la duda se tipifica conforme confusión de tratamiento (PRM 1).

- j) OTROS PROBLEMAS DE SALUD QUE AFECTAN AL TRATAMIENTO (PRM 11): Son contratiempos de salvación diagnosticada o no diagnosticada que condiciona a los pacientes a dichas conductas que podrían poner en riesgo la utilización de los fármacos prescritos o propiciar la automedicación inadecuada.

Figura N° 01. Flujograma de la etapa de estudio y evaluación. Tomado de Comité de Consenso ^{14, 26,66}.



Para estos problemas los siguientes ejemplos son: Alergias, estrés, dolor, depresión, sensaciones extrañas, malestares gástricos, constipación, sensaciones extrañas, infección respiratoria, etc. 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.

- k) **POTENCIALES REACCIONES ADVERSAS (PRM 12):** Son problemas de salud agravados o causados por el medicamento. Es adecuado revisar la evidencia científica que permanece sobre la probabilidad de manifestación de un determinado efecto indeseado, así como su gravedad. Es necesario establecer cuáles son los signos clínicos que permitirán la identificación de los efectos indeseados de un medicamento. Es conveniente también revisar los resultados de análisis clínicos que puedan estar alteradas por causa del medicamento ⁶².

Es necesario considerar el origen de uso en este tipo de problema relacionado con medicamentos. Los fármacos con automedicación que requieren orden médica y generan reacciones adversas que se producen como errores de medicación (PRM 1).

- l) **PROBLEMA DE SALUD INSUFICIENTEMENTE TRATADO (PRM 13):** El facultativo identificara los problemas preguntando a la persona: ¿Cuándo toma los medicamentos se siente mejor, igual o peor? Respuestas igual o peor denotan malestar en el paciente y un signo inefectividad del tratamiento prescrito.

El Farmacéutico debe comunicarse inmediatamente con el médico ante un diagnóstico de problema insuficientemente tratado. La ineficacia podría ser el comienzo de habilidades inadecuadas hacia la salvación del enfermo.

El 3er Consenso de Granada ⁵¹ recomienda que su relación de PRMs, podría ser mejorada a medición que en la verdad adonde se coloquen en experiencia temarios de SFT donde se puedan definir otros factores o entidades particulares del ambiente que podrían provocar RNM. De acuerdo con esto se consideró las sugerencias de estudios semejantes y se han añadido según Problemas Relacionados con Medicamentos: el uso de

medicamentos ilegales, las influencias negativas del entorno y los problemas ahorrativos que son causas propias de nuestras realidades ³⁸.

Los PRMs comprendidos se describen a sucesión:

- m) **INFLUENCIAS NEGATIVAS DEL ENTORNO (PRM 14):** Actitudes y conductas aceptadas por el paciente por autoridad de su ambiente cultural o social que está predispuesto a su actitud y valoración para los fármacos.

Los influjos perjudiciales muchas veces provienen de los propios parientes, amigos, vecinos que padecen las propias o parecidas dificultades de salvación y que advierten contradecir formas de usos con la convicción de lo que produce beneficio a uno pensando que también hace bien a los demás. Distintas autoridades del ambiente podrán originarse de publicidad engañosa, grupos religiosos, etc.

Una sensación particular figura el parecer del uso hacia los fármacos a partir de la farmacia, encomendado el uso del medicamento de orden médica necesaria y sin el consentimiento ni el control del profesional farmacéutico y dado por personal no autorizado.

- n) **MEDICAMENTOS ILEGALES (PRM 15):** Se dice medicamento ilegal al uso del medicamento sin registro sanitario vigente o de origen ilegal: modelos médicos, contrabando o quitado de establecimientos públicos. Que pueden reconocerse por medio del examen organoléptico, por ejemplo: envase secundario y primario no violado, registro sanitario vigente, fecha de vencimiento, estado físico de la forma farmacéutica o el envase en un debido estado, etc.
- o) **PROBLEMAS ECONÓMICOS (PRM 16):** Este contratiempo se da debido a que el paciente no toma su medicación completa por no tener condiciones económicas suficientes para cumplir con la receta ni mucho menos estar inscrito en ningún seguro social y por ende incumple con la toma de su medicamento.

2.2.3. Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacéutico: Contribución del Farmacéutico al Mantenimiento de la Salud Pública.

La Federación Internacional Farmacéutica (FIP) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1993 definen que el encargo de la realización farmacéutica deberá ser: abastecer el medicamento, otros servicios y productos para una buena atención de la salud y apoyar a la asociación para que ser utilizados con mucha responsabilidad ⁶⁸.

Una de las partes de dicha tarea conocida por la OMS se comprende en el concepto de la terminación Pharmaceutical Care ¹. Un país el cual se incorporó el consumo promocional del concepto de atención Farmacéutica (AF) es en España, la terminación a las asistencias sanitarias, El Ministerio de Sanidad como un grupo de servicios farmacéuticos orientados a pacientes que va de la verificación de calidad de la orden medica hasta acciones de Farmacovigilancia. ^{69, 51,70}.

Según Andrés Rodríguez. ⁸ En el ámbito comunitario las acciones de Atención Farmacéutica se pueden esquematizar conforme el Cuadro N°03, adonde se encuentran orientadas aquellas para el paciente mayor en cifra que aquella tradición orientada sea exclusivamente el salvoconducto de la cualidad del fármaco. Las acciones esenciales concomitantes con la Atención Farmacéutica son: farmacovigilancia, Asesoramiento Farmacéutico, Dispensación y Seguimiento Fármaco Terapéutico.

2.2.4. Adherencia al Tratamiento.

La adherencia o el cumplimiento a la terapia conforme Haynes (63) se define como: “El grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”.

El grado de la variable fue determinado de manera indirecta utilizando el algoritmo de Morinsky, Green y Levine (69) denominado Medication Adherent Scale (MAS). La Test de Morinski contiene 8 preguntas de respuesta dicotómica Si (1, uno) o No (0, cero). Según el planteamiento puntaje = a 0, cumplidor, Puntaje > de 0 (de 1 a 8), incumplidor.

Los resultados se derivan del análisis estadístico de los datos obtenidos de los 12 pacientes que participaron en el estudio. Para medir la diferencia entre la percepción del paciente hacia la calidad de atención profesional del farmacéutico antes y después del test de Purdue por lo cual se utilizó el test de sumas pareadas de Wilcoxon, el cual no requiere de presunciones paramétricas.

Todos los análisis fueron realizados utilizando el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 12 124. El nivel de significancia estadístico para todos los análisis fue de 0.05.

El Test de Purdue arroja cada pregunta de resultados valorados entre 0 y 3. Adonde 3 la más positiva de las actividades profesionales del farmacéutico y 0 representa la percepción más negativa. El test se adaptó antes y después de la participación por medio de Seguimiento Fármaco Terapéutico luego se confrontó los éxitos de toda pregunta. La desigualdad de cada interrogación se examinó por medio del estadístico Wilcoxon Test Rank cuyo valor de significancia se fijó en 0.05. La medición de las desigualdades se efectuó por pregunta y por todo el puntaje del test.

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

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

Tomado de Andrés Rodríguez ⁸

Las acciones que no se encuentran relacionadas derechamente con la utilización del medicamento, podrían tributar asimismo con este propósito fue considerada más como acciones para asegurar la buena cualidad esencial de la forma farmacéutica como por ejemplo por medio de análisis de inspección de calidad ^{8,53}.

Las acciones derechamente concomitantes con Atención Farmacéutica: La indicación farmacéutica, las Buenas Prácticas (BP) de Dispensación, el Seguimiento Fármaco Terapéutico (SFT), las actividades relacionadas con la Farmacia Clínica, las BP de Farmacovigilancia, todas las mencionadas tienen que ayudar en prevenir, solucionar o amenguamiento de los PRM acompañados con el uso derecho de los fármacos por parte de los dolientes (Cuadro N°01).

Es sorprendente que posiblemente de la Atención Farmacéutica es la utilización de la terminación propia. Quizá anteriormente jamás en el suceso de la farmacia se había utilizado la palabra “atención” para indicar el oficio del farmacéutico en la asociación. Era bastante más acostumbrado decir de servicios farmacéuticos que de cuidado y existe desigualdad entre ambas terminologías. El diccionario define “atención” como “la responsabilidad individual de alguien para entregar bienestar y seguridad”, mientras que un servicio involucra solamente actividades o funciones⁷¹.

Lo más impactante quizá de la Atención Farmacéutica es el uso del término mismo. Tal vez nunca antes en la historia de la farmacia se había usado el término “atención” para denotar la función del farmacéutico en la sociedad. Era mucho más frecuente hablar de servicios farmacéuticos que de atención y existen diferencias entre ambos términos. El diccionario define “atención” como “la responsabilidad individual de alguien para entregar bienestar y seguridad”, mientras que un servicio implica simplemente funciones o actividades ⁷¹.

Al traducir la palabra “atención” el profesional farmacéutico con otros profesionales de la salud se iguala porque asimismo dan cuidado al paciente y alocamos a éste, en el medio de nuestra ocupación laboral.

Hay tres componentes fundamentales que califican la actividad de la vigilancia farmacéutica: El acuerdo de laborar con el doliente para lograr los objetivos terapéuticos, el avance de la calidad de responsabilidad y vida ^{71,72,73}.

El problema mayor de la definición de AF es ponerlo en uso en conclusiones de una proactiva acción independientemente de dichas impresiones del doliente y de las probabilidades del prescriptor con el propósito de hallar dificultades complicadas en el transcurso de la utilización del medicamento que solo suelen ser diagnosticados por el Farmacéutico debido a su experiencia profesional. Por lo tanto es una acción donde el profesional farmacéutico de forma íntegra asume su gran sensatez de poder evaluar a dichos pacientes que ingieren fármacos hacia un objetivo descubrir y solucionar los PRMs.

Hacia este fin se han propuesto diferentes series de actividades totalmente precisas que permitirán alcanzar éxitos medibles que pueda evidenciar el beneficio de la labor del experto farmacéutico a la solución, amenguamiento y prevención del problema asociados al uso del medicamento (PRM). La implementación del modelo basado en Seguimiento Fármaco Terapéutico (SFT) ^{51,74,75,76} es una respuesta a esta necesidad.

Las acciones del (SFT), se encuentran encaminadas a la exploración de problemas relacionados con medicamentos (PRM) hacia la resolución y prevención de frutos desfavorables que se encuentran acompañados al tratamiento (RNM). Esta utilidad involucra un acuerdo y debe abastecerse de manera documentada, prolongada y ordenada en la cooperación con el mismo paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el propósito de lograr éxitos precisos para el progreso de la calidad de vida del paciente ^{73,74,75,76,77,78}.

La definición del Seguimiento Fármaco Terapéutico, conforme se plantea en el tercer asenso sobre (AF) de España en 2006 ⁵¹, es: “La práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente que usa medicamentos”.

Machuca determina que⁷⁸ en la actualidad los términos: intervención farmacéutica (IF), atención farmacéutica (AF) y Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) se utilizan distintamente en los diversos estudios del contenido para señalar una propia acción informada a reforzar calidad y precaver cualquier peligro en el paciente por el consumo de fármacos.

Según Martí y et al.⁷⁹ De forma frecuente los temarios de AF o SFT deben sostenerse en procedimientos o sistemas para dar respuesta a los siguientes aspectos:

- a) Identificación temprana de pacientes que se beneficiarían con su implantación.
- b) Registrar las categorías y causas que originan los problemas relacionados con los medicamentos y su documentación.
- c) Generar alertas para solucionar fallos del sistema.
- d) Evaluar la utilidad clínica de los procesos asistenciales en curso.
- e) Facilitar la propuesta de mejoras en la calidad de la gestión fármaco terapéutica.

Por medio de los años se han avanzado diversos procedimientos hacia este fin, entre ellos los más nombrados son:

- a) The Therapeutic Outcomes Monitoring (TOM) aplicable a grupos de pacientes que sufren enfermedades de alto riesgo propuesto por Charles Hepler²¹.
- b) El Método del Global Pharmaceutical Care de Linda Strand y et al⁵².
- c) El método de Seguimiento Farmacoterapéutico DADER de Dáder y et al.

Avanzado desde la Universidad de Granada en España¹¹. Existen igualmente diferentes métodos presentados como el método IASER avanzado por Climenti y Jiménez⁷¹.

En esta investigación se utiliza como modelo del Seguimiento Fármaco Terapéutico una modificación del método DADER^{62, 77} Desarrollado por el doctor Ocampo³⁸ aplicado por primera vez con el objetivo de medir el impacto del Seguimiento Fármaco Terapéutico, sobre el uso de medicamentos, solución y prevención de RNMs y PRMs en pacientes con gastritis.

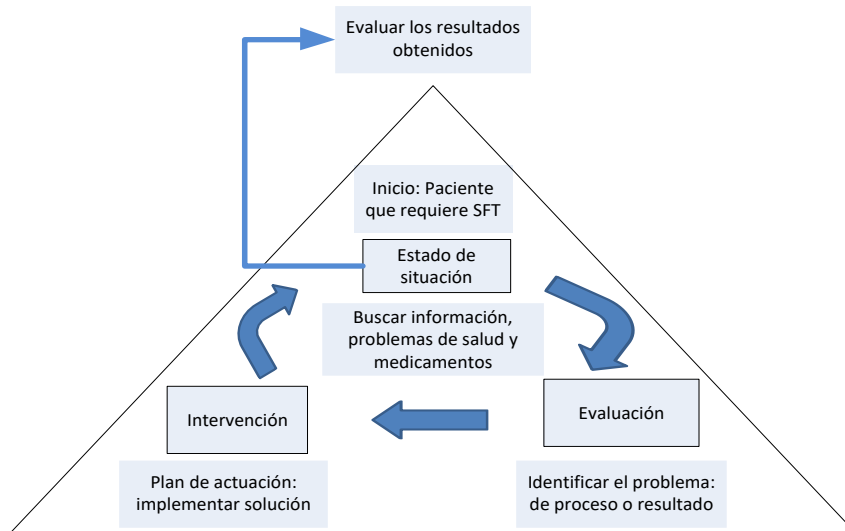
En el año 1999 nació el Método DADER como una propuesta de un equipo de Investigación en AF de la Universidad de Granada. Pretende ser un instrumento sencillo y de simple dedicación sin desperdiciar la severidad de un método efectivo organizado. Según los autores el modelo pretende ser universal a la prestación del SF en cualquiera de los ámbitos asistenciales, independiente del tipo de pacientes y por cualquier profesional farmacéutico⁷⁷.

El método demostró ser de éxito para la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con los medicamentos (PRM), a partir del nivel de cuidado primario.^{77,79,80}. Pero tal como lo plantean el Grupo de estudio de la Universidad de Granada⁷⁷ y et al, Deselle²⁶, es preciso apreciar su beneficio en escenarios sociales distintos que permitirán establecerse los estándares de acción en estados propios para medir en ellos la impresión verdadera de la atención farmacéutica.

Estas singularidades se han introducido en el procedimiento arreglado por Ocampo³⁸ precisando las herramientas de recojo de información para crearlas más sencillas de superponerlas por el profesional farmacéutico en el contexto peruano y más claras para el paciente. Igualmente se han introducido métodos y herramientas que permitirán descubrir de manera rápida las dificultades de no adherencia al tratamiento.

De tal punto en el método DADER¹¹ como en la versión mejorada por Ocampo³⁸ se pueden reconocer como fases centrales del proceso de SF a los siguientes: a) La evaluación e identificación de sospechas de PRMs; b) Elaboración del primer estado de situación del paciente; c) La evaluación del nuevo estado de situación del paciente y d) la intervención para resolver los PRMs y prevenir potenciales RNMs (Figura N°02).

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



Tomado de: P Ocampo ³⁸

Sabater y Et al ²⁴, proponen algunas clasificaciones de las intervenciones farmacéuticas que podría darse durante un proceso de Seguimiento Farmacoterapéutico (Ver Cuadro N°04).

Un aspecto muy importante es haber desarrollado un modelo de la cual pueda agregarse un impulso cualitativo, un valor adecuado a dicha ayuda sanitaria y a las acciones del Q.F como profesional y que también pueda generar al establecimiento farmacéutico una rentabilidad económica muy satisfactoria⁷⁷. Sin embargo, el objetivo del Seguimiento Fármaco Terapéutico independientemente de la muestra, es entregar un resultado por medio de participaciones farmacéuticas reales a los Problemas Relacionados con Medicamentos.

En esta clasificación intervención farmacéutica se define como: Acciones que lleva a cabo el farmacéutico en la toma de decisiones en la terapia de los pacientes y en la evaluación de los resultados para prevenir problemas relacionados con medicamentos, con el fin de mejorar la terapia del paciente y precaver RNM ²⁴.

Las participaciones sobre el tratamiento indicado por un médico que correspondía las magnitudes 1 y 2 con la finalidad de variar la frecuencia de dosis, la dosis, aumentar o quitar un medicamento, reparto de dosis, sustituir alguno debe implementarse por medio de una interconsulta con el médico prescriptor. Entre tanto que las participaciones en la dimensión 3 son de naturalezas educativas y de responsabilidades directas del farmacéutico- paciente.

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

N°	Dimensión	Intervención	Acción
1	Intervenir sobre cantidad de medicamento	Modificar la dosis.	Ajuste de la cantidad de fármaco que se administra en cada toma.
		Modificar la frecuencia de dosis o el tiempo de tratamiento.	Cambio en la frecuencia y/o duración del tratamiento.
		Modificar la pauta de administración (redistribución de la cantidad).	Cambio del esquema por el cual quedan repartidas las tomas del medicamento a lo largo de un día.
2	Intervenir sobre la estrategia farmacológica	Añadir un medicamento(s).	Incorporación de un nuevo medicamento que no utilizaba el paciente.
		Retirar un medicamento(s).	Abandono de la administración de un determinado(s) medicamento(s) de los que utiliza el paciente.
		Sustituir un medicamento(s).	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. 24

2.2.4. Seguimiento Farmacoterapéutico y Satisfacción del Paciente por el Servicio.

La satisfacción del paciente es un resultado humanístico, considerado por Donabedian al consentimiento concluido de la calidad del cuidado y el reflejo de las habilidades del proveedor a realizar la necesidad del paciente-usuarios ⁽⁸¹⁾. De este modo la calidad de las atenciones y consejerías que los pacientes reciben del profesional farmacéutico podrá valer según una indicación de las calidades de servicios de la atención farmacéutica. En la valoración del usuario resulta de capital importancia, porque proporciona información sobre el éxito del proveedor en el cumplimiento de las expectativas debido a la evaluación de la calidad de los servicios sanitarios⁸⁰. Por lo tanto esto podrá ser de gran utilidad para apreciar el volumen en el cual el paciente perciba los servicios farmacéuticos de calidad ⁸².

Posteriormente que se dio la implementación del seguimiento farmacoterapéutico se ha podido observar mejorar bastante significativos en lo que es la captación de dicho paciente sobre la utilidad farmacéutica. Por otro lado Armando ²² dice que la gran respuesta de cada paciente hacia el seguimiento fármaco terapéutico va relacionado claramente a mejorar en los conocimientos de dichos fármacos y en las mejoras de los cumplimientos del tratamiento que son ordenados por el médico. En conclusión Ferrer ⁸³ indica que existen relaciones en medio del grado de las satisfacciones de los pacientes con los servicios del farmacéutico por un lado, y el acuerdo de los pacientes con el cumplido de las ordenes médicas, farmacéuticas y la auto percepción del estado de salud por otro.

En una investigación realizada en paciente que se atiende en las farmacias comunitarias y que recibieron SFT, Rodríguez ubico en la misma línea ²⁸ que un 89% cree que tiene una mejoría de su enfermedad, enseguida un 83% afirman que las relaciones entre Farmacéutico-Paciente-Médico no ha sido afectada, un 4% tiene la idea de haber mejorado bastante, más de un 94% se consideran que han recibido un trato excelente tanto profesional como personal, un 74% manifiestan encontrarse bastante satisfechos con el servicio SFT y el 94% aseguran que tienen mejor tratamiento de sus enfermedades.

Para evaluar la percepción del paciente sobre dicha actuación del Q.F se ha establecido la finalidad de alta investigación con la única razón de llegar establecerse instrumentos y procedimientos legalmente confiables para medirla. Algunos toman a la farmacia en su conjunto como línea de base, como establecimiento de salud ⁸⁴, por otro lado otros miden la percepción directamente acerca del profesional o únicamente la calidad de la investigación que será brindada y de cómo va influenciando en el hábito de cada paciente para el buen manejo de la dichas enfermedades ^{85, 86}.

En el presente estudio se llegó a evaluar la percepción que tuvo cada paciente con gastritis de la consejería del profesional farmacéutico antes y después a la implementación del seguimiento fármaco terapéutico, como indicadores asociados a la calidad de las atenciones farmacéuticas brindadas. Para el abordaje se utilizó The Purdue Pharmacist Directive Guidance scale (PPDG) ^{81, 82, 87}, es una herramienta muy fácil y sencilla de administrar lo que ha demostrado ser válido y confiable en dicho resultado ⁸⁷.

2.2.5. Gastritis Simple

La gastritis es una inflamación de la mucosa gástrica, que es la capa de células que reviste el estómago por dentro protegiéndolo de la acidez de los jugos gástricos.

El estómago, órgano principal de la digestión, y la parte más grande del aparato digestivo, tiene la forma de un saco elástico que puede aumentar o disminuir su tamaño según la cantidad de alimentos que contenga.

Este órgano posee dos aberturas: una que comunica con el esófago, por donde entran los alimentos, que se llama cordias, y otra de salida que los conduce a los intestinos, una vez digeridos, que se llama píloro.

Las paredes del estómago están formadas por varias capas. Una de ellas es muy muscular, sirviendo sus contracciones para amasar el bolo alimenticio cuando se halla en el estómago, completando la acción mecánica y facilitando así su mezcla con los jugos digestivos. La membrana interior es una membrana mucosa que, examinada a través de una lupa, presenta unos hoyitos, en el fondo de los cuales aparece un punto oscuro.

Este punto es la abertura de las glándulas gástricas, que segregan un líquido digestivo claro y ácido, llamado jugo gástrico, que contiene ácido clorhídrico y las enzimas pepsina, gastrina y lipasa que ayudan a digerir los hidratos de carbono, las proteínas y las glándulas del alimento.

Específicamente, la pepsina, secretada por las glándulas gástricas, fracciona las proteínas en fragmentos más pequeños.

El píloro controla el extremo inferior del estómago y es un esfínter que admite en el duodeno el alimento digerido, después de que lo hayan procesado convenientemente los jugos digestivos.

La pared del estómago está formada por las capas características de todo el tubo digestivo.

La capa mucosa y la tela submucosa: formada por tejido conjuntivo moderadamente denso (tejido de sostén que conecta o une las diversas partes del cuerpo), en el cual se encuentran numerosos vasos sanguíneos, linfáticos y terminaciones nerviosas. Esta debajo de la mucosa.

La capa muscular: la capa muscular gástrica puede considerarse como el músculo gástrico porque gracias a sus contracciones (movimientos peristálticos) el bolo alimenticio se mezcla con los jugos gástricos y se desplaza hacia el píloro.

La capa serosa: constituida por tejido conectivo laxo tapizado por una capa epitelial llamada mesotelio, envuelve al estómago en toda su extensión, expandiéndose en sus curvaturas para formar el omento menor, el omento mayor y el ligamento gastrofrenico.

Fisiología Gástrica

El estómago está controlado por el sistema nervioso autónomo, siendo el nervio vago el principal componente del sistema nervioso parasimpático.

La acidez del estómago está controlada por tres moléculas que son la acetilcolina, la histamina y la gastrina.

En el estómago se produce la absorción de agua, alcohol y de algunas sales minerales.

Causas

- Ciertos medicamentos como ácido acetilsalicílico (aspirina), ibuprofeno o naproxeno.
- Tomar demasiado alcohol.
- Tabaco.
- Infección del estómago con una bacteria llamada *Helicobacter pylori*⁸⁸.

Las condiciones socioeconómicas hacen que los países en desarrollo presenten mayor número de factores de riesgo, y por ende una incidencia más alta que produce aumento en las cifras de morbilidad y mortalidad. Por ejemplo, en el Perú, las Gastritis, constituyen una de las primeras causas de atención en los establecimientos de salud, representando el 24,9 % del total de consultas⁸⁹.

Según Nelson,⁹¹ Las gastritis agrupan un variado conjunto de enfermedades cuyo factor común es afectar el aparato digestivo. Dentro de esta clasificación se engloban diferentes entidades clínicas como lo son Catarro Común (léase enfermedad autolimitada, de etiología bacteriana, dada por *Helicobacter pylori*, ardor, dolor, gases y malestar general.

Varios análisis sobre el modo de transmisión del *H. pylori* están siendo desarrolladas, y es una de las áreas más estudiada, discutida y controvertida desde que fue descubierto el microorganismo. Las vías de infección del *Helicobacter pylori* aceptadas actualmente incluyen la fecal-oral y la oral-oral. No hay posibilidad de transmisión a través del acto sexual y la infección por insectos vectores, es prácticamente nula⁹².

Objetivos

- Reducir al mínimo los síntomas de inflamación gástrica, lo más cercana a la normalidad.
- Mantener niveles de actividad normales (incluido al ejercicio).
- Cambiar hábitos alimenticios.
- Reducir el estrés
- Eliminar o reducir el consumo de alcohol
- Administrar un tratamiento óptimo con los menores efectos secundarios.

Estrategia Del Tratamiento

El tratamiento de la gastritis depende de la severidad de los síntomas y debe ser flexible, ya que la gravedad de la gastritis puede cambiar con el paso del tiempo. El tratamiento de la gastritis debe realizarse siguiendo una guía en escalera hasta conseguir un buen control de la gastritis, tanto como mejorar la calidad de vida.

Evaluación Inicial

- Es preciso establecer un diagnóstico correcto. La historia clínica es muy importante siendo necesario identificar todos los posibles factores.
- Según el manejo que se realiza a los pacientes con gastritis simple realiza las siguientes indicaciones farmacológicas:
- Realizar una hospitalización si el paciente lo requiere.
- Se debe ingerir abundante líquido, frutas y verduras.
- Suspensión del consumo de aines si la gastritis es causada por el consumo de aines se debe reducir el consumo de aines o cambiar a otra clase de medicamentos para el dolor.
- Tratar el estrés los inhibidores de bomba de protones puede ser usado para prevenir la gastritis por estrés en pacientes gravemente enfermos.

Tratar la infección por H.pylori porque este puede conducir al cáncer o al desarrollo de úlceras en el estómago o en el intestino delgado.

Tratamiento Medicamentoso

Antibióticos: como amoxicilina y claritromicina es el tratamiento de elección, cuando las resistencias a claritromicina por Helicobacter no superan el 20 %. En caso de alergia a la penicilina, puede sustituirse la amoxicilina por el metronidazol. La erradicación se consigue en el 80-84 % de los casos.

Si existe la sospecha de un proceso infeccioso bacteriano, se aconseja el uso de antimicrobianos en dependencia del posible agente que lo está causando. Teniendo en

cuenta la evolución clínica del paciente, también de cómo actúa en el proceso del tratamiento y también los factores como alergias, interacciones, etc⁹³.

Bloqueadores de histamina 2 (H2) como la famotidina y ranitidina. Los bloqueadores H2 disminuyen la producción de ácido. Están disponible tanto en venta libre y con recete médica.

Inhibidores de bomba de protones: como rabeprazol, dexlansoprazole, pantoprazol o esomeprazol según las dosis recomendadas.

El tratamiento más común es la triple terapia que combina un inhibidor de la bomba de protones y dos antibióticos amoxicilina y claritromicina por lo general para matar las bacterias.

El tratamiento también puede incluir el subsalicilato de bismuto para ayudar a eliminar a las Bacterias.

2.2.6. BOTICA ECONOFARMA

La Presente Investigación piloto se llevó a cabo en la Boticas Econofarma.

La Botica se encuentra ubicada en el Distrito Nepeña, Departamento de Ancash en la zona de San Jacinto.

La población de la zona de influencia puede catalogarse como del nivel medio socioeconómico.

Para el servicio profesional la Botica cuenta con la presencia de 1 Q.F.

La Botica cuenta con sus servicios de dispensación, recepción, gestión administrativa, caja, área administrativa, área de baja y rechazado, área de marcador de temperatura, etc.

La Botica atiende diariamente un promedio de 40 – 50 pacientes. Las patologías más frecuentes para las cuales se dispensan los medicamentos son: Gastritis simple, Infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), Infección del Tracto Urinario, GASTRITIS, etc.

La Botica Econofarma se encuentra en un proceso de implementación de lo que son las buenas prácticas de oficina farmacéutica y buenas prácticas de almacenamiento. Por ende está en vías de certificar (BPD) Buenas Prácticas de Dispensación, (BPA) Buenas Prácticas de Almacenamiento.

III. HIPÓTESIS

3.1. Impacto del SFT sobre la adherencia

3.2.1. Ho

El programa piloto de SFT no tiene impacto sobre la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de gastritis.

3.3.2. H₁

El programa piloto de SFT tiene impacto positivo sobre la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de gastritis.

IV. METODOLOGÍA

4.1. Diseño de la Investigación.

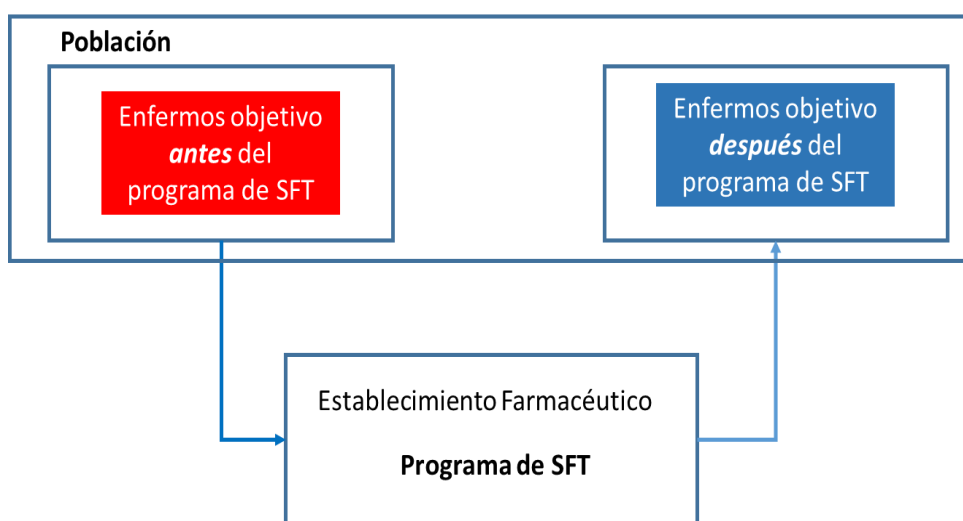
4.1.1. Tipo y el Nivel de la Investigación:

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

4.1.2. Diseño de la Investigación:

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

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



Fuente: elaborado por Ocampo ⁶⁵

4.2. Población y Muestra.

La muestra de sujetos de estudio estuvo conformado por pacientes atendidos de manera regular en la Botica Econofarma. Los pacientes de la muestra de investigación se autoseleccionaron entre aquellos que visitaron la Botica Econofarma, durante el mes setiembre del 2015 a noviembre del 2016, 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 Gastritis.
- Edad entre 18 y 60 años.
- Captados desde el establecimiento farmacéutico (EF) de referencia.
- Con receta vigente para la enfermedad objetivo de antigüedad no mayor de tres meses
- Consentimiento explícito a través de un documento firmado.
- Capacidad de comunicación en idioma español de manera fluida escrita y hablada.
- Autosuficientes, es decir la toma de medicación no dependió de terceros.

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

- 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 e indicadores

Variables	Denominación	Definición	Instrumento	Indicadores
Variable independiente	programa de seguimiento farmacoterapéutico	Es una práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades de los pacientes relacionadas con los medicamentos mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con la medicación (PRM) ⁷⁴ . 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 74,105.	El instrumento del SFT es la ficha farmacoterapéutica (FFT) (Anexo N°03) donde se registra la evolución del proceso. Se consignan datos del paciente, morbilidades, uso de medicamentos, costumbres y otros.	Medicamentos utilizados. PRMS, diagnosticados, tipo de intervenciones, canales de comunicación usados.
Variable independientes				
	Problemas relacionados con medicamentos	Sgastritis simpleaciones 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 original de PRM sugerido por el tercer consenso de Granada ^{1,50} . (Cuadro N° 01).	El diagnóstico de PRMs fue cuantitativo como resultado del análisis de la información recogida en las fichas farmacoterapéuticas.	Cantidad de PRMs diagnosticados.
	Resultados negativos asociados con la medicación (RNM).	Se define como sospechas de RNM a la sgastritis simpleación 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 (Cuadro N° 02) ⁵⁰ .	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.
	Adherencia al tratamiento	El cumplimiento o adherencia al tratamiento fue definido según Haynes (63) como: "El grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario". En la presente investigación este concepto solo se refiere a la toma de medicamentos.	El grado de la variable fue determinado de manera indirecta utilizando el algoritmo de Morinsky, Green y Levine (69) denominado Medication Adherent Scale (MAS). La Test de Morinski contiene 8 preguntas de respuesta dicotómica si (1, uno) o No (0, cero). Según el planteamiento de las preguntas, la respuesta positiva si es negativa al cumplimiento y No es positivo.	Puntaje = a 0, cumplidor, Puntaje > de 0 (de 1 a 8), incumplidor.

4.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

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. 26.

4.4.2. Instrumentos.

4.4.2.1. Fichas Fármaco terapéuticas (FFT).

Las FFT son hojas para el registro de los datos del seguimiento farmacoterapéutico. Es el instrumento base para el levantamiento de información. Es un documento que consiste en 5 partes de información sobre el paciente: Datos generales, información sobre las enfermedades, los medicamentos consumidos, problemas con el uso de medicamentos y las acciones realizadas por el profesional farmacéutico para resolverlas.

Se utilizó este instrumento en las 5 fases del SFT. El registro de la información en las FFT se realizó de acuerdo a las indicaciones de la Guía para el Seguimiento Farmacoterapéutico del método DADER 26.

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

Para cada PRM se describe la acción desarrollada por el farmacéutico para la solución del PRM y un cuadro que sincretiza la acción realizada en alguna de 10 acciones posibles definidas por el Tercer Consenso de Granada 51.

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

4.4.2.2. Instrumento para medir la adherencia relacionada con la salud.

El cuestionario de test de purdue y Morinski es la adaptación realizada para España por Alonso y cols. Del SF-12 Health Survey (Ver Cuadro N° 05) 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 10 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-12 109, 110,111. El procedimiento para la determinación de la sumatoria de los escores 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 escores (Anexo N° 05) 130.

PASO 3. Se sumaron los valores hallados en el paso dos desde la pregunta 1 hasta la 10 y se aumentó en 56,57706 para crear el purdue 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 130,131.

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 06 al inicio y al final de la intervención 130.

CUADRO N° 05

“Test purdue para determinar la medición de la adherencia relacionada con la salud (CVRS)”

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ COD _____

FECHA: ____ / ____ / ____

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

OBSERVACIONES:COD INTERV:

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 realidad.¹¹

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.

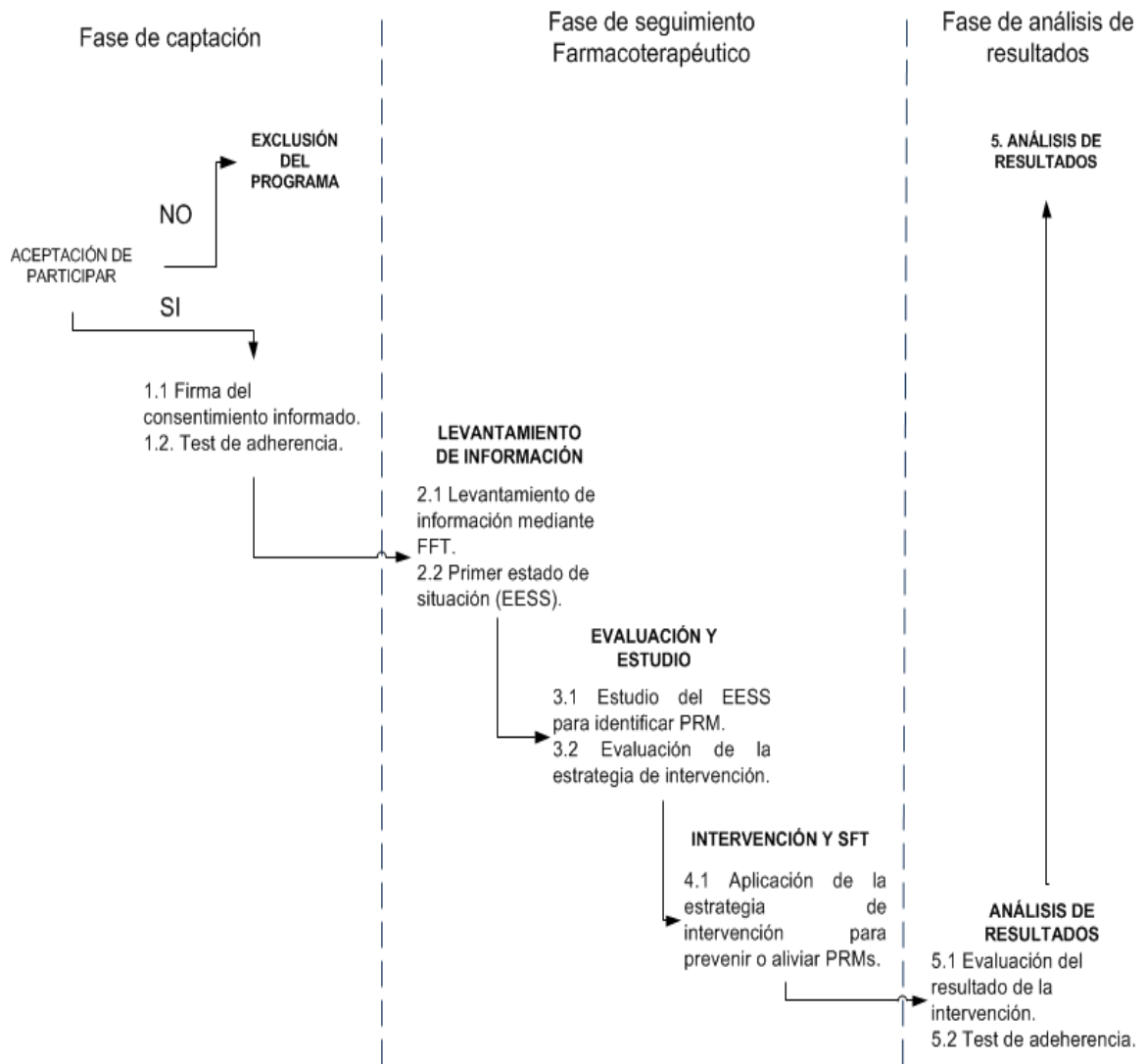
4.4.3.1. Procedimiento para Oferta del Servicio y Captación de los pacientes.

Se ofertó el servicio a todos los pacientes con infección respiratoria aguda que acudieron a la botica Econofarma en el mes de setiembre del 2015 a noviembre del 2016 hasta obtener doce pacientes. Los pacientes firmaron su consentimiento de participar de la experiencia en un documento firmado (Anexo N°7.2). El documento de consentimiento explicita la responsabilidad del farmacéutico en vigilancia del uso de medicamentos, la cautela de los datos del paciente, la gratuidad del servicio, ni la venta o donación de ningún tipo de medicamento.

Así mismo el consentimiento autoriza al farmacéutico a intermediar con el médico para la solución de los problemas complejos o urgentes relacionados con el uso de medicamentos. Por otro lado obliga al paciente a entregar toda la información referida a enfermedades y uso de medicamentos que pueda ser útil para el diagnóstico de PRMs.

Al final de la entrevista de captación, el paciente y farmacéutico fijan fecha y hora para la segunda entrevista de levantamiento de información.

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



Elaborado por OCAMPO P.⁶¹.

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.

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 para la identificación de problemas relacionados con medicamentos y la estrategia de intervención.

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 RNMs⁵⁶.

Por cada problema diagnosticado el Farmacéutico estudiará la mejor estrategia de solución que se reportará en la hoja 5 de las FFT.

La estrategia pudo contener una serie de acciones dirigidas directamente al paciente o al prescriptor.

Para cada PRM y sus estrategias de solución se buscó el mejor canal de comunicación que pudo dirigirse al paciente o al médico. Cada paciente pudo ser diagnosticado con más de un PRM.

Como resultado de esta fase surge el diagnóstico de los PRMs, los objetivos que deben lograr el paciente y/o el médico para su solución y la estrategia de comunicación.

Los canales de comunicación utilizados se muestran en el cuadro siguiente:

CUADRO N°05. TIPOS DE CANALES PARA COMUNICAR LAS RECOMENDACIONES DEL FARMACÉUTICO PARA LA SOLUCIÓN DE PRMs

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

4.4.3.4. Fase de intervención: actividades de seguimiento farmacoterapéutico.

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

Para la comunicación de las estrategias de solución al paciente se usó las entrevistas personales y recomendaciones escritas.

Cuando las intervenciones fueron para sugerir la modificación de dosis, añadir, retirar o sustituir un medicamento prescrito la comunicación fue dirigida al médico prescriptor. La sugerencia escrita de la estrategia fue a través de formatos pre elaborados dirigidos al paciente o al médico.

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

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 actividad 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 farmacoterapéutico, el test de Morinsky 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) Percepción sobre la actividad profesional del Farmacéutico antes y después del SFT medidos con el test de Purdue.

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

A partir de los datos acumulados en MS Acces, se elaboraron tablas de resultados de doble y simple entrada con frecuencias relativas, absolutas y porcentajes. Se crearon tablas y gráficos sobre las características de los pacientes intervenidos, problemas de salud, frecuencias de los medicamentos usados, tipo y frecuencia de PRMs.

Así mismo tablas para evidenciar la asociación entre el uso de medicamento y PRMs, los objetivos de intervención para solucionar los problemas y los Resultados Negativos a la Medicación (RNM) sospechados.

Para evidenciar los resultados de la intervención se construyeron tablas sobre la frecuencia de los canales de comunicación utilizados, El tipo y frecuencia de PRM diagnosticados y el porcentaje de los solucionados. También los resultados de la diferencia entre el nivel de adherencia antes y después de la intervención y entre los niveles de los parámetros clínicos.

4.6. 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 paciente.

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”.

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° 6.2) detalla las obligaciones del farmacéutico y las del paciente.

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

V.RESULTADOS

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

5.1. Resultados.

Tabla N° 01. Distribución de frecuencias y porcentajes de los Pacientes de la Muestra por sexo y edad promedio. Programa de SFT dirigidos a pacientes con gastritis simple. Botica Econofarma, Distrito Nepeña, Provincia Del Santa, Setiembre 2015 a Noviembre 2016.

SEXO	N	PROM EDAD (AÑOS)	%
F	9	45.4	75.0
M	3	37.7	25.0
\bar{X}	12	25.0	100.0
S		18.7	

Tabla N°02. Distribución de los tiempos invertidos durante el SFT entre el Químico farmacéutico y los pacientes por la forma de contacto. Programa de Seguimiento Fármaco Terapéutico a pacientes con gastritis simple. Botica Econofarma, Distrito Nepeña, Provincia Del Santa, Setiembre 2015 a Noviembre 2016.

PAC.	EF		DOMICILIO		TELÉFONO		OTRA VIA		TOTAL	
	contactos	tiempo (min)	Contactos	tiempo (min)	contactos	tiempo (min)	contactos	tiempo (min)	Contactos	tiempo (min)
1	0	0	4	140	0	0	0	0	4	140
2	0	0	5	165	0	0	0	0	5	165
3	0	0	4	130	0	0	0	0	4	130
4	1	25	4	120	0	0	0	0	5	145
5	1	30	4	125	0	0	0	0	5	155
6	1	15	4	120	0	0	0	0	5	135
7	0	0	4	150	0	0	0	0	4	150
8	0	0	4	140	0	0	0	0	4	140
9	0	0	4	120	0	0	0	0	4	120
10	0	0	4	130	0	0	0	0	4	130
11	0	0	4	120	0	0	0	0	4	120
12	0	0	4	120	0	0	0	0	4	120
TOTAL	3,00	70,00	49,00	1580,00	0,00	0,00	0,00	0,00	52,00	1650,00
\bar{X}	0,25	5,83	4,08	131,67	0,00	0,00	0,00	0,00	4,33	137,50
Promedio de t por contacto		23,33		32,24		0,00		0,00		31,73

5.1.2. PROBLEMAS DE SALUD Y MEDICAMENTOS UTILIZADOS POR LOS PACIENTES DURANTE EL SEGUIMIENTO FARMACÉUTICO.

Tabla N°03. Problemas de Salud diagnosticados y no diagnosticados en los pacientes intervenidos. Programa de SFT a pacientes con Gastritis simple. Botica Econofarma, Distrito Nepeña, Provincia Del Santa, Setiembre 2015 a Noviembre 2016.

MORBILIDAD	CIE	DIAGNOSTICO	F	%
DIAGNOSTICADA	K29	Gastritis	12	50.0
	R14	Flatulencias	1	5
	M54	Lumbalgia	1	5
	K59	Estreñimiento	1	5
	I10	Hipertensión Arterial	1	5
	F51	Insomio	1	5
SUBTOTAL			17	75.0
NO DIAGNOSTICADA		Cefalea	1	5
		Dolor de espalda	1	5
		Dolor de cabeza	1	5
		Dolor de muela	1	5
		Dolor muscular	1	5
SUBTOTAL			5	25
TOTAL			25	100

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

*CIE10. Código Internacional de Enfermedades versión 10

Tabla N° 04. Medicamentos prescritos y no prescritos identificados durante el proceso de intervención. Programa de SFT a pacientes con gastritis simple. Botica Econofarma, Distrito Nepeña, Provincia Del Santa, Setiembre 2015 a Noviembre 2016.

ORIGEN DEL MEDICAMENTO	MORBILIDAD	MEDICAMENTOS	Fi	FI	%	
PRESCRITOS	Gastritis	omeprazol	5	21	18%	
		sucralfato	1		3%	
		ranitidina	3		10%	
		Magaldrato - simeticona	2		7%	
		Hidróxido de magnesio – hidróxido de aluminio	2		7%	
		Butilbromuro de escopolamina	1		3%	
		Clordiazepoxido - metoclopramida - simeticona	1		3%	
		Hidróxido de aluminio	2		7%	
		Mosaprida	1		3%	
		Mucilago hidrófilo de Psyllium	1		3%	
		Paracetamol	1		3%	
		Esomeprazol	1		3%	
		Flatulencia	Simeticona	1	1	3%
		Lumbalgia	Diclofenaco	1	1	3%
		Estreñimiento	Macrogol	1		
Hipertension arterial	Captopril	1	1	3%		
Insomio	Clonazepan	1				
	Subtotal		26	85%		
NO PRESCRITOS	Cefalea	Paracetamol	1	1	3%	
	Dolor de cabeza	Paracetamol	1	1	3%	
	Dolor de muelas	Naproxeno sódico	1	1	3%	
	Dolor de espalda	Naproxeno sódico	1	1	3%	
	Dolor muscular	Ibuprofeno	1	1	3%	
	Subtotal		5	15%		
	Total		31	31	100%	

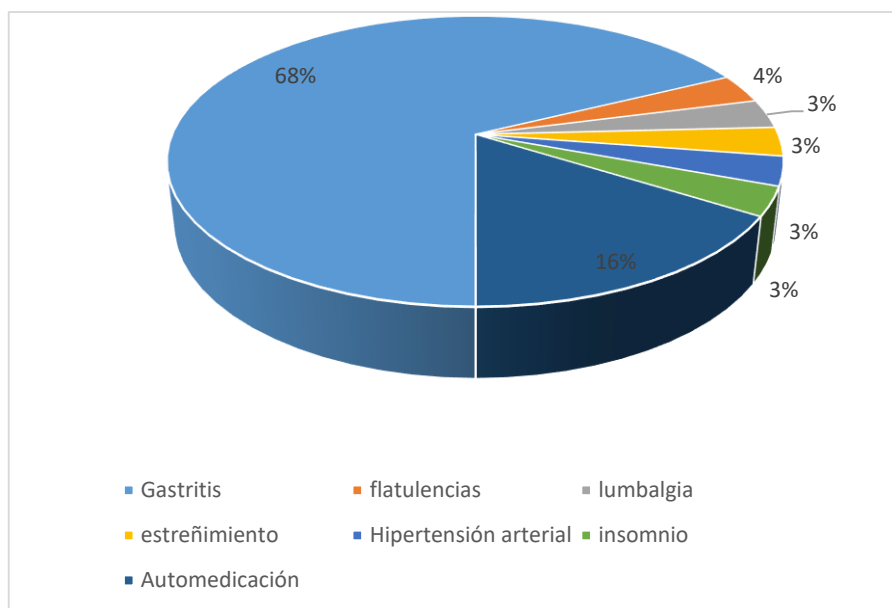


Gráfico N°01. Porcentaje de los medicamentos usados para los problemas de salud identificados. Programa de SFT a pacientes con gastritis simple. Botica Econofarma, Distrito Nepeña, Provincia Del Santa, Setiembre 2015 a Noviembre 2016.

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

TABLA N° 05. Distribución de la frecuencia y porcentaje de los PRM identificados. Programa de SFT a pacientes con gastritis. Botica Econofarma, Distrito Nepeña, Provincia Del Santa, Setiembre 2015 a Noviembre 2016.

COD PRM	DESCRIPCIÓN	FREC	%
9	Incumplimiento	12	42.9
8	Error de Prescripción	11	39.3
1	Adm. Errónea del med.	4	14.3
2	Actitudes Negativas	1	3.5
TOTAL		28	100.0

Tabla N° 6. Comparativo de la edad, cantidad de diagnóstico, cantidad de medicamentos, PRMS identificados y PRMS solucionados por cada paciente intervenido. Botica Econofarma, Distrito Nepeña, Provincia Del Santa, Setiembre 2015 a Noviembre 2016.

PAC	SEXO	EDAD	DX	MED	PRMS	SOL
1	F	62	3	3	1	1
2	M	40	1	2	2	2
3	M	37	1	2	2	1
4	M	36	1	2	1	1
5	F	28	2	3	2	2
6	F	62	1	1	2	2
7	F	70	4	3	3	1
8	F	37	5	3	3	2
9	F	41	4	3	3	2
10	F	72	4	2	3	2
11	F	18	4	4	4	4
12	F	19	2	3	2	2
TOTAL			32	31	28	22
PROM		43.50	2.67	2.58	2.33	1.83

DX: diagnósticos. MED: medicamentos. SOL: solucionados.
 Fuente: Anexo 07, Tabla de estado de situación.
 p = grado de significancia

5.1.4. IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN SOBRE LA ADHERENCIA

Tabla N° 7. Impacto del seguimiento farmacoterapéutico sobre la Adherencia al Tratamiento en pacientes con gastritis simple. Botica Econofarma, Distrito Nepeña, Provincia Del Santa, Setiembre 2015 a Noviembre 2016.

Cód. paciente	adherencia A	adherencia D
1	1	1
2	1	0
3	1	0
4	1	1
5	1	1
6	1	0
7	1	1
8	1	1
9	1	0
10	1	0
11	1	1
12	1	1

No adherencia	10	2
% no adherente	83.3	16.6

Test de McNemar, P= 0.008

Tabla N° 8. Evaluación del grado de Adherencia al tratamiento antes y después de la intervención farmacoterapéutica. Botica Econofarma, Distrito Nepeña, Provincia Del Santa, Setiembre 2015 a Noviembre 2016.

GRADO DE ADHERENCIA	RESPUESTAS	ANTES	%	DESPUES	%
BAJA	>2	12	100.0	1	8.3
MEDIANA	1 o 2	0	0.0	6	50.0
ALTA	0	0	0.0	5	41.7
	TOTAL	12	100.0	12	100.0

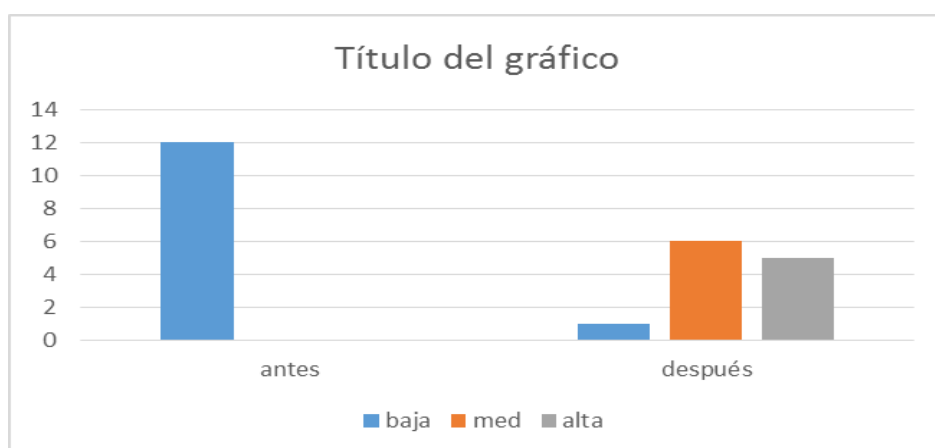


Gráfico N°02. Evaluación del grado de Adherencia al tratamiento antes y después de la intervención farmacoterapéutica. Botica Econofarma, Distrito Nepeña, Provincia Del Santa, Setiembre 2015 a Noviembre 2016.

Tabla N° 09. Actitudes con respecto a las respuestas del Test de Morinski sobre adherencia al tratamiento antes y después del seguimiento Farmacoterapéutico. Botica Econofarma, Distrito Nepeña, Provincia Del Santa, Setiembre 2015 a Noviembre 2016.

Preguntas	Respuestas Afirmativas		
	Antes	Después	P (Test de Morinsky)
ALGUNAS VECES SE OLVIDA USTED DE TOMAR SUS MEDICAMENTOS?	8	0	0.008
LAS PERSONAS NO TOMAN SUS MEDICAMENTOS POR RAZONES DIFERENTES Y A VECES TIENDEN A OLVIDARSE. ¿PIENSE EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, SI HUBO ALGÚN DÍA EN EL CUAL NO TOMÓ SUS MEDICAMENTOS?	9	4	0.125
ALGUNA VEZ HA DEJADO DE TOMAR SUS MEDICAMENTOS POR QUE LE CAÍAN MAL, SIN DECIRLE NADA AL MÉDICO O TU FARMACÉUTICO?	5	0	0.063
CUANDO USTED VIAJA O SALE DE SU CASA POR LARGO TIEMPO SE OLVIDA DE LLEVAR SUS MEDICAMENTOS?	8	4	0.125
DEJÓ DE TOMAR SUS MEDICAMENTOS AYER?	0	0	1
¿CUANDO USTED SIENTE QUE LOS SÍNTOMAS DE SU ENFERMEDAD ESTÁN BAJO CONTROL DEJA DE TOMAR SU MEDICACIÓN?	8	0	0.008
TOMAR MEDICAMENTOS TODOS LOS DÍAS ES MUY COMPLICADO PARA MUCHA GENTE. ALGUNA VEZ USTED SE HA SENTIDO TENTADO A DEJAR SU TRATAMIENTO?	8	0	0.008
CUAN FRECUENTE TIENE USTED DIFICULTADES PARA RECORDAR TOMAR SU MEDICAMENTO?	9	5	0.125

5.2 ANALISIS DE RESULTADO

“Con el objetivo de determinar el impacto del programa de S.F.T sobre la adherencia a pacientes con diagnóstico de gastritis simple, se tabulo dichos resultados que se obtuvo luego se analizaron todas las relaciones entre las variables objetivo.

5.2.1. Sobre los pacientes y los tiempos de intervención.

Los pacientes intervenidos fueron en su mayoría mujeres (75%) de edad promedio de 45.4 lo que representa la TABLA N° 1. Sin embargo desde que se aceptó que el agente etiológico principal es el H. pylori existen estudios sobre la infección por este germen. La mayoría de los pacientes infectados tienen cierto grado de gastritis crónica por lo que se puede deducir los datos de la enfermedad analizando los estudios sobre prevalencia de H.pylori.

También se acepta que la infección por H. pylori en pacientes predispuestos genéticamente puede originar esta forma de gastritis crónica atrófica. Así los pacientes con gastritis crónica atrófica y anticuerpos pueden padecer otras enfermedades autoinmunes asociados (tiroiditis, lupus erimatoso sistémico...).

En la tabla N° 01. “se observa la distribución de los pacientes entrevistados según sexo, edad y promedio de tiempo en cada visita”. “Estos resultados confirman la idoneidad de los pacientes en cuanto al grupo etéreo necesario. Con la finalidad de disminuir los problemas relacionados con medicamentos.

Se aprecia que más mujeres que hombres asistieron a la Botica Econofarma del Distrito Nepeña, lo cual muestra una diferencia marcada en cuanto a la participación de mujeres en relación a los hombres. “Por lo tanto, podemos inferir que las mujeres se preocupan más por su enfermedad y que tienen mayor tiempo para asistir a sus citas con el doctor”.

El 45.4% (09 de 12) de las personas que participaron en el estudio SFT fueron de sexo femenino. Esto puede estar asociado al procedimiento de selección del paciente desde el

Establecimiento farmacéutico, lugar al que acuden preferentemente mayor número de mujeres que por su idiosincrasia y socio - cultura se dedican al mantenimiento del hogar o al cuidado de los hijos teniendo más tiempo para visitar los servicios de salud ^{60,61,62}.

Por el contrario, Keijzer “sostiene que los hombres tienen mayores dificultades para pedir ayuda e involucrarse a programas de promoción del auto cuidado de la salud”⁷³. La edad promedio de los pacientes que intervinieron en el estudio fue de 45.4 años (Tabla N° 01).

En la tabla N°02 se presentan los tiempos promedio invertidos en cada una de las visitas durante el proceso de seguimiento. El trabajo más prolijo se realizó durante la primera y segunda visita de intervención, en las cuales se dejó al paciente las recomendaciones acerca de su tratamiento y hábitos de vida saludables que contribuyen a evitar complicaciones en la enfermedad. Se invirtieron en total de 31,73 minutos aproximadamente por paciente en cada visita y en promedio de por todas las visitas realizadas fue de 137,50 minutos que si los multiplicamos por los 12 pacientes intervenidos arrojan un total de 1650,00 minutos de trabajo farmacéutico dedicado al seguimiento farmacoterapéutico.

El tiempo utilizado en los contactos en el establecimiento farmacéutico fue 70. 00 minutos en promedio, este medio fue útil para realizar la captación de los pacientes, si bien es cierto solo se utilizó para captar pacientes para realizar el SFT, debido a que el ambiente en el establecimiento no era cómodo para ganar la confianza del paciente y permita que haya una comunicación fluida y reconfortable, por lo cual se optó por contactar al paciente en su domicilio.

El tiempo utilizado en los contactos en el domicilio fue de 1580.00 minutos en promedio, fue una mejor opción ya que no solo permitía entrar en contacto directo con el paciente, sino que también por ser en domicilio permitía tener una comunicación farmacéutico-paciente más fluida y más cómoda a diferencia del establecimiento farmacéutico que permitió alcanzar el objetivo de identificar signos de reacciones adversas, interacciones, contraindicaciones, mejorar la adherencia, etc. Un estudio publicado en enero del 2005 en la revista International “Journal of Medical Informatics” detalla el potencial interés de los pacientes en sus enfermedades cuando el profesional farmacéutico se toma el tiempo

para escuchar y explicarle sus problemas de salud: “Aumentando la adherencia al tratamiento y la atención en el autocuidado de su salud.

El tiempo usado en las intervenciones por teléfono 0 minutos en promedio, “este medio de contacto entre farmacéutico - paciente fue uno de los medio menos empleados, debido al costo de la llamada. Aunque cabe mencionar que Silva C et al ⁷⁸ “en un estudio para demostrar el impacto de las tecnología de la comunicación concluyeron que las intervenciones telefónicas son efectivas al aumentar el cumplimiento de la medicación”. En la misma línea Rodríguez E. et al ⁷⁹, la atención telefónica está siendo una estrategia útil para la gestión compartida en el seguimiento ambulatorio del paciente crónico, pues está logrando una mayor adherencia al tratamiento, pudiéndose extrapolar a usuarios con otras enfermedades crónicas, tal y como se ha venido probando en otros estudios (Senado J ⁸⁰, Salgueiro R. et al ⁸¹ en 2005). Por lo tanto con una medida tan sencilla y económica como ésta se puede alcanzar un gran rendimiento.

Como fruto del proceso implementado se realizaron 43 visitas Es decir, se visitó a cada paciente 3, 6 veces en promedio en sus domicilios. La última visita sólo tuvo como objetivo el levantamiento de la información después de la intervención. Los minutos invertidos en promedio por paciente fueron 131.67 minutos y el tiempo promedio por contacto fue de 32.24 minutos (Tabla 02) reflejan menos de una hora de trabajo por cada paciente lo que implicó en la práctica un ejercicio complejo por la necesidad de conocer el estado de salud de cada paciente y extraer de su cotidianeidad el tiempo requerido para la intervención educativa. En muchos casos fue necesario reprogramar las visitas por razones de tiempo del paciente. En otros se tuvo que ser exhaustivo en explicaciones para evitar el abandono.

Por lo tanto, como muestra nuestros resultados observamos que la atención farmacéutica se presenta como una alternativa de calidad muy eficaz para conseguir mejorar el resultado de los tratamientos y la asistencia sanitaria. Por ello, deberíamos potenciar esta actividad, no sólo en farmacias comunitarias, si no en todos los ámbitos de actuación del profesional farmacéutico, asimismo se debería tener en cuenta el gasto que asume el farmacéutico (entre otros muchos) en beneficio del paciente y quizá se deba valorar la posibilidad de proporcionar alguna ayuda por parte de la administración que potencie el

desarrollo de esta asistencia sanitaria de calidad, pues el incentivo económico hace referencia a lo que la literatura médica se denomina PAGO POR EL SERVICIO.

5.2.2. Sobre los diagnósticos identificados y los medicamentos utilizados por los pacientes durante el proceso de Seguimiento Fármaco Terapéutico.

El origen de la Morbilidad en el uso de medicamentos se abordó tomando en cuenta el Diagnóstico médico.

Tabla N° 03. Cada paciente reporto sufrir diferentes enfermedades diagnosticadas, en su totalidad la gastritis simple por ser la enfermedad objetivo y criterio de inclusión con un (50%), y la morbilidad sentida sin diagnóstico (25%)”. Las enfermedades diagnosticadas tuvieron una prescripción para el uso de medicamentos, mientras que las no diagnosticadas fueron origen de automedicación.

La estadística de la Gastritis simple en el Perú no es exacta. Se estima que esta afecta al 20%-25% de la población, siendo las tasa más altas de Latino América. Es evidente que por la edad de los pacientes (45 años) las enfermedades prevalentes en la muestra sean enfermedades crónicas. Brundtland et al ⁸². Afirma que a partir de los 30 tantos años las enfermedades crónicas son las más prevalentes.

En la tabla N° 03. Nos indica los diagnósticos de la intervención al inicio, al momento del levantamiento de información y al momento del llenado de la Ficha Farmacoterapéutico. Dentro de los medicamentos prescritos hay un alza en el uso de omeprazol.

El promedio de enfermedades diagnosticadas por cada paciente si bien es mayor que las no diagnosticadas, entonces cada paciente reportara una variedad altamente mayor de lo que son síntomas y signos que se percibirá paralelamente a dicha morbilidad diagnosticada.

Se identificaron 25 enfermedades aproximadamente el 50 % de éstas fueron diagnósticos por médicos respaldados por una prescripción. Los restantes 25 % fueron signos, síntomas, percepciones, malestares, disconformidades u otro similar no diagnosticado que el paciente sentía al momento del levantamiento de la información y que pudo ser el origen de uso automedicados de medicamentos.

Muchas de estas morbilidades que no son diagnosticadas podrían ser consecuentemente un problema de riesgo en la salud que urgentemente necesitara un diagnóstico y un tratamiento adecuado. Normalmente en la mayoría de los casos el paciente está en riesgo de utilizar dichos medicamentos sin alguna prescripción médica para estas enfermedades.

Se ha establecido que cerca del 50% de la población mundial adulta se encuentra colonizado por el H.pylori y que este porcentaje varía de un país a otro.

Según el origen de su uso, los medicamentos fueron considerados como medicamentos prescritos, sustentados con receta, y medicamentos sin prescripción asociados con automedicación (Tabla N°04). Casi 85% de los medicamentos identificados fueron medicamentos prescritos respaldados por una receta prescrita por un médico que le indicaba dichas características de su uso. Actualmente se consideró en la investigación que dichos medicamentos prescritos fueron objetivo específico del Seguimiento Fármaco Terapéutico, es decir se aseguró que los medicamentos que contenía la receta hayan sido prescritos según sus recomendaciones farmacológicas estándares para los pacientes objetivo.

“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”.

Los Problemas Relacionados con Medicamentos es un proceso por el cual ocurren durante el uso de medicamentos, es decir, son fenómenos en la cual van intervenir directamente los que deciden cuanto, cual y como se va administrar el uso del medicamento en un paciente determinado, incluyendo al mismo sujeto y objetivo de la medicación.

Según el origen de su uso, los medicamentos fueron considerados como medicamentos prescritos, sustentados con receta, y medicamentos sin prescripción asociados con automedicación.

Tabla N°04. Casi 85% de los medicamentos identificados fueron medicamentos prescritos respaldados por una receta que indicaba las características de su uso. En la investigación se consideró que los medicamentos prescritos fueron el objetivo específico del SFT. Es decir el trabajo del farmacéutico fue asegurar que se cumplan las indicaciones médicas. No obstante la revisión de la calidad de la prescripción fue un requisito previo del SFT, es decir se aseguró que los medicamentos que contenía la receta hayan sido prescritos según sus recomendaciones farmacológicas estándares para los pacientes objetivo.

Evidentemente los medicamentos más usados fueron aquellos para la gastritis simple. El resto de los medicamentos prescritos estuvieron asociados a enfermedades no diagnosticadas.

Del total de los medicamentos usados por los pacientes el 15.0% ⁽⁵⁾ fueron no prescritos (Tabla N°04 y Gráfico N°01). El origen de uso fueron signos y síntomas percibidos individualmente por el paciente, como sucede en el caso del dolor agudo.

A mayor cantidad de enfermedades generalmente los pacientes suelen consumir más medicamentos y la concomitancia de la medicación se va convirtiendo en un riesgo mucho mayor para la aparición de nuevos PRMs que van asociados con la falta de adherencia, advertencias, interacciones, precauciones, sinergismos negativos, etc.

Un promedio de 4 medicamentos consumidos por cada paciente indica un elevado consumo de medicamentos, sin embargo es un patrón que se ajusta a los perfiles del consumo de los pacientes por la edad 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 dichas tablas se ha incluido los medicamentos que fueron prescritos por facultativo y medicamentos que el paciente usa por recomendación anterior para síntomas similares, por su propia decisión, recomendación de la farmacia u otro. Así como pueden interactuar negativamente con la medicación prescrita de manera apropiada, Este grupo de

medicamentos son los que encierran probablemente la mayor irracionalidad en el consumo.

Los Medicamentos que se consumen diariamente son de mayor responsabilidad por parte de los pacientes y del Químico Farmacéutico que es el responsable de asegurar el uso apropiado del medicamento como la hora indicada, las dosis prescrita. También se debe tener en cuenta las precauciones propias y necesarias a la naturaleza del medicamento y una serie de requisitos que demanda a que el usuario debe cumplir de forma cotidiana y obligatoria.

Se ha reportado en la literatura un promedio de utilización de los medicamentos en pacientes mayores de 60 años. En las áreas metropolitanas la utilización de fármacos es de 2.8 por día, la cual va aumentando de 2 a 5 fármacos por día dependiendo a la cantidad de enfermedades que padezca el paciente y un porcentaje mínimo en población de adulto mayor toma más de 5 medicamentos de forma simultánea (De Toledo et al, 2005); Por lo que se puede considerar que dicha población está expuesta altamente a un elevado riesgo de presentar diferentes interacciones fármaco-fármaco, morbilidad Farmacoterapéutica o efectos adversos. Sin embargo estas se pueden prevenir, en términos generales, no suelen ser detectados oportunamente y por ende, en muchos de los casos no se toman las medidas necesarias para evitarlos; De tal manera se ha reportado que el 13% de los errores detectados en cada paciente ambulatorio son Interacción Fármaco – Fármaco¹¹⁸.

En el gráfico N°01 se muestra los medicamentos agrupados arbitrariamente por grupo terapéutico en cada enfermedad diagnosticada y en las no diagnosticadas se las agrupo en una sola. Del total de medicamentos analizados el 68% fueron para gastritis, 16% fueron medicamentos para las enfermedades sin diagnóstico, un 3% fueron los medicamentos utilizados para hipertensión arterial, un 4% fueron los medicamentos para Flatulencias, 3% medicamentos para estreñimiento, un 3% fueron los medicamentos para lumbalgia y un 3% fueron medicamentos para Insomnio.

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

En la tabla N° 05 se presenta el tipo de intervenciones realizadas por el farmacéutico para solucionar el PRM diagnosticado. La suma total de frecuencias acumuladas de este cuadro refiere al total de PRM identificados, es decir por cada PRM se desarrolló una acción concreta y diferente para resolver el PRMs.

Los PRMs que presentaron los pacientes fueron: incumplimiento 42.9%, error de prescripción 39.3%, administración errónea del medicamento 14.3%, actitudes negativas 3.5%, en el caso del incumplimiento representa un mayor porcentaje debido a que los pacientes se sentían bien de salud y dejaban de tomar el medicamento.

Para resolver este problema lo que se hizo en primer lugar fue concientizar al paciente sobre su enfermedad y las consecuencias que generaría el no consumir sus medicamentos a la hora adecuada tanto como para ella y su familia, después de esto el paciente logro entrar en razón, finalmente se procedió a llamar por teléfono al paciente para hacerle acordar la hora de tomar sus medicamentos.

El incumplimiento a la indicación médica o no adherencia (42.9%), constituyen factores de riesgos críticos hacia el éxito de los tratamientos y con diferente porcentaje uno de los más importantes reportado en diferentes estudios^{106, 107} Gonzales y Basterra ^{16, 107} reportan límites de incumplimientos de hasta el 80%, mientras Sergia ¹⁰⁸ del 22.7%.

Sergia, indica que los factores que influyeron sobre la no adherencia podría ser: el paciente no comprende la indicación del médico. En la presente investigación los factores que influyen sobre el incumplimiento podrían ser: el paciente no entiende lo que está escrito en la receta, el problema económico por parte el paciente en adquirir el medicamento para su tratamiento, la actitud del paciente al tomar su medicamento solo cuando los necesita¹⁰⁸.

Si la información escrita es poco clara o está ausente el paciente puede tomar decisiones erradas que afectarán el éxito de la medicación. En nuestra investigación los errores encontrados asociados con mala prescripción fueron: el paciente no entiende

la receta médica, datos incompletos en la receta médica, se prescriben medicamentos comerciales sin la denominación común internacional (DCI).

En la tabla N° 06 se presentan los resultados generales sobre el género, edad, cantidad de diagnóstico, número de medicamentos, problemas relacionados con medicamentos identificados y números de soluciones para resolver dichos problemas relacionados con medicamentos. Al analizar dichos resultados, se observa que el promedio de diagnósticos en los 12 pacientes fue de 2.67 sin embargo, esto debido a que pacientes tienen 2 enfermedades y los ocho pacientes restantes tienen solo 1 enfermedad.” El promedio de medicamentos del grupo en estudio fue de 2.58 encontrándose en promedio 2.33 problemas relacionados con medicamentos y 1.83 problemas relacionados con medicamentos solucionados por paciente después de la intervención del SFT”.

Es importante recalcar que “los PRM más frecuentes fueron el incumplimiento o la no adherencia al tratamiento farmacológico se debe a muchos factores tales como socioeconómicos y psicológicos, el no adquirir la medicación prescrita, tomar dosis incorrectas, o en intervalos incorrectos, olvidar de tomar una o más dosis e incluso, interrumpir el tratamiento antes de tiempo, acción que la mayoría de las veces que interfieren grandemente y no se les da la importancia que realmente ameritan”.

5.2.4 sobre el impacto de la intervención sobre la adherencia

En la tabla N° 07, se obtuvo un resultado de $p=0.008$ teniendo un impacto positivo y significativo. La adherencia al tratamiento farmacológico en la investigación fue valorada por el Test de Morinsky Green Levine, el cual, es una de las seis herramientas validadas internacionalmente más comúnmente usada para la gastritis, el cual fue aplicado durante proceso del seguimiento farmacoterapéutico en la primera entrevista o levantamiento de información y última visita domiciliaria.

Para mejorar el nivel de adherencia al tratamiento luego de la intervención, entonces significa que existe un 0.8% de probabilidades que otro factor esté implicado en este cambio, es decir que el 99.2% de probabilidades de que el cambio se debe exclusivamente al seguimiento farmacoterapéutico mediante la intervención del farmacéutico (tabla N° 7).

Los resultados de la investigación nos permiten constatar

Las acciones realizadas estuvieron básicamente orientadas a reforzar o educar al paciente en la aplicación de las medidas no farmacológicas (70,8%) o en todo caso en la manera adecuada de tomar el medicamento y disminuir el incumplimiento.

La forma como se comunican las decisiones a los pacientes depende del contexto y de otros factores, probablemente de índole socio cultural, tales como el nivel intelectual del paciente o el entorno social donde se desarrolla. Por lo tanto es posible encontrar resultados disímiles en distintas investigaciones. Por ejemplo Sergia G¹⁰⁸ reporta que la vía de comunicación que se utilizó para resolver los PRMs de los pacientes con Gastritis fue la vía verbal farmacéutico - paciente en un 31.81% principalmente, siendo un resultado menor al encontrado en nuestro estudio, en el cual se encontró un 97,6% de la vía de comunicación escrita farmacéutico - paciente. En dicho estudio refiere también que la vía de comunicación verbal farmacéutico-paciente- médico representó el 68,2%, representando resultados disímiles a nuestra investigación con un 2,4%.

En la Tabla N°08 y el gráfico N°02 se observan el resultado de la intervención farmacéutica de acuerdo a su aceptación y la solución consecuente de los problemas, si bien todas las recomendaciones fueron aceptadas y puestas a la práctica, en el caso el resultado fue el esperado con una alta adherencia de (41,7%) y por lo tanto los PRMs asociados fueron resueltos dejando a los pacientes en satisfacción.

Para este análisis se evaluó las respuestas del paciente a cada una de las preguntas del test de Morisky en la que se consideró a los pacientes como incumplidores si respondían positivamente o si a todas las preguntas del test y completamente cumplidores si sus respuestas eran negativas. Entre ambos extremos se consideró un paciente muy incumplidor (con 2 o 3 respuestas positivas) o poco incumplidor (con 1 respuesta positiva).

Los RNMs a los que pudo quedar expuesto el paciente fueron problemas de salud por causa de que el paciente no consume medicamentos que necesita (4 pacientes de 12,16,7% de los RNMs) y problemas de salud por causa de que el paciente toma medicamentos que no necesita (5 pacientes de 12,18% de los RNMs).

Los RNMs estaban referidos a que el paciente no recibe lo que necesita y a la vez toma medicamentos que no necesita. Esto nos permite reflexionar sobre las estrategias de la intervención y tal vez sea necesario dejar documentos impresos y tener mayor comunicación con los familiares del paciente a fin de fortalecer la educación sobre la administración de medicamentos. (Ver ANEXO 05).

En la tabla N°09 Indica que 8 de las 8 preguntas los pacientes demostraron un cambio significativo de actitud, es decir el resultado de la prueba del test de Mcnemar para datos no paramétricos, indica que el error está por debajo del 5% o “p” es menor que 0.05 para afirmar que los pacientes significativamente optaron por conductas favorables a la adherencia”.

Así también “los determinantes del incumplimiento terapéutico en pacientes con gastritis, es decir, cuando el paciente toma más de 3 medicamentos en su esquema de tratamiento”.

El factor de incumplimiento es probable que determine parte de los resultados no significativos en la mejora de adherencia en nuestros pacientes. “En un estudio realizado por Flor Álvarez de Toledo ⁹⁰ se encontró en España que el 25% de los pacientes refieren que el olvido en la toma de la medicación es la causa más frecuente de su incumplimiento”.

Según el gráfico N° 02 “Se presenta un análisis menos radical del que sugiere el Test de Morisky”. “Es decir, se analiza el grado de incumplimiento de los pacientes de acuerdo a la cantidad de respuestas afirmativas en las 8 preguntas”. Consideramos que los pacientes pueden tener baja adherencia, mediana adherencia o alta adherencia, si responden positivamente o negativamente a las preguntas respectivamente. “Se muestra en este grafico que los pacientes con baja adherencia pasan de 8 a 5 con mediana adherencia pasa de 2 a 7 y con alta adherencia pasan de 2 a 0 respectivamente”.

El test de Morisky “sugiere no medir el cambio de los pacientes con comportamientos intermedios entre cumplidores e incumplidores, pero del análisis se muestra que existe un cambio hacia actitudes que favorecen el cumplimiento que podría ser significativo si se continúa el proceso de educación a los pacientes.

Se muestra el efecto del SFT sobre los resultados de aceptación, descripción de la solución y canal de comunicación de la intervención del programa de SFT del presente estudio, en el cual se encontró un 83,3% de aceptación y solución. Arias J y Santamaría J. ¹¹¹ en su intervención farmacéutica de SFT empleó la vía de comunicación farmacéutico - paciente o farmacéutico – paciente – médico, encontrando que en un 76 % las intervenciones fueron aceptadas y propiciaron una resolución favorable del problema de salud, representando un resultado similar al nuestro. La principal vía de comunicación utilizada tanto con el paciente como con el médico ha sido la escrita (72 %).

Estos resultados difieren a los resultados por Sergia G. ¹⁰⁸ quien reporta que la vía de comunicación que se utilizó para resolver los PRMs de los pacientes con Gastritis simple fue la vía verbal farmacéutico - paciente en un 16.67% principalmente, siendo un resultado menor al encontrado en nuestro estudio, en el cual se encontró un 83.33% de la vía de comunicación escrita farmacéutico - paciente. En dicho estudio refiere también que la vía de comunicación verbal farmacéutico – paciente – médico representó el 68,2%, representando resultados a nuestra investigación que fue 16,6%.

VI. CONCLUSIONES

6.1. Conclusiones:

6.1.1. Los pacientes que fueron intervenidos se diagnosticaron PRMs y en consecuencia estuvieron en riesgo de sufrir resultados negativos asociados a la medicación.

6.1.2. Las estrategias desarrolladas para la solución de problemas relacionados con medicamentos fueron aceptadas y se solucionaron la mayoría de los problemas relacionados con medicamentos diagnosticados.

6.1.3. El Seguimiento Fármaco Terapéutico tuvo un impacto significativo ($p < 0.05$) sobre la adherencia al tratamiento de los pacientes con gastritis (simple) intervenidos.

6.2. ASPECTOS COMPLEMENTARIOS

6.2.1. Recomendaciones:

6.2.1.1 Se deben incluir el SFT aun después de terminado Este proyecto mejorando así el nivel de adherencia de los pacientes con Gastritis (simple).

6.2.1.2 Se debería elaborar material educativo para pacientes que padecen de gastritis (simple). Debiendo ser entregado en la primera visita por el estudiante responsable quien desarrolla la intervención farmacéutica.

6.2.1.3. Otro punto importante es desarrollar talleres de orientación sobre el uso racional de medicamentos para que los pacientes conozcan sobre la forma correcta de su administración mediante su orden médica, en fundamento a una cuestión de salud educadamente identificada en este caso la gastritis (simple).

6.2.1.4 Se debería desarrollar charlas sobre el uso racional de medicamentos para que el paciente utilice correctamente solo los medicamentos por prescripción médica, en base a un problema de salud correctamente diagnosticado.

6.2.1.5 Que la Digemid publique normas estandarizadas para la ejecución del SFT por niveles de atención.

6.2.1.6 Realizar más estudios similares al presente con otro tipo de enfermedades agudas, para justificar la presencia de un profesional Químico Farmacéutico en hospitales u otros ambientes sanitarios.

6.2.1.7 Se brindó una mejor calidad de servicio a los pacientes, a través de los programas de desarrollo de SFT y la adherencia al tratamiento mejorando la calidad de vida de cada paciente.

6.2.2 Limitaciones:

- La falta de experiencia de un programa de SFT, lo cual se nos suscitó algunas pequeñas dificultades como la organización del tiempo, pero es un punto que se tiene que poner en práctica para que cada vez sea mucho mejor.
- La Falta de confianza de la población en general o de cada paciente, la percepción que tienen la mayoría de ellos frente a las actividades del profesional QF es bastante negativa, la cual puede ser debido a la falta de inserción del QF al equipo de la salud que conlleva a que cada paciente pueda sentir algún recelo al incorporarse a este estándar de planificación de intersección farmacéutica.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FAUS, M.J. Pharmaceutical Care as a response to social need. *Ars Pharmaceutica*, 41: 1; 137-143, 2000.
2. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Pharm Care Esp.* 1999; 1: 35-47.
3. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp. Pharm.* 1990; 47:533–543.
4. Frank R, Grizzle J. Drug-Related Morbidity and Mortality: Updating the Cost-of-Illness Model. *J Am Pharm Assoc.* 2001; 41(2) © 2001 American Pharmacists Association.
5. PJ McDonnell and MR Jacobs. Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions. *The Annals of Pharmacotherapy*: Vol. 36, No. 9, pp. 1331- 1336. DOI 10.1345/aph.1A333.
6. Manasse HR Jr. Medication use in an imperfect world: drug misadventuring as an issue of public policy, Part 1. *American Journal of Hospital Pharmacy.* 1989 May; 46 (5): 929-44.
7. Johson A. Bootman L. Drug-Related Morbidity and Mortality: A Cost-of-Illness Model. *Journal of Managed Care Pharmacy.* Vol 2, No.1 jan I Feb 1996.
8. 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
9. Andrés Rodríguez. Atención farmacéutica en Farmacia Comunitaria: ¿Es ya realidad o todavía un proyecto de futuro? Discurso de ingreso como académico de número. Academia de Farmacia de Galicia. España. Santiago de Compostela, 2006.
10. Régulo Agustí C. Epidemiología de gastritis en el Perú. *Acta Médica Peruana.* Lima. Mayo - Agosto. 2006; 23(2):71-75.
11. Faus D, M.J. Programa DÁDER. *Pharmaceutical Care España.* 2000; 2:73-74.
12. Study Commission on Pharmacy & American Association of Colleges of Pharmacy. (1975). *Pharmacists for the future: The report of the Study Commission Pharmacy: commissioned by the American Association of Colleges of Pharmacy.* Ann Arbor: Health Administration Press.

13. Silva - Castro MM, TuneuiValls I, Faus MJ. Revisión sistemática sobre la implantación y la evaluación del Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes hospitalizados. *Farm Hosp*.2010; 34 (3):106–124. Documento descargado de <http://www.elsevier.es> el 21/05/2010
14. Desselle S. Schwartz M. Rappaport HM. The Identification of Pharmaceutical Care Practice Standards in the Community Pharmacy Setting. *Journal of Pharmaceutical Care*, published by the School of Pharmacy of Northeast Louisiana University at Monroe LA. Volume 1, Article 3. February 1997.
15. Garnet WR, Davis LJ, Mckenney JM, Steiner KC. Effect of telephone follow-up on medication compliance. *Am J Hosp Pharm* 1981; 38: 676-679.
16. Gil V. Pineda M. Martínez JL. Belda J. Santos MA y Merino J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento terapéutico en gastritis. *Med Clin (Barc)* 1994; 102: 532-536.
17. Gamarra Roque, Henry Luis - Roque Henríquez, Rudy Valeri. Implantación de un programa de Atención Farmacéutica 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.
18. Ayala KL, Condezo MK. Juarez EJ. Impacto del Seguimiento Farmacoterapéutico. UNMSM. *Ciencia e Investigación* 2010; 13 (2): 77 - 80. Disponible:http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ciencia/v13_n2/pdf/a05v13n2.pdf. El 17/07/13.
19. 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 <http://www.minsa.gob.pe> el 19/08/2014.
20. 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.
21. 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.

22. Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Atención Farmacéutica en el Perú (1). Boletín Centro de Atención Farmacéutica - Año 1 Número 1 Enero – Febrero 2008. tomado desde: www.digemid.minsa.gob.pe el 28 de Julio de 2012.
23. Álvarez - Risco A, Zegarra-Arellano E, Solís - Tarazona Z, Mejía-Acosta N, Matos-Valerio E. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud del Perú. Boletín (Cent. Aten. Farm.). Año 5 - Número 3 – Mayo - Junio 2012. ISSN 2221-4259.
24. Sabater D, Fernandez-Llimos F, Parras M, Faus MJ. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3(2): 90-97.
25. Silva L. Revisión sistemática sobre la implantación y la evaluación del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hospitalizados. Farm Hosp.2010; 34(3):106–124. Documento descargado de <http://www.elsevier.es> el 21/05/2010.
26. Desselle S. Schwartz M. Rappaport HM. The Identification of Pharmaceutical Care Practice Standards in the Community Pharmacy Setting. Journal of Pharmaceutical Care, published by the School of Pharmacy of Northeast Louisiana University at Monroe LA. Volumen 1, Article 3. February 1997.
27. Armando P, Semería N, Tenllado M, Sola N. Seguimiento farmacoterapéutico de pacientes en farmacias comunitarias. Aten Primaria. 2005; 36:129-34. - vol.36 núm 03.
28. Rodríguez Chamorro MA, Rodríguez Chamorro A, García Jiménez E. Conocimiento y satisfacción por el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes incluidos en el programa Dáder en dos farmacias rurales. SeguimFarmacoter 2004; 2(2): 286-290.
29. Fontana RD, Soláthurry N. Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes pediátricos hospitalizados: adaptación de la metodología Dáder. Arán ediciones 2003, s. 1. farmacia hospitalaria. Farm hosp (Madrid) Vol. 27. N.º 2, pp. 78-83, 2003.
30. Garnet WR, Davis LJ, Mckenney JM, Steiner KC. Effect of telephone follow-up on medication compliance. Am J Hosp Pharm 1981; 38: 676-679.
31. Simkins CV, Wenzloff NL. Evaluation of a computerized reminder system in the enhancement of patient medication refill compliance. IntellClin Pharm 1986; 20:799-802.

32. Faulkner MA, Wadibia EC, Lucas BD, Hilleman DE. Impact of pharmacy counseling on compliance and effectiveness of combination lipid-lowering therapy in patients undergoing coronary artery revascularization: a randomized, controlled trial. *Pharmacotherapy* 2000; 20:410-416.
33. Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular (EMDADER-CV-INCUMPLIMIENTO) Tesis doctoral. Universidad de Granada. Facultad de Farmacia. Programa de Doctorado de Farmacia Asistencial. Granada España, Diciembre de 2008.
34. Fulmer TT, Feldman PH, Kim TS, Carty B, Beers M, Molina M, Putnam M. An intervention study to enhance medication compliance in community-dwelling elderly individuals. *J GerontolNurs* 1999 Aug; 25(8): 6-14.
35. Gil V. Pineda M. Martínez JL. Belda J. Santos MA y Merino J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento terapéutico en la hipertensión. *Med Clin (Barc)* 1994; 102: 532-536.
36. Gamarra Roque, Henry Luis - Roque Henríquez, Rudy Valeri. Implantación de un programa de atención farmacéutica a pacientes hipertensos en la Farmacia Comunitaria "Omar" en el distrito de Carmen de la Legua Reynoso. Tesis para optar el título profesional de Químico Farmacéutico. UNMSM. Lima Perú 2002. Tomado desde: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2002/gamarra_rh/pdf/gamarra_rh-TH.8.pdf el 10/04/2013.
37. Machuca M. Comunicación farmacéutico-paciente-médico. En: Curso de postgrado de introducción práctica a la Atención Farmacéutica. Barcelona: Universidad de Granada; 2001.
38. Ocampo Rujel P. A. Impacto de un programa de atención farmacéutica sobre el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes con gastritis. In *crescendo* 1(2) 2010. Tomado desde: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S222230612010000200006&script=sci_abstract. El 02/03/20013.
39. 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: <http://ftp2.minsa.gob.pe/destacados/archivos/65/RM1240-2004.pdf> el 19/08/2014

40. 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.
41. Presidencia de la república. Aprueban reglamento de establecimientos farmacéuticos, Decreto Supremo N°014-2011-SA. El peruano. Lima 27 de Julio de 2011.
42. 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.
43. Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Atención Farmacéutica en el Perú (1). Boletín Centro de Atención Farmacéutica - Año 1 Número 1 Enero – Febrero 2008. tomado desde: www.digemid.minsa.gob.pe, el 28 de Julio de 2012.
44. Álvarez-Risco A, Zegarra-Arellano E, Solis-Tarazona Z, Mejía-Acosta N, Matos-Valerio E. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud del Perú. Boletín (Cent. Aten. Farm.). Año 5 - Número 3 - Mayo Junio 2012. ISSN 2221-4259.
45. Ministerio de salud. Direccion General de Comunicaciones. Campaña de Prevención de gastritis. 2010. [citado el 15 de 2016] Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/ESPECIALES/2010/iras/Archivos/matinfo/PC_IrasNeumoniaAbril2010.pdf
46. Rincon Adriana, Goncalves Edith, Andrade Beatriz. Atención farmacéutica comunitaria y su impacto en la percepción sobre el profesional farmacéutico en 03 Parroquias del municipio Libertador del estado Mérida. INHRR [Internet]. 2012 Dic [citado 2016 Mar 04]; 43(2): 20-26. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04772012000200004&lng=es.
47. García-Delgado A, Machuca M, Murillo MD, de la Matta MJ, Martín MJ... Percepción de la labor asistencial del farmacéutico comunitario por los pacientes incluidos en un programa de seguimiento farmacoterapéutico. Seguir Farmacoter 2003; 1(2): 38-42.
48. Rodriguez Chamorro MA, Rodriguez Chamorro A, García Jiménez E. Conocimiento y satisfacción por el seguimiento farmacoterapéutico de los

- pacientes incluidos en el programa Dáder en dos farmacias rurales. *Seguim Farmacoter*2004; 2(2): 286-290.
49. Sindicato Médico del Uruguay. El valor del medicamento: realidades y esperanzas de futuro. Mayo 2005. *El Diario Médico* N°65. Mayo de 2005. Tomado desde: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/eldiariomedico/n65/pag15.pdf>. El 28/08/2012.
 50. Fernández -Llimós F, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Martínez Martínez F. Evolución del concepto de problemas relacionados con medicamentos: resultados como el centro del nuevo paradigma. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(4): 167-188.
 51. Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *ArsPharm* 2007; 48 (1): 5-17.
 52. Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug-related problems: their structure and function. *Drug IntellClin Pharm* 1990; 24:7-1093.
 53. Blasco P, Mariño EL, Aznar MT, Pol E, Alós M, Castells M et al. Desarrollo de un método observacional prospectivo de estudio de errores de Medicación para su aplicación en hospitales. *FarmHosp* 2001; 25:253-273.
 54. Álvarez de Toledo F, Arcos González P, Eyaralar RT y et al. Atención farmacéutica en personas que han sufrido episodios coronarios agudos (Estudio TOMCOR). *Revista Española de Salud Pública*, julio-agosto, año/vol. 75, número 004. Ministerio de Sanidad y Consumo de España Madrid, España pp. 375-388.
 55. Gaspar Carreño M. Seguimiento de la Intervención Farmacéutica en un hospital dedicado a la cirugía ortopédica traumatológica tras el establecimiento e implantación de un programa de atención farmacéutica. TESIS DOCTORAL. Universidad CEU Cardenal-Herrera Facultad de Farmacia. Departamento de Fisiología, Farmacología y Toxicología. Valencia España 2011.
 56. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. PRM y RNM Conceptos. Portal Farma.com Organización Farmacéutica Colegial. FARMACÉUTICOS N. ° 315 - Octubre 2006. Tomado desde: http://www.portalfarma.com/inicio/atencionfarmaceutica/forodeattfarma/Documents/28_29_Atencion_farma.pdf. Tomado el 14/07/2012.
 57. Hall-Ramírez V. Atención farmacéutica. Seguimiento del tratamiento farmacológico. Universidad de Costa Rica. Centro Nacional de Información de Medicamentos. Enero de 2003.

58. Culbertson, V.L., Larson, R.A., Cady, P.S., Kale, M., Force, R.W., "A conceptual framework for defining pharmaceutical diagnosis," Am. J.Pharm. Educ., 61, 12-18(1997). Tomado desde: <http://archive.ajpe.org/legacy/pdfs/aj610112.pdf>. El 20/08/2014
59. Hurley SC. A Method of Documenting Pharmaceutical Care Utilizing Pharmaceutical Diagnosis. American Journal of Pharmaceutical Education Vol. 62, Summer 1998.
60. Ferriols R. Valoración de la Atención Farmacéutica en los problemas relacionados con los medicamentos. Presentado en XLIV Congreso Nacional SEFH. Septiembre 1999. Pamplona.
61. Calvo MV, Alós M, Giraldez J. Grupo de Trabajo Atención Farmacéutica. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Bases de la Atención Farmacéutica en Farmacia Hospitalaria. FarmHosp 2006; 30:120-3.
62. Sabater Hernández D, Silva Castro MM, FausDáder MJ. Método Dáder. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. Tercera edición, 2007.
63. Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Manual de Buenas Prácticas de Prescripción. 2005. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. — Lima. Disponible desde: <http://www.minsa.gob.pe/infodigemid>
64. Osterberg L. Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med 2005; 353:487-97. Downloaded from www.nejm.org on November 18, 2009.
65. Libertad MA. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública 2004; 30(4). Tomado de http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu08404.htm El 18/07/2013.
66. Márquez E. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico en la gastritis simple mellgastritis simples. Centro de Salud la Orden, Huelva, España. En <http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/c053/marquez.PDF>. Tomado el 06/02/13
67. Martínez-Romero F, Fernández-Llimós F, Gastelurrutia MA, Parra SM, Faus MJ. Programa Dáder de Seguimiento del Tratamiento Farmacológico. Resultados de la fase piloto. Ars Pharmaceutical, 42:1; 53-65, 2001.
68. 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.
69. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de España. Consenso sobre Atención Farmacéutica. *ArsPharmaceutica*, 42:3-4; 221-241, 2001. Tomado desde: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/28257/1/Ars%20Pharm.2001%3b42%281-2%2953-65.pdf>
 70. Comité de Consenso: Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM). *ArsPharmaceutica*, 43:3-4; 179-187, 2002.
 71. Gonzales G. Fundamentos de Atención Farmacéutica Cap. 11. Pontificia Universidad Católica de Chile. Tomado desde: http://cursos.puc.cl/unimit_qim_0021/almacen/1220552779_ggonzale_sec4_pos0.pdf. El 16/08/2012.
 72. Martínez Sánchez AM. 2000. El concepto atención farmacéutica. Sus influencias gnoseológicas en el contexto de la profesión. *Revista del Centro de Investigación. Universidad La Salle*, enero, año/vol. 4, número 014 Universidad La Salle Distrito Federal, México. pp. 83-85.
 73. Van Mil J.W.F. *Pharmaceutical Care, the Future of Pharmacy. Theory, research and practice*. Dissertation. Druk: Drukkerij De Volharding, Groningen. J.W.F. van Mil, Zuidlaren, 1999. Gezetroit Monotype Spectrum (J. v. Krimpen/S.L. Hartz). ISBN: 90-9013367-4.
 74. World Health Organization. Europe: Pharmacy-Based Hypertension Management Model: Protocol and Guidelines. A joint CINDI/EuroPharm Forum project 2005. EUR/04/5049481. ISBN WHOLIS: E85730.
 75. Iñesta GA. Atención Farmacéutica, Estudios Sobre Uso De Medicamentos Y Otros. *RevEsp Salud Pública* 2001; 75: 285-290 N. ° 4 - Julio-Agosto 2001.
 76. Espejo J. Fernández-Llimós F, Machuca M. Faus MJ. Problemas relacionados con medicamentos: Definición y propuesta de inclusión en la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) de la Wonca. *PharmaceuticalCare España* 2002; 4: 122-127.
 77. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. Seguimiento farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). *PharmacyPractice* 2006; 4(1): 44-53.

78. Machuca GM. Atención Farmacéutica, seguimiento fármaco terapéutico, Pharmaceuticalcare: es lo mismo? Farmacoterapia Social. España 2006. Disponible desde: www.farmacoterapiasocial.es/local/capgastritis_simplelo1.pdf
79. Según Martí y et al. An initiation in Dáder methodology in the pharmacotherapeutic monitoring in a community pharmac. *Ars Pharmaceutica*, 44:3; 225-237, 2003.
80. García-Delgado A, Machuca M, Murillo MD, de la Matta MJ, Martín MJ... Percepción de la labor asistencial del farmacéutico comunitario por los pacientes incluidos en un programa de seguimiento farmacoterapéutico. *Seguim Farmacoter* 2003; 1(2): 38-42.
81. Singhal PK. Gupchup GV. Raisch DW. Schommer JC. Holdsworth MT. Impact of Pharmacists' Directive Guidance Behaviors on Patient Satisfaction. *Journal of the American Pharmaceutical Association*. Volume 42, Number 3 / May-June 2002. 407 – 412.
82. Sen S, Thomas III J. Assessment of a Patient-based Pharmaceutical Care Scale. *Am J Health-Syst Pharm* 57(17):1592-1598, 2000. © 2000 American Society of Health-System Pharmacists.
83. Ferrer – López I. Efectividad de la indicación farmacéutica en farmacia comunitaria según la percepción de los pacientes. Universidad de Granada. Facultad de Farmacia. Febrero 2007. Tesis doctoral. Ed. de la Universidad de Granada. ISBN: 978-84-338-4262-6.
84. Larson LN. Rovers JP. MacKeigan LD. Patient Satisfaction with Pharmaceutical Care: Update of a Validated Instrument. *J Am Pharm Assoc*. 2002; 42:44–50.
85. Puumalainen I. Development of instruments to measure the quality of patient counselling. Kuopio University Publications A. Noriega. Helsinki. *Pharmaceutical Sciences* 83. 2005. 85 p. ISBN 951-27-0053-0 (PDF).
86. Armando PD. Martínez Pérez SR. Martí PM. Solá Uthurry NH. Faus Dáder MJ. Development and validation of a Spanish language patient satisfaction questionnaire with drug dispensing. *Pharmacy World & Science*. Editor Springer Netherlands. Sept. 2007. ISSN 0928-1231 (Print) 1573-739X (Online).
87. **Gupchup GV. Wolfgang AP. Thomas J3rd**. Development of a scale to measure directive guidance by pharmacists. Harvey Whitney Books Company. *The Annals of Pharmacotherapy*. 1996. Vol. 30, No. 12, pp. 1369-1375.

88. Lopez A. Global Burden of Disease and Risk Factors: Oxford University Press and the World Bank. 2006.
89. Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Epidemiología- Análisis de Sgastritis simpleación de Salud del Perú. Septiembre 2013. Pág.129-130.
90. Louie J, H. J. Characterization of viral agents causing acute respiratory infection in a San Francisco University Medical Center Clinic during the influenza season. . ClinicInfectDis 2005; 41:822-8.
91. NELSON, W. et al. Tratado de gastritis. 15 Edición. Washington D.C. Mc-Graw-Hill, Interamericana. 1997.
92. Lorena Cifuentes Aguila. Infecciones respiratorias agudas en pediatría ambulatoria. [Serie en internet].09/04/1999. [Citada 2014 diciembre 15]. [Alrededor de 11 pantallas]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/infecrespag.html>
93. Rev Cubana Farm 2002, Manejo De Las Infecciones Respiratorias Agudas; 36(2):138-40 disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/far/vol36_2_02/far10202.pdf
94. Fajardo PC, Baena MI, Alcaide Andrade J, Martínez Olmos J, Faus MJ, Martínez-Martínez F. Adaptación del Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico al nivel asistencial de atención primaria. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3(3): 158-164.
95. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013. [página de internet]. Tomado desde: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Declaracion_Helsinki_Brasil.pdf
96. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013. [página de internet]. Tomado desde: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Declaracion_Helsinki_Brasil.pdf
97. Conceptos generales de enfermedades infecciosas y de los agentes patógenos. Con más prevalencia en pacientes ambulatorios. Tomado desde:http://www.danival.org/600%20microbio/5000micro_dvf/micro_dvf_11.html. Revisado el 25/07/2013
98. Hospital Nacional Hipólito Unanue. Estadística de Morbi-mortalidad del 2000. Lima - Perú: 2000. Pág. 18 – 19

99. Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Boletín epidemiológico. Lima. 2015. Tomado desde: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2015/09.pdf>
100. Guillermo Figueroa Gronemeyer. INTA. Universidad de Chile. Enfermedades infecciosas producidas por alimentos. Nutrición 21 - Octubre 2010. Tomado desde: <http://www.uchile.cl/noticias/66582/g-figueroa-infecciones-alimentarias-un-problema-de-salud-publica>. Revisado el 25/07/2013.

- 118 OMS. OPS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 2004. [Citado 2014 Sep. 07]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=
- 119 Orellana E. Seguimiento farmacoterapéutico a pacientes ancianos hospitalizados en una unidad geriátrica de agudos. 2007. Universidad De Chile. Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéutica. Santiago - Chile. Disponible: http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2007/orellana_s2/sources/orellana_s2.pdf
- 120 Duran I, Martinez F. Faus J. Problemas relacionados con medicamentos resueltos en una Farmacia Comunitaria. Pharmaceutical Care España – 11. Trabajo de investigación (2013). Citado en Setiembre del 2014. Disponible en: <http://www.ugr.es/~cts131/documentos/DOC0004.PDF>
- 121 Campos N, Bica K, Calleja A, Faus M. Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Infanta Margarita. Farmacia Hospitalaria. Madrid. 2004. Vol. 28. Pp: 251 - 257. [Citado 2014 Sep. 11]. Disponible en: http://www.sefh.es/fh/22_4.pdf
- 122 Ferrer, I. Efectividad de la indicación farmacéutica en farmacia comunitaria según la percepción de los pacientes. España. 2007
- 123 Lyra, D. Amaral R. Palma J. Pelá I. Satisfacción como resultado de un programa de atención farmacéutica para pacientes ancianos. Brasil. 2005; 3(1). Pág. 30-42.
- 124 Simpson S. Johnson J. Biggs C. Practice-Based Research: Lessons from Community Pharmacist Participants. Pharmacotherapy 2001; 21: 731-9.
- 125 Muñoz A. Efecto Del Método Dáder De Seguimiento Farmacoterapéutico En El Riesgo Cardiovascular De Pacientes Ambulatorios (Emdader-Cv). Tesis Doctoral. Universidad de Granada. Facultad de Farmacia. Ed. ERGON y Universidad de Granada. ISBN: 978-84-8473-689-9. D.L: M-34416-2008. España 2008.
- 126 DIRESA, plan estratégico de salud. *Resolución Gerencial N° 1283-2008-GR-LL-GGR/GRS, de fecha 28 de Octubre del 2008.*
- 127 Perú, Ministerio de Salud. Oficina de Estadísticas e Informática de la Dirección Regional de Salud Anchas. Sistema de información en Salud (HIS). Consulta externa 2001-2002. Reporte de morbilidad. Unidad Territorial de Salud Chimbote: Ministerio de Salud;2002
- 128 Perú, Grupo de Estudio Técnico Ambiental (GESTA) Aire, Zona de Chimbote, Inventario de fuentes fijas y móviles; 2002.
- 129 Martín Regueiro, Nicolás Mendy, Martín Cañas, Hugo Osvaldo Farina, Pablo

101. Guillermo Figueroa Gronemeyer. INTA. Universidad de Chile. Enfermedades infecciosas producidas por alimentos. Nutrición 21 - Octubre 2010. Tomado desde:<http://www.uchile.cl/noticias/66582/g-figueroa-infecciones-alimentarias-un-problema-de-salud-publica>. Revisado el 25/07/2013.
102. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Boletín Epidemiológico. Periódico. Infecciones Respiratorias Agudas. Buenos Aires. 2009. Tomado desde: http://www.msal.gov.ar/sala_de_gastritis_simple.
103. Delgado Sánchez A. Salud y género en las consultas de atención primaria. Aten Primaria 2001; 27: 75-78.
104. Organización Mundial de la Salud. Ministerio de Salud Del Perú. Infecciones Respiratorias Agudas en el Perú. 2014. Tomado desde: <http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2014/PDF/iras.pdf>
105. Cabiedes L, Eyaralar T, Arcos P, Álvarez F, Álvarez G. Evaluación económica de la atención farmacéutica (AF) en oficinas de farmacia comunitarias (Proyecto Tomcor). Rev. Esp. Econ. Salud 2002; 1(4):45-59. Disponible en: http://www.economiadelasalud.com/Ediciones/04/pdf/04_Originales.pdf El: 21/07/2013
106. León Mino. 1990. La calidad prescriptiva en atención primaria. Salud Pública de México, 32, pp. 181-191
107. Márquez Contreras E, Casado Martínez J, Márquez Cabeza JJ. Estrategias Para mejorar el cumplimiento. F MC 2001; 8: 558-573

108. Machuca G. Influencia de la intervención farmacéutica en el cumplimiento de los tratamientos con antibióticos. Tesis doctoral. Sevilla 2000. 108 Disponible en: <http://www.farmacoterapiasocial.es/ftsv2/publicaciones/116> El 21/08/2014
109. Velasco Valda GS. Seguimiento farmacoterapéutico ambulatorio en pacientes hipertensos de la Caja de Salud de Caminos y R. A. -Oruro. BIOFARBO [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2014 Sep. 23]; 16(1): 72-7

VIII. ANEXOS

Anexo N° 1. Solicitud de permiso dirigido al puesto de salud farmacéutico.

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

Chimbote, 03 de Junio de 2015

Señora
QF. Cinthya Arbiño Amoroto
Botica Econo Farma
Pte.

Asunto: Facilidades para realizar una investigación sobre
Seguimiento Farmacoterapéutico

De mi especial consideración

Me dirijo a Usted de manera cordial para solicitarle por su intermedio las facilidades para que el Alumno, **Yaselin Chauca Martinez, Cod N° 0108121021**, pueda desarrollar actividades de Seguimiento Farmacoterapéutico como parte de un proyecto de investigación que tiene por objetivo evaluar la utilidad de este servicio en la prevención, detección e intervención de problemas relacionados con medicamentos que pueden sufrir los pacientes que se atienden en el Servicio Farmacéutico que Usted dirige.

El desarrollo del trabajo demanda la captación post dispensación de 12 pacientes diagnosticados y con prescripción facultativa de medicamentos para el tratamiento de gastritis. El citado profesional desarrollará las actividades iniciales de captación dentro del establecimiento farmacéutico ofreciendo el servicio a los pacientes que cumplan los criterios de inclusión y recogiendo información a través de fichas farmacoterapéuticas. El progreso de la intervención será a través de contactos a través de visitas domiciliarias, citas en la farmacia o contactos telefónicos para levantar información y medir los resultados.

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

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

Atentamente

Cinthya Sarita A. Amoroto
Químico Farmacéutico
C.Q.F.P. N° 14841

Boticas ECONOFARMA
R.U.C. 10181828947

Teléfono de Contacto

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
LOS ÁNGELES CHIMBOTE**

Vic. Rector Champo Huel

Av. José Pardo N° 4095 - Chimbote - Perú
Teléfono: (043) 351233

Anexo 2. Hoja de consentimiento informado.

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO FICHA PARA EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE. Programa de Atención
Chimbote 2012

Declaración del paciente:

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

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

COD° _____

DIRECCION: _____

TELEFONO: _____

FIRMA: _____

DNI: _____

FECHA: ____ / ____ / ____

FECHA DE PRIMERA VISITA: ____ / ____ / ____

Anexo N° 5. FFT. Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes.

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

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

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

1.9.- ANTECEDENTES FAMILIARES DE MORBILIDAD:

ENFERMEDAD	MADRE	PADRE	HERMANOS	OTROS
HIPERTENSIÓN				
DIABETES				
COLESTEROL				
OTRA:				

Observaciones:

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

1.10.- HABITOS DE VIDA:

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

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

COD INTERV:

Anexo N° 06. FFT. Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes.

FICHA 02. HOJA DE INFORMACION FARMACOTERAPÉUTICA. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF "MUNDIAL"

PACIENTE COD. N°:

FECHA:

NOMBRE:

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

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

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

Anexo N° 07. FFT. Registro de los medicamentos que el paciente mantiene en su botiquín.

2.2. MEDICAMENTOS QUE TIENE, NO TOMA, PERO PODRÍA USAR. (REVISIÓN DEL BOTIQUÍN DE MEDICAMENTOS)

Nombre 1:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 2:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 3:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 4:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 5:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 6:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 7:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?

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

COD INTERV:

Anexo N° 08. 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 "MUNDIAL"

PACIENTE COD. N°:
NOMBRE:

FECHA:

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

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

COD INTERV:

Anexo N° 09. FFT. Hoja guía de intervención farmacoterapéutica- Primera parte.

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

PACIENTE COD N°:

NOMBRE:

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

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

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

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

4.2.- DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL PRM:

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

COD INTERV:

Anexo N° 10. FF. 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.	
6		Inseguridad cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad cuantitativa de un medicamento.	

Fecha final de la Intervención:

COMENTARIO:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4.4. QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRM.

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

TABLA N°4.4. CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS

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

COMENTARIO:

Anexo N° 12. FFT Hoja guía de intervención farmacoterapéutica - Cuarta parte

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

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

5.1. NÚMERO DE CONTACTOS UTILIZADOS DURANTE LA INTERVENCIÓN:

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

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

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

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

COD INTERV: