

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

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

“EFECTO DE UN PROGRAMA PILOTO DE
SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO,
SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
PROFESIONAL DEL FARMACÉUTICO EN
PACIENTES CON INFECCIÓN RESPIRATORIA
AGUDA” BOTICA ECONOFARMA N°3, DISTRITO
DE NUEVO CHIMBOTE. SANTA. ANCASH.
DICIEMBRE 2013 – ABRIL 2014

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE QUÍMICO FARMACÉUTICO

AUTOR: Bach.: Díaz González Evelyn Michele

ASESOR: Dr. Farm: Percy Alberto Ocampo Rujel

CHIMBOTE – PERÚ

2015

**“EFECTO DE UN PROGRAMA PILOTO DE
SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO, SOBRE LA
PERCEPCIÓN DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DEL
FARMACÉUTICO EN PACIENTES CON INFECCIÓN
RESPIRATORIA AGUDA”**

**BOTICA ECONOFARMA N3, DISTRITO DE NUEVO
CHIMBOTE. SANTA. ANCASH. DICIEMBRE 2013 –
ABRIL 2014**

ACTA N°.....2015 DE SUSTENTACIÓN DEL INFORME DE TESIS

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

Mg. Q.F. Jorge Luis Díaz Ortega	Presidente
Mg. Q.F. Walter Teodoro Ramírez Romero	Secretario
Q.F. Edison Vázquez Corales	Miembro

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

”Eficacia de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico para resolver problemas relacionados con medicamentos en pacientes con infección respiratorias. Botica Econofarma, distrito Nuevo Chimbote. Ancash. Diciembre – Marzo 2014”.

Presentado por: Evelyn Michelle Díaz González

Código del estudiante: 0 1 1 2 1 0 1 0 7 1

Asesorado por: Dr. Percy Alberto Ocampo Rujel

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

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

Mg. Q.F. Walter Teodoro Ramírez Romero

SECRETARIO

Q.F. Edison Vázquez Corales

MIEMBRO

Mg. Q.F. Jorge Luis Díaz Ortega

PRESIDENTE

Agradezco a Dios quien me ha guiado a lo largo de todos estos años y me ha traído esta donde ahora estoy, me ha ayudado hacer mejor persona cada día y me ha dado la fortaleza de seguir adelante.

A mis padres Victoria y Leonardo todo mi amor y cariño, para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por los valores que forjaron en mí, por sus sabios y acertados consejos, por su dedicación y amor, por su esfuerzo y sacrificio del día a día. Porque todo lo que soy y lo que pueda lograr en esta vida se lo debo a ellos. Gracias por su apoyo incondicional, por haber confiado en mí, por motivarme y darme la mano cuando sentí que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi cariño y amor.

A Ann y Dick que son una gran ayuda para mí en todo el camino de la universidad que me motivaron para siempre salir adelante les agradezco de todo corazón por tan grande ayuda que me brindaron día a día en mi camino como profesional y también a ser una mejor persona.

A toda mi familia que siempre han estado apoyándome y dándome fuerzas para no decaer mis hermanos Harold, Richard, Leonard y Jocelyn.

Mis grandes Amigos que siempre estuvieron apoyándome Johana Isla, Kelly Maldonado, Roberto de la Cruz, Alexander Mendoza, Jhonatan Matta, Carlos Campos, Gianira Vázquez, Angie Alcántara, Juleisi Cherrez.

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

A mi asesor de tesis Mg. Percy Ocampo Rujel por brindarme su esfuerzo, dedicación, accesibilidad, conocimiento y experiencia para terminar este presente trabajo.

Agradezco a nuestros docentes que compartieron sus conocimientos y experiencias con cada uno de nosotros, debido a ello estamos muy agradecidos por tener la vocación de formar profesionales de calidad.

Díaz González Evelyn Michele

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivos determinar el impacto de un programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico dirigido a pacientes con Infecciones Respiratorias Agudas en términos de la detección y resolución de Problemas Relacionado con Medicamentos, su efecto sobre la adherencia. La muestra de pacientes fue monitoreada a través de un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico de seis fases: captación, levantamiento de información, evaluación de la información, intervención, seguimiento y medición de resultados. En cada fase se recogió información en herramientas e instrumentos específicos: fichas fármaco terapéutica, test de adherencia al tratamiento y percepción de tratamiento. Se captaron 12 pacientes con diagnóstico de Infecciones Respiratorias Agudas. En el primer contacto en la farmacia se levantó información mediante una ficha de seguimiento farmacoterapéutica. Cada paciente fue evaluado con el fin de diagnosticar y tratar cada PRM encontrado de manera particular. Posteriormente se siguió al paciente mediante visitas y llamadas telefónicas para reforzar el cumplimiento de las indicaciones. Se solucionaron 18 Problemas relacionados con medicamentos (PRM) (100%) y no hubo no resuelto que el paciente pudo haberse quedado expuesto. La adherencia comparada antes – después de la intervención indicada un impacto significativo/ no significativo del SFT. Se concluye que el programa de Seguimiento Farmacoterapéutico fue eficiente en el diagnóstico de PRMs, en la prevención y solución de RNMs

Palabras clave: Seguimiento Fármaco terapéutico (SFT), Resultados negativos de la Medicación (RNM), Infecciones Respiratorias Agudas.

ABSTRACT

The research aimed to determine the impact of a pilot program aimed at Pharmacotherapy follow patients with acute respiratory infections in terms of the detection and resolution of DRPs, its effect on adherence. The sample of patients was monitored through a program of Pharmacotherapy follow six stages: acquisition, gathering information, evaluating information, intervention, monitoring and measuring results. Pharmacotherapy records, test adherence to treatment and perception of treatment: at each step information on specific tools and instruments collected. 12 patients were collected with a diagnosis of acute respiratory infections. In the first Pharmacy contact information rose by a record of pharmacotherapy monitoring. Each patient was evaluated to diagnose and treat each PRM found in a particular way. Subsequently the patient was followed by visits and phone calls to strengthen compliance with the indications calls. 18 Issues (DRP) (100%) and there were no unresolved that the patient may have been exposed were solved. Adherence compared before - after intervention indicate a significant / non significant impact SFT. It is concluded that the program was effective pharmacotherapy follow in the diagnosis of DRPs in the prevention and resolution of MRI scans.

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

Tabla	de	Contenido
RESUMEN		v
ABSTRACT		vi
Tabla de Contenido.....		vii
INTRODUCCIÓN		1
Planteamiento del problema.....		3
Objetivos de la investigación.....		4
1.2.1 Objetivo General.....		4
1.2.2. Objetivos Específicos.....		4
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....		5
2.1.1. Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico.		5
2.1.2. Evolución del Seguimiento Farmacoterapéutico en el Perú.....		7
2.2.1. Problemas relacionados con el uso de medicamentos (PRMS) y resultados negativos de la medicación (RNM).....		8
2.2.3. La atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico: contribución del farmacéutico al mantenimiento de la salud pública.....		19
2.2.4. Seguimiento Farmacoterapéutico y Satisfacción del paciente Con el servicio farmacéutico.....		26
2.2.5. Infecciones Respiratorias de Curso ambulatorio.....		27
2.2.6. BOTICA ECONOFARMA N°3.		30
2.2.7. HIPÓTESIS		31
METODOLOGÍA		32
3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN		32
3.1.1. Tipo y el nivel de la investigación:		32
3.1.2. Diseño de la investigación:		32
3.2 Población y muestra		33
3.3. Definición y operacionalización de las variables.....		34
3.3.1. Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT).....		34

3.3.2. Problemas relacionados con medicamentos (PRM).....	34
3.3.3. Resultados negativos asociados con la medicación (RNM)	35
3.3.4. Satisfacción del paciente con las indicaciones del farmacéutico	35
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	36
3.4.1 Técnica	36
3.4.2 Instrumentos	36
3.4.3 Procedimiento de la recolección de datos	38
3.4.3.1. Procedimiento para Oferta del servicio y captación de los pacientes	38
3.5 Plan de análisis de datos.....	42
IV.- RESULTADOS	45
4.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS	52
4.2.1. SOBRE LOS PACIENTES Y LOS TIEMPOS DE INTERVENCIÓN.....	52
V. CONCLUSIONES	60
5.1. Conclusiones	60
5.2. Aspectos Complementarios	60
5.2.1. Logros	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	71
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	94

	Pág. N°
	Índice de Cuadros.
Cuadro N°01.	Listado de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM)..... 20
Cuadro N°02.	Clasificación de los Resultados Negativos Asociados con la Medicación (RNM). Tercer consenso de Granada. 2007. (Clasificación que le correspondía a los problemas relacionados con medicamentos (PRMs) hasta el segundo consenso de Granada)..... 21
Cuadro N°03.	Actividades de Atención Farmacéutica en el ejercicio profesional del farmacéutico comunitario..... 31
Cuadro N°04.	Clasificación de intervenciones farmacéuticas destinadas a prevenir o Resolver resultados clínicos negativos de la farmacoterapia..... 36
Cuadro N°05.	Test de Purdúe modificado para determinar la satisfacción del paciente con las indicaciones del farmacéutico..... 48
Cuadro N°06.	Tipos de canales para comunicar las recomendaciones del farmacéutico para la solución de Problemas Relacionados con Medicamentos 51
	Índice de Figuras
Figura N°01.	Pasos clave del Método DADER modificado de Seguimiento Farmacoterapéutico..... 35
Figura N°02.	Esquema del Modelo de Intervención Farmacéutica..... 43
Figura N°03.	Flujo grama de Actividades de Seguimiento Farmacoterapéutico..... 50

Índice de Tablas	Pág.
Tabla N°01. Distribución de frecuencias y porcentajes de los pacientes intervenidos por sexo y edad promedio. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) dirigido a pacientes con Infecciones Respiratorias Agudas. Botica Econofarma, diciembre 2013 a marzo del 2014.....	56
Tabla N°02. Distribución de los tiempos invertidos durante el Seguimiento Farmacoterapéutico entre el farmacéutico y los pacientes por la forma de contacto. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico dirigido a pacientes con infecciones respiratorias agudas. Botica Econofarma N° 3, Distrito Nuevo Chimbote. Diciembre 2013 - Marzo 2014	57
Tabla N°03. Distribución de la frecuencia y porcentajes de los Problemas de Salud identificados en los pacientes intervenidos según si fueron diagnosticadas o no. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico dirigido a pacientes con infecciones respiratorias agudas. Botica Econofarma 3, Distrito Nuevo Chimbote. Diciembre 2013 - Marzo 2014.....	58
Tabla N°04. Distribución de la frecuencia de uso de medicamentos según su origen en prescritos y no prescritos durante el proceso de intervención. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico dirigido a pacientes con infecciones respiratorias agudas. Botica Econofarma 3 Distrito Nuevo Chimbote. Diciembre 2013 - Marzo 2014	59
Tabla N°05. Comparativo de la edad, cantidad de diagnósticos, cantidad de medicamentos, PRMS identificados y PRMS solucionados por paciente intervenido. Programa de SFT a pacientes con infección respiratoria. Desde la botica Econofarma - Nuevo Chimbote Diciembre del 2013- Marzo 2014.....	61
Tabla N°06. Impacto del SFT sobre el puntaje promedio del Test de Purdue antes y después de la intervención. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) dirigido a pacientes con infecciones respiratorias agudas. Botica Econofarma 3, Distrito Nuevo Chimbote. Diciembre 2013 - Marzo 2014.....	62
 Índice de Gráficos	
Gráfico N°01. Porcentaje de los medicamentos usados para los problemas de salud identificados. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico dirigido a pacientes con infecciones respiratorias agudas. Botica Econofarma 3, Distrito Nuevo Chimbote. Diciembre 2013 - Marzo 2014	60

INTRODUCCIÓN

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

La mala utilización de medicamentos es en la actualidad un problema sanitario de enorme magnitud. Varios autores presentan evidencia exhaustiva acerca de la morbimortalidad y el impacto en los sistemas sanitarios por efecto del uso inapropiado de medicamentos^{3, 4, 5, 6,7}.

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

Como solución a este problema emergente se han desarrollado diversos modelos de atención farmacéutica, sobre todo en Estados Unidos y España basados en el perfil profesional del Farmacéutico como experto en medicamentos⁸. Como lo señalan Bonal y et al⁹. Se debe promover la adaptación de estos modelos e instrumentos farmacéuticos para garantizar la calidad del uso de medicamentos por los pacientes. Estas modificaciones deben tomar en cuenta la diversidad de variables que podrían influir en el uso de medicamentos, desde aquellas propias de los usuarios y su entorno social y cultural hasta aquellas relacionadas con la morbilidad prevalente, la calidad de los productos y los criterios de prescripción y dispensación.

En este marco, las enfermedades infecciosas como la Infecciones Respiratorias tienen un alto índice de morbimortalidad en nuestro país, siendo los grupos de edad más afectados los comprendidos entre los 15 y 54 años, resaltando que los adolescentes y adultos mayores constituyen alrededor de la tercera parte del total de casos ¹⁰ .

El éxito del tratamiento está directamente relacionado con el uso apropiado de los medicamentos que está a su vez 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 del uso inapropiado de medicamentos.

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

Así mismo es necesario diseñar investigaciones para identificar el efecto de la atención farmacéutica y del SFT sobre variables indirectas relacionadas al éxito de la terapia con el uso de medicamentos. Específicamente en la presente investigación se orientó a evaluar el efecto/eficacia del SFT sobre la variable percepción de la actividad profesional del farmacéutico como impacto directo de la actividad profesional del farmacéutico.

1.1. Planteamiento del problema.

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

Específicamente la presente investigación estuvo orientada a describir ¿Cuál es el efecto de un programa piloto de seguimiento Farmacoterapéutico sobre la percepción de la actividad profesional del farmacéutico dirigido a pacientes con infección respiratoria intervenidos desde la “BOTICA ECONOFARMA N°03” Distrito Nvo. Chimbote durante los meses de diciembre de 2013 a marzo del 2014?

1.2. Objetivos de la investigación

1.2.1 Objetivo General

Determinar el efecto de un programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre la percepción de la actividad profesional del farmacéutico en pacientes con infección respiratoria que se atienden desde la “BOTICA ECONOFARMA N°03” Distrito Nvo. Chimbote durante los meses de diciembre del 2013 a marzo del 2014

1.2.2. Objetivos Específicos

1.2.2.1 Determinar el estado de situación de uso de medicamentos de una muestra de pacientes con infección respiratoria de curso ambulatorio que se atienden en la “BOTICA ECONOFARMA N°03” Distrito Nvo. Chimbote a través del desarrollo de un programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT).

1.2.2.2. Intervenir a los pacientes mediante un programa Piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) para solucionar los Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs) diagnosticados.

1.2.2.3 Comparar el nivel de percepción de la actividad profesional del farmacéutico antes y después de la intervención piloto.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Antecedentes.

2.1.1. Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico.

Las diversas intervenciones de Atención Farmacéutica desarrolladas basadas en Seguimiento Farmacoterapéutico 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 farmacéuticos¹¹.

Son múltiples las evidencias sobre los resultados positivos alcanzados a través de la introducción de programas de Seguimiento Farmacoterapéutico en todos los niveles de atención de salud clínicos y ambulatorios. 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 ^{12,13,14,15,16}.

Las investigaciones muestran también evidencias del efecto de intervenciones farmacéuticas realizadas a través de diversos canales de comunicación que utilizan no solo las entrevistas personales sino también las alternativas electrónicas y el internet. Se concluye sobre la potencia y eficacia de estos medios para la transmitir a los pacientes indicaciones de uso de medicamentos y la monitorización sobre el cumplimiento o reporte de reacciones no esperadas ^{17,18,19,20,21,22}. En cuanto a los tipos de intervenciones realizadas, Sabater y et al²³. 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%).

En un trabajo antiguo y pionero sobre la implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria de un cono de Lima, Gamarra y et al ²⁴ . 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.

En cuanto a la influencia del SFT sobre la percepción de la actividad profesional del farmacéutico Rodríguez M, concluye que Los pacientes en seguimiento farmacoterapéutico conocen y valoran positivamente este servicio. La confianza en su Farmacéutico fue la causa más importante para aceptarlo. Afirma además que los pacientes están bastante satisfechos con el seguimiento farmacoterapéutico, valoran la profesionalidad y accesibilidad del farmacéutico, así como los resultados en salud obtenidos²⁵.

Por otro lado García²⁶ en una investigación para evaluar la percepción de la labor asistencial del farmacéutico comunitario por los pacientes incluidos en un programa de seguimiento farmacoterapéutico concluye que los pacientes Valoran el servicio de seguimiento farmacoterapéutico en farmacia comunitaria con puntajes altos y considera que hay relación entre sus cambios de salud y el servicio de seguimiento farmacoterapéutico. Así mismo afirman que los pacientes tienen gran confianza en el farmacéutico que le hace el seguimiento y que el trabajo con los pacientes mejora sus conocimientos de los medicamentos que usa gracias a recibir una información que valoran con 4,43 sobre 5.

Sin embargo Márquez-Peiró en una investigación para evaluar de la satisfacción y de la insatisfacción de pacientes atendidos en la unidad de atención farmacéutica a pacientes externos concluye que aunque el índice de satisfacción con la atención recibida es elevado y es un indicador útil para poder establecer mejoras, es necesario conocer también los motivos de insatisfacción como complemento a esta información. Los aspectos a mejorar, según los resultados obtenidos, indican la necesidad de aumentar los recursos estructurales y humanos para poder cubrir las mejoras demandadas por los pacientes ²⁷. No se encontraron referencias que vinculen directamente al SFT con la percepción de la actividad profesional en pacientes con infecciones respiratorias.

2.1.2. Evolución del Seguimiento Farmacoterapéutico en el Perú.

La política de medicamentos del Perú del 2004 es el primer documento normativo que refiere a promover el desarrollo de la atención farmacéutica y el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Farmacia entre los profesionales farmacéuticos, tanto del sector público como privado ²⁸.

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 Atención farmacéutica y el Seguimiento farmacoterapéutico como actividades esenciales de las Buenas prácticas de farmacia ^{29, 30,31}.

Según La Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud del Perú (DIGEMID) ³², a enero de 2008 el desarrollo de la Atención Farmacéutica podía ser explicado revisando las distintas actividades académicas normativas y profesionales desarrolladas en los últimos 10 años. En el documento de referencia se explica que la implementación de la Atención farmacéutica en el Perú se ha basado únicamente en evaluar el potencial efecto de los programas y en la identificación de las características a favor y en contra que tienen los tipos de establecimientos de salud existentes y las estrategias que se requerirían en cada uno para la implementación de este servicio.

En el 2012 la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud del Perú, presentó su modelo de Seguimiento Farmacoterapéutico para Establecimientos Farmacéuticos públicos. Se declaran las fases del proceso y se sugieren hacer mediciones de los resultados a través de indicadores de uso de medicamentos, resolución de Problemas Relacionados con Medicamentos y el impacto del proceso sobre la adherencia al tratamiento. Sin embargo no existe una guía de cómo desarrollar el proceso ³³.

2.2 Marco Teórico

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

La consideración del medicamento como bien económico no siempre va en el mismo sentido que su percepción como bien social lo que ocasiona que los intereses económicos se antepongan a los sanitarios. Esto origina que frecuentemente se perjudique o ponga en riesgo la salud de las personas, en particular de las más vulnerables, creándose una permanente tensión entre atender las necesidades terapéuticas reales y la ampliación del mercado farmacéutico³⁴.

El verdadero valor social del medicamento radica, sin embargo, en sus efectos más intangibles, imponderables y sensibles a las emociones humanas: la disminución del sufrimiento y su contribución a la vida y a la felicidad de las personas. La aportación del medicamento y su industria a la ciencia médica y su aplicación en los sistemas asistenciales salva vidas, alivia el dolor y el sufrimiento físico y psíquico de los pacientes y de sus familias, haciendo posible el desarrollo humano y la integración social de las personas³⁴. Sin embargo con el uso de medicamentos no siempre se consiguen resultados positivos. En ocasiones la farmacoterapia falla provocando daños adicionales directos o indirectos cuando no se consiguen los objetivos terapéuticos buscados. Estos fallos de la farmacoterapia tienen un coste en la salud de los pacientes y un coste en recursos sanitarios y sociales, lo que los convierten en un auténtico problema de salud pública^{35, 36, 37, 38,39}.

Strand y Hepler^{3, 40}, definen la Drug Related Problems o Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM), como aquella experiencia indeseable del paciente que involucra a la terapia farmacológica y que interfiere real o potencialmente con los resultados deseados por la terapéutica.

Para que un suceso sea calificado de Problema Relacionado con Medicamento deben de existir al menos dos condiciones: 1) el paciente debe estar experimentando o debe ser posible que experimente una enfermedad o sintomatología, y 2) esta patología debe tener una relación identificable o sospechada con la terapia farmacológica ⁴⁰.

Blasco, Mariño y et al.⁴¹. Definen error de Medicación (EM) a cualquier actuación prevenible que puede causar daño al paciente o morbilidad farmacoterapéutica (MFT). Los Errores de Medicación pueden tener su origen en errores de prescripción, en el manejo posterior de la administración de la medicación por algún profesional sanitario o el propio paciente.

Los errores de medicación, según el Tercer Consenso de Granada, están dentro de una categorías de mayor la de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) ³⁹. En su acepción mayor los Problemas Relacionado con Medicamentos son además cualquier suceso durante el proceso de uso de medicamentos que pueden incluir problemas no prevenibles como las idiosincrasias, las reacciones adversas o interacciones desconocidas (Cuadro N° 01).

CUADRO N° 01. Listado de problemas relacionados con medicamentos (PRM)

Modificado por Ocampo³⁸ del Método DADER de SFT.

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

Modificado de: Tercer Consenso de Granada 2007 ³⁹.

El consenso español tipifica a los problemas relacionados con medicamentos (PRM) como la causa de resultados Negativos asociado al uso de medicamentos (RNM) ⁴² y los RNM son considerados por la OMS como Morbilidad Farmacoterapéutica (MFT) ⁴³.

En el 2007 el Tercer Consenso de Granada³⁹ definió como sospecha de RNMs. a la situación en la que el paciente está en riesgo de sufrir un problema de salud asociado al uso de medicamentos generalmente por la existencia de uno o más PRM los que se consideran como factores de riesgo o causas de este RNM (Cuadro N° 02).

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

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

Se admite que los PRMs como causas de RNMs, pueden ser múltiples, aceptando por tanto la existencia de un listado inicial que no es exhaustivo ni excluyente (Cuadro N° 01), y que por tanto puede ser modificado con su utilización en la práctica clínica y en diversas condiciones sociales ³⁹.

Los PRM se pueden dividir en: potenciales o no manifestados, cuando el paciente potencialmente puede llegar a experimentar algún suceso indeseable (RNM) que podría interferir en los resultados deseados y reales cuando el paciente experimenta de hecho un suceso indeseable relacionado con la farmacoterapia que genera un resultados negativo de la medicación (RNM) ⁴⁴.

Con la definición clara de la actividad que se realiza para identificar sistematiza a estos eventos puede afirmarse que los farmacéuticos al evidenciar PRM para prevenir un RNM o una morbilidad farmacoterapéutica (MFT) realiza en realidad un diagnóstico de un signo o síntoma (PRM) que debe prevenirse o evitarse para que no se genere una morbilidad (RNM o MFT). Desde este punto de vista la definición de PRM y RNM pueden ser el origen de un nuevo posicionamiento profesional del Farmacéutico en los sistemas de salud como facultativo del diagnóstico de un grupo de problemas de salud asociados al mal uso de medicamentos ⁴⁵.

En la práctica, lo que ha ocurrido es que los farmacéuticos por diversas razones, hemos evitado utilizar la palabra diagnóstico para referirnos finalmente a la actividad profesional de prevenir RNMs a través de la identificación y el tratamiento de sus causas, los PRMs. Si para los Profesionales Médicos es clara la labor diagnóstica de las enfermedades que son capaces de identificar para los Farmacéuticos debe quedar claro cuáles son los problemas relacionados con medicamentos (PRM) que son capaces de diagnosticar para evitar la aparición de resultados negativos de la medicación (RNM) ⁴⁶.

Culbertson y et al. En 1997⁴⁶ citado por Hurley⁴⁷ definieron como diagnóstico farmacéutico (DF) al proceso cognitivo centrado en la identificación de problemas específicos originados en el uso de medicamentos por parte de los pacientes. El DF debe estar basado en evidencia suficientes que permita sostener que la causa del problema de salud que enfrenta el paciente es efectivamente el uso de los medicamentos.

Ferriols ⁴⁸ afirma que con una elevada frecuencia, los PRM se originan en la forma en que los medicamentos son seleccionados, prescritos o indicados, dispensados, administrados y, principalmente, monitorizados. Por tanto, además de la obligada calidad intrínseca de los medicamentos que se manejan es imprescindible una correcta selección, prescripción,

indicación, preparación, dispensación y administración. Es decir como afirma Calvo,⁴⁹ posterior a la administración es exigible la vigilancia del logro de resultados y la evolución del paciente por parte del farmacéutico para evitar o prevenir acontecimientos adversos relacionados con la farmacoterapia.

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

El diagnóstico de PRMs como signos y síntomas de resultados negativos de la medicación (RNMs), demanda de los profesionales farmacéuticos el desarrollo de habilidades, capacidades y competencias para identificarlos y su potencial riesgo para la aparición posterior aparición de los RNMs. En el proceso es necesario el uso de herramientas de registro y medición de variables para la documentación exhaustiva de cada caso.

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

El Tercer Consenso de Granada³⁹ y la Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico del Método DÁDER⁶¹ presenta un alcance de las definiciones de los problemas relacionados con medicamentos (PRM). Esas definiciones se utilizan en la presente investigación y se explican según el orden de identificación propuesto según la Figura N° 01 y la Ficha Farmacoterapéutica (Anexo N° 7.3).

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

Según la normatividad³⁰ vigente los medicamentos están clasificados en cuatro categorías de uso: a) aquellos que pueden adquirirse sin prescripción y de venta en establecimientos no farmacéuticos; b) los que pueden adquirirse sin prescripción solo en establecimientos farmacéuticos; c) Medicamentos de venta bajo prescripción y solo en establecimientos farmacéuticos y d) Medicamentos especiales de venta solo en farmacias y bajo receta médica restringida. Otros errores frecuentes son interpretación errónea de la posología, administración de formas farmacéuticas por vías inapropiadas, como usar oralmente un supositorio, destruir las formas farmacéuticas para hacer más fácil la toma, confundir los medicamentos que debe tomar con otros que mantiene en su domicilio y otros propios de influencias culturales.

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

Estas actitudes pueden ser detectadas cuando el farmacéutico pregunta: ¿Cree Usted que puede tener problemas con la toma de alguno de estos medicamentos? Y como respuesta se obtienen argumentos en contra de los medicamentos, muchas veces originados por sensaciones negativas o reacciones adversas intensas. Las actitudes negativas devienen en incumplimiento, aunque difiere de este por ser una actitud convencida y razonada, mientras que el incumplimiento simple es más bien una muestra de desinterés.

c) Conservación inadecuada (PRM 3): Condiciones ambientales negativas en las que se mantienen los medicamentos que afectan directamente su calidad. Estas condiciones pueden ser: lugares inseguros, al alcance de niños, expuestos a luz solar, ambientes húmedos, temperaturas excesivas o en lugares expuestos a maltrato físico u otro. Como conservación inadecuada también se considera el almacenamiento de los medicamentos de manera desordenada, en bolsas plásticas, cajas, armarios, etc. Donde se guardan fuera de su empaque secundario, a granel y mezclándose con otros medicamentos de apariencia similar. Esta práctica puede generar equivocación al escoger el medicamento necesitado de consecuencias muy graves.

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

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

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

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

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

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

f) Contraindicaciones (PRM 6): Un medicamento está contraindicado cuando por las condiciones fisiopatológicas del paciente o la toma concomitante de alguna otra sustancia no esté en condiciones de usar un determinado medicamento. Las contraindicaciones pueden predisponer un daño muy negativo para el paciente.

Se identifica un medicamento contraindicado al revisar los medicamentos prescritos que el paciente consume de manera regular. O cuando el paciente consume un medicamento de venta libre contraindicado para su condición.

No se considera contraindicación cuando el paciente decide auto medicarse un medicamento no apropiado para su condición que necesita prescripción. En este caso será un error de medicación (PRM 1).

g) Errores de dispensación (PRM 7): Los medicamentos deben, en la mayoría de los casos, ser dispensados tal como fueron prescritos en las recetas. Según norma vigente el Farmacéutico está facultado para ofrecerle al paciente una alternativa farmacéutica al medicamento prescrito, indicándole las diferencias de origen y precio. El cambio puede ser desde un medicamento prescrito en denominación internacional (DCI) a un medicamento de marca, si el paciente lo prefiere y fue informado del cambio. O el cambio más favorable de un medicamento prescrito en nombre comercial por otro en DCI^{30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,51,42,43,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51}.

En la revisión de los medicamentos el Farmacéutico asegurará que los dispensados estén de acuerdo a la receta en cuanto a su naturaleza como alternativa farmacéutica, forma farmacéutica y cantidad.

h) Errores de prescripción (PRM 8): El error de prescripción ocurre cuando el facultativo entrega al paciente una receta o documento con pautas terapéuticas incompletas, poco claras, confusas y que originan el error del paciente al usar los medicamentos. Para su diagnóstico el Farmacéutico revisa con el paciente el documento emitido por el facultativo teniendo a la vista los medicamentos dispensados. Se analiza si la receta contiene los datos mínimos requeridos normativamente para que el paciente use apropiadamente los medicamentos y si los medicamentos son coherentes farmacológicamente con el diagnóstico⁵². Se revisan las dos partes de la prescripción: las indicaciones para la farmacia y las indicaciones de uso para el paciente. Las indicaciones para la farmacia incluyen: datos completos del prescriptor, el nombre del paciente, la escritura clara de los medicamentos en denominación común internacional (DCI), la forma de presentación y la cantidad total de medicamentos en unidades.

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

i) Incumplimiento o No Adherencia al tratamiento prescrito (PRM 9): Se utiliza la definición de Haynescitado por Basterra²⁸ quien definió la adherencia al tratamiento como: “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”. Se utiliza de manera indistinta los términos cumplimiento terapéutico, cumplimiento de la prescripción, adherencia al tratamiento y adherencia terapéutica con el mismo significado semántico.

La no-adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran magnitud. En los países desarrollados solo el 50% de los pacientes son adherentes mientras que en los países en vías de desarrollo las tasas son inclusive menores ⁵³. Este PRM tiene como consecuencia el incumplimiento de las metas sanitarias, sobre todo en pacientes con enfermedades crónicas, mayores costos en salud, mayor incidencia de complicaciones y finalmente agravamiento y muerte ^{54,55}.

El grado de adherencia medido antes y después de una intervención farmacoterapéutica sirve como un indicador de la eficacia del Seguimiento Farmacoterapéutico sobre la resolución de PRM⁵⁶. El grado de la adherencia se evaluará mediante la aplicación del test denominado Medication Adherence Scale o Test de Morisky⁵⁷. La aplicación del instrumento se describe en el acápite N° 3.3.2.2 y cuadro N° 06.

j) Interacciones (PRM 10): Incompatibilidad en la concomitancia del uso de dos o más medicamentos que afecta negativamente el efecto farmacológico de ambos o de alguno de ellos; aumentado sus efectos nocivos o disminuyendo su potencia farmacológica. La evaluación de la interacción es compleja y debe primar el criterio de costo beneficio de la administración conjunta, frente a otras alternativas terapéuticas ^{14, 12,21}.

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

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

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

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

l) Potenciales reacciones adversas (PRM 12): Son aquellos problemas de salud causados o agravados por el medicamento. Conviene revisar la evidencia científica que existe sobre la probabilidad de manifestación de un determinado efecto indeseado, así como su gravedad. Es preciso establecer cuáles son los signos clínicos que permiten identificar la aparición de los efectos indeseados de un medicamento. También es conveniente revisar resultados de análisis clínicos que puedan estar alteradas por causa del medicamento ⁵⁰.

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

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

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

El Tercer Consenso de Granada³⁹ sugiere que su lista de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs) puede ser enriquecida a medida que en la realidad donde se pongan en práctica programas de Seguimiento Farmacoterapéutico se definan otras entidades o factores propios del entorno que puedan desencadenar Resultados Negativos de la Medicación. En este sentido se han considerado las recomendaciones de investigaciones similares y se han incorporado como PRMs: las influencias negativas del entorno, el uso de medicamentos ilegales y los problemas económicos, que son factores propios de nuestra realidad⁵⁸.

Los PRMs incluidos se definen a continuación:

n) Influencias negativas del entorno (PRM 14): Conductas y actitudes asumidas por los pacientes por influencia del entorno social o cultural que predisponen su valoración y actitud hacia los medicamentos. Las influencias negativas pueden provenir de familiares, amistades, vecinos que sufren los mismos o similares problemas de salud y que aconsejan replicar formas de uso con el convencimiento de: lo que hace bien a uno es bueno para todos. Otras influencias del entorno pueden provenir de publicidad engañosa, grupos religiosos, etc. Una situación especial representa el consejo de uso de medicamentos desde la farmacia, dado por personal no autorizado, recomendando el uso de medicamentos de prescripción obligatoria y sin la autorización ni la supervisión del profesional farmacéutico.

o) Medicamentos ilegales (PRM 15): Uso de medicamentos sin registro sanitario vigente o de origen ilegal: contrabando, muestras médicas, robado de instituciones públicas. Que puede identificarse a través del análisis organoléptico, es decir: envase primario y secundario no violado, registro sanitario vigente, fecha de vencimiento, estado físico de la forma farmacéutica o el envase en buen estado, etc.

p) Problemas económicos (PRM 16): Problema evidenciado cuando el paciente no toma su medicación por no tener condiciones económicas suficientes para surtir la receta ni estar inscrito en ningún seguro social. Por lo tanto incumple con la toma de sus medicamentos.

2.2.3. La atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico: contribución del farmacéutico al mantenimiento de la salud pública.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) definieron en 1993 que la misión de la práctica farmacéutica debe ser: suministrar medicamentos, otros productos y servicios para el cuidado de la salud y ayudar a la sociedad para que sean usados de la mejor manera posible⁵⁸.

Una parte de la misión señalada por la OMS se contiene en la definición del término Pharmaceutical Care¹. En España país donde se ha incorporado el término a la asistencia sanitaria, El Ministerio de Sanidad y Consumo promueve el concepto de Atención Farmacéutica (AF) como un conjunto de servicios farmacéuticos dirigidos al paciente que van desde el control de calidad de la prescripción hasta actividades de Farmacovigilancia^{36, 39,58}.

En el ámbito comunitario, según Andrés Rodríguez⁸ las actividades de AF podrían esquematizarse según el Cuadro N° 03, donde destacan aquellas orientadas hacia los pacientes mayores en número que aquellas tradicionales orientadas exclusivamente hacia el aseguramiento de la calidad del medicamento. Las actividades centrales relacionadas con Atención Farmacéutica son: Dispensación, Asesoramiento Farmacéutico, Farmacovigilancia y Seguimiento Farmacoterapéutico.

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

ACTIVIDADES ORIENTADAS AL MEDICAMENTO	Adquisición, custodia, almacenamiento, Conservación, de materias primas, especialidades farmacéuticas y productos sanitarios.
ACTIVIDADES ORIENTADAS AL PACIENTE: ATENCIÓN FARMACÉUTICA	Dispensación de medicamentos. Formulación magistral.
	Indicación farmacéutica. Formación en uso racional. Educación sanitaria. Farmacovigilancia.
	Seguimiento de tratamiento farmacológico.

Tomado de Andrés Rodríguez ⁸

Aquellas actividades que no están directamente relacionadas con el uso de medicamentos pueden contribuir también con este objetivo siendo consideradas más como actividades para el aseguramiento de la calidad intrínseca de la forma farmacéutica, por ejemplo a través de análisis de control de calidad^{8,42}.

Las actividades directamente relacionadas con AF: Las Buenas Prácticas (BP) de Dispensación, la Indicación Farmacéutica, el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), las BP de Farmacovigilancia, las actividades relacionadas con la Farmacia Clínica, todas ellas deben contribuir con la prevención, solución o amenguamiento de los PRM asociados con el uso directo de los medicamentos por parte de los pacientes (Cuadro N° 01).

Lo más impactante quizá de la Atención Farmacéutica es el uso del término mismo. Tal vez nunca antes en la historia de la farmacia se había usado el término “atención” para denotar la función del farmacéutico en la sociedad. Era mucho más frecuente hablar de servicios farmacéuticos que de atención y existen diferencias entre ambos términos. El diccionario define “atención” como “la responsabilidad individual de alguien para entregar bienestar y seguridad”, mientras que un servicio implica simplemente funciones o actividades ⁶⁰.

Al introducir el término “atención” el farmacéutico se iguala con otros profesionales de la salud que también entregan atención al paciente y colocamos a este, en el centro de nuestro quehacer profesional. Hay tres elementos básicos que caracterizan el ejercicio de la atención farmacéutica: Responsabilidad, el compromiso de trabajar con el paciente para alcanzar las metas terapéuticas y el mejoramiento de la calidad de vida^{60, 61,62}.

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

Se han propuesto para este fin una serie de actividades concretas que permitan obtener resultados medibles que evidencien la utilidad del trabajo profesional farmacéutico para la prevención, solución o amenguamiento de los problemas asociados al uso de los medicamentos (PRM). Una respuesta a esta necesidad es la implementación de modelos basados en Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT)^{39, 61, 62, 63, 64,65}.

Las actividades del SFT están orientadas a la detección de problemas relacionados con medicamentos (PRM) para la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM). Este servicio implica un compromiso y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos para el mejoramiento la calidad de vida del paciente ^{62,,63,64,65,66,67,68,69,70}.

La definición de Seguimiento fármaco terapéutico (SFT), tal como se propone en el tercer consenso sobre Atención Farmacéutica de España en 2007 ³⁹, es: “La práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente que usa medicamentos”.

Tal como lo señala Machuca⁷⁰ actualmente los términos: atención farmacéutica (AF), intervención farmacéutica (IF) y Seguimiento farmacoterapéutico (SFT) se usan indistintamente en las diferentes investigaciones sobre el tema para indicar una misma actividad orientada a asegurar calidad y prevenir el riesgo en el consumo de medicamentos por parte de los pacientes.

Según Martí y Jiménez⁷¹ de manera general los programas de AF o SFT deben soportarse en métodos o sistemas para dar respuesta a los siguientes aspectos: a) Identificación temprana de pacientes que se beneficiarían con su implantación; b) Registrar las categorías y causas que originan los problemas relacionados con los medicamentos y su documentación; c) Generar alertas para solucionar fallos del sistema; d) Evaluar la utilidad clínica de los procesos asistenciales en curso y e) Facilitar la propuesta de mejoras en la calidad de la gestión farmacoterapéutica.

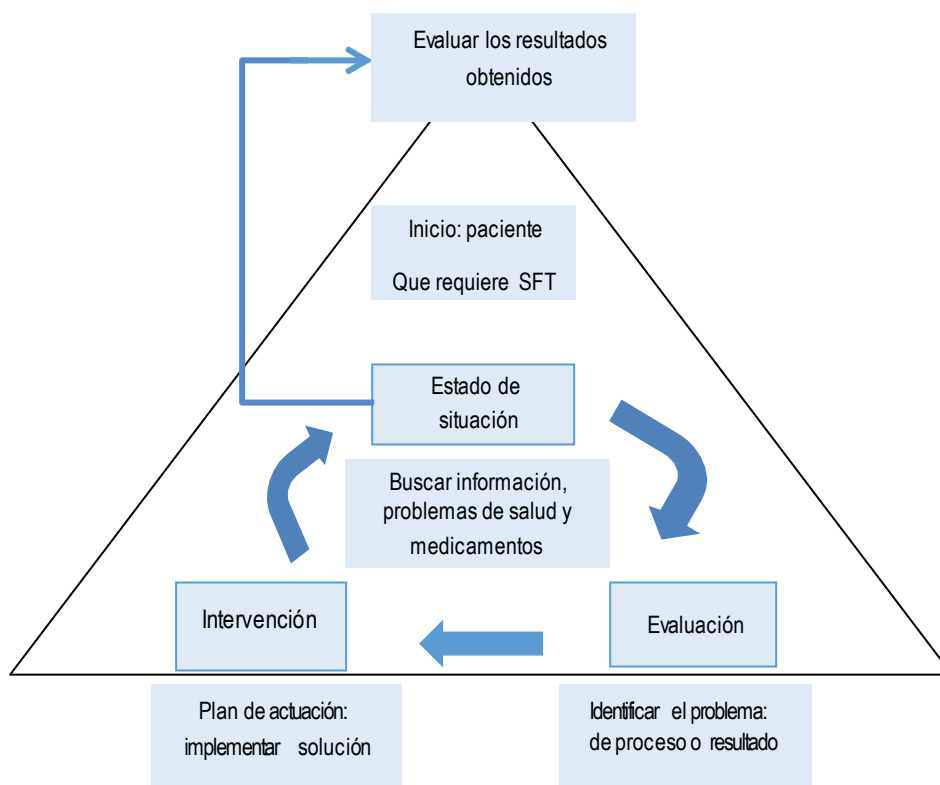
A través de los años se han desarrollado varios métodos para este fin, entre ellos los más conocidos son: a) The Therapeutics Outcomes Monitoring (TOM) aplicable a grupos de pacientes que sufren enfermedades de alto riesgo propuesto por Charles Hepler ²¹; b) El Método del Global Pharmaceutical Care de Linda Strand y Et al ⁴⁰. Y c) El método de Seguimiento Farmacoterapéutico DADER de Dáder y Col. desarrollada desde la Universidad de Granada en España¹¹. Existen así mismo otros métodos propuestos como el método LASER desarrollado por Climentí y Jiménez⁵⁷.

En esta investigación se utiliza como modelo de SFT una modificación del método DÁDER^{50, 69}. Desarrollado por Ocampo⁵⁸ aplicado por primera vez con el objetivo de medir el impacto del SFT sobre el uso de medicamentos y la prevención y solución de PRMs y RNMs en pacientes hipertensos. El Método DÁDER nació en 1999 como propuesta del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. Intenta ser una herramienta sencilla y de fácil aplicabilidad sin perder el rigor de un procedimiento operativo normalizado. Según los autores el modelo pretende ser universal para la prestación del Seguimiento Farmacoterapéutico en cualquier ámbito asistencial, independientemente del tipo de paciente y por cualquier fármaco ⁶⁹.

El método ha demostrado ser exitoso en la prevención, detección y resolución de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) desde el nivel de atención primaria^{69,70,71,72,73,74,75}. Sin embargo tal como lo proponen el Grupo de Investigación de la Universidad de Granada⁶⁹ y Deselle y Et al.¹³ es necesario evaluar su utilidad en escenarios sociales diferentes que permitan establecer estándares de actuación en situaciones particulares para medir en ellos el impacto real de la atención farmacéutica. Estas particularidades se han introducido en el método modificado por Ocampo⁵⁸ adaptado las herramientas de recojo de información para hacerlas más fáciles de aplicar por el profesional farmacéutico peruano y más entendibles para el paciente. Así mismo se han introducido procedimientos y herramientas que permiten detectar rápidamente problemas de no adherencia al tratamiento.

Tanto en el método DÁDER¹¹ como en la versión modificada por Ocampo⁵⁸ se pueden identificar como fases centrales del proceso de seguimiento farmacoterapéutico a las siguientes: a) Elaboración del primer estado de situación del paciente; b) La evaluación e identificación de sospechas de PRMs; c) la intervención para resolver los PRMs y prevenir potenciales RNMs y d) La evaluación del nuevo estado de situación del paciente (Figura N° 02).

Figura N° 01. Pasos Clave del Método DADER Modificado de SFT



Tomado de: P. Ocampo⁵⁸.

Un aspecto importante es desarrollar un modelo que agregue valor a la asistencia sanitaria, un impulso cualitativo a las actividades del profesional farmacéutico y además genere rentabilidad económica al establecimiento farmacéutico ⁶⁹.

El objetivo del SFT, independiente del modelo, es dar solución a los PRMs a través de intervenciones farmacéuticas efectivas. Sabater y Et al ²³. Plantean una clasificación de las intervenciones farmacéuticas que podrían surgir durante el proceso de Seguimiento Fármaco terapéutico (Ver Cuadro N°04).

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 al²³.

En esta clasificación se define intervención farmacéutica como: una propuesta de actuación sobre el tratamiento y/o las conductas del paciente, encaminada a resolver o prevenir un PRM y evitar RNM ³⁶.

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

2.2.4. Seguimiento Farmacoterapéutico y Satisfacción del paciente Con el servicio farmacéutico

En la evaluación de la calidad de los servicios sanitarios, la valoración del usuario resulta de capital importancia, porque proporciona información sobre el éxito del proveedor en el cumplimiento de las expectativas ²⁶. La satisfacción de los pacientes es uno de los resultados humanísticos, considerados por Donabedian como la aprobación final de la calidad de la atención y refleja la habilidad del proveedor para cumplir las necesidades de los pacientes-usuarios ^{76,77}. De esta forma la calidad de la atención y consejería que el paciente recibe del farmacéutico puede servir como un indicador de la calidad de los servicios de atención farmacéutica. Así mismo, podría ser útil para estimar la magnitud en la cual los pacientes perciben la calidad de los servicios farmacéuticos ⁷⁸.

Luego de la implementación del seguimiento fármaco terapéutico se han observado mejoras significativas en la percepción del paciente con respecto al servicio farmacéutico. Armando⁷⁹ sostiene que la satisfacción de los pacientes con Seguimiento Farmacoterapéutico se relaciona fundamentalmente a: mejoras en el conocimiento de los medicamentos y en el cumplimiento de los tratamientos prescritos por el médico. Ferrer⁵⁶, concluye que existe relación entre el grado de satisfacción del paciente con el servicio farmacéutico por un lado y por otro la auto percepción del estado de salud y el compromiso del paciente con el cumplimiento de las indicaciones médicas y farmacéuticas.

En la misma línea Rodríguez⁸⁰ en un estudio realizado en pacientes que se atienden en farmacias comunitarias y que recibieron seguimiento fármaco terapéutico encontró que el 89% cree que ha supuesto una mejoría de sus enfermedades, igualmente el 83% afirma que la relación Farmacéutico – Paciente - Médico no se ha visto afectada, incluso un 4% piensa que ha mejorado mucho. Más del 94% considera que ha recibido un trato personal y profesional excelente. El 74% manifiesta encontrarse muy satisfecho con el servicio de seguimiento fármaco terapéutico y un 94% cree que sus enfermedades están mejor tratadas.

La evaluación de la percepción del paciente acerca de la actuación del farmacéutico ha sido objeto de múltiples investigaciones con el objetivo de establecer un procedimiento e instrumentos confiables para medirla. Algunos toman como línea de base a la farmacia en su conjunto, como establecimiento de salud ⁸¹, mientras que otros miden directamente la percepción acerca del profesional o específicamente la calidad de la información brindada y de cómo ha influenciado en los hábitos del paciente para el manejo de la enfermedad ²⁶.

En esta investigación se evaluó la percepción que tuvieron los pacientes hipertensos de la consejería del farmacéutico antes y después a la implementación del Seguimiento farmacoterapéutico, como un indicador asociado a la calidad de la atención farmacéutica brindada. Para el abordaje se utilizó The Purdue Pharmacist Directive Guidance scale (PPDG) ^{78, 77,82} la cual es una herramienta sencilla, fácil de administrar y que ha demostrado validez y confiabilidad en los resultados⁸². Una modificación del instrumento fue propuesta por Vivian en un estudio para medir el efecto de las actividades del farmacéutico sobre el control de las infecciones respiratorias⁸³.

2.2.5. Infecciones Respiratorias de Curso ambulatorio

Los procesos infecciosos constituyen el motivo de consulta más frecuente en medicina general de familia y en pediatría. Las enfermedades infecciosas son la patología aguda más frecuente en atención primaria, ya que suponen una de cada tres consultas en pacientes adultos y hasta el 75% de las consultas en pediatría⁹⁷. Las infecciones respiratorias agudas (IRA), son las causas más frecuentes de morbilidad en el mundo y de elevada mortalidad particularmente en los países en desarrollo. Es el conjunto de alteraciones morfo funcionales y productivas causadas por la presencia y multiplicación de un agente microbiano patógeno

(virus, bacterias), en unas condiciones determinadas. Si bien se han realizado diversos estudios epidemiológicos para conocer la incidencia real de la patología infecciosa ^{84,85}.

Es fundamental conocer su etiología, patogenia y evolución, para poder formular un diagnóstico correcto que permita, a su vez, un tratamiento concordante. La etiología de la IRA está dada por un grupo variado de diversos agentes, tanto bacterianos, como virales, que ocasionan enfermedad con sintomatología similar. Entre las bacterias que causan estas infecciones se pueden mencionar: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*⁸⁴. Entre un 80 a 90 % se consideran a los virus como la causa más común de infecciones del tracto respiratorio, tanto en la población infantil, como en los adultos, además, en ser en los menores, la principal causa en países desarrollados, y la mayor causa de muerte en los países en desarrollo⁸⁶.

Las faringoamigdalitis pueden ser estreptocócicas o no. Los estreptococos hemolíticos, en particular los del grupo A (*Streptococcus pyogenes*) son las bacterias más frecuentes que infectan al hombre, provocando una sintomatología muy variable. Otros agentes han sido señalados como agentes causantes de faringoamigdalitis; entre estos tenemos: Coxsackie tipo A, herpes simple, adenovirus, Coxsackie tipo B, virus de la influenza, mononucleosis infecciosa (virus de Epstein-Barr). Para saber si la faringitis es de origen viral el médico debe tomar en cuenta, en primer lugar, la edad del paciente. Para la amigdalitis recurrente se acepta la presencia de 7 o más episodios en 1 año durante los 2 ó 3 primeros años de vida ^{85,86}.

Hoy estamos convencidos de que las enfermedades son el resultado de la interacción causal entre diversos factores biológicos, ambientales y sociales ⁸⁴, que como sabemos, anuncian el peligro de la ruptura del equilibrio que representa la salud. Durante los últimos años existía gran optimismo a nivel mundial, pues se pensaba que la lucha contra las enfermedades infecciosas estaba ganada, pero, actualmente, han ocurrido cambios que han propiciado la aparición y resurgimiento de muchas de ellas que eran consideradas ya un mito ^{84,89}.

Una tercera parte de las consultas de atención primaria están relacionadas con enfermedades infecciosas y de éstas algo más de la mitad obedecen a infecciones del tracto respiratorio superior, la mayor parte de las cuales son procesos víricos auto limitado. Sin embargo, se utilizan con frecuencia antibióticos (ATB) para su tratamiento, realizándose un 80-90% de las prescripciones de ATB en atención primaria y urgencias. El uso innecesario de antibióticos genera resistencias, supone la medicalización de problemas banales y comporta mayores efectos secundarios y costes económicos, que se asocian a una mayor frecuentación a consultas médicas y urgencias. En el lado opuesto se encuentran las neumonías, cuya etiología suele ser bacteriana y en donde un pronto y adecuado tratamiento antibiótico es primordial 84, 85, 86, 87,88.

La gran mayoría de estos estudios constata que los problemas en el uso de antibióticos son, por un lado, la sobreutilización y, por otro, la selección inadecuada del principio activo, que se desplaza hacia los antimicrobianos de mayor espectro, lo que comporta un aumento de las resistencias microbianas 88.

Consiste en la prescripción de una receta de ATB para ser utilizada en caso de que los síntomas persistan o empeoren al cabo de unos días, se puede realizar una receta al paciente en la consulta inicial para que solo lo adquiera en la oficina de farmacia en caso de no mejorar o bien indicando al paciente que acuda de nuevo al centro de salud a recoger la receta en el plazo establecido. El uso diferido de antibióticos puede considerarse, por tanto, como una estrategia factible y útil para disminuir el uso de ATB en procesos infecciosos auto limitados y no complicados como la faringitis, la otitis o bronquitis aguda no complicada, y puede considerarse una forma de mostrar a los pacientes que los ATB no siempre son necesarios, manteniendo su satisfacción. Según estudios, el motivo más frecuente de prescripción de antibióticos fue la amigdalitis (18,8%), seguido de otitis, bronquitis, faringitis, neumonía, sinusitis y agudización de EPOC. Si tenemos en cuenta la edad del paciente, se observa que el diagnóstico más frecuente en las edades inferiores son amigdalitis y otitis, de los 19 a los 45 años, el diagnóstico más frecuente fue amigdalitis seguido de faringitis, a partir de los 46 años, las infecciones más habituales que conlleva la prescripción de antibióticos son bronquitis^{86,90}.

Los antibióticos más prescritos son las aminopenicilinas (18,9%), amoxicilina-clavulánico (16,8%) y macrólidos (9,9%). Penicilinas y aminopenicilinas fueron los antibióticos más utilizados en amigdalitis y faringitis; cefalosporinas en otitis; amoxicilina-clavulánico en sinusitis, macrólidos en bronquitis. La pauta posológica más frecuentes fue cada 8 horas en más de la mitad de los pacientes, seguida por las pautas cada 12 horas y 24 horas; y la duración del tratamiento 7-8 días^{89,90}.

El principal problema manifestado en relación con el uso de antimicrobianos ha sido el de la aparición de resistencias bacterianas, capaz de hipotecar en el futuro la actual eficacia del tratamiento antibiótico, Otros problemas señalados han sido la automedicación, frecuentemente asociada al almacenaje de antibióticos en los domicilios, y el incumplimiento terapéutico⁸⁸.

2.2.6. BOTICA ECONOFARMA N°3.

La presente investigación piloto se llevó a cabo en la BOTICA “ECONOFARMA N°3” La botica está ubicada en AV BRASIL – SAN RAFAEL I-4-Lt.4 el Distrito de NUEVO CHIMBOTE La población de la zona de influencia pueden catalogarse como del nivel socioeconómico medio. Para el servicio profesional la botica cuenta con la presencia de un farmacéuticos y 3 técnicos en botica.

La Botica ofrece la dispensación de medicamentos genéricos, de marca, medicamentos con receta médica productos quirúrgicos y otros artículos relacionados. La Botica atiende diariamente un promedio de 50 pacientes. Las patologías más frecuentes para las cuales se dispensan los medicamentos son: reseras por operaciones la operación más frecuentes son las cesarías, se atiende también patologías como infecciones de tracto urinario que también son frecuentes como también se atiende recetas por infecciones respiratorias ya sea para adulto como para niños la otra patología que se atiende con frecuencia son las pacientes que llegan con hipertensión que también llegan personas con dolores articulas.

La Boticas “ECONOFARMA N°3” ubicada en AV. BRASIL DE NUEVO CHIMBOTE San Rafael I-4-Lt-4 está en un proceso de implementación de buenas prácticas de oficina farmacéutica y buenas prácticas de almacenamiento. Es decir, está en vías de certificar BP de Dispensación, BP de Farmacovigilancia, BP de Seguimiento Farmacoterapéutico.

2.2.7. HIPÓTESIS

De la evidencia planteada en los antecedentes se puede afirmar apriori que El Programa Piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico tendrá un efecto positivo sobre la percepción de la actividad profesional del farmacéutico en pacientes con infección respiratoria que se atienden en la Botica Econofarma N°3.

METODOLOGÍA.

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

3.1.1. Tipo y el nivel de la investigación:

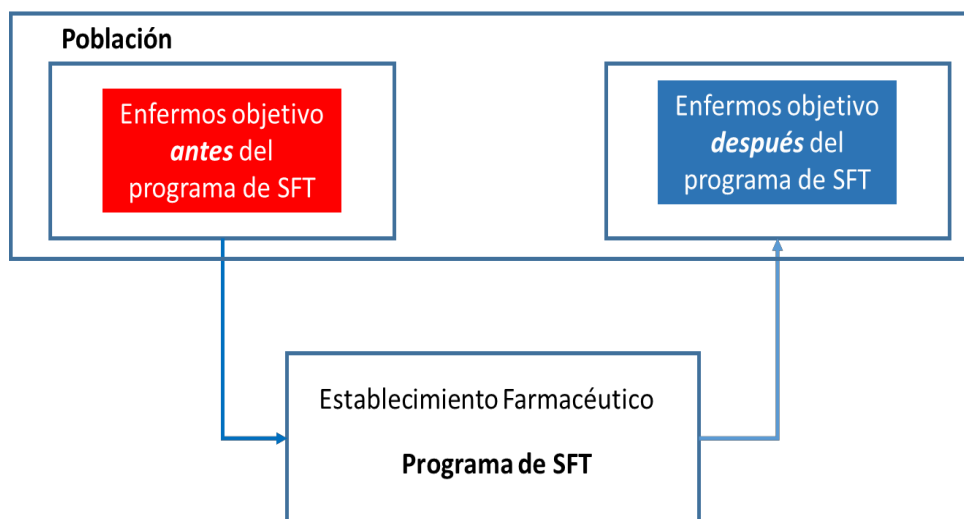
Fue una investigación de tipo cuantitativa explicativa que midió la influencia de la Atención Farmacéutica (variable independiente) y la percepción de la actividad profesional del farmacéutico (variables dependientes) medidas en los pacientes con infecciones respiratorias agudas.

3.1.2. Diseño de la investigación:

El diseño fue de tipo pre experimental prospectivo de sucesión en línea (pre - post test) con medición de los valores de las variables antes y después del programa de IF domiciliaria mediante Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT).

Figura N°02. Esquema del modelo de intervención farmacéutica.

Fuente: elaborado por Ocampo⁵⁸



Fuente: Elaborado por Ocampo⁵⁸

3.2 Población y muestra.

El universo de sujetos de estudio estuvo conformado por pacientes atendidos de manera regular en la Botica Econofarma, los pacientes de la muestra que formaron parte de la muestra de investigación se autoseleccionaron son aquellos que visitaron la Botica Econofarma durante el mes de diciembre 2013 a marzo del 2014 y cumplieron el criterio de inclusión, a los pacientes se les propuso formar parte de la muestra de investigación y tuvieron la libertad de ingresar al programa de manera voluntaria. Esta expresión de libertad quedo reflejada en la firma del documento de consentimiento informado. El número final de pacientes de la muestra fue prefijado en 12 pacientes.

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

- Adultos entre 18 y 65 años que hayan recibido una prescripción que incluya el uso de medicamentos, como resultado de un diagnóstico facultativo por enfermedades agudas de vía respiratoria.
- Captados desde el establecimiento farmacéutico (EF) de referencia.
- Con receta vigente para la enfermedad objetivo de antigüedad no mayor de tres meses.
- Acepten su participación en forma escrita a través de un documento firmado.
- Capacidad de comunicación en idioma español de manera fluida escrita y hablada autosuficiente
- Que los pacientes empiecen el tratamiento en la primera entrevista a la farmacia.

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

- Capacidad disminuida para comprender o comunicarse.
- Pacientes cuya situación patológica pueda interferir en la interacción con el Farmacéutico.
- Imposibilidad de otorgar consentimiento informado.
- Pacientes participantes en otros estudios de investigación en marcha o programas que interfieran con el Seguimiento Farmacoterapéutico

Los pacientes que deciden no continuar con el programa, o con los cuales sea imposible comunicarse durante el proceso de intervención o fallecen durante la experiencia serán excluidos definitivamente del estudio y remplazados si es posible.

3.3. Definición y operacionalización de las variables.

3.3.1. Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT):

El Seguimiento Farmacoterapéutico es una práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades de los pacientes mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con el uso de medicamentos (PRM)⁶¹.

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^{61, 67}. El SFT se aplica mediante una intervención profesional en una secuencia de actividades en cinco fases conducidas por el Farmacéutico y dirigidas al paciente y/o prescriptor.

El instrumento del Seguimiento Farmacoterapéutico es la Ficha Farmacoterapéutica (FFT) (Anexo N° 7.3) donde se registra la evolución del proceso. Se consignan datos del paciente, morbilidades, uso de medicamentos, costumbres y otros. Se registran los PRMs diagnosticados, los objetivos propuestos para su solución y los canales de comunicación empleados. La FFT registra finalmente el resultado de la intervención y los RNM asociados a los PRMs identificados.

3.3.2. Problemas relacionados con medicamentos (PRM):

Situaciones que en el proceso de uso de medicamentos causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación. En la presente investigación utilizaremos como base el listado modificado de PRM sugerido por el tercer consenso de Granada¹⁴. (Cuadro N° 05). El diagnóstico de PRMs es cuantitativo como resultado del análisis de la información recogida en las fichas farmacoterapéutico. Cada paciente puede sufrir más de un PRM cuya naturaleza es registrada en la FFT como un evento diferente e individual en las tablas de frecuencias.

3.3.3. Resultados negativos asociados con la medicación (RNM).

Se definen como sospechas de RNM a la situación en la que el paciente está en riesgo de sufrir un problema de salud asociado al uso de medicamentos, generalmente por la existencia de uno o más PRM, a los que podemos considerar como factores de riesgo de este RNM¹⁴. (Cuadro N° 02).

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

3.3.4. Satisfacción del paciente con las indicaciones del farmacéutico

La variable satisfacción del paciente con las indicaciones del farmacéutico se definió como la aprobación final de la calidad de la atención farmacéutica y refleja la habilidad del proveedor para cumplimentar las necesidades de los pacientes-usuarios⁷¹. La medición de la variable fue utilizada como indicador de la calidad percibida de los servicios farmacéuticos. La variable se determinó mediante el instrumento The Purdúe Pharmacist Directive Guidance scale (PPDG)^{41, 89, 48}. El test de Purdúe contiene 10 preguntas con respuestas según escala de Lickert cuyo puntaje ordinal va del 0 al 3, significando entonces un puntaje de 30 como de total satisfacción y 0 como total insatisfacción del paciente.

3.3.5 Infecciones Respiratorias

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

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

3.4.1 Técnica.

El Seguimiento Farmacoterapéutico se condujo a través de la técnica de la entrevista personal, la conversación telefónica y la visita domiciliaria, apoyadas en todos los casos en hojas de recolección de datos denominadas fichas Farmacoterapéutica. 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 DADER³⁸.

3.4.2 Instrumentos

3.4.2.1. Fichas Farmacoterapéutica (FFT).

Las FFT son hojas para el registro de los datos del Seguimiento Farmacoterapéutico. Es el instrumento base para el levantamiento de información. Es un documento que consiste en 5 partes de información sobre el paciente: Datos generales, información sobre las enfermedades, los medicamentos consumidos, problemas con el uso de medicamentos y las acciones realizadas por el profesional farmacéutico para resolverlas. Se utilizó este instrumento en las 5 fases del Seguimiento Farmacoterapéutico. El registro de la información en las FFT se realizó de acuerdo a las indicaciones de la Guía para el Seguimiento Farmacoterapéutico del método DADER³⁸.

3.4.1.2 Medición de la satisfacción del paciente con las indicaciones del farmacéutico.

La variable se determinó mediante The Purdue Pharmacist Directive Guidance scale (PPDG) propuesta por Gupchup y et al⁷⁴. El test (ver cuadro siguiente) consta de una escala de 10 ítems. Las respuestas se valoraron de acuerdo a una escala tipo Likert de 5 puntos que van desde 0 a 4, donde 0 significa nunca, 1= raramente, 2 = algunas veces, 3 = seguido y 4 = muy seguido. Sumando las respuestas de cada ítem obtuvimos la puntuación total⁶⁰.

La medición se realizó al inicio y al final de la intervención. Como resultado de un ensayo previo se modificaron la sintaxis y las palabras utilizadas en el instrumento original para añadirle mayor comprensión para el paciente.

CUADRO N°5 TEST DE PURDUE MODIFICADO PARA DETERMINAR LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON LAS INDICACIONES DEL FARMACÉUTICO

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

3.4.3 Procedimiento de la 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 DADER³⁸ con la modificación de la terminología y el anexo de otros datos que son útiles para nuestra realidad.

Las etapas del procedimiento de recolección de datos:

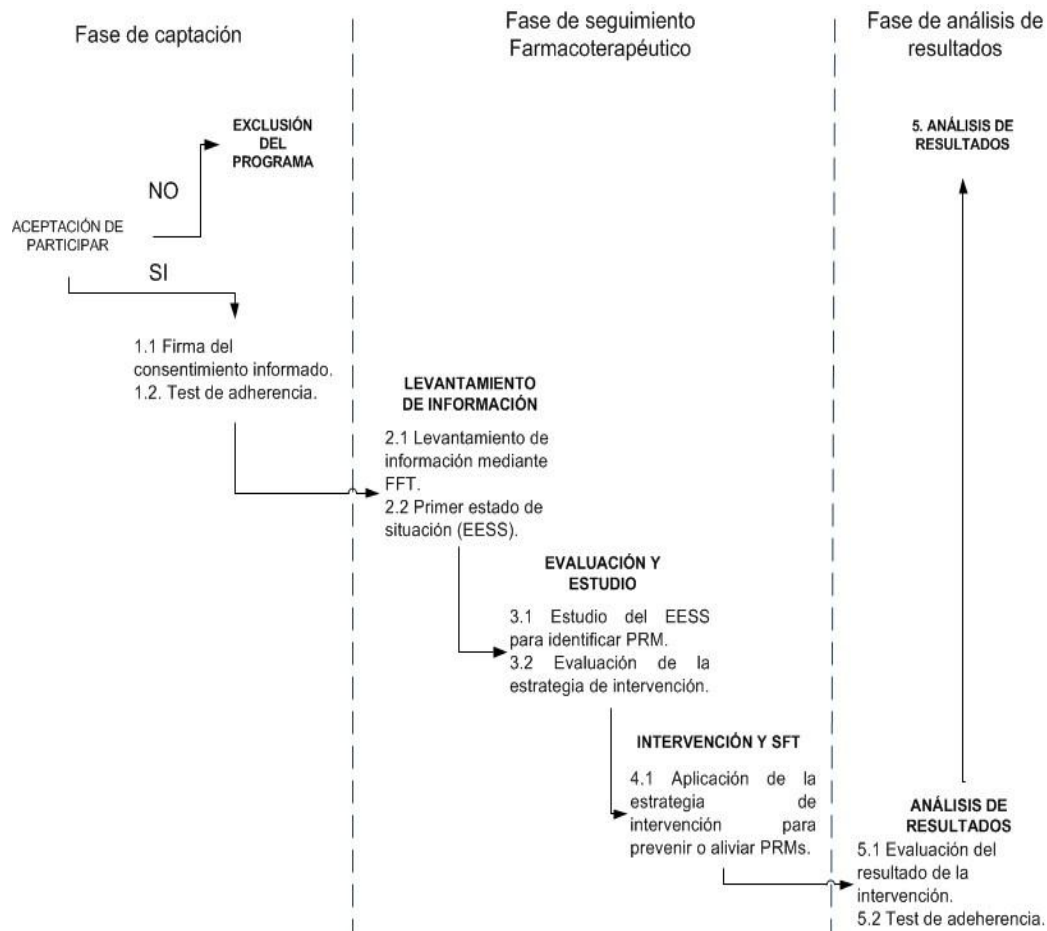
1. Oferta del Servicio y Captación de pacientes.
2. Levantamiento de información. Primer estado de situación.
3. Estudio y Evaluación.
4. Intervención y seguimiento.
5. Análisis de Resultados.
6. Segundo Estado de Situación.

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

Se ofertó el servicio a todos los pacientes de infección respiratorias que acudieron al EEFF en los meses de diciembre del 2013 a marzo del 2014 hasta obtener doce pacientes. El paciente que decidió formar parte de la experiencia dejó expresado su consentimiento mediante la firma de una declaración sobre los alcances de la intervención (ver Anexo N°7.2). El documento de consentimiento explicita la responsabilidad del farmacéutico en vigilancia del uso de medicamentos, la cautela de los datos del paciente, la gratuidad del servicio, ni la venta o donación de ningún tipo de medicamento.

Así mismo el consentimiento autoriza al farmacéutico a intermediar con el médico para la solución de los problemas complejos o urgentes relacionados con el uso de medicamentos, por otro lado obliga al paciente a entregar toda la información referida a enfermedades y uso de medicamentos que pueda ser útil para el diagnóstico de PRMs. Durante la captación se aplicó el test de adherencia al tratamiento. Al final de la entrevista de captación, el paciente y farmacéutico fijan fecha y hora para la segunda entrevista de levantamiento de información.

FIGURA N°03. FLUJOGRAMA DE LAS ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO.



Elaborado por OCAMPO P⁵⁸.

3.4.3.2 Levantamiento de información.

La información se registró en la Ficha Fármaco terapéutica (FFT) (Anexo N°7.3). Se anotó la información general del paciente, datos sobre enfermedades, profesionales que diagnosticaron, medicamentos utilizados, hábitos de vida, antecedentes familiares y percepción de signos y síntomas de problemas de salud que el paciente asocie con el uso de medicamentos. Se registró además el uso de productos naturales y el uso de medicamentos sin prescripción. Para este fin se solicitó al paciente mostrar todos los productos farmacéuticos que usaba de manera regular, se usen o no para la enfermedad objetivo, durante el registro se interroga al paciente sobre factores de riesgo y sospechas de problemas relacionados con el uso de medicamentos, se procuró que el tiempo entre la captación y el levantamiento de información no sea más de 1 hora y media.

3.4.3.3 Fase de estudio y evaluación de la información.

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

Se estudia toda la información registrada en la FFT para interrelacionar las variables en busca de PRMs: enfermedades diagnosticadas, morbilidad sentida, medicamentos prescritos, automedicación, sospechas de reacciones adversas, adherencia al tratamiento, etc. para diagnosticar problemas con el uso de los medicamentos (PRMs) como causa de morbilidad farmacoterapéutica o RNMs. Se usó material bibliográfico de apoyo para certificar los hallazgos del PRMs y RNMs⁹².

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

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

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

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

3.4.3.4 Fase de intervención y Seguimiento Farmacoterapéutico.

El objetivo de esta fase fue comunicar asertivamente los objetivos y los plazos que deben cumplir el paciente y/o médico para la solución de PRMs. La intervención fue mediante visitas domiciliarias, contacto telefónico, correos electrónicos 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 (Anexo N°03)

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

3.4.3.5 Evaluación del impacto de la intervención.

La entrevista para evaluación final de los resultados fue conducida por un investigador diferente al que realizó el SFT.

Se preguntó al paciente si ejecutó las recomendaciones dadas para la solución del PRM o si el médico puso en prácticas las sugerencias de modificación de la terapia, independientemente de la aceptación de la sugerencia para la solución se le preguntó si consideraba resueltos cada problema relacionado con medicamentos que fue diagnosticado.

Así mismo se midieron los niveles finales de adherencia y los parámetros clínicos de la enfermedad.

3.5 Plan de análisis de datos.

La información en las fichas farmacoterapéutica, el test de Morisky, el test de Purdue las mediciones de parámetros clínicos se transfirieron a tablas en MS Excel. Se construyeron tablas de datos sobre:

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

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

A partir de los datos acumulados en MS Access, se elaboraron tablas de resultados de doble y simple entrada con frecuencias relativas, absolutas y porcentajes. Se crearon tablas y gráficos sobre las características de los pacientes intervenidos, problemas de salud, frecuencias de los medicamentos usados, tipo y frecuencia de PRMs. Así mismo tablas para evidenciar la asociación entre el uso de medicamento y PRMs, los objetivos de intervención para solucionar los problemas y los Resultados Negativos a la Medicación (RNM) sospechados. Para evidenciar los resultados de la intervención se construyeron tablas sobre la frecuencia de los canales de comunicación utilizados, El tipo y frecuencia de PRM diagnosticados y el porcentaje de los solucionados. También los resultados de la diferencia entre el nivel de adherencia antes y después de la intervención y entre los niveles de los parámetros clínicos.

Se determinó la correlación entre el número de diagnósticos y los medicamentos usados y entre los medicamentos usados y los PRMs diagnosticados por cada paciente. Se elaboraron gráficos de regresión lineal para hallar la linealidad de la correlación y para la determinación de la correlación entre las variables se utilizó el estadístico de Spearman.

Percepción de la actividad profesional:

Cada pregunta del test de Purdue arroja resultados valorados entre 0 y 3. Donde 0 representa la percepción más negativa y 3 la más positiva de la actividad profesional del farmacéutico. El test se aplicó antes y después de la intervención mediante SFT y se comparó los resultados de cada pregunta. La diferencia de las medias de cada pregunta se analizó mediante el estadístico Wilcoxon Test Rank cuyo valor de significancia se fijó en 0.05. La medición de las diferencias se realizó por pregunta y por todo el puntaje del test.

3.6 CRITERIOS ÉTICOS.

El estudio se llevó a cabo siguiendo las normas éticas de la Declaración de Helsinki¹¹⁸. Se realizó con el consentimiento de los responsables del Servicio Farmacéutico de referencia. Se reportaron a los responsables del tratamiento las incidencias de las visitas de manera inmediata si se identifican factores de riesgo agravados que originen la inmediata atención del paciente.

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

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

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

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

IV. RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

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

Tabla N° 01. Distribución de frecuencias y porcentajes de los pacientes intervenidos por sexo y edad promedio. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico dirigido a pacientes con infecciones respiratorias agudas. Botica Econofarma 3, Distrito Nuevo Chimbote.

Diciembre 2013 - Marzo 2014

SEXO	PROM EDAD (AÑOS)	fi	%
F	42.8	8	66.7
M	52.8	4	33.3
\bar{x}	47.8	12	100.0
s	16.6		

Tabla N°02. Distribución de los tiempos invertidos durante el Seguimiento Farmacoterapéutico entre el farmacéutico y los pacientes por la forma de contacto. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico dirigido a pacientes con infecciones respiratorias agudas. Botica Econofarma N° 3, Distrito Nuevo Chimbote. Diciembre 2013 - Marzo 2014

PAC.	CONT EN EF	t EN EF (min)	CONT EN CASA	T EN CASA (min)	CONT X FONO	T X FONO (min)	CONT X OV	T X OV (min)	TOTAL CONT (min)	TOTAL T (min)
1	1	15	3	50	0	0	0	0	4	65
2	1	15	3	45	0	0	0	0	4	60
3	1	12	2	60	0	0	0	0	3	72
4	1	15	3	30	0	0	0	0	4	45
5	1	10	3	45	0	0	0	0	4	55
6	1	20	3	60	0	0	0	0	4	80
7	1	13	4	35	2	7	0	0	7	55
8	1	10	4	55	3	10	0	0	8	75
9	1	13	4	45	2	5	0	0	7	63
10	1	10	4	60	1	3	0	0	6	73
11	1	11	4	50	1	4	0	0	6	65
12	1	15	4	55	2	6	0	0	7	76
TOTAL	12	159	41	590	11	35	0	0	64	784
X	1.0	13.3	3.4	49.2	0.9	2.9	0.0	0.0	5.3	65.3
\bar{x} t en cada CONT.		13.3		14.4		0.0		0.0		12.3

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

4.12. RESULTADOS SOBRE LOS DIAGNÓSTICOS IDENTIFICADOS Y LOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS POR LOS PACIENTES DURANTE EL PROCESO DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO (SFT).

Tabla N°03.- Distribución de la frecuencia y porcentajes de los Problemas de Salud identificados en los pacientes intervenidos según si fueron diagnosticadas o no.
Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico dirigido a pacientes con infecciones respiratorias agudas. Botica Econofarma 3, Distrito Nuevo Chimbote. Diciembre 2013
- Marzo 2014

Morbilidad	CIE10	Diagnóstico	fi	%
Diagnosticada	J02	Faringitis aguda	6	37.5
	J03	Amigdalitis aguda	5	31.3
	J20	Bronquitis Aguda	1	6.3
	N30.0	Cistitis aguda	1	6.3
		Sub total	13	81.3
No Diagnosticada		Dolorde cabeza	2	12.5
		Alergia	1	6.3
		Sub total	3	18.8
		Total	16	100.0

Fuente: Anexo N°7.4, Tablas de Estado de Situación

*CIE10. Código Internacional de Enfermedades versión 10

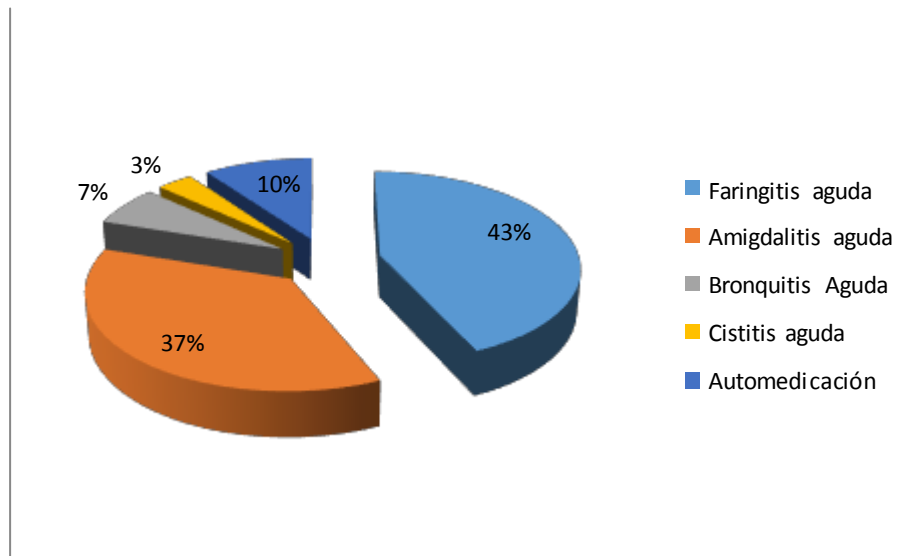
Tabla N° 04. Distribución de la frecuencia de uso de medicamentos según su origen en prescritos y no prescritos durante el proceso de intervención. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico dirigido a pacientes con infecciones respiratorias agudas. Botica Econofarma 3 Distrito Nuevo Chimbote. Diciembre 2013 - Marzo 2014

origen del medicamento	CIE10	DIAGNOSTICO	DCI	fi	Fi	%
Prescritos	J02	Faringitis aguda	cefalexina	2	13	43.3
			levofloxacino	2		
			miperamina+ guaifenisina	1		
			amoxicilina	1		
			amoxicilina+ sulbactam	1		
			dexametasona	1		
			diclofenaco + Paracetamol	1		
			ibuprofeno	1		
			metilprednisolona	1		
			Naproxeno	1		
			Metamizol	1		
	J03	Amigdalitis aguda	Prednisona	3	11	36.7
			claritromicina	2		
			dexametasona	2		
			levofloxacino	2		
			amoxicilina+ ácido clavulánico	1		
	metamizol	1				
	J20	Bronquitis Aguda	cefalexina+ ambroxol	1	2	6.7
			prednisona	1		
N30.0	Cistitis aguda	amikacina	1	1	3.3	
Sub total				27	27	90.0
no prescritos	Dolorde cabeza	tramadol + paracetamol	1	3	10.0	
		paracetamol + cafeína	1			
	Alergia	cetirizina	1			
		Sub total	3			3
Total				30		100.0

Fuente: Anexo N°7.4, Tablas de Estado de Situación

*CIE10.- Código Internacional de Enfermedades versión 10

**DCI.- Denominación común internacional.



Fuente: Anexo N°7.4

Gráfico N°01. Porcentaje de los medicamentos usados para los problemas de salud identificados. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico dirigido a pacientes con infecciones respiratorias agudas. Botica Econofarma 3, Distrito Nuevo Chimbote.

Diciembre 2013 - Marzo 2014

Tabla N° 5. Comparativo de la edad, cantidad de diagnósticos, cantidad de medicamentos, PRMS identificados y PRMS solucionados por paciente intervenido. Programa de SFT a pacientes con infección respiratoria. Desde la botica Econofarma - Nuevo Chimbote
 Diciembre del 2013- Marzo 2014

PAC	SEXO	EDAD	DX	MED	PRMS	SOL
1	m	27	2	3	2	2
2	f	42	1	2	1	1
3	f	57	2	2	1	1
4	f	38	1	3	2	2
5	m	42	1	3	2	2
6	f	30	1	2	2	2
7	f	43	1	2	1	1
8	f	68	1	2	1	1
9	m	66	1	3	2	2
10	m	76	1	3	1	1
11	f	32	1	2	2	2
12	f	32	1	3	1	1
TOTAL			14	30	18	18
PROM		46.08	1.17	2.50	1.50	1.50

Tabla N°6 Impacto del SFT sobre el puntaje promedio del Test de Purdue antes y después de la intervención. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) dirigido a pacientes con infecciones respiratorias agudas. Botica Econofarma 3, Distrito Nuevo Chimbote. Diciembre 2013 - Marzo 2014

PREGUNTA	promedio respuesta (n=12)		p
	antes	después	
1. ¿El farmacéutico se toma todo el tiempo que sea necesario para evaluar su problema?	1.50	2.58	0.006
2. ¿Su farmacéutico le ha dejado alguna información sobre como tomar sus medicamentos?	1.08	2.42	0.003
3. ¿El farmacéutico le ha explicado como sospechar si el medicamento le está chocando?	1.50	2.83	0.002
4. ¿Su farmacéutico le ha recalado sobre la forma como debe manejar su terapia sin recriminarle si estuvo bien o mal?	1.00	2.67	0.002
5. ¿Su farmacéutico sabe cómo explicar las cosas de una forma que asegure que usted siempre las entienda?	1.50	2.83	0.004
6. ¿Cuándo ha tenido alguna duda sobre como tomar sus medicamentos el farmacéutico siempre ha estado a su disposición?	1.17	2.50	0.003
7. ¿Su farmacéutico lo ha visitado de manera regular para verificar si ha seguido las indicaciones dejadas?	0.75	2.42	0.002
8. ¿Su farmacéutico le ha dicho a quién debe contactar si necesita alguna ayuda con el manejo de los medicamentos y su enfermedad?	0.92	2.58	0.005
9. ¿El farmacéutico se interesa mucho en mí como persona?	1.42	2.83	0.002
10. ¿Su farmacéutico le ha motivado para que usted asuma su responsabilidad con respecto al éxito de la toma de sus medicamentos?	1.33	2.75	0.003

4.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS

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

4.2.1. SOBRE LOS PACIENTES Y LOS TIEMPOS DE INTERVENCIÓN.

Se intervinieron a 12 pacientes que aceptaron participar en el estudio (Tabla 01) de 18 años a 60 años a más con diagnóstico de Enfermedades respiratorias de curso ambulatorio en la botica Econofarma de Nuevo Chimbote, esto lo pudimos saber ya que en su receta estaba aunque sea un antibiótico, el seguimiento se hizo durante cuatro meses de los cuales 8(66.7%) fueron de sexo femenino y 4(33.3%) de sexo masculino, lo cual muestra que no hay mucha diferencia entre estos datos ya que observamos que ambos se preocupan por su enfermedad y van a la botica a tratarse y que tienen mayor tiempo para asistir a sus citas con el doctor. La edad promedio de los pacientes que se intervinieron fue 47.8 años con una desviación estándar de 16.6, lo que demuestra que Enfermedades respiratorias de curso ambulatorio todos somos propensos a tener.

Los pacientes son en su mayoría gente joven que no tiene otro problema de salud ni toman otros medicamentos por lo que el problema de confusión con otros tratamientos es mínimo. Según diversos trabajos indican que las mujeres las mujeres son las que buscan la atención en una farmacia ya sea porque tiene mayor comunicación y sobretodo porque los hombres son poco de conversar, son menos expresivos que las mujeres.

Para la amigdalitis: Según la literatura consultada, la amigdalitis aguda supone el 1'3 de cada 100 consultas, suponiendo el 20% de las bajas laborales de los adultos. En los EEUU supone aproximadamente 40 millones de consultas al año. En cuanto a los facultativos que se encargan del diagnóstico y tratamiento de las faringoamigdalitis, en el 93% de los casos son

médicos generalistas, facultativos de urgencias o médicos de familia, quedando tan solo un 7% que se reparten pediatras y otorrinolaringólogos con 5-6% y 1-3% respectivamente⁹¹.

El EF desde donde se implementó el SFT es una zona considerada de alta prevalencia de pacientes con infección respiratoria. En la tabla N° 01 se observa la Distribución de los pacientes entrevistados según sexo, edad. Estos resultados confirman la idoneidad de los pacientes en cuanto al grupo etáreo necesario.

El 66.7 % (4 de 12) de las personas que participaron en el estudio SFT fueron de sexo femenino. Esto puede estar asociado al procedimiento de selección del paciente desde el Establecimiento farmacéutico, lugar al que acuden preferentemente mayor número de mujeres que dedican al mantenimiento del hogar o al cuidado de los hijos teniendo más tiempo para visitar los servicios de salud.

Por el contrario Keijzer sostiene que los hombres tienen mayores dificultades para pedir ayuda e involucrarse a programas de promoción del auto cuidado de la salud ⁹².

Bernabé por el contrario sostiene que las mujeres son las que consumen mayores antibióticos que los hombres. En la tabla 02 se presentan los tiempos promedio invertidos en cada una de las visitas durante el proceso de SFT por paciente, en donde encontramos un total de 64 contactos con un promedio de 5.3 contactos x paciente. La captación de los pacientes se hizo en la Botica Econofarma por lo tanto el primer contacto con el paciente fue en el EEFF y en algunos casos se empezó allí el ofrecimiento del programa, demostrando la preocupación por el estado del paciente y la importancia del seguimiento farmacoterapéutico en el tratamiento de su infección respiratoria el cual fue aceptado inmediatamente y en algunos casos pedían que los visitemos en su domicilio.

El trabajo más prolijo se realizó durante la primera y segunda visita de intervención, en las cuales se dejó al paciente las recomendaciones acerca de su tratamiento y hábitos de vida saludables que contribuyen a evitar complicaciones en la enfermedad. Se invirtieron en total 12.3 minutos aproximadamente por paciente en cada visita y en promedio por todas las visitas realizadas 65.3 min, que si los multiplicamos por los 12 pacientes intervenidos arrojan un total de 784 minutos de trabajo farmacéutico dedicado al seguimiento farmacoterapéutico.

Cabe recalcar que en 4 de 12 pacientes y son 6, 3, 8 y 12 fueron los que más tiempo invertido tuvieron durante el Seguimiento Farmacoterapéutico, debido a que estaban más interesados por compartir sus dudas y opiniones con respecto a su enfermedad y a los medicamentos, dicho tiempo fue fruto para enriquecer y demostrar nuestra labor como profesionales.

El tiempo utilizado en los contactos en el establecimiento farmacéutico fue 13.3 minutos en promedio, este medio fue útil para realizar la captación de los pacientes, si bien es cierto solo se utilizó para captar pacientes para realizar el SFT, debido a que el ambiente en el establecimiento no era cómodo para ganar la confianza del paciente y permita que haya una comunicación fluida y reconfortarle, por lo cual se optó por contactar al paciente en su domicilio y ser ahí donde se tome todos los datos posibles para armar nuestro informe.

El tiempo utilizado en los contactos en el domicilio fue de 49.2 minutos en promedio, fue una mejor opción ya que no solo permitía entrar en contacto directo con el paciente, sino que también por ser en domicilio permitía tener una comunicación farmacéutico-paciente más fluida y más cómoda a diferencia del establecimiento farmacéutico. Este medio fue muy útil ya que permitió alcanzar el objetivo de identificar signos de reacciones adversas, interacciones, contraindicaciones, mejorar la adherencia, etc.

El tiempo de llamadas para cada paciente fue un poco variable, ya que permitieron brindar y recibir información sobre su problema de salud por que en la actualidad sienten que los profesionales de salud no se preocupan por su enfermedad y la presencia de un profesional mostrando interés por la enfermedad y su tratamiento hacer que mejore la relación entre paciente y profesional de salud., el tiempo usado en las intervenciones por teléfono 2.9 minutos en promedio, este medio de contacto entre farmacéutico - paciente fue uno de los medio menos empleados, debido a que no estabas en contacto directo con el paciente lo cual influía en que no haya una comunicación fluida y cómoda con el mismo, solo se utilizó este medio en casos muy necesarios como hacerle recordar la toma de su medicamento, así como recomendaciones o también para verificar si se iba encontrar en casa previa a la visita farmacéutica.

La última visita solo tuvo como objetivo el levantamiento de la información después de la intervención. Los minutos invertidos en promedio por paciente fue de 65.3min y el tiempo promedio por contacto fue de 12.3 min (Tabla 02) reflejan más de una hora de trabajo por cada paciente lo que implicó en la práctica un ejercicio complejo por la necesidad de conocer el estado de salud de cada paciente y extraer todo lo necesario del paciente y explicarle que le puede pasar que recomendaciones darle

Según María Belén (2011), para poder ofrecer el servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico el farmacéutico ha de tener una sistemática de trabajo que le permita contar con el conocimiento completo de una serie de datos personales y sanitarios relacionados con el paciente. Para ello el farmacéutico establecerá una secuencia de entrevistas personales con el fin de generar una relación profesional centrada en la farmacoterapia y en los problemas de salud referidos por el paciente, para conseguir unos resultados óptimos y, en caso contrario, intervenir para corregir PRM o RNM⁹².

Roger considera que un canal de comunicación con el paciente es el medio por el cual el mensaje va de un individuo a otro y afirma que los medios masivos son más efectivos para proporcionar información, y que los pacientes lleguen a la fase de conocimientos, mientras que la comunicación interpersonal es más efectiva para formar y cambiar actitudes en torno a una idea⁹³.

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

La falta de tiempo y necesidad de más personal, unido a la necesidad de reorganización de las funciones de los miembros del equipo de la farmacia, son aspectos que han sido descritos por muchos autores. De hecho, en algunos estudios se demuestra que el tiempo es el mayor generador de costes en la provisión del Seguimiento Fármaco Terapéutico⁹⁴.

422. SOBRE LOS DIAGNÓSTICOS IDENTIFICADOS Y LOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS POR LOS PACIENTES DURANTE EL PROCESO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO.

En la tabla N°03 Se identificaron 16 enfermedades, donde cada paciente puede tener 1 enfermedades. Aproximadamente el 81.3% de éstas fueron diagnósticos por médicos respaldados por una prescripción. Los restantes (18.8%) fueron signos, síntomas, percepciones, malestares, u otro similar no diagnosticado que el paciente sentía al momento del levantamiento de la información y que pudo ser el origen de uso automedicado de medicamentos.

Evidentemente el diagnóstico de FARINGITIS AGUDA fue la más frecuente por ser la enfermedad objetivo y criterio de inclusión, luego de dicha enfermedad los pacientes presentaron otras enfermedades relacionadas tales como AMIGDALITIS AGUDA que es la segunda enfermedad más frecuente (5,31.3%).

Otras enfermedades diagnosticadas detectadas son BRONQUITIS AGUDA, CISTITIS.

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

La enfermedad más frecuente de los pacientes según la tabla 03 fue la FARINGITIS AGUDA que sufre los pacientes generalmente a mayor cantidad de enfermedades los pacientes consumen más medicamentos y la concomitancia de la medicación se convierte en un riesgo mayor para la aparición de Problemas Relacionados con Medicamentos asociados con falta de adherencia, interacciones, advertencias, precauciones, sinergismos negativos, etc.

Según el origen de su uso, los medicamentos fueron considerados como medicamentos prescritos, sustentados con receta, y medicamentos sin prescripción asociados con automedicación (Tabla N°04). Casi 90.0 % 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 Seguimiento Farmacoterapéutico. 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 Seguimiento Farmacoterapéutico, es decir se aseguró que los medicamentos que contenía la receta hayan sido prescritos según sus recomendaciones farmacológicas estándares para los pacientes objetivo.

En promedio los pacientes usaron 2 medicamentos (Tabla N°04), 1 medicamentos prescritos y 1 medicamentos por automedicación. Evidentemente los medicamentos más usados fueron aquellos para la faringitis aguda (43.3%). El resto de los medicamentos prescritos estuvieron un poco bajos

Del total de los medicamentos usados por los pacientes el 10 % (3) fueron no prescritos (Tabla N°04 y Gráfico N°01). El origen de uso fueron signos y síntomas percibidos individualmente por el paciente, como sucede en el caso del dolores de cabeza, alergia

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

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

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

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

Según un estudio por parte de Elena Bernabé nos dice que la edad media de la población fue de 44 años, y casi el 70% de los pacientes tenían estudios superiores, datos muy por encima de la distribución de la población adulta española según MEC. El antibiótico más prescrito fue la penicilina + inhibidor de la beta-lactamasa (26,6%), lo que coincide con el estudio ESAC-Net, donde se observa la disminución del uso de las penicilinas de amplio espectro y un aumento del uso de la combinación de penicilinas con inhibidores de beta-lactamasas, probablemente debido al actual incremento de las resistencias bacterianas⁹⁵.

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

En la tabla 04 se observan los medicamentos en DCI más utilizados amoxicilina, levofloxacino y dexametasona para prescritos y no prescritos es el paracetamol. En el gráfico N° 01 se muestra los medicamentos agrupados arbitrariamente por grupo terapéutico. Por el tipo de pacientes los medicamentos más utilizados tuvieron relación con la enfermedad en estudio. En el gráfico N°01 se muestra los medicamentos agrupados arbitrariamente por grupo terapéutico. Del total de medicamentos analizados el 90.0 % son para enfermedades con diagnóstico y está distribuido de la siguiente manera: 43% fue para la Faringitis Aguda, el 37% para amigdalitis aguda, 7 % para bronquitis aguda, 3% para cistitis aguda, mientras tanto el 10 % son medicamentos para enfermedades sin diagnóstico.

El antibiótico más usado fue la amoxicilina, perteneciente al grupo farmacológico de las penicilinas, como sabemos los antibióticos B-lactámicos son bactericidas, actúan inhibiendo la última etapa de la síntesis de la pared celular bacteriana uniéndose a unas proteínas específicas llamadas PBPs localizadas en la pared celular. Al impedir que la pared celular se construya correctamente, la amoxicilina ocasiona, en último término la lisis de la bacteria y muerte. Aunque la amoxicilina es activa frente a los estreptococos muchas cepas se están volviendo resistentes mediante mecanismos diferentes de la inducción de B-lactamasas, por lo que la adición de ácido clavulánico no aumenta la actividad de la amoxicilina frente a estas cepas resistentes⁹⁶.

V. CONCLUSIONES

5.1. Conclusiones

- 5.1.1 Todos los pacientes antes de la intervención mediante SFT presentaron un estado de situación que evidenció la existencia de problemas con el uso de medicamentos.
- 5.1.2 Se intervino a los pacientes a través de estrategias para para resolver los problemas relacionados con medicamentos (PRMs) diagnosticados.
- 5.1.3 El SFT tuvo un impacto positivo significativo/no significativo sobre la percepción de la actividad profesional del farmacéutico medida luego de la intervención.

5.2. Aspectos Complementarios

5.2.1. Logros:

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Faus. J. Pharmaceutical Care as a response to social need. *ArsPharmaceutica*, 41: 1; 137-143, 2000.
2. Hepler D, Strand M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1990; 47:533–543?
3. Hepler C, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Pharm Care Esp* 1999; 1: 35-47.
4. Frank R, Grizzle J. Drug-Related Morbidity and Mortality: Updating the Cost-of-Illness Model. *J Am Pharm Assoc*. 2001; 41(2) © 2001 American Pharmacists Association.
5. P McDonnell and M 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 H Jr. Medication use in an imperfect world: drug misadventuring as an issue of public policy, Part 1. *American Journal of Hospital Pharmacy*, Vol 46, Issue 5, 929-944.
7. Johson A. Bootman L. Drug-Related Morbidity and Mortality: A Cost-of-Illness Model. *Journal of Managed Care Pharmacy*. Vol 2, No.1 janIFeb 1996.
8. Rodríguez A. Atención farmacéutica en farmacia comunitaria: ¿es ya realidad o todavía un proyecto de futuro? Discurso de ingreso como académico de número. Academia de Farmacia de Galicia. España. Santiago de Compostela, 2006.
9. Bonal J. Lerany C, Bassons T, gascón P. Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica. En: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. *Farmacia Hospitalaria Tomo I*. Tomado desde: <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap21.pdf>. El 16/08/2012.
10. Ferri F. Consultor Clínico de Medicina Interna claves diagnósticas y tratamiento. España: Editorial Océano, 2006.
11. Faus D. Programa Dader. *Pharmaceutical Care España*. 2000; 2:73-74.
12. Alpizar – Campos M. Programa de Atención Farmacéutica para pacientes con tuberculosis en el Área de Salud de Parrita. *Pharmaceutical Care la Farmacoterapia*. 2012; 1(2):4–13. Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/inde.php/pharmaceutical/article/view/10393/9759>

13. Mesen-Arce María, Chamizo-García Horacio. Los determinantes del ambiente familiar y la adherencia al tratamiento de las infecciones respiratorias de un caso urbano, el cantón de Desamparados. *Rev. cienc. adm. financ. seg. soc. Costa Rica*. 2005; 13(1):71- 78. (Citado 07 septiembre 2014).
14. Salas-Abarca P, Chamizo-García H. Determinantes sociales de adherencia al tratamiento de infecciones respiratorias: una discusión desde la perspectiva heurística del riesgo. *Rev. cienc. adm. financ. segur. soc.* 2012
15. Sookanekn Published Online, 2 November 2004, www.theannals.com, DOI 10.1345/aph.1D605. un P. Richards RME. Sanguanserm Sri J. Teerasut Ch. Pharmacist Involvement in Primary Care Improves Hypertensive Patient Clinical Outcomes. *The Annals of Pharmacotherapy*: Vol. 38, No. 12, pp. 2023-2028. DOI 10.1345/aph.1D605.
16. Basterra G. El cumplimiento terapéutico. *Pharmacareesp* 1999; 1: 97-106.
17. Granados G. Rosales Nieto J. Moreno E. Ybarra JL. Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2007, Vol. 7, N° 3, pp. 697-707. ISSN 1697-2600.
18. Lee J. Grace KA. Taylor AJ. Effect of a Pharmacy Care Program on Medication Adherence and Persistence, Blood Pressure, and Low-Density Lipoprotein Cholesterol. A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, Published online November 13, 2006.
19. Kheir NM. Foppe van Mil J.W. Shaw J.P. Sheridan J.L. Health-related quality of life measurement in pharmaceutical care Targeting an outcome that matters. *Pharmacy World & Science*. Springer Netherlands. ISSN 0928-1231 (Print) 1573-739X (Online). Volumen 26, Number 3 / junio de 2004. pp 125-128.
20. Tafur V. García-Jiménez E. Aproximación del rol de farmacéutico en la calidad de vida relacionada con la salud. *Pharmacy Practice* 2006; 4(1): 18-23.
21. Pickard AS. Johnson JA. Farris KB. The impact of pharmacist interventions on health-related quality of life. Harvey Whitney Books Company. *The Annals of Pharmacotherapy*: 1999. Vol. 33, No. 11, pp. 1167-1172. DOI 10.1345/aph.18460.
22. Armando P, Uema S, Sola N. Valoración de la satisfacción de los pacientes con el seguimiento farmacoterapéutico. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(4): 205-212.
23. Sabater D, Fernandez-Llimos F, Parras M, Faus MJ. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(2): 90-97.

24. 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.
25. Rodríguez M, Rodríguez A, García 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.
26. 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.
27. Márquez J. Pérez C. Evaluación de la satisfacción y de la insatisfacción de pacientes atendidos en la unidad de atención farmacéutica a pacientes externos. *Farm Hosp.* 2008; 32(2): 71-6. [Tomado el 03/11/2015] desde: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13121227&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=121&ty=55&accion=L&origen=zonadelectura&web=http://zl.elsevier.es&lan=es&fichero=121v32n02a13121227pdf001.pdf
28. Ministerio de Salud del Perú. La Política Nacional de Medicamentos en el Perú. Consejo Nacional de Salud. Comité de Medicamentos. Resolución Ministerial N°1240-2004-MINSA. Tomado desde: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/destacados/archivos/65/RM1240-2004.pdf> el 19/08/2014
29. Congreso de la República del Perú. Ley 29459, Ley de productos farmacéuticos dispositivos médicos y productos sanitarios. Diario Oficial el peruano. Lima 26 de Noviembre de 2009.
30. Presidencia de la República. Aprueban reglamento de establecimientos farmacéuticos, Decreto Supremo N°014-2011-SA. El peruano. Lima 27 de Julio de 2011.
31. Presidencia de la república. Aprueban Reglamento de Registro Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, Decreto Supremo N°016-2011-TR. El Peruano. Lima 27 de Julio de 2011.

32. Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Atención Farmacéutica en el Perú (1). Boletín Centro de Atención Farmacéutica - Año 1 Número 1 Enero – Febrero 2008. tomado desde: www.digemid.minsa.gob.pe, el 28 de Julio de 2012.
33. Álvarez A, Zegarra E, Solis Z, Mejía N, Matos E. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud del Perú. Boletín (Cent. Aten. Farm.). Año 5 - Número 3 - Mayo Junio 2012. ISSN 2221-4259. Tomado desde: <http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Boletines/AtencionFar>
34. 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.
35. Fernández F, Faus M, Gastelurrutia A, Baena M, Martínez F. Evolución del concepto de problemas relacionados con medicamentos: resultados como el centro del nuevo paradigma. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3(4):167-188.
36. 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>
37. Martínez F, Fernández F, Gastelurrutia M, Parra S, Faus M. Programa Dáder de Seguimiento del Tratamiento Farmacológico. Resultados de la fase piloto. *Ars Pharmaceutica*, 42:1;53-65, 2001.
38. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Método DADER para el seguimiento Farmacoterapéutico. *ArsPharm* 2005; 46 (4):309-337.
39. 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.
40. Strand L, Morley P, Cipolle R, Ramsey R, Lamsam G. Drug-related problems: their structure and function. *Drug IntellClin Pharm* 1990;24:7-1093
41. 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.

42. Gaspar M. Seguimiento de la Intervención Farmacéutica en un hospital dedicado a la cirugía ortopédica traumatológica tras el establecimiento e implantación de un programa de atención farmacéutica. TESIS DOCTORAL. Universidad CEU Cardenal-Herrera Facultad de Farmacia. Departamento de Fisiología, Farmacología y Toxicología. Valencia España 2011.
43. Álvarez de Toledo F, Arcos González P, Eyaralar RT y col. Atención farmacéutica en personas que han sufrido episodios coronarios agudos (Estudio TOMCOR). Revista Española de Salud Pública, julio-agosto, año/vol. 75, número 004. Ministerio de Sanidad y Consumo de España Madrid, España pp. 375-388.
44. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. PRM y RNM Conceptos. Portal Farma.com Organización Farmacéutica Colegial. FARMACÉUTICOS N.º315 - Octubre 2006. Tomado desde: http://www.portalfarma.com/inicio/atencionfarmaceutica/forodeattfarma/Documents/28_29_Atencion_farma.pdf. Tomado el 14/07/2012.
45. Hall V. Atención farmacéutica. Seguimiento del tratamiento farmacológico. Universidad de Costa Rica. Centro Nacional de Información de Medicamentos. Enero de 2003.
46. 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
47. Hurley S. A Method of Documenting Pharmaceutical Care Utilizing Pharmaceutical Diagnosis. American Journal of Pharmaceutical Education Vol. 62, Summer 1998.
48. Ferriols R. Valoración de la Atención Farmacéutica en los problemas relacionados con los medicamentos. Presentado en XLIV Congreso Nacional SEFH. Septiembre 1999. Pamplona.
49. Calvo M, 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.
50. Sabater D, Silva Castro, Faus D. Método Dáder. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. Tercera edición, 2007.

51. Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Norma Técnica de Buenas Prácticas de Dispensación. Tomado desde: www.digemid.minsa.gob.pe. El 13 de Julio de 2012.
52. 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>
53. Osterberg L. Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med 2005;353:487-97. Downloaded from www.nejm.org on November 18, 2009.
54. 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.
55. Márquez E. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico en la diabetes mellitus. Centro de Salud la Orden, Huelva, España. En <http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/c053/marquez.PDF>. Tomado el 06/02/13
56. Ferrer L. 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.
57. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and Predictive Validity of a Self-Reported Measure of Medication Adherence. Medical Care, Vol. 24, No. 1 (Jan., 1986), pp. 67-74.
58. Ocampo R. Impacto de un programa de atención farmacéutica sobre el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes hipertensos. in *crescendo* 1(2) 2010. Tomado desde: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S222-30612010000200006&script=sci_abstract. El 02/03/2013.
59. 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.
60. 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.

61. Martínez S. 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.
62. Van M. Pharmaceutical Care, the Future of Pharmacy. Theory, research and practice. Dissertation. Druk: Drukkerij De Volharding, Groningen. J.W.F. van Mil, Zuidlaren, 1999. Gezuetit Monotype Spectrum (J. v. Krimpen/S.L. Hartz). ISBN: 90-9013367-4.
63. Clopes A. Intervención Farmacéutica. En: Bonal J. et al. Ed. Farmacia Hospitalaria. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Desde: http://sefh.interguias.com/libros/tomo1/Tomo1_Cap1.4pdf. Tomado el 20/05/05.
64. Clopes A. Intervenciones Farmacéuticas (parte II) Validación de la metodología utilizada para medir el impacto. Farm. Hosp. 2000; 24 (4): 2015-2020.
65. Garção J. Cabrita J. Evaluation of a Pharmaceutical Care Program for Hypertensive Patients in Rural Portugal. J Am PharmAssoc 42(6):858-864, 2002. © 2002 American Pharmaceutical Association.
66. 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.
67. Iñesta G. Atención Farmacéutica, Estudios Sobre Uso De Medicamentos Y Otros. RevEsp Salud Pública 2001; 75: 285-290 N.º 4 - Julio-Agosto 2001.
68. Espejo J. Fernández L, Machuca M. Faus M. Problemas relacionados con medicamentos: Definición y propuesta de inclusión en la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) de la Wonca. Pharmaceutical Care España 2002; 4:122-127.
69. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. Seguimiento farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). PharmacyPractice 2006; 4(1): 44-53.
70. Machuca G. Atención Farmacéutica, seguimiento fármaco terapéutico, Pharmaceutical Care: es lo mismo? Farmacoterapia Social. España 2006. Disponible desde: www.farmacoterapiasocial.es/local/capitulo1.pdf
71. Climente M y Jiménez T. Manual para la Atención Farmacéutica. Tercera edición. Edita: Afahpe. Hospital Universitario DrPeset. Valencia, 2005.

72. Grainger R, Miralles M, Hepler C, Segal R, Doty R, Ben R. Therapeutic outcomes monitoring: application of pharmaceutical care guidelines to community pharmacy. *J Am Pharm Assoc (Wash)*. 1997 Nov-Dec;NS37(6):647-61
73. Barris D, Faus M, An initiation in Dáder methodology in the pharmacotherapeutic monitoring in a community pharmac. *Ars Pharmaceutica*, 44:3; 225-237, 2003.
74. Vázquez V, Chacón J, Espejo J, Faus M, Resultados del seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria. *Pharmacy Practice*, july-september, año/vol. 2, número 003. 2004. Centro de Investigaciones y Publicaciones farmacéuticas Granada, España pp.189-194.
75. Fajardo P, Baena M, Alcaide A, Martínez O, Faus M, Martínez M. Adaptación del Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico al nivel asistencial de atención primaria. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(3):158-164.
76. Jácome A. Medidas de resultados en atención farmacéutica. *BOLETIN DE ATENCION FARMACEUTICA COMUNITARIA* Vol 3 N°3, Madrid marzo 1999. Desde: <http://www.ugr.es/~atencfar/bofac33.htm>. Tomado el 30/01/08.
77. Singhal P, Gupchup G, Raisch D, 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.
78. Sen S, Thomas 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.
79. Armando P, Uema S, Sola N. Valoración de la satisfacción de los pacientes con el seguimiento farmacoterapéutico. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(4):205-212.
80. Rodríguez C, Rodríguez C, García J. 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.
81. Larson L, Rovers J, MacKeigan L. Patient Satisfaction With Pharmaceutical Care: Update of a Validated Instrument. *J Am Pharm Assoc*. 2002; 42:44-50.
82. Gupchup G, Wolfgang A, Thomas J, 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.

83. Vivian E. Improving Blood Pressure Control in a Pharmacist-Managed Hypertension Clinic. *Pharmacotherapy* 22(12):1533-1540, 2002. © 2002 Pharmacotherapy Publications. Posted 01/03/2003.
84. Ripoll M, Orero M, González M. Prescripción de antibióticos en Atención Primaria en España. Motivos y características. *MEDICINA GENERAL* 2002; 48: 785-790. (Citado el 21 de julio del 2014). Disponible en: http://www.mgyf.org/medicinageneral/revista_48/pdf/785-790.pdf
85. Behar M. Prevención de las infecciones respiratorias agudas: Presente y futuro. *Rev. Cubana Pediatr* [revista en la Internet]. 2003 Dic. (citado 2014 Dic 15) ; 75(4): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312003000400006&script=sci_arttext
86. Álvarez C, Mirta et al. Infecciones respiratorias altas recurrentes: Algunas consideraciones. *Rev Cubana Med Gen Integr* [online]. 2008, vol.24, n.1, pp. 0-0. ISSN 1561-3038. (Citado el 21 de julio del 2014). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000100011
87. Armas P, Luisa G , Edilberto P, Antonio G y Bravo G. Estimación de morbilidad por infecciones respiratorias agudas en adultos *Rev. Cubana Med Trop* [online]. 1995, vol.47, n.2, pp. 100-107. ISSN 1561- 3054. (Citado el 21 de julio del 2014). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0375-07601995000200005&script=sci_arttext
88. National Cancer Institute. Morisky 4-Item Self-Report Measure of Medication-Taking Behavior (MMAS-4). Tomado desde: <https://www.gembeta.org/public/MeasureDetail.aspx?mid=1133&cat=2>. El 28/08/2014.
89. Aguas Y. De Miguel E. Fernández F. El Seguimiento Farmacoterapéutico Como Innovación En Las Farmacias Comunitarias De Badajoz (España). *PharmacyPractice*, january-march, año 2005/vol. 3, número 001 Centro de Investigaciones y Publicaciones Farmacéuticas Granada, España pp.10-16.
90. Hudelson P. Gender differentials in tuberculosis: the role of socio-economic and cultural factors. *Tubercle Lung Dis* 1996; 77:391-400. disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602004000300011
91. Fernandez E. Amigdalitis Aguda. Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. Pág. 1-19
92. Congreso de la República del Perú. Ley de Creación del Colegio Químico Farmacéutico del Perú. Diario Oficial El Peruano. Diciembre de 1964.

93. Yolanda A, Granada 2005 – Analisis de la efectividad de las acciones de un centro de informacion de medicamentos en la implantación de un programa de seguimiento farmacoterapéutico en farmacias comunitarias. ISBN: 84 338 3373 1.
94. Gastelurrutia1 M y et al. En Exploración de las percepciones de los farmacéuticos comunitarios en la práctica del seguimiento farmacoterapéutico dentro del contexto del programa consigue. Pharm Care Esp. 2011; 13(6): 280-288.
95. Perret C. Tratamiento antimicrobiano abreviado de infecciones respiratorias altas en pediatría. Rev. Chil. infectol. [revista en la Internet]. 2002, citado 13 de diciembre del 2014; 19(1): 49-53 Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071610182002000100007&script=sci_arttext
96. Cruz E, Sánchez E. Modelación molecular de cuatro penicilinas: bencilpenicilina, fenoximetilpenicilina, ampicilina y amoxicilina. MediSur [revista en la Internet]. 2009 Agosto, citado 13 de diciembre del 2014; 7(4): 13-20. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S1727-897X2009000400004&lng=es&tlng=es

ANEXOS

ANEXO 7.1. SOLICITUD DE PERMISO DIRIGIDO AL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO.

Chimbote, 21 de OCTUBRE de 2013

Señora
Dra. Yerti Tapia Sánchez
BOTICA ECONOFARMA
NUEVO CHIMBOTE
Pte.

Asunto: Facilidades para realizar una investigación sobre Seguimiento Farmacoterapéutico.

De mi especial consideración.

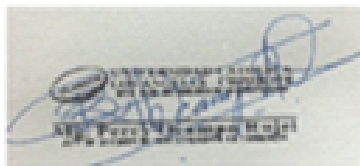
Me dirijo a Usted de manera cordial para solicitarle por su intermedio las facilidades para que la Alumna *Díaz Gonzales Michels*, Cód. N° 0112101071, pueda desarrollar actividades de Seguimiento Farmacoterapéutico como parte de un proyecto de investigación que tiene por objetivo evaluar la utilidad 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 infecciones respiratorias. 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 fármaco terapéuticas. 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:

A rectangular stamp with a blue ink signature over it. The stamp contains the text "FARMACIA ECONOFARMA" and "NUEVO CHIMBOTE" in a circular arrangement around the signature.

Teléfono de Contacto: 990430576

ANEXO 7.2. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico

Declaración del paciente:

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

* NOMBRE DEL PACIENTE: (DE PUÑO Y LETRA DEL PACIENTE): Karina Garcia Oliva

* DIRECCION: Calle Huanca 112 U. L. 2-15 P. Surco, Lima

* TELEFONO: 946587928

* FIRMA: [Firma manuscrita]

* DNI: 92095224

* NOMBRE DEL QUIMICO FARMACÉUTICO Jr.: Michael Diaz Gonzalez

* TELÉFONO: 981541073

* FIRMA: [Firma manuscrita]

* DNI: 4101859

* FECHA: 10 / 05 / 14.

* FECHA DE LA PRIMERA ENTREVISTA PARA EL LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN: 10 / 05 / 14

*Campos obligatorios

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

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

COD* PACIENTE: 012109071 FECHA: 10 / 05 / 14

1.1.- DATOS PERSONALES
 NOMBRE: García Olivia Karina SEXO: F
 DIRECCIÓN: Calle Huancayo Mz U Lt 27 B P. Juventud, Oclibato ZONA: Weva Chimbote
 TELÉFONO DOMICILIO: _____ OTRO 9465 81928 (MAIL): _____
 FECHA DE NACIMIENTO: 19/09/83 EDAD: 30 AÑOS: _____
 GRADO DE ESTUDIOS: ANALFABETO PRIMARIA SECUNDARIA SUPERIOR.....
 TIENE SEGURO SI: ___ NO: SEGURO INTEGRAL (SIS): ___ ESSALUD: ___ PRIVADO: _____
 OTRO CUAL?: _____
 EL SEGURO PRIVADO CUBRE LOS MEDICAMENTOS TOTALMENTE: SI: _____ NO: _____

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

Nº	NOMBRE DEL MEDICO	ESTABLECIMIENTO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO
<u>01</u>	<u>Carlos Velásquez, Ronald</u>	<u>H. Regional</u>	<u>M. General</u>	<u>-</u>

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

NOMBRE DEL PROBLEMA DE SALUD, SIGNO O SINTOMA PERCIBIDO POR EL PACIENTE	Tiene Dx?	QUIEN LE DIAGNOSTICO?	TELÉFONO
<u>Bronquitis Aguda</u>	<u>si</u>	<u>Medico</u>	<u>-</u>

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

ANEXO N°7.3.2. FICHA FFT (HOJA 1 CONTINUA). REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE, DE SU ENFERMEDAD DE SUS MEDICAMENTOS Y DEL MEDICO PRESCRIPTOR.

FICHA N°01. INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE.

1.4.- MEDICAMENTOS QUE TOMA EL PACIENTE PARA SUS PROBLEMAS DE SALUD EN ESTE MOMENTO (RECUENTO DE TABLETAS en color gris).

N°	NOMBRE DEL MEDICAMENTO (tal cual fue prescrito comercial o genérico)	DCI	Forma Farmá	A: DOSIS (mg)	B: FREC. DE DOSIS x DIA(h)	C: Días que debe tomarse el med(días).	(B x C): Total de med. Prescrito:	FECHA DE PRESCR.
01	Biebroncel	Cetatexi no Ambroxol.	tab	30/30	3	7	21	10/05/14
02	Cetiprex	Prednisona	tab	20	1	5	5	10/05/14

Escribir todos los medicamentos que el paciente toma para las enfermedades descritas en el cuadro anterior. En los recuadros solo escribir números de acuerdo a las unidades del encabezado.

1.5. TIENE USTED ALGÚN PROBLEMA CON LA TOMA DE ALGUNO DE ESTOS MEDICAMENTOS?

N°	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA, MALESTAR, SENSACIÓN U OTRO.	ACCIONES DEL PACIENTE PARA SOLUCIONAR ESTOS PROBLEMAS
01	Biebroncel	Prurito estomacal.	consultar farmacéutico.
02	Cetiprex	Dolor epigástrico.	consulta farmacéutico.

Preguntar sobre malestares, sensaciones, percepciones negativas que tiene el paciente luego de tomar alguno de los medicamentos de la lista anterior. Para este propósito usar la Ficha N°3 para el repaso anatómico fisiológico. Si el paciente declara algún problema preguntar que hace para solucionarlo.

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

N°	NOMBRE DE LOS REMEDIOS CASEROS	DESCRIPCIÓN	DOSIS	FRECUENCIA	DESDE CUANDO

El uso de remedios caseros o productos naturales permite detectar otros malestares en el paciente que puede llevarlo a usar medicamentos.

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

Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Establecimiento Farmacéutico Botica Econofarma Nuevo Chimbote.

1.7.- PARÁMETROS DE SEGUIMIENTO:

VISITA N°:	1	2	3	4
FECHA	10/03/14	12/03/14	14/03/14	
PRESIÓN ARTERIAL (en mm de Hg)	110/70	110/70	100/60	
GLICEMIA				
PESO (en Kg)	65	65	65	
TALLA (en cm)	1.70cm	1.70cm	1.70cm	
Temperatura (en °C)				
OTRO				

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

1.8.- 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	X			
DIABETES				
COLESTEROL				
OTRA:				

Observaciones: no refiere que su mamá es hipertensa.

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	Si	-
Uso de sal al cocinar	Si	-
Consumo de alcohol	VECES POR SEMANA NO X	-
Fuma cigarrillos o alguien en casa lo hace?	Si: NO: X CANTIDAD AL DIA:	-
Hace ejercicios:	CAMINA: CORRE: VECES POR SEMANA: _____ GIMNASIO: PESAS: _____ BICICLETA: OTRO: _____	-
Consumo de café	Si: NO: X TAZAS DIARIAS:	-
Dieta:	Si NO X Describir: _____	-

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

COD INTERV: 06

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

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

PACIENTE COD. N°: *012201071* FECHA: *10/05/14*
 NOMBRE: *García Oliva Karina*

2.1. MEDICAMENTOS QUE TOMA EL PACIENTE PARA OTRA ENFERMEDAD.

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

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

Observación: Paciente no consume ningún otro medicamento solo lo indicado por el médico.

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

FICHA FFT (HOJA 2, SEGUNDA PARTE). REGISTRO DE LOS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE MANTIENE EN SU BOTIQUÍN

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

Nombre 1: <i>Aflamax (Naproxeno Sódico) 550 mg.</i>	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 2: <i>Cetirizina 10mg</i>	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 3: <i>Omeprazol</i>	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 4:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 5:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 6:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 7:	
1. ¿lo toma?	4. ¿cómo le fue?
3. ¿para qué?	10. ¿Sintió algo extraño?

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

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

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

PACIENTE COD. N°: *0112101071* FECHA: *10/05/14*
NOMBRE: *Erica Oliva Karina*

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: *→ Ardor y dolor epigástrico.*
- RIÑÓN (orina...):
- HÍGADO:
- GENITALES:
- PIERNAS:
- PIÉS (dedos, uñas):
- MÚSCULO ESQUELÉTICO (gota, dolor espalda, tendinitis...):
- PIEL (sequedad, erupción...):
- ALTERACIONES PSICOLÓGICAS (depresiones, epilepsia...):
- PARÁMETROS ANORMALES (Tª, 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: *06*

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

FICHA 04. HOJA GUÍA DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA.

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

PACIENTE COD N°: 012101071-06
 NOMBRE: García Oliva Kaina

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

N°	NOMBRE DEL MEDICAMENTO* O MORBILIDAD**	FFPP	DOSIS REC.	FREC. DE DOSIS/DIA	FECHA DE PRESCR.
<u>01</u>	<u>Brebroncol</u>	<u>Brebroncol</u>	<u>500/30</u>	<u>3</u>	<u>10/07/14</u>

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

4.2.- DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL PRM:

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

COD INTERV: 06

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

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

N°	Clasificación del RNM	Descripción del RNM	PRM origen
1	Necesidad	Problema de Salud no tratado. El paciente sufre un problema de salud asociado a no recibir una medicación que necesita.	5
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.	12

Fecha final de la intervención:

COMENTARIO:

El paciente recibe un medicamento en dosis y pauta no adecuada lo cual y vive al paciente a molestias durante cuando esto a que el paciente desea abandonar el tratamiento -

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

4.4. QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRM.

* *Intentamos aumentar un medicamento al hastante para disminuir los molestias gástricas.*
 * *Intentamos disminuir los días de tratamiento por así también evitar los molestias gástricas.*

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

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

COMENTARIO:

* *El paciente accede a aumentar un medicamento a su tratamiento para que así se mejoran esos molestias gástricas que se estaban sufriendo.*
 * *También acepta disminuir el tratamiento con la medicación ya que eso también ocasionaba dolor epigástrico.*

ANEXO N°7.3.10. FICHA FFT (HOJA 6). TEST PARA MEDIR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO. TEST DE MORISKY.

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

COD° PACIENTE: 0121071-06 FECHA: 14, 05, 14

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

Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico
 NOMBRE DEL PACIENTE: Carla María Renna COD 06

FECHA: 14, 05, 14

PREGUNTA	VALOR DE LA RESPUESTA	
	SI	NO
¿Cuándo le indican tomar medicamentos, con que frecuencia se olvida de tomarlos? Por ejemplo si se los recetan para 7 días cuantos días deja de tomarlos? SI= por lo menos 1 vez, NO = ninguna vez.	X	X
¿Y en cuanto a la hora de tomarlos, cuántas veces en una semana se olvida de hacerlo a la hora indicada? SI= por lo menos 1 vez, NO = ninguna vez.	X	X
¿Y cuando se siente bien, antes de terminar el tiempo indicado de uso de tus medicamentos, deja de tomarlos? SI= 1, nunca: NO = 0.		X
¿Y cuando siente que los medicamentos le caen mal, los deja de tomar? SI= 1, nunca: NO = 0.		X

OBSERVACIONES:

El paciente no refiere que ahora si es
cumplido con la toma de sus medicamentos
ya que es consciente
de lo que le puede
pasar si deja su tratamiento.

COD INTERV: 0121071-06

**ANEXO N° 7.3.11. TEST DE PURDUE PARA LA EVALUACIÓN EN EL
PACIENTE DE LA SATISFACCIÓN DEL SERVICIO**

TEST DE PURDUE MODIFICADO PARA DETERMINAR LA SATISFACCION DEL
PACIENTE CON LAS INDICACIONES DEL FARMACEUTICO ^(43,36). Programa de
Atención Farmacéutica para paciente hipertenso. Farmacia Comunitaria
ULADECH.

NOMBRE DEL PACIENTE: García Oliva Karina COD 06

FECHA: 14 / 05 / 14

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

0=nunca, 1=raramente, 2=algunas veces, 3=seguido, 4=muy seguido.

OBSERVACIONES: *El paciente no refiere que el farmacéutico se interesa mucho por ella y su enfermedad ya que siempre esta al pendiente de ella y de la forma como tomar sus medicamentos.*

COD INTERV: 012101071-06

7.4 ANEXO. REPORTE DE PRIMER ESTADO DE SITUACIÓN.

Pac	CIE	DIAG	comerc	dci	ff	dosis	frec dosis	días tto	PRM	Descrip prm	Acción	COD INTERVE N	CANAL COMU N	ACEP T	SOL	Descrip sol	RNM
1	J02	Faringitis aguda	velamox	amoxicilina	tab	500	3	5									
1	J02	Faringitis aguda	ibuplex	ibuprofeno	tab	400	3	3	12	dolor y ardor estomacal	añadir un nuevo medicamento al tratamiento	6	2	1	1	mejoraron las molestias gástricas puesto que el paciente refirió que ya no las sentía	6
2	J03	amigdalitis aguda		levofloxacino	tab	500	1	7	12	cefalea	se le cambia de medicamento	6	1	1	1	paciente refiere que se siente mejor	6
2	J03	amigdalitis aguda		prednisona	tab	20	1	5			es conversar con el paciente y que le diga a su médico que le ponga la receta los medicamentos en DCI	5	3	1	0	la paciente aceptó la solución pero el PRM no se resolvió porque cuando le pedimos que nos entregue la receta en DCI no lo tenía	1
3	J03	amigdalitis aguda		claritromicina	tab	500	2	7	12	Rash cutáneo	mediante un escrito solicito al médico	4	4	1	1	el medico acepta la intervención incorporándole	5

										tratante la incorporación n de un nuevo fármaco haciéndole saber que el paciente presenta rash cutáneo					un antihistamínico para el rash cutáneo		
3	J03	amigdalitis aguda	cortiprex	prednisona	cap.	20	1	4	9	se habla con el paciente para indicarle que de es necesario acuerdo que tome sus o al medicament test de os a una hora Morisk adecuada y y por todos los realizado días o el indicados por pacient el médico e es para así incumplido poder obtener	7	1	1	1	la paciente aceptó cambiar esas actitudes negativas y logramos resolver el PRM	3	
3	J03	amigdalitis aguda	novalgina	metamizol	tab	500	2	eventual									
4	J02	Faringitis aguda	levonelle	levofloxacino	tab	750	1	7	12	diarrea	Se le cambia de medicamento	6	3	1	1	Mejoraron las molestias gástricas	5

4	J02	Faringitis aguda	Codeína expectorante	Miperamida+ guaifenisina	fco	120ml	3	3									
4	J02	Faringitis aguda	medrol	metilprednisolona	tab	16	1	5									
5	J02	Faringitis aguda	alexcef	cefalexina	tab	500	3	7	12	cefalea	médiate un escrito se le informa al médico que el paciente sufre de dolor de cabeza por ende sugerimos añadimos un nuevo fármaco al tratamiento	4	4	1	1	Mejoraron las molestias	5
5	J02	Faringitis aguda	dexacort	dexametasona	tab	4	2	5	8	El médico le prescribió mal la receta	hablar con el paciente para indicarle la manera de cómo debe seguir su tratamiento para así evitar la confusión	9	1	1	1	paciente se comprometió a cumplir con todo su tratamiento	1
6	J02	Faringitis aguda	Sulbamoxi- bl duo	Amoxicilina+ sulbactam	cal	875/125	2	7									

6	J02	Faringitis aguda	apronax	Naproxeno sódico	tab	550	2	3											
6	J02	Faringitis aguda	repriman	Metamizol sódico	tab	500	2	eventual	8	Mala prescripción del médico	se le instruye al paciente la manera adecuada de cómo seguir su tratamiento			1	1	1	4		
6	J03	amigdalitis aguda		amoxicilina	sol	500	3	7	3	no tiene un sitio adecuado para guardar sus medicamentos	educar al paciente para que tenga un lugar apropiado para que guarde sus medicamentos, en medidas farmacológicas			2	1	1	1	paciente se comprometió a cumplir con todo su tratamiento	5
7	J02	Faringitis aguda	bagoflox	levofloxacino	tab	750	1	7	12	Dolor y ardor estomacal	añadir un nuevo medicamento al tratamiento	4	4	1	1		mejoraron las molestias gástricas	6	
7	J02	Faringitis aguda	Dolofarmalan forte	Diclofenaco+paracetamol	tab	50/500	3	7	2	incumplimiento	educar en el uso del medicamento	5	4	1	1		paciente concientizado sobre el uso correcto de sus medicamentos	7	

7	N30.	Cistitis aguda		amikacina	iny	1000	1	2									
8	J03	Amigdalitis aguda		amoxicilina+ ac. Clavulanico	tab	500/125	3	7	12	Acidez estomacal y reflujo	cambiamos la vía de administración del medicamento	6	4	1	1	paciente refiere que se siente mejor	6
8	J03	amigdalitis aguda		dexametasona	tab	4	2	3									
9	J02	faringitis aguda		cefalexina	cap.	500	3	7	12	Acidez estomacal y reflujo	añadimos un nuevo fármaco al tratamiento	4	4	1	1	mejoraron las molestias gástricas	6
9		alergia	hisaler	cetirizina	tab	10	1										
10	J03	Amigdalitis aguda		claritromicina	tab	500	2	7	12	Diarrea e hipo	añadimos un nuevo fármaco al tratamiento	4	4	1	1	mejoraron las molestias gástricas	5
10	J03	amigdalitis aguda		dexametasona	tab	4	2	3	8	Dosis y pauta no adecuada	disminuir la pauta terapéutica	2	4	1	1	.mejoro el cuadro	6
10			Panadol forte	Paracetamol + cafeína	tab	500/65				condicional							
11	J03	amigdalitis aguda		levofloxacino	tab	500	1	7	12	Ardor estomacal	Añadimos un nuevo medicamento	8	1	1	1	mejoría total de las molestias gástricas	1

											o al tratamiento						
11	J03	amigdalitis aguda		prednisona	tab	50	1	5	5	Dosis y pauta no adecua da	disminuir la dosis y pauta terapéutica	3	4	1	1	mejoría total de las molestias gástricas	6
11			traminofo enol	tramadol + paracetamol	tab	37.5/3	2	3									
12	J20	bronquitis aguda	biobronco l	amoxicilina + ambroxol	cap.	500 + 30	3	7	12	ardor y dolor epigástr rico	añadimos un nuevo fármaco al tratamiento	4	4	1	1	paciente mejora sus molestias gástricas	5
12	J20	bronquitis aguda	cortiprex	prednisona	tab	20	1	5	5	dosis y pauta no adecua da	reducir los días de tratamiento	2	4	1	1	se disminuyó los días de tratamiento mejorando su cuadro	6

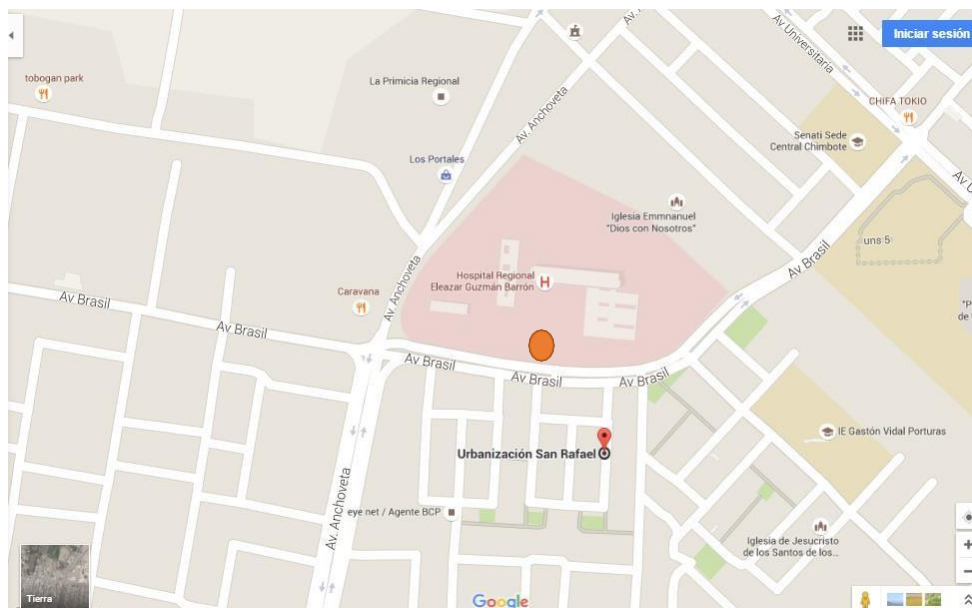
7.5 ANEXO. CUADRO N° 12 FRECUENCIA DE USO DE LOS TIPOS DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS.

CIE	DIAGNÓSTICO	DCI	FREC	FREC ACUM	% ACUM
J02	Faringitis aguda	ibuprofeno	1		
J02	Faringitis aguda	amoxicilina	2		
J02	Faringitis aguda	amoxicilina + ácido clavulánico	2		
J02	Faringitis aguda	claritromicina	1		
J02	Faringitis aguda	clorfenamina	2	16	27
J02	Faringitis aguda	dexametasona	1		
J02	Faringitis aguda	eritromicina	3		
J02	Faringitis aguda	naproxeno	2		
J02	Faringitis aguda	paracetamol	1		
J02	Faringitis aguda	dextrometorfano	1		
J03	Amigdalitis aguda	lincomicina	1		
J03	Amigdalitis aguda	ibuprofeno	1	12	20
J03	Amigdalitis aguda	cefalexina	1		
J03	Amigdalitis aguda	amoxicilina	9		
	Dolores musculares	diclofenaco	1		
	Dolores musculares	ibuprofeno	5	13	22
	Dolores musculares	naproxeno	6		
	Dolores musculares	paracetamol	1		
	Dolor de cabeza	tonopan	1	1	2
	Fiebre	paracetamol	1	2	3
	Fiebre	metamizol	1		
	Alergia	cetirizina	3	4	7
	Alergia	clorfenamina	1		
TOTAL			60	60	100.0
PROM X PAC				5	

7.6. FOTOS:



Frontis de botica Econofarma N°3 San Rafael I.4-Lt.4 Av. Brazil Nuevo Chimbote



● Mapa de ubicación de Botica Econofarma N°3 San Rafael I.4-Lt.4 Nuevo Chimbote



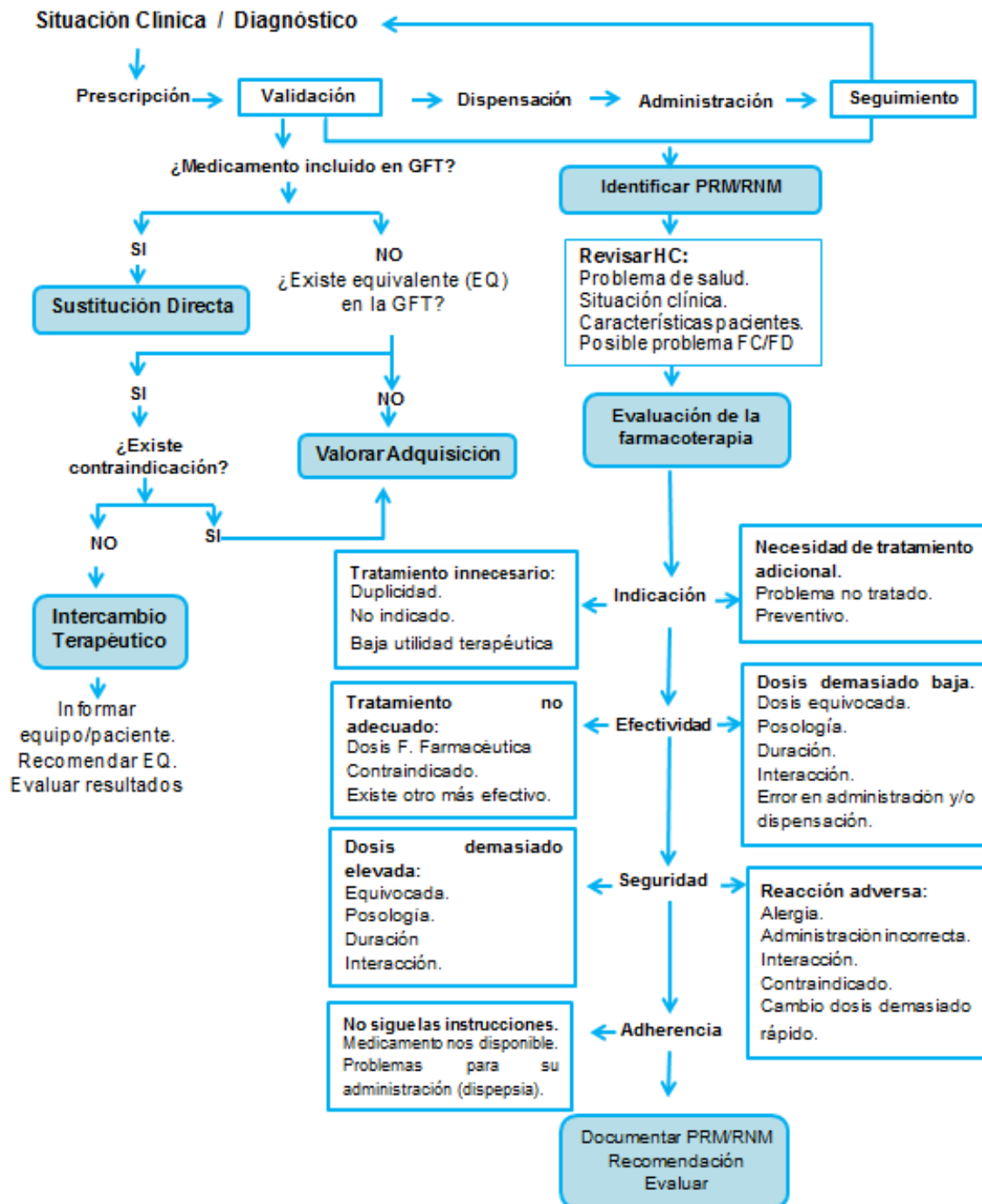
Foto de Captación del paciente y llenado de ficha de consentimiento informado



Foto de levantamiento de información en el domicilio del paciente

ANEXOS:

Flujo Grama de la etapa de estudio y evaluación. Tomado de Comité de Consenso.



GLOSARIO DE TÉRMINOS

DM: Diabetes Mellitus.

DM2: Diabetes Mellitus tipo2.

ECV: Enfermedad Cardiovascular.

EESS: Estado de Situación

EF: Establecimiento Farmacéutico

FFT: Ficha Fármaco Terapéutica.

FRCV: Factores de Riesgo Cardiovascular.

HTA: Hipertensión Arterial.

IAM: Infarto Agudo de Miocardio.

ARA-II: Antagonistas de los receptores AT1 de la Angiotensina II.

IC: Insuficiencia Cardíaca.

IECA: Inhibidor de la Enzima Convertidora de Angiotensina.

IF: Intervención Farmacéutica.

JNC VII: Joint Commitee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure.

mmHg: milímetros de mercurio.

M-G-L: Morisky, Green y Levine.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PA: Presión Arterial.

PA/CT: Presión Arterial y Colesterol Total.

PAD: Presión Arterial Diastólica.

PAS: Presión Arterial Sistólica.

PRM: Problemas Relacionados con Medicamentos.

RCV: Riesgo Cardiovascular.

RNM: Resultados Negativos asociados a la Medicación.

SFT: Seguimiento Fármaco terapéutico.

TA: Tensión arterial

TBC: Tuberculosis.

TFI: Test de factores influyentes.