



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUIMICA

**IMPACTO DE UN PROGRAMA PILOTO DE SEGUIMIENTO
FARMACOTERAPÉUTICO SOBRE LA AUTOPERCEPCIÓN DE
LA CALIDAD DE VIDA EN LAS DIMENSIONES FÍSICA Y
MENTAL EN PACIENTES CON GASTRITIS, BOTICA
BELLAVISTA DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE -
PROVINCIA DEL SANTA, NOVIEMBRE 2015 – ABRIL 2016**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE QUIMICO
FARMACÉUTICO

AUTORA: Bach. Yessica Pamela Hernández Inocente

ASESOR: Dr. Percy Alberto Ocampo Rujel

CHIMBOTE – PERÚ

2018

**IMPACTO DE UN PROGRAMA PILOTO DE SEGUIMIENTO
FARMACOTERAPÉUTICO SOBRE LA AUTOPERCEPCIÓN DE
LA CALIDAD DE VIDA EN LAS DIMENSIONES FÍSICA Y
MENTAL EN PACIENTES CON GASTRITIS, BOTICA
BELLAVISTA DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE,
PROVINCIA DEL SANTA, NOVIEMBRE 2015 – ABRIL 2016**

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Dr. Q.F. Jorge Luis Díaz Ortega
Presidente

Mgtr. Q.F. Teodoro Walter Ramírez Romero
Secretario

Mgtr. Q.F. Édison Vásquez Corales.
Miembro

Dedicatoria y agradecimiento

Dedico este proyecto de tesis en primer lugar a Dios por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado a este momento tan importante de mi formación profesional. Por los triunfos y los momentos difíciles que han enseñado a valorarlo cada día más.

A mis padres Alberto y Paulina que me han acompañado durante todo mi trayecto estudiantil y de vida, han velado por mí durante este arduo camino para convertirme en una profesional quienes me guiaron para culminar mi carrera profesional.

A mi hermano que siempre ha estado junto a mí y brindándome su apoyo, inculcándome valores y depositando confianza en cada paso que doy. Es por ello que soy lo que soy ahora.

A mi familia en general, porque me han brindado su apoyo incondicional y por compartir conmigo buenos y malos momentos.

Son muchos las personas que han formado parte de mi vida profesional quienes con sus consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida estuvieron conmigo; Y otras que están en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mi vida. Por brindar la oportunidad de ser mejor persona con estudios superiores, y confiar en mí y haber logrado esta meta juntos.

Debo agradecer de manera especial y sincera a mi profesor. Dr. Percy Ocampo Rujel por su apoyo y confianza y su capacidad para guiarme en este proceso de desarrollo de esa tesis.

Resumen

La investigación se desarrolló a base del método DADER modificado con el objetivo de determinar la eficacia de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico sobre la autopercepción de la calidad de vida en las dimensiones física y mental en pacientes con Gastritis intervenidos en la Botica Bellavista, Distrito de Nuevo Chimbote de noviembre 2015 – abril del 2016.

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

En este seguimiento fueron 12 pacientes captados con el problema de gastritis de lo cual la mayoría fueron mujeres (75%) y varones (25%) dando un promedio de edad de 43.4. Estos pacientes aceptaron ser intervenidos para el desarrollo del piloto de SFT. Teniendo más contacto en el establecimiento farmacéutico.

Se tiene un 92.3% de medicamentos prescrito y un 7.7% de automedicación.

Se concluye que todos los pacientes intervenidos sufrieron 2.17 Problemas Relacionados con Medicamentos en promedio y en consecuencia estuvieron en riesgo de sufrir Resultados Negativos de la Medicación. El seguimiento farmacoterapéutico fue eficiente en solucionar la mayoría de los Problemas Relacionados con Medicamentos de los pacientes intervenidos ($p > 0,5$). El Problema Relacionados con Medicamentos no resueltos dejó a 4 pacientes expuesto a sufrir potenciales Resultados Negativos de la Medicación relacionados con problema de salud no tratado, el paciente no recibe el medicamento que necesita, inseguridad cuantitativa, ineficacia no cuantitativa, inseguridad no cuantitativa, tomo lo que no necesita.

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

Abstract

The research was developed based on the modified DADER method with the objective of determining the efficacy of a pilot program for pharmacotherapy follow-up to solve drug-related problems in patients with Gastritis operated at Botica Bellavista, District of Nuevo Chimbote from November 2015 - April 2016.

The sample of patients was monitored through a Pharmacotherapeutic Follow-up program of six phases: recruitment, information gathering, information evaluation, intervention, monitoring and measurement of results. In each phase, information was collected on specific tools and instruments: pharmacotherapeutic sheets..

In this follow-up, 12 patients were caught with the gastritis problem, of which the majority were women (75%) and men (25%), with an average age of 43.4. These patients agreed to be intervened for the development of the SFT pilot. Having more contact in the pharmaceutical establishment.

There is 92.3% prescribed medication and 7.7% self-medication. It is concluded that all the patients who underwent surgery suffered 2.17 Medication-Related Problems on average and consequently were at risk of suffering Negative Results of the Medication. The pharmacotherapeutic follow-up was efficient in solving most of the drug-related problems of the patients who underwent surgery ($p > 0.5$). The Problem Related to Unresolved Medications left 4 patients exposed to potential Negative Results of Medication related to untreated health problem, the patient does not receive the medication they need, quantitative insecurity, non-quantitative ineffectiveness, non-quantitative insecurity, that you do not need

Key words: Pharmacotherapeutic Follow-up (SFT), Problems Related to Drugs (PRM), Negative Results of Medication (RNM), and gastritis.

CONTENIDO

	Pag.
DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO	i
RESUMEN	ii
ABSTRACT	iii
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Planteamiento del problema.....	2
1.2. Objetivo de la investigación.....	3
1.2.1. Objetivo general.....	3
1.2.2. Objetivo específico.....	3
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	4
2.1. Antecedentes.....	4
2.1.1. La atención farmacéutica y el Seguimiento Farmacoterapéutico.....	4
2.1.2. Evolución del seguimiento farmacoterapéutico en el Perú.....	5
2.1.3. Antecedentes Epidemiológicos de la gastritis.....	6
2.1.4. Seguimiento farmacoterapéutico y la gastritis.....	7
2.2. Marco teórico.....	7
2.2.1. Problemas relacionados con el uso de medicamentos y resultados negativo de la medicación.....	8
2.2.2. Diagnóstico de problemas relacionados con medicamentos.....	12
2.2.3. Atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico: contribución del farmacéutico al mantenimiento de la salud pública.....	19
2.2.4. Gastritis.....	27
2.2.5. Botica Bellavista – Nuevo Chimbote.....	28
III. HIPÓTESIS	29
3.1. Impacto del SFT sobre la dimensión física.....	29
3.2. Impacto del SFT sobre la dimensión mental.....	29
IV. METODOLOGÍA	30
4.1. Diseño de la investigación.....	30
4.1.1. Tipo y nivel de la investigación.....	30
4.1.2. Diseño de investigación.....	30
4.2. Población y muestra.....	31
4.3. Definición y operacionalización de las variables.....	32
4.3.1. Seguimiento farmacoterapéutico (SFT).....	32
4.3.2. Problemas relacionados con medicamentos (PRM).....	33
4.3.3. Resultados negativos asociados con la medicación (RNM).....	33
4.3.4. Medición de la calidad de vida.....	33
4.4. Técnicas e instrumentos.....	34
4.4.1. Técnicas.....	34
4.4.2. Instrumentos.....	34
4.4.2.1. Fichas Farmacoterapéuticas.....	34
4.4.2.2. Instrumento para medir la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud.....	34
4.4.3. Procedimiento de recolección de datos.....	36
4.4.3.1. Procedimiento para oferta del servicio y capacitación de los pacientes.....	36
4.4.3.2. Levantamiento de información.....	38
4.4.3.3. Fase de estudio y evaluación de la información.....	38
4.4.3.4. Fase de intervención: actividades de seguimiento farmacoterapéutico.....	39

4.4.3.5. Evaluación del impacto de la intervención.....	40
4.5 .Plan de análisis de datos.....	40
4.6. Criterios éticos.....	41
V.RESULTADOS.....	43
5.1.Resultados.....	43
5.2.Análisis de resultados.....	55
5.2.1. Sobre los pacientes y los tiempos de intervención.....	54
5.2.2. Sobre los diagnósticos identificados y los medicamentos utilizados por los pacientes durante el proceso del Seguimiento farmacoterapéutico.....	56
5.2.3. Acerca de los problemas relacionados con medicamentos (PRM) y los resultados negativos de la medicación (RNM).....	57
VI.CONCLUSIONES.....	61
6.1. Conclusiones.....	61
6.2. Aspecto complementarios.....	61
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
VIII.ANEXOS.....	70
ANEXO 8.1. Solicitud de permiso dirigido al establecimiento Farmacéutico.....	70
ANEXO 8.2. Ejemplo de hoja de consentimiento informado.....	71
ANEXO 8.3. Ejemplo de Ficha Farmacoterapéutica.....	72
ANEXO 8.3.1 Registro de la información del paciente, de su enfermedad de sus medicamentos y del médico prescriptor.....	73
ANEXO 8.3.5 Registro de los medicamentos que el paciente consume otras enfermedades.....	76
ANEXO 8.3.6. Guía anatómica de repaso para identificar problemas relacionados con medicamentos.....	77
ANEXO 8.3.7. Hoja guía de intervención farmacoterapéutica.....	78
ANEXO 8.3.11. Test para medir la adherencia al tratamiento, test de morisky.....	82
ANEXO 8.4. Tabla de estado de Situación.....	83
ANEXO 8.5. Fotos.....	86
ANEXO 8.6.Glosario.....	89

ÍNDICE DE CUADROS, FIGURAS, TABLAS Y GRÁFICOS

	Índice de cuadros	Pág. Nº
Cuadro Nº01.	Listado de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM)	9
Cuadro Nº02.	Clasificación de los Resultados Negativos Asociados con la Medicación (RNM). Tercer consenso de Granada. 2007. (Clasificación que le correspondía a los PRMs hasta el segundo consenso de Granada)	10
Cuadro Nº03.	Actividades de Atención Farmacéutica en el ejercicio profesional del farmacéutico comunitario	20
Cuadro Nº04.	Clasificación de intervenciones farmacéuticas destinadas a prevenir o resolver resultados clínicos negativos de la farmacoterapia	26
Cuadro Nº05.	Test de SF-12 para determinar la medición de la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)	35
Cuadro Nº06.	Tipos de canales para comunicar las recomendaciones del farmacéutico para la solución de PRMs	39

Índice de Figuras		Pág. N°
Figura N°01.	Flujograma de la Etapa de estudio y evaluación. Tomado de comité de consenso	17
Figura N°02.	Pasos clave del Método DADER modificado de Seguimiento Farmacoterapéutico	24
Figura N°03.	Esquema del Modelo de Intervención Farmacéutica	31
Figura N°04.	Flujograma de Actividades de Seguimiento Farmacoterapéutico	37
figura N°05	Ejemplo de paciente en la visita domicilio	86
figura N°07	Revisión, del botiquín de la paciente	87
Figura N°08.	Ubicación geográfica de la botica Bellavista	88

	Índice de tablas	Pág. N°
Tabla N°01.	Género y edad promedio de los pacientes en el piloto de SFT dirigido a pacientes con gastritis atendidos en la Botica Bellavista de Nuevo Chimbote durante noviembre 2015 a abril 2016.	43
Tabla N°02.	Numero de contactos y tiempos de intervención para el desarrollo del piloto de SFT. Piloto de SFT a pacientes con Gastritis. Botica bellavista de Noviembre 2015 – Abril 2016	44
Tabla N°03.	Problemas de Salud diagnosticados y auto percibidos por los pacientes intervenidos. Piloto de SFT a pacientes con gastritis. Botica Bellavista en el periodo de Noviembre 2015 – Abril 2016	45
Tabla N°04.	Medicamentos prescritos y automedicados utilizados por los pacientes durante el proceso de intervención. Programa de SFT a pacientes con gastritis en la botica Bellavista, periodo noviembre 2015 – abril 2016.	46
Tabla N°05.	Distribución de la frecuencia y tipo de intervención realizadas de acuerdo al Problema Relacionado con Medicamentos (RPM) diagnosticado. Programa de SFT a pacientes con gastritis. Botica Bellavista periodo Noviembre 2015 – Abril 2016.	48
Tabla N°06.	Resultados Negativos de la medicación (RNM) y el Problema Relacionado con Medicamentos que les dio origen Programa de SFT a pacientes con gastritis. Botica Bellavista, periodo Noviembre 2015 – Abril 2016	49
Tabla N°07.	Resultados de la intervención mediante SFT a paciente con gastritis Sobre la autopercepción de la actividad física, utilizando el test SF-12. Programa de SFT a pacientes gastritis. Botica Bellavista, Nuevo Chimbote. Periodo noviembre 2015 – abril 2106.	50
Tabla N°08.	Resultados de la intervención mediante SFT a paciente con gastritis Sobre la autopercepción de la actividad mental, utilizando el test SF-12. Programa de SFT a pacientes con gastritis. Bellavista, Nuevo Chimbote. Noviembre 2015 - abril 2016.	52

Índice de gráficos.

Pág. N°

Gráfico N°01.	Medicamentos por problemas de salud para los cuales fueron prescritos. Programa de SFT a pacientes con gastritis. Botica Bellavista periodo de Noviembre - 2015 – abril- 2016	47
Gráfico N°02.	Comparación del resultado del test SF-12 en la dimensión física, antes – después de la intervención mediante SFT en los pacientes con gastritis. Programa de SFT a pacientes con gastritis. Botica Bellavista, Nuevo Chimbote. Noviembre 2015 – abril 2016.	51
Gráfico N°03	Comparación del resultado del test SF-12 en la dimensión mental, antes – después de la intervención mediante SFT en los pacientes con gastritis. Programa de SFT a pacientes con gastritis. Botica Bellavista, Nuevo Chimbote. Noviembre 2015 - Abril 2016.	53

I. INTRODUCCIÓN

A comienzos de los años sesenta los medicamentos, sobre todo el problema con la talidomida deben cumplir requerimientos muy estrictos de seguridad y eficacia para aceptar su uso. Sin embargo hoy se sabe que a pesar de todos los estudios y fases previas de control la aplicación 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 hoy en día es un problema sanitaria de enorme magnitud. Varios autores presentan evidencia exhaustiva acerca de la morbilidad y el impacto en los sistemas sanitarios por efecto del uso inapropiado de medicamentos ^{2,3,4,5,6}.

Los resultados y conclusiones foráneos sobre esta realidad que se origina en el consumo de medicamentos son probables 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 variados modelos de atención farmacéutica, sobre todo aquellos desarrollados en Estados Unidos y España. Modelos que se basan en apuntalar el rol del profesional farmacéutico ⁷.

Tal como señalan lo señalan Bonal y col: “Es necesario promover la adaptación de estos modelos e instrumentos farmacéuticos para garantizar de esta manera la calidad del uso de medicamentos por los pacientes” ⁸. Sugieren además que estas modificaciones deben tomar en cuenta todas las variables que influyen sobre el proceso de uso de medicamentos que afectan desde los prescriptores hasta los usuarios.

En este marco, la gastritis es una entidad de elevada morbilidad a nivel mundial, su incidencia varia en las diferentes regiones y países.

En el Perú, es una de las causas que con más frecuencia motivan la consulta gastroenterológica.

El daño de la mucosa gástrica depende del tiempo de permanencia del factor o factores injuriantes, jugando un rol importante la capacidad que tiene la mucosa gástrica a través de la denominada barrera gástrica para resistir a estos factores o a los efectos deletéreos de sus propias secreciones.

El uso universal de la endoscopia y biopsias ha incrementado la prevalencia de las gastritis, reconociéndose que las causas más comunes de gastritis y gastropatías agudas son el *Helicobacter pylori*, las lesiones mucosas por estrés y los AINES (antiinflamatorios no esteroideos) ⁹.

Por estas situaciones es necesario planear el desarrollo de proyectos que permitan evidenciar la contribución del farmacéutico a través de estrategias dirigidas a la prevención y el control de problemas relacionados con la medicación. Focalizando los esfuerzos en enfermedades crónicas prevalentes que acarrear los mayores riesgos para el uso inapropiado de medicamentos.

1.1. Planteamiento del problema.

La presente investigación se orienta a dilucidar: ¿Cuál es el impacto de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico sobre la autopercepción de la calidad de vida en las dimensiones física y mental en pacientes con gastritis, atendidos en la Botica Bellavista del Distrito de Nuevo Chimbote?

El planteamiento de la presente investigación intenta cubrir el vacío que actualmente existe en el conocimiento acerca de este problema y los resultados entregan evidencia fáctica acerca de si las estrategias implementadas son suficientes, eficientes y efectivas para que luego puedan diseñarse planes más amplios en los diferentes servicios sanitario que utilizan medicamentos.

1.2. Objetivos de la investigación

1.2.1. Objetivos General

Determinar el impacto de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico sobre la autopercepción de la calidad de vida en las dimensiones física y mental en pacientes con gastritis, intervenidos desde la Botica Bellavista del Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Noviembre 2015 – Abril 2016

1.2.2. Objetivos Específicos.

1.2.2.1. Identificar sobre el uso de medicamento en pacientes con gastritis atendidos en la Botica Bellavista de Nuevo Chimbote a través del desarrollo de un programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT).

1.2.2.2. Diagnosticar e implementar estrategias de intervención farmacéuticas para solucionar los PRMs diagnosticados.

1.2.2.3. Determinar el impacto de la intervención mediante el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) sobre la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física en pacientes con gastritis.

1.2.2.4. Determinar el impacto de la intervención mediante el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) sobre la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión mental en pacientes con gastritis.

II. REVISION 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 farmacéuticos¹⁰.

Se han observado además, como efecto de las intervenciones farmacéuticas, mejoras significativas en el conocimiento por parte del paciente sobre los factores de riesgo de las enfermedades, sobre las características de los medicamentos y en la satisfacción del paciente con el servicio farmacéutico. También, se encontraron mejorías significativas en la función física y un raro empeoramiento de las funciones sociales, emocionales y de salud mental relacionado probablemente a una mayor conciencia de parte del paciente hacia la enfermedad¹¹.

En cuanto a los tipos de intervenciones realizadas, Sabater et al¹², analizaron 2361 hojas de intervención farmacéutica y determinaron que las más prevalentes fueron aquellas encaminadas hacia la sustitución del medicamento (23,6%), seguidas por aquellas destinadas a la adición de un medicamento al paciente (23,5%). También destacaron las intervenciones dirigidas hacia la disminución del incumplimiento voluntario (14,8%), hacia la retirada de un medicamento (14,6%) y hacia la modificación de la dosis (13,4%).

El resto de los tipos de intervención definidos fueron: educación en medidas no farmacológicas (3,4%), disminución del incumplimiento involuntario (3,4%), modificación de la dosificación (2,2%) y modificación la pauta de administración (1,2%).

Son múltiples las evidencias sobre los resultados positivos alcanzados a través de la introducción de programas de SFT en todos los niveles de atención de salud clínicos y ambulatorios ¹³. 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 ¹⁴.

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 ¹⁵.

En el Perú, en una búsqueda rápida en internet de las palabras clave Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes con Gastritis en el Perú o Atención farmacéutica en pacientes gastritis en el Perú, arroja escasos resultados de investigaciones o programas en marcha de SFT.

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 privado¹⁶.

Los criterios de política se desprenden La Ley 29459, —Ley de Medicamentos del 2009 y sus reglamentos que entraron en vigencia en 2011. De esta norma a su vez se desprende toda la regulación en materia de medicamentos que existe actualmente en el Perú. En ella se zanja el problema semántico y se definen los alcances de la Atención farmacéutica y el Seguimiento Farmacoterapéutico como actividades esenciales de las Buenas prácticas de farmacia ^{19,20}.

Según La Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud del Perú (DIGEMID) ¹⁹, 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 ²⁰.

2.1.3. Antecedentes Epidemiológicos de la gastritis.

Gastritis es una enfermedad inflamatoria aguda o crónica de la mucosa gástrica producida por factores exógenos y endógenos que produce síntomas dispépticos atribuibles a la enfermedad y cuya existencia se sospecha clínicamente, se observa endoscópicamente y que requiere confirmación histológica.

La gastritis es etiológicamente multifactorial, observándose que en un solo paciente pueden intervenir múltiples factores tanto exógenos como endógenos, de los que el más común es la infección por *Helicobacter pylori*.

Dentro de las causas de gastropatías existen múltiples fármacos, agentes químicos, físicos, la isquemia, presencia de un bezoar, congestión vascular (gastropatía de la hipertensión portal, insuficiencia cardiaca, etc.), traumas locales como por sondas nasogástricas y las úlceras de Cameron relacionadas a erosiones o ulceraciones longitudinales en el dorso de

los pliegues gástricos localizados dentro de una hernia diafragmática, como consecuencia del trauma de los pliegues al deslizarse a través del hiato diafragmático. Durante las respiraciones, deglución o maniobras de Valsalva.

La Gastritis crónica se caracteriza por un infiltrado con linfocitos, células plasmáticas o ambas, si además presentan polimorfo nucleares toma la denominación de gastritis crónica activa. ^{22,23}.

2.1.4. Seguimiento Farmacoterapéutico y la gastritis.

Esta guía tiene como objetivo facilitar la fase de estudio necesaria para realizar Seguimiento Farmacoterapéutico de un paciente. La fase de estudio trata de profundizar en los problemas de salud y en los medicamentos que toma el paciente, o sea, un análisis lo más completo posible del Estado de Situación del paciente a una fecha determinada. De dicho Estado de Situación se obtendrán las sospechas de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) que el paciente suele estar sufriendo, y a partir de éstos se realizarán sucesivas intervenciones para intentar resolver los PRM ²⁴.

2.2. Marco Teórico

2.2.1 Problemas relacionados con el uso de medicamentos y resultados de la medicación.

Según Ocampo: “El valor verdadero del medicamento radica en sus efectos, mas intangibles, imponderables y sensibles a las emociones humanas, la disminución del sufrimiento y sus contribución a la vida y/o felicidad de las personas”. Se firman además que: “La aportación del medicamento y su industria a la ciencia médica y su aplicación en los sistemas asistenciales salvan vidas, alivian el dolor y el sufrimientos físico y psíquico de los pacientes, de sus familias y de toda la población en general, haciendo de tal manera posible el desarrollo humano y la integración social de personas” ²³.

La farmacoterapia no siempre de resultados positivos o satisfactorios, en ocasiones falla provocando daños adicionales directos o indirectos. Los fallos en la farmacoterapia tiene un coste significativo en la salud de los pacientes, pero también elevan el costo de los recursos sanitarios y sociales convirtiéndose en un auténtico problema de salud publica^{24,14}.

Según L. Strand y Ch. Hepler: “Los problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) o Drug Related Problems (DRP) son experiencias indeseables del paciente que causadas directamente por la terapia farmacológica interfiriendo negativamente con los resultados deseados”^{2,25}. Señalan que para que un incidente sea calificado como PRM debe de existir dos condiciones, por un lado que el paciente padezca alguna enfermedad o sintomatología y que esta tenga relación directa identificable y evidenciable con la terapia farmacológica.

Desde otro enfoque, Blasco y Mariño et al. Definen los errores de medicación (EM) como: “cualquier circunstancia o uso inapropiado de medicamentos que puede causar daño al paciente y que pudo ser evitable si se hubiesen seguido las recomendaciones farmacoterapéuticas apropiadas y reconocidas”²⁶.

Los errores de medicación (EM) se cometen durante la práctica profesional cotidiana en la prescripción, comunicación, dispensación, preparación y en la administración del medicamento por algún profesional sanitario o en el propio paciente. Los EM según el denominado “Tercer Consenso de la Universidad de Granada” son también Problemas Relacionados con Medicamentos. En base a este enfoque los PRMs son una categoría mayor que subyace cualquier suceso inesperado durante el uso de medicamentos y que engloba tanto los errores de medicación prevenibles como otros problemas de salud no prevenibles como las reacciones adversas o interacciones desconocidas²⁷.

CUADRO N°01. Lista de los Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRMs)
propuestas por el Método DADER de Seguimiento Farmacoterapéutico

1. Administración errónea del medicamento
2. Actitudes negativas del paciente
3. Conservación inadecuada
4. Contraindicación
5. Dosis, pauta y/o duración no adecuada
6. Duplicidad
7. Error en la dispensación
8. Error 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.
15. Uso de medicamentos de origen Ilegal.

Tercer Consenso sobre medicamentos de la universidad Granada¹⁵.

En esta lista original, Ocampo P. incluyó tres PRMs más que corresponden a: 14) Influencia del entorno; 15) Uso de medicamentos de origen Ilegal y 16) Problemas económicos. Esta modificación se hizo siguiendo la propia recomendación de la Universidad de Granada de incluir a la lista original nuevas categorías de acuerdo al estado del problema en una realidad concreta y que obviamente no tengan una equivalencia en las ya existentes y con el fin de describir de manera más precisa el origen de un problema.²³.

CUADRO N°02. Clasificación de Resultados Negativos Asociados con la Medicación (RNM). Tercer Consenso de Granada. 2007 ¹⁴.

N°	Clasificación del	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 cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad no cuantitativa de la medicación.
4		Inefectividad cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad cuantitativa de la medicación.
5	Seguridad	Inseguridad no cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad no cuantitativa de un medicamento.
6		Inseguridad cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad cuantitativa de un medicamento.

Tomado de Tercer Consenso de Granada 2007

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 ¹⁴.

Los PRM pueden son sucesos cuya naturaleza puede ser real o potencial. Los profesionales sanitarios en especial los Químicos Farmacéuticos en su experiencia profesional deben desarrollar las capacidades para la detección de estos sucesos a

través de procedimientos claros y sistematizados. La contención del riesgo de PRMs evita la aparición de Resultados Negativos de la Medicación, es decir se evita que los pacientes se enfermen debido al uso inapropiado de medicamentos, sea por errores de medicación prevenibles o sucesos no prevenibles²⁹.

Esta definición operativa de PRM y RNM y el hecho de que el farmacéutico sea el responsable de su vigilancia puede ser el origen de un posicionamiento profesional en los sistemas de salud.

Lo que sucede en la práctica es que los farmacéuticos por diversas razones han evitado utilizar la palabra diagnóstico para referirse a la actividad profesional de identificar PRMs, intervenir en el problema e implementar soluciones con el fin de prevenir RNMs. A diferencia de lo que sucede con los Profesionales Médicos en los cuales es clara su labor diagnóstica de enfermedades, aún no se acepta la capacidad profesional de los Químicos Farmacoterapéuticos para el diagnóstico y tratamiento de los problemas relacionados con medicamentos.

Según Hurley³⁰. define como diagnóstico farmacéutico (DF) al proceso de identificación de problemas específicos cuyo origen es el uso de medicamentos por parte de los pacientes

El Diagnóstico Farmacéutico está basado en evidencias suficientes que permiten identificar la causa real o potencial de un problema de salud que el paciente sufre o podría sufrir debido al uso inapropiado de medicamentos. Ferriols³² dice que los PRMs tienen origen desde la prescripción, dispensación, administración y primordialmente el uso. Es obvio en esta cadena de valor que exista una calidad intrínseca en los medicamentos y sus formas farmacéuticas.

En cuanto al momento del uso final de medicamento por parte de los pacientes, Calvo afirma que: “posterior a la administración de medicamentos es necesario vigilar la evolución y el resultado en el paciente por parte del profesional farmacéutico con el objetivo de prevenir y/o evitar hechos adversos con relación a la farmacoterapia.

2.2.2. Diagnóstico de los problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs)

Los profesionales Químicos Farmacéuticos Clínicos deben desarrollar capacidades para el diagnóstico de problemas enlazados con el uso de medicamentos. El diagnóstico farmacéutico es la capacidad profesional de identificar problemas relacionados con medicamentos que pueden ser reales o potenciales y que a su vez son el origen de Resultados Negativos de la Medicación, a partir de la aplicación de técnicas de diálogo con el paciente, medicación de signos clínicos, evaluación de información sobre prescripción y dispensación de medicamentos, carga genética del paciente y hábitos de vida saludables ¹⁴

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

El Tercer Consenso de Granada¹⁴ y la Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico del Método DADER¹³ tienen adaptaciones a las definiciones de los PRM del modelo americano. Estas definiciones son la base del análisis y del diagnóstico final de PRMs. Estas definiciones son utilizadas en la presente investigación, explicadas según el orden de identificación mostrado en la Figura N°01 y la Ficha Fármaco terapéutica (Anexo N°7.3).

- a) Administración errónea del medicamento (PRM 1): Los pacientes toman decisiones sobre cómo usar medicamentos de manera diferente a las indicadas por los facultativos durante la prescripción o dispensación. Este problema contiene de usar un medicamento que necesita prescripción por cuenta propia. En el Perú según Ley de medicamentos³² los medicamentos están clasificados en cuatro categorías: 1) Aquellos que se obtienen sin receta médica y se encuentran en los establecimientos no farmacéuticos; 2) Los que son adquiridos sin receta médica solo en los establecimientos farmacéuticos; 3) Medicamentos bajo receta

médica y solo se encuentran en establecimientos farmacéuticos y 4) Medicamentos controlados que solo se venden en farmacias y bajo medica médica restringida.

- b) Actitudes Negativas (PRM 2): Se identifica cuando el paciente asume una conducta reactiva a la farmacoterapia, originada en diversas concepciones erróneas sobre los efectos de los medicamentos. Los pacientes se convencen a sí mismos que los medicamentos no son necesarios y aún son más dañinos que la propia enfermedad. Las conductas negativas se evidencian cuando el farmacéutico inquiere: ¿confía en los medicamentos que toma? Y se obtiene respuestas negativas. Algunas veces se originan en reacciones adversas muy mortificantes motivan a los pacientes a dejar la medicación. En consecuencia, las actitudes negativas devienen en incumplimiento defiriendo por ser una actitud convencida y razonada por otro lado en el incumplimiento simple es una muestra de desinterés.
- c) Conservación inadecuada (PRM 3): son las condiciones ambientales negativas en donde se mantienen los medicamentos, que afectan directamente su calidad. Dentro de las condiciones tenemos: lugares inseguros al alcance de niños, expuestos a luz solar, ambientes húmedos, temperaturas excesivas o lugares expuestos a maltrato físico del producto. Así mismo, una conservación inadecuada se considera también a su almacenamiento del medicamento de manera desordenada, por ejemplo: en bolsas plásticas, cajas, armarios, etc. Otro aspecto importante es la manera del guardado como fuera de su empaque secundario incorporándose con otros medicamentos de similar estado. Al utilizar esta práctica genera confusión al elegir el medicamento necesitado de consecuencias muy graves.
- d) Duplicidad (PRM 4): Es el uso de dos medicamentos que poseen la misma acción farmacológica sin ventajas terapéuticas. Esta duplicidad conlleva a serias causas debido a la sobre dosificación. Su origen de este PRM 4 muchas veces es la prescripción. Se considera duplicidad cuando son medicamentos que necesitan prescripción médica para su uso y figuran en una misma receta o fueron prescritos en dos oportunidades distintas para la misma o diferente enfermedad. Este PRM (duplicidad), ocurre también cuando el paciente quiere tomar dos medicamentos que no requiere receta médica, pero con el mismo efecto farmacológico. No es

considerado duplicidad en el caso de que el paciente decida tomar un medicamento que necesita prescripción médica, sin tener conocimiento que está tomando un medicamento prescrito con la misma acción farmacológica. Esta situación consta en administrar por error un medicamento.

Existe duplicidad cuando dos o más medicamentos duplicados deben ser prescritos con una misma acción farmacológica, o estar usando medicamentos sin receta médica que tienen el mismo efecto farmacológico.

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

- f) Contraindicaciones (PRM 6): esto se presenta cuando el paciente padece una sintomatología o enfermedad que no permite que se le administre un medicamento dado. Las contraindicaciones pueden ser un daño muy negativo para el paciente. Un medicamento contraindicado se identifica al revisar los medicamentos prescritos que consume el paciente de manera regular, o cuando el paciente ingiere un medicamento de venta libre, contraindicado para su condición. No es considerado contraindicación, cuando el paciente se automedica con medicamento no apropiado para su patología que requiere prescripción. Este caso será un error de medicación.

- g) Errores de dispensación (PRM 7): en la mayoría de los casos los medicamentos deben de ser dispensados tal como fueron prescritos en las recetas. El Farmacéutico está facultado para recomendar, ofrecer al paciente una alternativa farmacéutica al medicamento prescrito, indicando las diferencias de precio y su origen.^{32,33}. Este cambio se da desde un medicamento prescrito en DCI (denominación común internacional), a un medicamento de marca, si el paciente lo prefiere y si fue informado del cambio. O el cambio más accesible desde un medicamento prescrito de marca por otro en DCI. Al revisar los medicamentos el Farmacéutico debe

asegurarse que los dispensados estén conforme a la receta en su naturaleza como alternativa farmacéutica, cantidad y forma farmacéutica.

- h) Errores de prescripción (PRM 8): este error ocurre cuando el médico entrega al paciente una receta con pautas terapéuticas incompletas, confusas, poco clara, originando error del paciente al usar los medicamentos.

El Farmacéutico revisa el documento emitido por el facultativo junto con el paciente, teniendo a la vista los medicamentos dispensados. Analiza si la receta contiene los datos requeridos normativamente para que el paciente use adecuadamente los medicamentos y si son coherentes farmacológicamente con el diagnóstico.

Es recomendable revisar ambas partes de la prescripción; las indicaciones para la farmacia y las indicaciones para el paciente. Lo que está indicada para la Farmacia incluyen: los datos completos del prescriptor, nombre del paciente, escritura clara de los medicamentos en DCI, forma de presentación y cantidad total de medicamentos en unidades.

El paciente debe conocer las indicaciones de cada medicamento: dosis, frecuencia de dosis y el tiempo de tratamiento. Debe coincidir la cantidad del medicamento prescrito según su posología y su tiempo de tratamiento.

Deben incluir en las recetas 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): según la definición de Haynescitado por Basterra, nos dice que la adherencia al tratamiento es 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 dice cumplimiento terapéutico al cumplimiento de la prescripción, adherencia al tratamiento y adherencia terapéutica con el mismo significado semántico.

Por otro lado la no-adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas es un problema de gran magnitud. Así mismo en países desarrollados solo el 50% de

pacientes son adherentes, mientras que en los países en desarrollo el porcentaje son inclusive menores³⁴. Este problema relacionado a medicamento tiene como consecuencia, el incumplimiento de las metas sanitarias en pacientes con enfermedades crónicas, costos elevados en salud, mayor incidencia de complicaciones y finalmente agravamiento y muerte. El nivel de adherencia tomado antes y después de una intervención fármaco terapéutica sirve como indicador de la eficacia, del Seguimiento Fármaco terapéutico sobre la resolución de PRM ³².

- j) Interacciones PRM 10: el uso de dos o más medicamentos, que daña negativamente el efecto farmacológico de ambos o de algún medicamento; así mismo elevando los efectos nocivos o también disminuyendo su potencia farmacológica. Estos casos ponen en riesgo la salud del paciente.

Esta prueba de interacción es compleja donde prima el criterio de costo beneficio sobre la administración conjunta, frente a otras alternativas terapéuticas ²⁵.

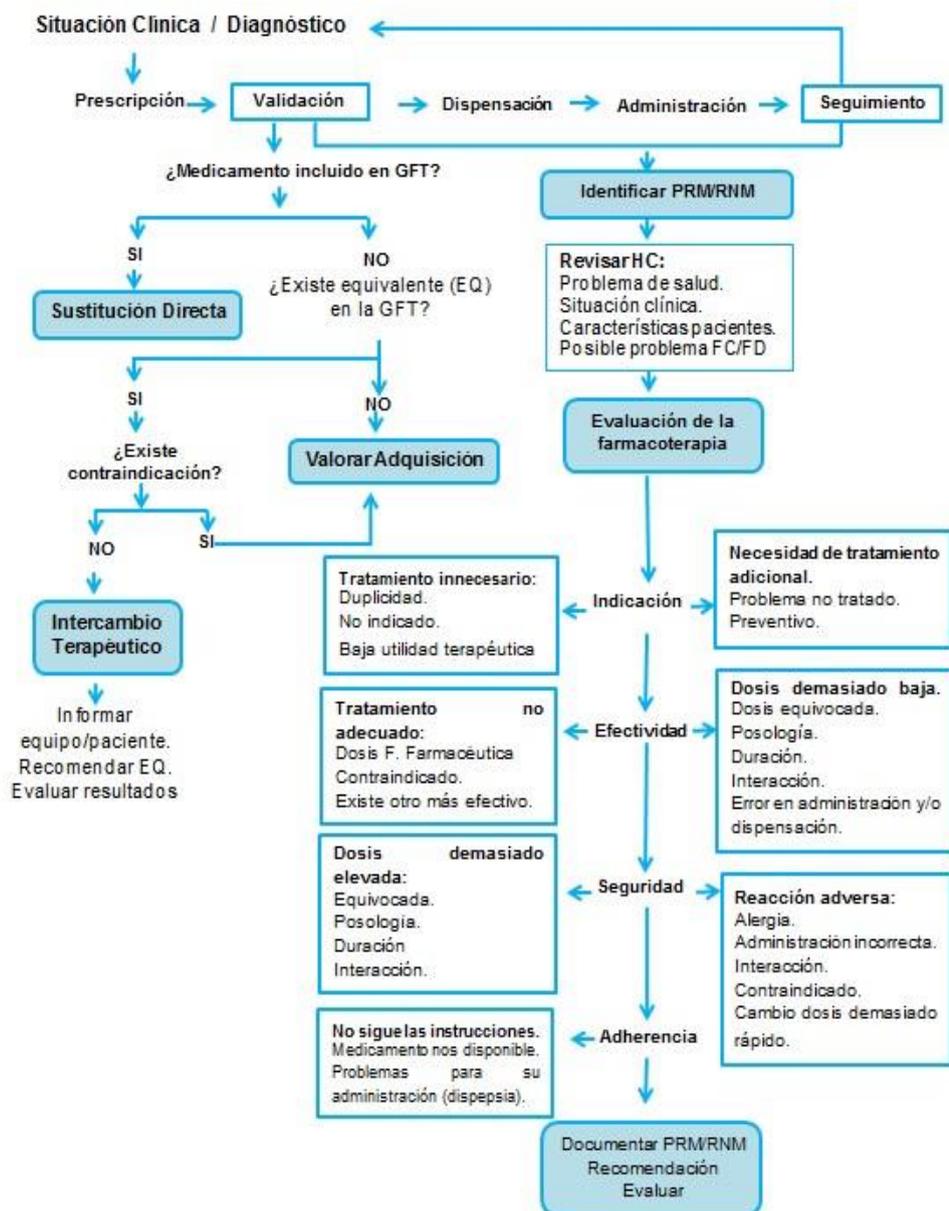
Así mismo se consideran interacciones a los productos naturales o alimentos que el paciente consume de manera regular junto con medicamentos que puede afectar negativamente la medicación.

Por otro lado, en la duplicidad y en las contraindicaciones se considera interacción cuando el origen de los medicamentos implicados es una prescripción médica. Cuando una interacción se produce por el uso de un medicamento auto medicado que requiere prescripción, el problema se tipifica como error de medicación PRM 1.

- k) Otros problemas de salud que afectan al tratamiento PRM 11: está relacionado a los problemas de salud diagnosticados o no, que condicionan al paciente hacia comportamientos que ponen en riesgo el uso de los medicamentos prescritos motivando a la automedicación inapropiada.

Los claros ejemplos de ellos son: alergias, estrés, dolor, malestares gastrointestinales, constipación, depresión, infecciones respiratorias, sensaciones extrañas, etc. Cuando se presenta estos casos, el paciente puede decidir alguna alternativa no convencional para calmar los síntomas poniendo en riesgo la terapia en marcha, o puede ser el origen de automedicación inapropiada.

Figura N° 01. “Flujograma de la etapa de estudio y evaluación. Tomado de Comité de Consenso”¹.



- l) Potenciales reacciones adversas PRM 12: se define como problemas de salud causados por el medicamento. Conviene revisar la evidencia científica que existe sobre la probabilidad de un efecto indeseado, así como su gravedad. Es necesario saber cuáles son los signos clínicos que permiten identificar el inicio de los efectos indeseados de un medicamento. Así mismo es conveniente revisar los resultados de análisis clínicos que pueden estar alterados por causa del medicamento ⁸. Este problema relacionado con medicamentos es necesario también considerar el origen de su uso. Así mismo los medicamentos auto medicados que necesitan prescripción y generan una reacción adversa son reportados como errores de medicación PRM1.
- m) Problema de salud insuficientemente tratado PRM 13: este problema se identifica cuando el farmacéutico pregunta al paciente: ¿Cuándo toma los medicamentos se siente mejor, peor o igual? Si las respuestas son igual o peor denotan malestar en el paciente y un signo de ineffectividad del tratamiento prescrito.

La no eficacia puede ser el origen de prácticas inapropiadas para la salud del paciente. El profesional Farmacéutico ante un diagnóstico de problema insuficientemente tratado debe de comunicarse inmediatamente con el médico.

Según El Tercer Consenso de Granada¹⁴ “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 puede desencadenar Resultados Negativos de la Medicación”. Están considerado las recomendaciones de investigaciones similares y se han incorporado como PRMs, a las influencias negativas del entorno, así como el uso de medicamentos ilegales y los problemas económicos, factores propios de nuestra realidad ³². Los PRMs incluidos son definidos a continuación:

- n) Influencias negativas del entorno PRM 14: están incluidas las conductas y actitudes asumidas por el paciente, sea por influencia del entorno social o cultural que predisponen su valoración y actitud hacia los medicamentos.

Así mismo las influencias negativas provienen de familiares, amistades, vecinos que padecen lo mismo o problemas similares y aconsejan con el convencimiento

de, lo que hace bien a uno es bueno para todos. Por otro lado existen también las influencias que pueden provenir de publicidad engañosa, grupos religiosos, etc.

Esta situación representa el consejo sobre el uso de medicamentos desde la farmacia, dado por personal no autorizado, recomendando el uso de medicamentos bajo prescripción obligatoria y sin la autorización, ni supervisión del farmacéutico.

- o) Medicamentos ilegales PRM 15: son aquellos medicamentos de origen ilegal, sin registro que pueden venir de: contrabando, muestras médicas, extraído de instituciones públicas. Se puede identificar a través del análisis organoléptico: envase primario y secundario no violado, registro sanitario vigente, estado físico de la forma farmacéutica o el envase en buen estado, fecha de vencimiento, etc.

- p) Problemas económicos PRM 16: este tipo de problema se observa cuando el paciente no toma su medicación por que no cuenta con las condiciones económicas suficientes para cubrir la receta, ni está inscrito en algún seguro social. Por esta razón es que el paciente incumple con su tratamiento y la toma de sus medicamentos.

2.2.3. Atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico: contribución farmacéutico al mantenimiento de la salud pública.

La OMS (organización mundial de la salud) y la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) definieron en 1993, que la misión de la práctica farmacéutica debe de suministrar medicamentos, otros productos, servicios para el cuidado de la salud y ayudar a la sociedad para que sean usados de la mejor manera posible ³⁷.

La misión señalada por la OMS, contiene la definición del término “Pharmaceutical Care”¹. En el país de España se ha incorporado el término a la asistencia sanitaria, El “Ministerio de Sanidad y Consumo promociona el concepto de Atención Farmacéutica (AF) como un conjunto de servicios farmacéuticos, dirigidos al paciente

que van desde el control de calidad de la prescripción hasta actividades de Farmacovigilancia”^{18, 19}.

Por otro lado en el ámbito comunitario, según Andrés Rodríguez,⁷ las actividades de AF se puede esquematizar 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. La Atención Farmacéutica se relaciona con las siguientes actividades: Dispensación, Farmacovigilancia, Seguimiento Farmacoterapéutico y Asesoramiento Farmacéutico.

Cuadro N° 03 Actividades de Atención Farmacéutica en el Ejercicio Profesional del Farmacéutico Comunitario.

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

Tomado de Andrés Rodríguez⁷

Las actividades que no están relacionadas con el uso de medicamentos pueden contribuir también con este objetivo, siendo considerado como actividades para el aseguramiento de la calidad intrínseca de la forma farmacéutica, por ejemplo a través de análisis de control de calidad ⁷.

La atención farmacéutica está directamente relacionada con las siguientes actividades: Como las (BP) Buenas Prácticas de Dispensación así mismo la Indicación Farmacéutica, el SFT (Seguimiento Fármacoterapéutico), incluye también las BP de Farmacovigilancia, actividades relacionadas con Farmacia Clínica, en general todas ellas deben contribuir con la prevención, solución o el menguamiento de los PRM, asociados al uso directo de los medicamentos por parte de los pacientes (Cuadro N°01).

Lo impactante de la Atención Farmacéutica es el uso del término mismo. Quizá nunca antes en la historia de la farmacia, se había usado el término “atención” para evidenciar la función del farmacéutico en la sociedad. Antes era más frecuente hablar de servicios farmacéuticos, que de atención y existen diferencias entre ambos términos. Así mismo el diccionario define “atención” como “la responsabilidad individual de alguien para entregar bienestar y seguridad”, por otro lado un “servicio” implica simplemente funciones o actividades³⁶.

Al incluir el término “atención”, el farmacéutico se nivela con otros profesionales de la salud, que también entregan atención al paciente “et al. Ocampo” a éste, en el centro de nuestro quehacer profesional. Existen tres elementos básicos donde se caracteriza 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 vida²³.

El problema mayor del concepto de “Atención Farmacéutica”, es llevarlo a la práctica en una actividad proactiva independiente de la apreciación del paciente y de las expectativas del prescriptor, teniendo como objetivo detectar problemas complejos en

el uso de medicamentos que solo pueden ser diagnosticados por la experiencia profesional del Farmacéutico. Quiere decir actividad en la cual el farmacéutico asume de manera profesional la responsabilidad, de evaluar a los pacientes que consumen medicamentos con el fin de detectar PRMs y resolverlos.

Se propone una serie de actividades con el fin que permitan obtener resultados medibles, que se muestre la profesionalidad del farmacéutico para la prevención, solución o amenguamiento de los PRM problemas asociados al uso de los medicamentos. Así mismo la respuesta a esta necesidad es la implementación de modelos basados en “Seguimiento Fármaco Terapéutico (SFT)”^{14,28, 37}.

El seguimiento fármaco terapéutico, están orientadas a detectar problemas relacionados con medicamentos (PRM), para la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM). Así mismo esto implica un compromiso y debe proveerse de forma sistematizada, continuada y documentada en colaboración con el paciente y con los demás profesionales de salud, con el fin de alcanzar resultados precisos para el mejoramiento de la calidad de vida del paciente³⁷.

El Seguimiento fármaco terapéutico (SFT) es definido, tal como se propone en el “Tercer Consenso sobre Atención Farmacéutica de España en 2007”¹⁴, es “La Práctica Profesional donde el Farmacéutico se Responsabiliza de las Necesidades del Paciente que usa Medicamentos”.

Así lo señala Machuca,³⁸ actualmente los términos de atención farmacéutica (AF), intervención farmacéutica (IF) y seguimiento fármaco terapéutico (SFT) es utilizado en diferentes investigaciones para indicar una misma actividad, orientada a asegurar la calidad y prevenir el consumo de medicamentos por parte de los pacientes.

Así mismo Martí y Jiménez³⁹ dice que de manera general los programas de AF o SFT, son los soportes, métodos o sistemas para dar respuesta a los siguientes aspectos; a) Identificación temprana de pacientes que se benefician con su implantación, b) Registro de 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 procesos asistenciales en curso, e) Permitir la propuesta de mejoras en la calidad de la gestión farmacoterapéutica.

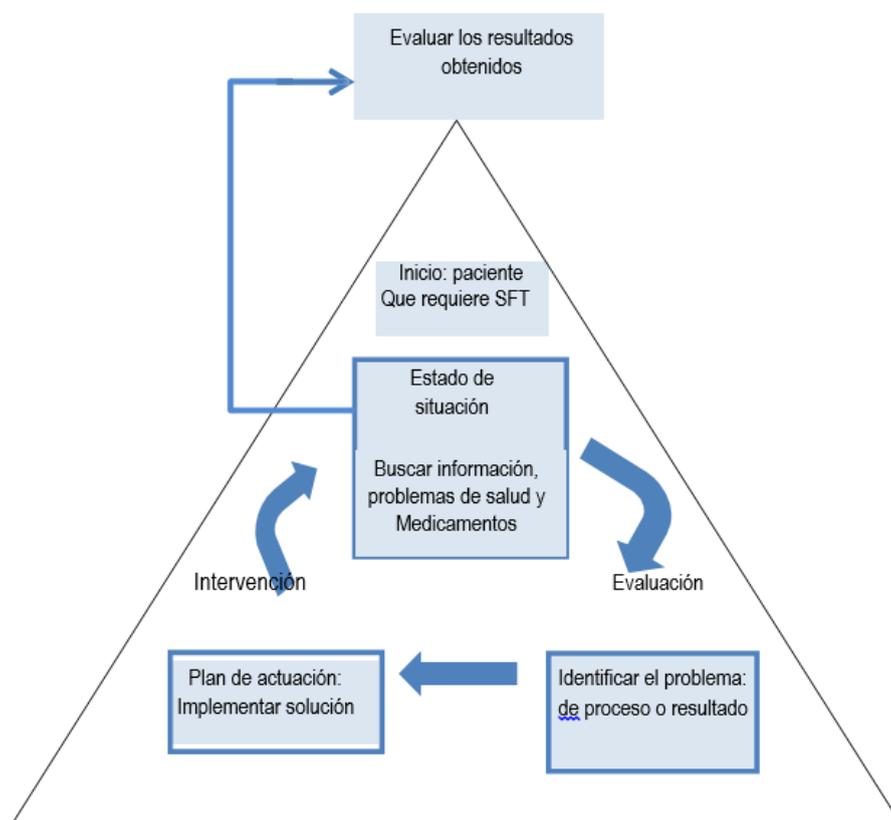
Durante los años se ha desarrollado métodos para este fin, entre los más conocidos son: a) The Therapeutics Outcomes Monitoring (TOM): indicados a grupos de pacientes que sufren enfermedades de alto riesgo planteado por Charles Hepler⁴⁰, b) El Método del Global Pharmaceutical Care, de Linda Strand et al.²⁵ y c) El método de Seguimiento Farmacoterapéutico “DADER” de Dader et al. Desarrollada desde la “Universidad de Granada en España”¹³. Así mismo existen otros métodos propuestos como el método “LASER” desarrollado por “Climenti y Jiménez”³⁸.

En la investigación se utiliza como modelo de SFT una modificación del método “DADER”¹³ desarrollado por Ocampo,²³ aplicado por primera vez, con el propósito de medir el impacto del SFT, sobre el uso de medicamentos, prevención y solución de PRMs y RNMs en pacientes con gastritis.

En 1999 nació “El Método DADER” como propuesta del “Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada”. Se trata que sea una herramienta sencilla y de fácil aplicabilidad sin perder rigurosidad de un procedimiento operativo normalizado. Este método ha demostrado ser exitoso en prevención, detección y resolución de problemas relacionados con los PRM desde el nivel de atención primaria^{27,28}. Así mismo tal como lo proponen el “Grupo de Investigación de la Universidad de Granada y Deselle et al”⁴¹, es recomendable evaluar su utilidad en diferentes escenarios sociales, que permitan establecer los estándares de actuación en situaciones particulares para medir el impacto real de la atención farmacéutica. Así mismo estas particularidades se han introducido en el método modificado por “Ocampo”,²³ adaptando herramientas de recojo de información para hacerlas más factibles de aplicar por el profesional farmacéutico, en el contexto peruano y más entendibles para el paciente. Se han introducido herramientas y procedimientos que permiten detectar rápidamente problemas de no adherencia al tratamiento.

Por lo tanto en el método DADER¹³ como en la versión modificada por Ocampo²³ se puede identificar como “Etapas Clave del Proceso de Seguimiento Fármacoterapéutico” a las siguientes: a) Elaboración del primer estado de situación del paciente; b) Evaluación e identificación de sospechas de PRMs; c) Intervención para resolver los PRMs y prevenir potenciales RNMs y d) La evaluación del nuevo estado de situación del paciente. (Figura N°02).

Figura N° 02. Etapas Clave del proceso de Seguimiento Fármaco Terapéutico Modificado de DADER¹³.



Tomado de Ocampo²³.

Es importante desarrollar el aspecto que agregue valor a la asistencia sanitaria, un impulso cualitativo a las diferentes actividades que desarrolla el profesional farmacéutico y genere rentabilidad económica al establecimiento farmacéutico y genere rentabilidad económica al establecimiento farmacéutico⁴². El objetivo del seguimiento farmacoterapéutico, independiente del modelo, es solucionar los PRMs a través de intervenciones farmacéuticas efectivas. Según Sabater et al,¹² propone una clasificación de intervenciones farmacéuticas que puede surgir en el proceso de Seguimiento Fármaco terapéutico (SFT). (Ver Cuadro N°04).

Intervención farmacéutica en esta clasificación se define como: propuesta de actuación acerca del tratamiento y/o las conductas del paciente, enfocada a prevenir o resolver un PRM y evitar RNM¹⁴.

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

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

N°	Dimensión	Intervención	Acción
1	Intervenir sobre cantidad de medicamento	Modificar la dosis.	Ajuste de la cantidad de fármaco que se administra en cada toma.
		Modificar la frecuencia de dosis o el tiempo de tratamiento.	Cambio en la frecuencia y/o duración del tratamiento.
		Modificar la pauta de administración (redistribución de la cantidad).	Cambio del esquema por el cual quedan repartidas las tomas del medicamento a lo largo de un día.
2	Intervenir sobre la estrategia farmacológica	Añadir un medicamento(s).	Incorporación de un nuevo medicamento que no utilizaba el paciente.
		Retirar un medicamento(s).	Abandono de la administración de un determinado(s) medicamento(s) de los que utiliza el paciente.
		Sustituir un medicamento(s).	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 et al ¹².

2.2.4. Gastritis.

La inflamación de la mucosa gástrica y duodenal es el resultado del desequilibrio entre factores agresivos y defensivos de la mucosa gástrica. Dependiendo del grado de desequilibrio se desarrollará una gastritis de intensidad variable y, en casos más graves, una ulceración franca de la mucosa, pudiendo coexistir o no ambas lesiones.

Dentro de los factores agresivos o citotóxicos están el ácido clorhídrico, la pepsina, medicamentos como la aspirina y los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), los ácidos biliares y el *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Los mecanismos defensivos o protectores de la mucosa gástrica reflejan la capacidad del huésped para protegerse de los efectos nocivos de los factores agresivos. Entre estos mecanismos cito protectores encontramos la capa de moco, que protege a las células epiteliales del ácido clorhídrico y de la pepsina, y la secreción de bicarbonato que da lugar a una disminución de la acidez bajo la capa de moco, proporcionando una protección adicional a las células epiteliales. Las prostaglandinas defienden la mucosa inhibiendo directamente la secreción ácida a nivel de las células parietales, aumentando la producción de bicarbonato y moco y mejorando el flujo sanguíneo de la mucosa.⁴³

El ácido clorhídrico se produce en las células parietales u oxínticas del cuerpo y fundus gástrico como respuesta a una serie de estímulos. Durante la fase cefálica de la digestión se estimula el vago que libera acetilcolina; durante la fase gástrica, la distensión del estómago por el bolo alimenticio, el aumento del pH >3 y ciertos aminoácidos producto del inicio de la digestión de las proteínas hacen que se libere gastrina por parte de las células G del antro y acetilcolina y, finalmente, durante la fase intestinal, la digestión proteica en curso libera gastrina⁴⁴.

Los síntomas de gastritis varían de individuo a individuo, y en mucha gente no hay síntomas. Pero, los más comunes incluyen: náusea, vómitos, indigestión, hipo, pérdida de apetito sensación de inflación del abdomen, vómitos de apariencia sanguínea o de material de tipo café molido, deposiciones negras de consistencia oleosa.

El tratamiento de la gastritis usualmente involucra la toma de antiácidos y otros medicamentos para reducir el ácido estomacal, el cual causa más irritación a las áreas inflamadas. Estos medicamentos lo ayudarán a aliviar los síntomas y promueven la curación. Su doctor también le recomendará hacer una dieta en la cual usted debería de evitar la ingesta de comidas y bebidas que agravan los síntomas (como lo son las comidas picantes). Para la gastritis causada por infecciones, su doctor le prescribirá antibióticos. Una vez desaparezca el problema causante, lo mismo sucederá con la gastritis. Usted debería de hablar con su doctor antes de iniciar o de parar de tomar medicamentos por su cuenta⁴⁵.

2.2.5. Botica Bellavista – Nuevo Chimbote.

La presente investigación se llevó a cabo en la Botica Bellavista. La Botica está ubicada en el distrito de Nuevo Chimbote, en la zona de Nuevo Chimbote. La población de la zona de influencia puede catalogarse como del nivel socioeconómico bajo.

Para el servicio de profesional de Farmacia cuenta con la presencia de:

- Químico farmacéutico
- Técnico farmacéutico

La botica ofrece la dispensación de medicamentos genéricos, de marca medicamentos con receta medicamentos con receta médica y otros artículos relacionados. La farmacia atiende diariamente un promedio de 50 pacientes. Las patologías más frecuentes para las cuales se dispensan los medicamentos son: Hipertensión, Diabetes, Enfermedades Respiratorias (TBC), Enfermedades gastrointestinales (gastritis).

III. HIPOTESIS

3.1. Impacto del SFT sobre la dimensión física.

3.1.1. H0

El programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico no tiene impacto significativo para mejorar la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física en pacientes con gastritis, intervenidos en la Botica Bellavista – Nuevo Chimbote, durante los meses Noviembre 2015 – Abril 2016.

3.1.2. H1

El programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico tiene impacto significativo para mejorar la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física en pacientes con gastritis, intervenidos en la Botica Bellavista – Nuevo Chimbote, durante los meses Noviembre 2015 – Abril 2016.

3.2. Impacto del SFT sobre la dimensión mental.

3.2.1. H0

El programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico no tiene significativo para mejorar la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión mental en pacientes con gastritis, intervenidos en la Botica Bellavista – Nuevo Chimbote, durante los meses de Noviembre 2015 – Abril 2016.

3.2.2. H1

El programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico tiene significativo para mejorar la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión mental en pacientes con gastritis, intervenidos en la Botica Bellavista – Nuevo Chimbote, durante los meses de Noviembre 2015 – Abril 2016.

IV. METODOLOGÍA.

4.1. Diseño de la investigación.

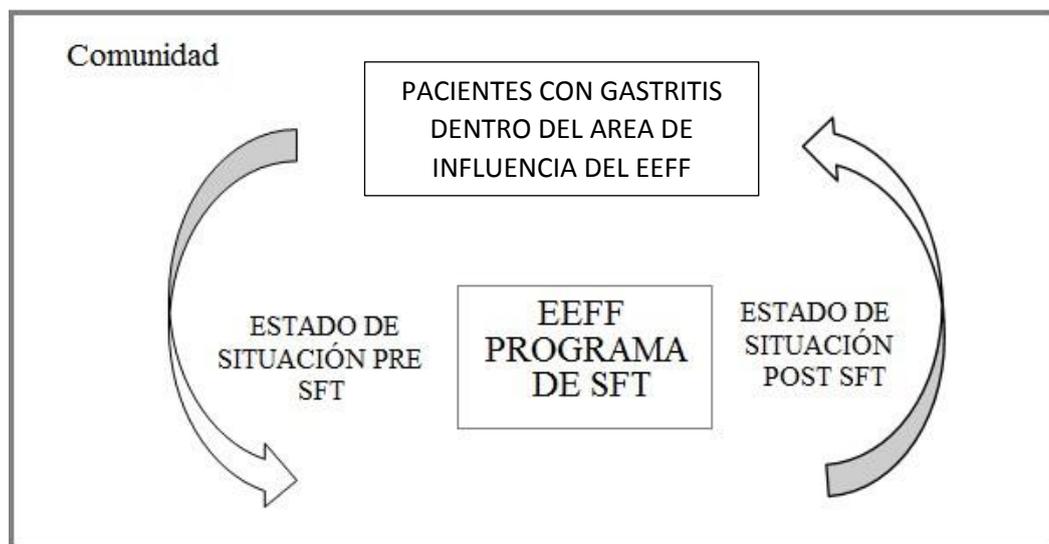
4.1.1. Tipo y el nivel de la investigación:

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

4.1.2. Diseño de la investigación:

El muestreo fue de tipo prospectivo longitudinal de una sola casilla, no probabilístico y semiciego.

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



Fuente: elaborado por OCAMPO ²³

4.2. Población y muestra.

El universo de sujetos de estudio estuvo conformado por pacientes atendidos de manera regular en la Botica Bellavista. Los pacientes de la muestra de investigación se autoseleccionaron entre aquellos que visitaron la Botica durante el mes noviembre del 2015, cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron libremente ingresar al programa de SFT mediante la firma de un documento de consentimiento informado. El número final de pacientes de la muestra fue prefijado arbitrariamente en 12 pacientes.

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

- Pacientes diagnosticados con gastritis.
- Edad entre 25 y 45 años.
- Captados desde el establecimiento farmacéutico (EF) de referencia.
- Con receta vigente para la enfermedad objetivo de antigüedad no mayor de tres meses.

- Consentimiento explícito a través de un documento firmado.
- Capacidad de comunicación en idioma español de manera fluida escrita y hablada.
- Autosuficientes, es decir la toma de medicación no dependió de terceros.

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

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

4.3. Definición y operacionalización de las variables.

4.3.1. Seguimiento farmacoterapéutico (SFT): es una práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades de los pacientes mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con el uso de medicamentos (PRM) ¹⁹.

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^{19,28}. El SFT se aplica mediante una intervención profesional en una secuencia de actividades en cinco fases conducidas por el Farmacéutico y dirigidas al paciente y/o prescriptor.

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

4.3.2. Problemas relacionados con medicamentos (PRM): Situaciones que en el proceso de uso de medicamentos causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación. En la presente investigación utilizaremos como base el listado modificado de PRM sugerido por el tercer consenso de Granada.¹⁴ (Cuadro N° 05).

El diagnóstico de PRMs fue cuantitativo como resultado del análisis de la información recogida en las fichas farmacoterapéutica. 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.

4.3.3. Resultados negativos asociados con la medicación (RNM): Se definen como sospechas de RNM a la situación en la que el paciente está en riesgo de sufrir un problema de salud asociado al uso de medicamentos, generalmente por la existencia de uno o más PRM, a los que podemos considerar como factores de riesgo de este RNM³¹. (Cuadro N° 02).

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

4.3.4. Medición de la autopercepción calidad de vida relacionada con su salud: Es un indicador indirecto del componente humanístico de las intervenciones farmacéuticas. Definimos como percepción de la CVRS a aquella que un individuo tiene de los componentes físicos, psicológicos y sociales de su salud que pueden ser influenciados por sus experiencias, creencias, expectativas y percepciones personales. Evaluamos la variable en sus dimensiones de salud física y mental. Utilizamos para el análisis el instrumento SF-12.

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

4.4. Técnicas e instrumentos.

4.4.1. Técnica

El Seguimiento Fármaco Terapéutico se condujo a través de la técnica de la entrevista personal, la conversación telefónica y la interacción a través de redes sociales en internet. La entrevista personal se realizó en el EF o en el domicilio del paciente. La técnica de abordaje y de interacción con el paciente en las entrevistas fue el recomendado por la Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico del método DADER ²⁷.

4.4.2. Instrumentos.

4.4.2.1. Fichas Farmacoterapéutica (FFT).

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

Se utilizó este instrumento en las 5 fases del SFT. El registro de la información en las FFT se realizó de acuerdo a las indicaciones de la Guía para el Seguimiento Farmacoterapéutico del método DADER ²⁷.

4.4.2.2. Instrumento para medir la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud (cuadro N°05)

El cuestionario de Salud SF-12 es la adaptación realizada para España por Alonso y cols. del SF-12 Health Survey (Ver Cuadro N° 06) 129. El SF-12 es una versión reducida del Cuestionario de Salud SF-36 diseñada para usos en los que éste sea demasiado largo o complejo. Consiste en un subconjunto de 12 ítems extractados de la versión mayor SF-36. El instrumento incluye uno o dos ítems de cada una

de las 8 escalas del SF-36. La información de estos 12 ítems se utiliza para construir, a través de la categorización de las respuestas mediante puntuaciones promedio estándares, las medidas sumario física mental del SF-12. El procedimiento para la determinación de la sumatoria de los escores del componente físico (SCF) y mental (SCM) del SF-12 involucró tres pasos:

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

PASO 2. Se convirtió cada ítem respuesta en su componente físico y mental utilizando la tabla de escores.

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

Para facilitar la interpretación; se han estandarizado valores de las normas poblacionales de los Estados Unidos, de forma que 50 (de = 10) es la media de la población general. Los valores superiores o inferiores a 50 se interpretaron como mejores o peores, respectivamente, que la población de referencia. Para cada una de las 8 dimensiones, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). La puntuación se realizó con un ordenador y utilizando los algoritmos de puntuación del Anexo 06 al inicio y al final de la intervención 130.

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

CUESTIONARIO DE LA AUTOPERCEPCION DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD. Programa de Atención Farmacéutica para paciente hipertenso. Farmacia Comunitaria ULADECH.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ COD° _____
 FIRMA: _____ FECHA: ____/____/____

COD INTERV:

INSTRUCCIONES :

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

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA:

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

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

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

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

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

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

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

- 1) Si 2) No

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

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

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

- 1) Si 2) No

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

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

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

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

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

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

9. Se sintió calmado y tranquilo?

10. Tuvo mucha energía?

11. Se sintió desanimado y triste?

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

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

4.4.3. Procedimiento de Recolección de Datos

Los datos se recolectaron durante el programa de Seguimiento Farmacoterapéutico, cuyo proceso se esquematiza en la Figura N° 04. En esencia se sigue el procedimiento sugerido en el método DADER¹³ 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.

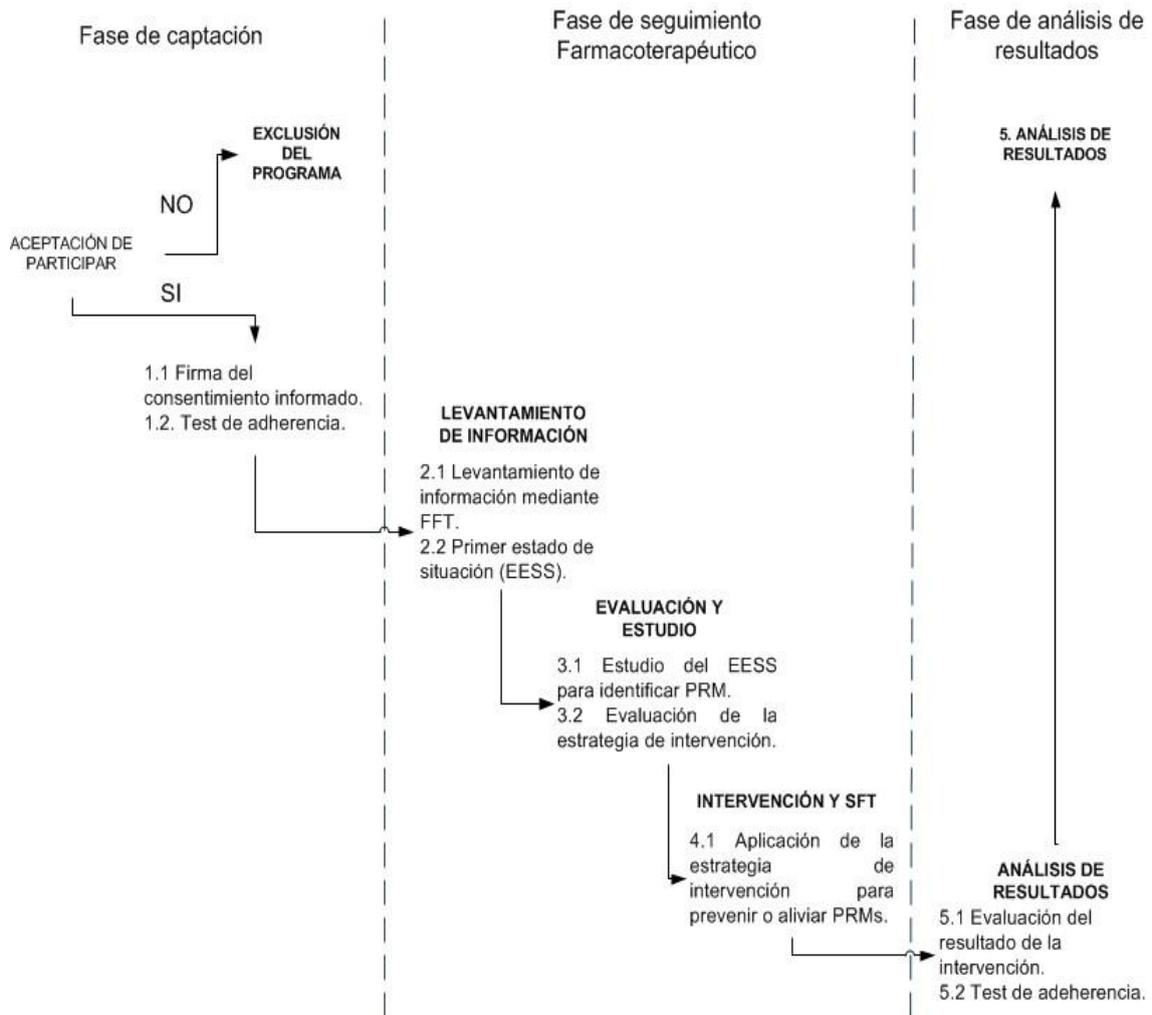
4.4.3.1. Procedimiento para oferta del servicio y capacitación de los pacientes.

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

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

Durante la captación se aplicó el test de adherencia al tratamiento. Al final de la entrevista de captación, el paciente y farmacéutico fijan fecha y hora para la segunda entrevista de levantamiento de información.

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



Elaborado por OCAMPO P.²³

4.4.3.2. Levantamiento de información.

La información se registró en la Ficha Farmacoterapéutica (FFT) (Anexo N° 7.3). Se anotó la información general del paciente, datos sobre enfermedades, profesionales que diagnosticaron, medicamentos utilizados, hábitos de vida, antecedentes familiares y percepción de signos y síntomas de problemas de salud que el paciente asocie con el uso de medicamentos.

Se registró además el uso de productos naturales y el uso de medicamentos sin prescripción. Para este fin se solicitó al paciente mostrar todos los productos farmacéuticos que usaba de manera regular, se usen o no para la enfermedad objetivo. Durante el registro se interroga al paciente sobre factores de riesgo y sospechas de problemas relacionados con el uso de medicamentos. Se procuró que el tiempo entre la captación y el levantamiento de información no sea más de 72 horas.

4.4.3.3. Fase de estudio y evaluación de la información.

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

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

33

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.

4.4.3.4. Fase de intervención y seguimiento fármaco terapéutico.

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. Para la comunicación de las estrategias dirigidas al paciente, el Farmacéutico hará uso del lenguaje verbal y en algunos casos, cuando sea necesario fijar claramente algún aspecto se dejarán recomendaciones escritas.

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

4.4.3.5. Evaluación del impacto de la intervención.

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

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

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

4.5. Plan de análisis de datos.

La información en las fichas farmacoterapéuticas, el test de Moriski y las mediciones de los parámetros clínicos se transfirió a tablas en MS Excel. Se construyeron tablas de datos sobre:

- Información general de los pacientes (sexo, edad, dirección, teléfono) y tiempos de intervención según canales de comunicación utilizados.
- 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.
- Adherencia según el test de Moriski antes y después del SFT y la diabetes.

- Tabla de valores de niveles de glicemia en sangre antes y después del SFT.

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

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

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

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

4.6. Criterios éticos

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

agravados que originen la inmediata atención del paciente.

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

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

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

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

V. RESULTADOS

5.1. RESULTADOS:

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

Tabla N° 01. Género y edad promedio de los pacientes en el piloto de SFT dirigido a pacientes con gastritis atendidos en la Botica Bellavista de Nuevo Chimbote durante noviembre 2015 a abril 2016.

Género	Cantidad	\bar{X} edad (años)	%
F	9	43.4	75.0
M	3	41.3	25.0
total	12	43.4	100.0
	S	8.6	

Tabla N°02. Numero de contactos y tiempos de intervención para el desarrollo del piloto de SFT. Piloto de SFT a pacientes con Gastritis.

Botica bellavista de Noviembre 2015 – Abril 2016

PAC.	EF		DOMICILIO		TELÉFONO		OTRA VIA		TOTAL	
	contactos	tiempo (min)								
1	1	15	4	80	0	0	0	0	5	95
2	1	20	5	75	0	0	0	0	6	95
3	1	10	4	90	0	0	0	0	5	100
4	1	16	4	75	0	0	0	0	5	91
5	1	18	4	90	0	0	0	0	5	108
6	1	20	4	85	0	0	0	0	5	105
7	1	15	4	120	0	0	0	0	5	135
8	1	15	4	120	0	0	0	0	5	135
9	1	14	4	75	0	0	0	0	5	89
10	1	10	4	90	0	0	0	0	5	100
11	1	21	5	120	1	10	0	0	7	151
12	1	20	4	100	0	0	0	0	5	120
TOTAL	12	194	50	1120	1	50	0	0	63	1324
□	1,0	16,2	4,2	93,3	0,1	0,8	0,0	0,0	5,3	110,3
□ de tiempo en cada contacto.		16,2		22,4		0,0		0,0		21,0

5.1.2. MORBILIDAD DIAGNOSTICADA, AUTO PERCIBIDA Y EL USO DE MEDICAMENTOS.

Tabla N°03. Problemas de Salud diagnosticados y autopercebidos por los pacientes intervenidos. Piloto de SFT a pacientes con gastritis. Botica Bellavista en el periodo de Noviembre 2015 – Abril 2016

Morbilidad	CIE	DIAG	fi	%
Con diagnostico	K29.7	gastritis (simple)	12	71.4
	M54.5	Lumbago no especificado	1	
	I84	hemorroides	1	
	F32	episodio depresivo	1	
Sub total			15	
Sin diagnostico		sequedad de boca	2	28.6
		dolor de cabeza	2	
		Espasmo	1	
		dolores musculares	1	
Sub total			6	
total			21	100.00

Tabla N° 04. Medicamentos prescritos y automedicados utilizados por los pacientes durante el proceso de intervención. Programa de SFT a pacientes con gastritis en la Botica Bellavista, periodo noviembre 2015 – abril 2016.

ORIGEN	CIE10	DIAGNOSTICO	DENOMINACION COMUN INTERNACIONAL	fi	%		
PRESCRITOS			Omeprazol	7	26.92		
			hidroxido de aluminio	3	11.50		
			Esomeprazol	2	7.69		
			hidróxido de aluminio + hidróxido de magnesio	2	7.69		
			K29.7	gastritis (simple)	Levofloxacino	1	3.85
					levosulpiride	1	3.85
					magaldrato + simeticona	1	3.85
					ranitidina	1	3.85
					amoxicilina	1	3.85
					sertralina	1	3.85
			F32	episodio depresivo	Clonazepam	1	3.85
					bromazepan	1	3.85
			M54.5	Lumbago no especificado	Celecoxib	1	3.85
			I84	hemorroides	Lidocaína + tribensida	1	3.85
Sub total				24	92.3		
AUTOMEDI CADOS		dolores musculares	Ibuprofeno	1	3.85		
		espasmo	hioscina N- butil bromuro	1	3.85		
		Sub total				2	7.70
total				26	100.00		

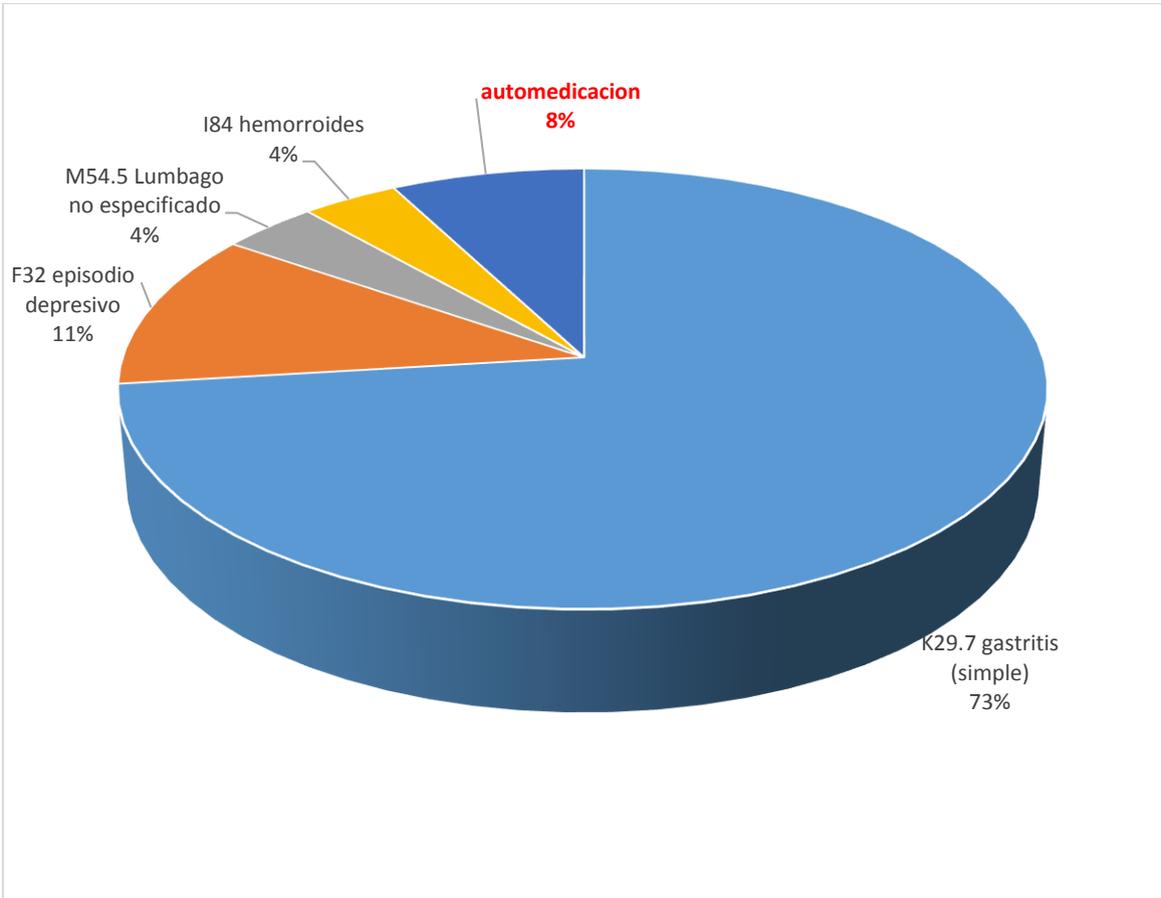


Gráfico N°01. Medicamentos por problemas de salud para los cuales fueron prescritos. Programa de SFT a pacientes con gastritis. Botica Bellavista periodo de Noviembre - 2015 – abril- 2016

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

Tabla N° 05. Distribución de la frecuencia y tipo de intervención realizadas de acuerdo al Problema Relacionado con Medicamentos (RPM) diagnosticado. Programa de SFT a pacientes con gastritis. Botica Bellavista periodo Noviembre 2015 – Abril 2016.

COD PRM	Descripción	n	%
9	Incumplimiento	12	60.0
6	Duplicidad	2	10.0
2	Actitudes Negativas	2	10.0
12	Reacciones Adversas	1	5.0
11	Otros PS	1	5.0
8	Error de Prescripción	1	5.0
1	Adm. Errónea del Med.	1	5.0
total		20	100.00

Tabla N° 06. Resultados Negativos de la medicación (RNM) y el Problema Relacionado con Medicamentos que les dio origen Programa de SFT a pacientes con gastritis. Botica Bellavista, periodo Noviembre 2015 – Abril 2016

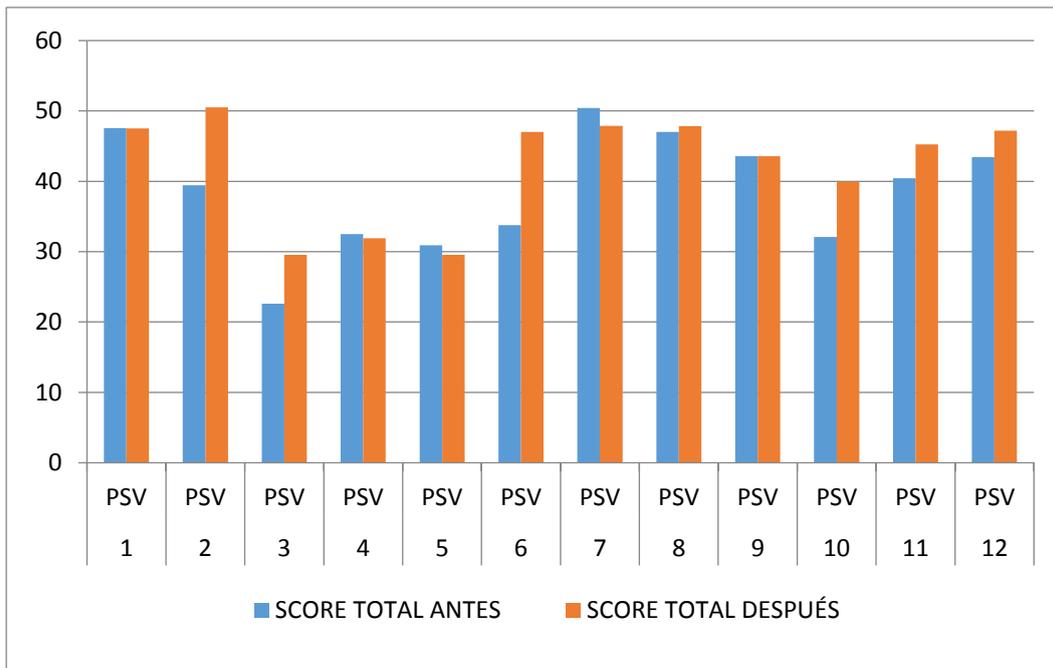
PAC	SEXO	EDAD	DIAGNOSTICO	MED	PRM	PRM
						SOL
1	F	25	2	1	1	1
2	M	44	2	2	2	1
3	F	57	2	2	3	1
4	F	54	2	1	1	0
5	F	39	2	2	2	1
6	M	47	2	1	1	1
7	M	33	1	2	2	2
8	F	42	2	5	1	1
9	F	48	1	3	3	3
10	F	44	2	3	2	0
11	F	41	2	3	1	1
12	F	41	1	1	1	1
TOTAL			21	26	20	13
PROM		42.92	1.75	2.17	1.67	1.08

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

Tabla N° 07. Evaluación de la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física mediante el test SF – 12 en pacientes con gastritis antes y después del Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Botica Bellavista, Nuevo Chimbote. Periodo noviembre 2015 – abril 2106.

COD	SCORE TOTAL ANTES	SCORE TOTAL DESPUÉS
1	47.57	47.54
2	39.45	50.52
3	22.62	29.58
4	32.49	31.92
5	30.92	29.53
6	33.77	46.99
7	50.44	47.88
8	47.02	47.84
9	43.56	43.56
10	32.09	39.96
11	40.47	45.25
12	43.42	47.19
Media	38.65	42.31

Gráfico N° 02. Comparación del resultado del test SF-12 en la dimensión física, antes – después de la intervención mediante SFT en los pacientes con gastritis. Programa de SFT a pacientes con gastritis. Botica Bellavista, Nuevo Chimbote. Noviembre 2015 – abril 2016.



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

Tabla N° 08 Evaluación de la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión mental mediante el test SF – 12 en pacientes con gastritis antes y después del Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Botica Bellavista, Nuevo Chimbote. Periodo noviembre 2015 – abril 2106.

COD	SCORE TOTAL ANTES	SCORE TOTAL DESPUÉS
1	27.75	43.85
2	52.24	53.73
3	17.55	37.03
4	20.81	31.57
5	27.68	41.61
6	30.08	32.63
7	48.81	59.54
8	44.26	53.78
9	51.40	48.23
10	19.99	55.46
11	48.04	51.23
12	27.41	45.09
Media	34.67	46.15

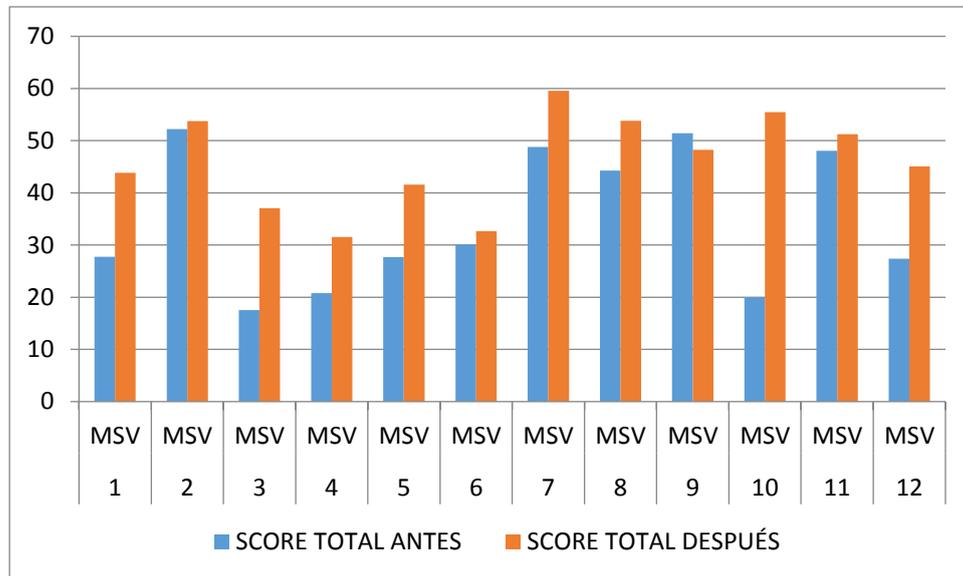


Gráfico N° 03 Comparación del resultado del test SF-12 en la dimensión mental, antes – después de la intervención mediante SFT en los pacientes con gastritis. Programa de SFT a pacientes con gastritis. Botica Bellavista, Nuevo Chimbote. Noviembre 2015 - Abril 2016.

5.2. ANALISIS DE RESULTADOS.

Con el objetivo de determinar el impacto del programa de SFT sobre la resolución de PRM 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:

5.2.1. Sobre los pacientes y los tiempos de intervención.

Se intervinieron a 12 pacientes que aceptaron participar en el estudio. Los pacientes tuvieron una edad promedio de 43.2 años, Todos los pacientes sufrían con gastritis cuyo tratamiento fue de curso ambulatorio en la botica Bellavista. La confirmación del diagnóstico fue con la receta del facultativo. El seguimiento de los 12 pacientes se hizo a lo largo de cuatro meses. La mayoría de los pacientes fueron mujeres (75.0%). (Tabla N°01).

En el momento de la captación en el establecimiento farmacéutico se ofreció el servicio según procedimiento a los primero 12 pacientes que acudieron a la Botica tenían los criterios de inclusión y aceptaron participar de la experiencia. Como se muestra en el cuadro N°1 la muestra quedó conformada por un número mayor de mujeres. Que está en relación con su mayor frecuencia de visita por gastritis a la Botica Bellavista. Todos los pacientes a quienes se les ofertó el servicio y cumplían los criterios de inclusión fueron captados. Es decir la mayor proporción de mujeres fue producto del azar.

Sin embargo existen autores que refieren que las mujeres son más proclives a participar de este tipo de experiencias. Por ejemplo De la Paz K. indica que se considera que demográficamente existen más féminas que hombres en una proporción de 1:7, esta puede ser una de las causas de estos resultados; además, en las mujeres después de los 50 años suceden cambios hormonales que favorecen la obesidad y el sedentarismo, cambian su estilo de vida y presentan malos hábitos⁴⁸. Por lo tanto podemos inferir que las mujeres se preocupan más por su enfermedad y que tienen mayor tiempo para asistir a sus citas con el doctor.

La edad promedio de los pacientes que intervinieron en el estudio fue 43.2 años. Según la Dra. Palacios de Schneide²¹. La prevalencia de la gastritis aumenta progresivamente con la edad en ambos sexos.

La tabla N°02 se presentan los tiempos promedio invertidos en cada una de las visitas durante el proceso de seguimiento. El trabajo más prolijo se realizó durante la primera y segunda visita de intervención, en las cuales se dejó al paciente las recomendaciones acerca de su tratamiento y hábitos de vida saludables que contribuyen a evitar complicaciones en la enfermedad. Se invirtieron en total 20,5 minutos aproximadamente por paciente en cada visita y en promedio por todas las visitas realizadas 110,3 min, que si los multiplicamos por los 12 pacientes intervenidos arrojan un total de 1323 minutos de trabajo farmacéutico dedicado al seguimiento Farmacoterapéutico.

Como se ve en la (tabla N°02) en los pacientes 7 y 8 se invirtió más tiempo en total 135 Minutos. Las razones fueron porque los pacientes estaban más interesados por compartir sus dudas y opiniones respecto a su enfermedad y a los medicamentos, dicho tiempo fue fruto para enriquecer y demostrar nuestra labor como profesional.

Como fruto de proceso se realizó un total de 63 contactos con los pacientes (captación del paciente y visitas en el establecimiento farmacéutico y domiciliario), en promedio 5.3 contactos en los domicilios de cada paciente, invirtiendo en promedio 22,4 minutos en cada visita. Asimismo, se puede observar que el tiempo promedio total por paciente fue de 110.3 minutos.

5.2.2. Sobre los diagnósticos identificados y los medicamentos utilizados por los pacientes durante el proceso del Seguimiento farmacoterapéutico.

La morbilidad origen del uso de medicamentos se abordó tomando en cuenta el diagnóstico médico (Tabla N°03). Los pacientes reportaron sufrir enfermedades diagnosticadas por un facultativo (71,4%) y morbilidad sentida sin diagnóstico (28,6%). Las enfermedades diagnosticadas tuvieron una prescripción para el uso de

medicamentos, mientras que las no diagnosticadas fueron origen de automedicación. El promedio de cada paciente pudo sufrir 3 enfermedades (1 enfermedades diagnosticadas y 1 enfermedad no diagnosticadas). De hecho la enfermedad más frecuente fue la gastritis (57,1%) por ser la enfermedad objetivo y criterio de inclusión.

Y otras enfermedades como lumbago no específico, hemorroides, episodio depresivo tienen el mismo porcentaje (4, 8%) que encontramos en enfermedades diagnosticados.

Según el origen de uso, los medicamentos fueron considerados como medicamentos prescritos, sustentados con receta, y medicamentos sin prescripción asociados con automedicación (tabla N°04). El 92,3 % de los medicamentos identificados fueron medicamentos prescritos respaldados por una receta que indicaba las características de su uso. En la investigación se consideró que los medicamentos prescritos fueron el objetivo específico del SFT. Es decir el trabajo del farmacéutico fue asegurar que se cumplan las indicaciones médicas. No obstante la revisión de la calidad de la prescripción fue un requisito previo del SFT, es decir se aseguró que los medicamentos que contenía la receta hayan sido prescritos según sus recomendaciones farmacológicas estándares para los pacientes objetivo.

Pena M. afirma que a medida que aumenta la edad, el riesgo de contraer enfermedades es mayor y con el aumenta a su vez el número de medicamentos que el paciente debe tomar por día. Indica además a la gastritis como la afección que provoca mayor consumo⁸³. Evidentemente los medicamentos más usados fueron aquellos para la gastritis (26.92%). El resto de los medicamentos prescritos estuvieron asociados a las enfermedades crónicas diagnosticadas.

En el trabajo se consideró la vigencia de una prescripción médica no más de tres meses. Si los pacientes seguían consumiendo los medicamentos prescritos por más de ese tiempo se consideró automedicación.

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

Un objetivo de la investigación fue diagnosticar PRM y proponer soluciones desde la óptica de un profesional farmacéutico. Basados en la lista modificada de PRMs

de 16 ítems durante el desarrollo de la experiencia se identificaron 10 problemas diferentes.

Incumplimiento, conservación inadecuada, actitudes negativas; son los PRMs más frecuente (60.0%), seguido por duplicidad y actividades negativas (10,0%), reacciones adversas, otros PS, error de prescripción, administración errónea del medicamento (5%), (Tabla 0.6). La pericia del farmacéutico influye en la cantidad y tipo de PRMs diagnosticados y esta puede ser la causa del resultado. Los farmacéuticos necesitan desarrollar capacidades de análisis farmacéutico, farmacológico y clínico para el diagnóstico de PRMs, sobre todo para aquellos relacionados con errores de prescripción o las características farmacológicas de los medicamentos cuyas estrategias de solución tiene que ser conciliada con el profesional que hizo el diagnóstico y la prescripción.

Es importante recalcar que los PRMs más frecuentes fueron los de incumplimiento voluntario (60 %) se consideró más bien dentro de las actitudes negativas del paciente. Esto debido a que muchas veces el paciente no es que olvide tomar sus medicamentos sino que deja de tomarlos por decisión propia, ya sea porque siente que no es necesario tomar el medicamento o por otras causas como vemos en el paciente N°04 era una paciente que decía que no era necesario tomar el medicamento que así estaba bien y que se cuidaba con su alimentación y eso era suficiente ,y se intervino reforzándola lo importante que es en cumplir con el tratamiento y así disminuyendo el incumplimiento voluntario respecto a al tratamiento.

Segunda acción más frecuente fue disminuir el incumplimiento involuntario (60 %) realizado para la solución de problema relacionado con medicamentos. Esto se debe a consecuencia que el paciente se olvida de tomar sus medicamentos por diversos motivos (trabajo, viaje, por problemas económicos) o por interpretación errónea de las instrucciones del médico o farmacéutico, en estos casos se orientó hacia la educación del paciente para que asuma con el debido cuidado el tratamiento de su enfermedad y cumplan con las indicaciones médicas y farmacéuticas.

Los problemas relacionados con medicamentos regularmente frecuente es de conservación inadecuada, actitudes negativas que se encontró que un (10%) Esto

debido a que el paciente no mantiene adecuado su medicamento lo que podría alterar la integridad del producto que por su T°, humedad, exposición a otros agentes, podrían comprometer la integridad o la estabilidad de los PA o los empaques primarios o secundarios. y también muchas veces el paciente no es que olvide tomar sus medicamentos sino que deja de tomarlos por decisión propia, ya sea porque siente que no es necesario tomar el medicamento por otras causas. Por ejemplo en el caso del paciente N°03 se encontró en la visita domiciliaria que mantenía los medicamentos en todas la partes de su casa no tenía un lugar adecuado para dejar medicamentos. Eso también la razón por incumplimiento, por que no encontraba su medicamento.

El cuarto PRM fue otros problemas que es (10%), seda debido a reacciones adversas de los medicamentos y el tiempo de tratamiento, así mismo en sus indicaciones no especifica adecuadamente el intervalo de tiempo de las dosis, motivo suficiente para el fracaso de un tratamiento en el paciente motivo por el cual el paciente N°11 casi abandono el tratamiento por el costo elevado del medicamento; Según la clasificación por el tercer consenso de Granada, el incumplimiento actitudes negativas y los errores de prescripción son los PRMs diagnosticados más importantes (cada uno con ocurrencia de 21%).El incumplimiento y la conservación inadecuada, actitudes negativas son problemas originados por el comportamiento de los pacientes frente a su enfermedad y su percepción acerca de los medicamentos.

Tal como se muestra en la (tabla N° 07) La acción realizada más frecuente fue disminuir el incumplimiento voluntario. Esto se considera más bien dentro de las actitudes negativas del paciente. Esto debido a que muchas veces el paciente no es que olvide tomar sus medicamentos sino que deja de tomarlos por decisión propia, ya sea porque siente que no es necesario tomar el medicamento o por otras causas; en estos casos se intervino reforzando mediante charlas y concientizando lo importante que es cumplir con el tratamiento y así disminuyendo el incumplimiento voluntario respecto a al tratamiento.

Segunda acción más frecuente fue disminuir el incumplimiento involuntario (42,9%) realizado para la solución de problema relacionado con medicamentos. Esto se debe a consecuencia que el paciente se olvida de tomar sus medicamentos por diversos

motivos (trabajo, viaje, por problemas económicos) o por interpretación errónea de las instrucciones del médico o farmacéutico, en estos casos se orientó hacia la educación del paciente para que asuma con el debido cuidado el tratamiento de su enfermedad y cumplan con las indicaciones médicas y farmacéuticas. Tal como en nuestra investigación de Cairo Toledano —Seguimiento Farmacoterapéutico en una población ambulatoria con gastritis, las intervenciones que más se efectuaron correspondieron a aquellas que intervienen sobre la educación del paciente ⁴⁹.

Cuando se presentaron problemas de incumplimiento, conservación inadecuada, error de prescripción .el origen fue frecuentemente el olvido, descuido o la percepción errada del paciente y gravedad de la enfermedad. Es decir los pacientes incumplidores generalmente percibieron a la gastritis como una enfermedad y cuyos medicamentos solo deberían tomarse cuando el paciente perciba signos o síntomas muy desagradables⁴⁹.

VI. CONCLUSIONES.

6.1. CONCLUSIONES

- 6.1.1. Se implementó un programa de Intervención Farmacéutica mediante Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) a 12 pacientes con gastritis que se atendieron en la Botica Bellavista en quienes se diagnosticaron problemas relacionados con medicamentos y fueron intervenidos para evitar el riesgo de sufrir resultados negativos de la medicación.
- 6.1.2. La intervención mediante seguimiento farmacoterapéutico fue efectiva y contribuyó de manera significativa en la solución de los problemas relacionados con medicamentos.
- 6.1.3. El Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) tuvo impacto significativo sobre la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física de los pacientes con gastritis.
- 6.1.4. El Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) tuvo impacto significativo sobre la autopercepción de la calidad de vida en la dimensión mental de los pacientes con gastritis.

6.2. ASPECTOS COMPLEMENTARIOS.

- 6.2.1. Se deberían diseñar estrategias para mejorar el nivel de solución de PRMs, para lograr un valor del 100%.
- 6.2.2. Se debería incorporar en este tipo de estudios la medicación del impacto económico de dicha intervención farmacéutica.

- 6.2.3. Se debería optimizar los tiempos en el desarrollo de este tipo de estudios, desde la elaboración del proyecto hasta la elaboración del informe final, en un periodo no mayor a 3 meses.
- 6.2.4. Se debería elaborar un cuadernillo educativo para el paciente con gastritis (conocimiento de la enfermedad, medicamentos, medidas no farmacológicas, etc.), el cual debería ser entregado en la primera visita al paciente y debe ser reforzado en cada visita por el alumno que desarrolla la intervención farmacéutica.
- 6.2.5. Se debería desarrollar charlas sobre el uso racional de medicamentos para que el paciente utilice correctamente solo los medicamentos por prescripción médica, en base a un problema de salud correctamente diagnosticado.
- 6.2.6. Se debería formular convenios entre la ULADECH CATOLICA y algunas instituciones de salud con la finalidad de implementar este programa de Seguimiento Farmacoterapéutico en dichas instituciones

VII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Faus, M.J. Pharmaceutical Care as a response to social need. *ArsPharmaceutica*, 41: 1; 137-143, 2000.
2. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Pharm Care Esp* 1999; 1: 35-47.
3. 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.
4. PJ McDonnell and MR Jacobs. Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions. *The Annals of Pharmacotherapy*: Vol. 36, No. 9, pp. 1331-1336. DOI 10.1345/aph.1A333.
5. Manasse HR Jr. Medication use in an imperfect world: drug misadventuring as an issue of public policy, Part 1. *American Journal of Hospital Pharmacy*, Vol 46, Issue 5, 929-944.
6. 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.
7. Andrés Rodríguez. Atención farmacéutica en farmacia comunitaria: ¿es ya realidad o todavía un proyecto de futuro? Discurso de ingreso como académico de número. Academia de Farmacia de Galicia. España. Santiago de Compostela, 2006.
8. 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.

9. American Gastritis Association - Asociación Americana de la gastritis 1–800–Gastritis (342–2383). Disponible: http://professional.diabetes.org/admin/UserFiles/file/Reducing%20Cardiometabolic%20Risk_%20Patient%20Education%20Toolkit/Spanish/ADA%20CMR%20Toolkit_15Blood_sp.pdf.
10. Brodie DC. Drug use control: keystone to pharmaceutical service. *Drug IntellClin Pharm.* 1966; 20(2): 116-117.
11. 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.
12. Sabater D, Fernandez-Llimos F, Parras M, Faus MJ. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(2): 90-97.
13. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Método DADER para el seguimiento Farmacoterapéutico. *ArsPharm* 2005; 46 (4): 309-337.
14. 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.
15. 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.
16. Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Manual de Buenas Prácticas de Prescripción. 2004. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. — Lima. Disponible desde: <http://www.minsa.gob.pe/infodigemid>.

17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. CARPENTER HA, TALLEY NJ. Gastroscopy is incomplete without biopsy: clinical relevance of distinguishing gastropathy from gastritis. *Gastroenterology*, 1995; 108: 917 – 924.
22. FARRERAS.ROZMAN. Medicina Interna. Decimosexta Edición 2009. Gastritis y gastropatía Cap 17 pp 144 – 147.
23. Ocampo Rujel P. A. Impacto de un programa de atención farmacéutica sobre el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes con gastritis. In *Crescendo* 1(2) 2010. Tomado desde: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S222230612010000200006&script=sci_abstract. El 02/03/20013.
24. 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 9/08/2014.

25. Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug-related problems: their structure and function. *Drug Intell Clin Pharm* 1990;24:7-1093.
26. 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.
27. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. Seguimiento Farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). *Pharmacy Practice* 2006; 4(1): 44-53.
28. Comité de Consenso: Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM). *Ars Pharmaceutica*, 43:3-4; 179-187, 2002.
29. 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.
30. Hurley SC. A Method of Documenting Pharmaceutical Care Utilizing Pharmaceutical Diagnosis. *American Journal of Pharmaceutical Education* Vol. 62, Valoración Summer 1998.
31. Ferriols R. de la Atención Farmacéutica en los problemas relacionados con los medicamentos. Presentado en XLIV Congreso Nacional SEFH. Septiembre 1999. Pamplona.

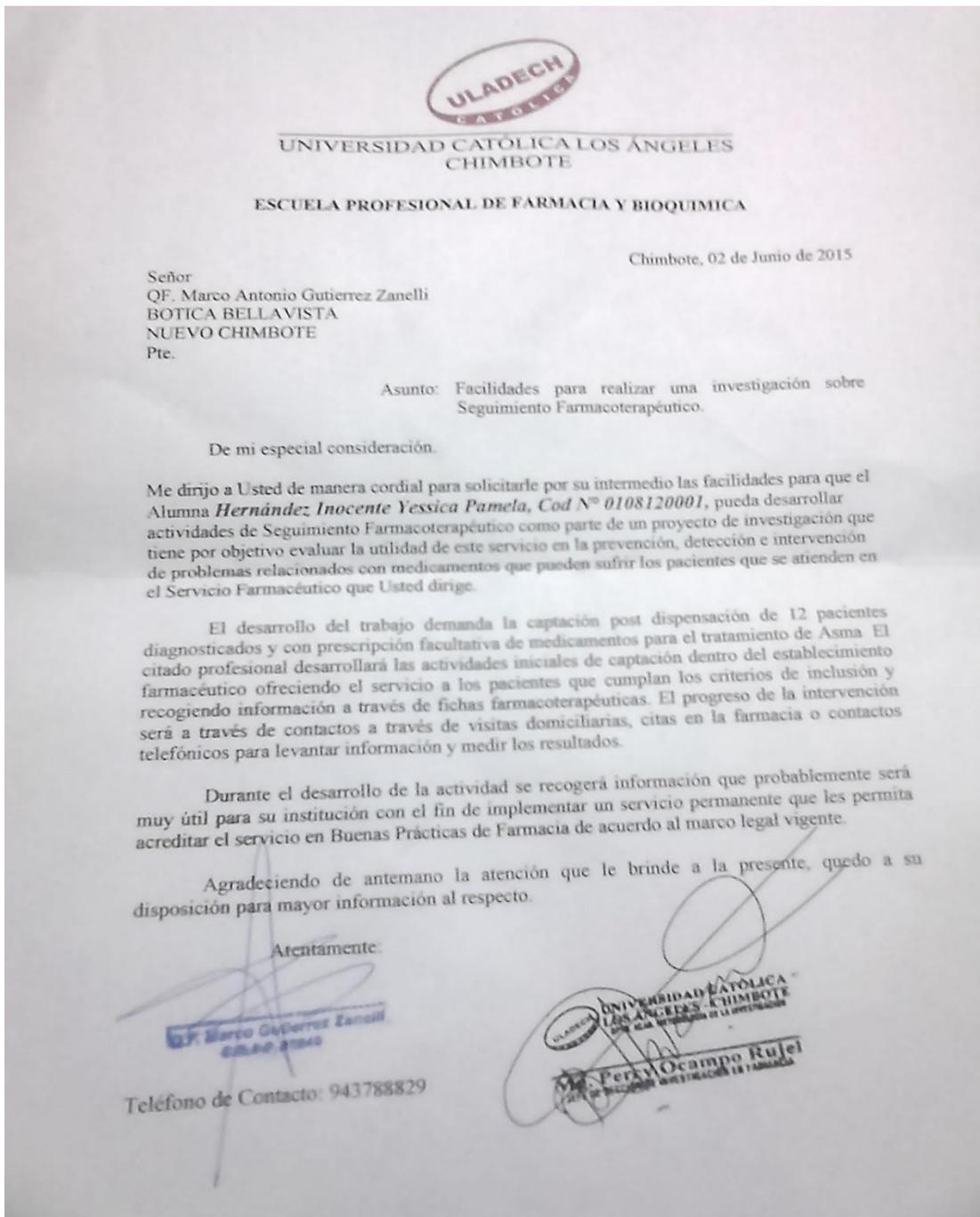
32. Libertad MA. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública 2004; 30 (4) .Tomado de http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu08404.htm El 18/07/2013.
33. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. PRM y RNM Conceptos. Portal Farma.com Organización Farmacéutica Colegial. FARMACÉUTICOS N.º 315 - Octubre 2006. Tomado desde: http://www.portalfarma.com/inicio/atencionfarmaceutica/forodeattfarma/Documentos/28_29_Atencion_farma.pdf. Tomado el 14/07/2012.
34. 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.
35. Organización mundial de la salud. Gastritis. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>. Citado el 31 de agosto del 2014.
36. Calvo MV, Alós M, Giraldez J. Grupo de Trabajo Atención Farmacéutica. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Bases de la Atención Farmacéutica en Farmacia Hospitalaria. Farm Hosp 2006; 30:120-3.
37. Martínez-Romero F, Fernández-Llimós F, Gastelurrutia MA, Parra SM, Faus MJ. Programa Dáder de Seguimiento del Tratamiento Farmacológico. Resultados de la fase piloto. Ars Pharmaceutica,42:1;53-65, 2001.
38. Machuca GM. Atención Farmacéutica, seguimiento fármaco terapéutico, Pharmaceuticalcare: es lo mismo?. Farmacoterapia Social. España 2006. Disponible desde: www.farmacoterapiasocial.es/local/capitulo1.pdf

39. Climente Martí M y Jiménez Torres NV. Manual para la Atención Farmacéutica. Tercera edición. Edita: Afahpe. Hospital Universitario DrPeset. Valencia, 2005.
40. Grainger-Rousseau TJ, Miralles MA, Hepler CD, Segal R, Doty RE, Ben-Joseph R. Therapeutic outcomes monitoring: application of pharmaceutical care guidelines to community pharmacy. *J Am Pharm Assoc (Wash)*. 1997 Nov- Dec;NS37(6):647-61
41. Desselle S. Schwartz M. Rappaport HM. The Identification of Pharmaceutical Care Practice Standards in the Community Pharmacy Setting. *Journal of Pharmaceutical Care*, published by the School of Pharmacy of Northeast Louisiana University at Monroe LA. Volume 1, Article 3. February 1997.
42. Martínez Sánchez AM. 2000. El concepto atención farmacéutica. sus influencias gnoseológicas en el contexto de la profesión. *Revista del Centro de Investigación. Universidad La Salle*, enero, año/vol. 4, número 014 Universidad La Salle Distrito Federal, México. pp. 83-85.
43. DIXON MF, GENTA RM, YARDLEY JH, et al. Clasification and grading of gastritis. The updated Sydney System. *Internacional Workshop on the histopathology of gastritis*, Houston 1994. *Am J Surg Pathol* 1996.
44. Dohil R, Hassall E. Gastritis, gastropathy and ulcer disease. R.Wyllie and JS Hyams Ed. *Pediatric Gastrointestinal and Liver Disease*, 2006; 373-407.
45. Croom KF, Scott LJ. Lansoprazole in the treatment of gastroesophageal reflux disease in children and adolescents. *Drugs* 2005; 65: 2129-2135.
46. Moriski 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.

47. National Cancer Institute. Morisky 4-Item Self-Report Measure of Medication- Taking Behavior (MMAS-4). Tomado desde: <https://www.gem-beta.org/public/MeasureDetail.aspx?mid=1133&cat=2>. El 28/08/2014.
48. De la Paz K. Fundamentos de Atención Farmacéutica Cap 11. Pontificia Universidad Católica de Chile. Tomado desde: http://cursos.puc.cl/unimit_qim_002_-1_/almacen/1220552779_ggonzale_sec4_pos0.pdf. El 16/08/2012.
49. Cairo Toledano. Seguimiento farmacoterapéutico ambulatorio en pacientes con gastritis de la Caja de Salud de Caminos y R. A. –Oruro. BIOFARBO La Paz dic 2008; 16(1). Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1813-53632008000100013&script=sci_arttext. El 03/07/12.

VIII. ANEXOS.

ANEXO 8.1. SOLICITUD DE PERMISO DIRIGIDO AL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO.



ANEXO 8.2. EJEMPLO DE 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 BOTICA BELAVISTA 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): Elizabeth Villa R.

* DIRECCION: A.H. Los Americanos "20" y "18"

* TELEFONO: 975 067068.

* FIRMA: Elizabeth

* DNI: 32918448

* NOMBRE DEL QUIMICO FARMACÉUTICO Jr: Hernandez Inocente Yessico

* TELÉFONO: 951843662

* FIRMA: Jessico

* DNI: 48050412

* FECHA: 20 / 04 / 16

* FECHA DE LA PRIMERA ENTREVISTA PARA EL LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN: 21 / 04 / 16

*Campos obligatorios

ANEXO 8.3. FICHA FARMACOTERAPEUTICAS.

ANEXO N°8.3.1 FICHA FFT (HOJA 1). REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE, DE SU ENFERMEDAD DE SUS MEDICAMENTOS Y DEL MEDICO PRESCRIPTOR.

FICHA N°05. INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE

FICHA 01. INFORMACION PERSONAL DEL PACIENTE. Programa de Atención Farmacéutica. EFF "MUNDIAL"

COD^o PACIENTE: _____ FECHA: ____/____/____

1.1.- DATOS PERSONALES

NOMBRE: _____ SEXO: _____
 DIRECCIÓN: _____ ZONA: _____
 TELÉFONO DOMICILIO: _____ OTRO _____ (MAIL): _____
 FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD: ____ AÑOS:
 GRADO DE ESTUDIOS: ANALFABETO PRIMARIA SECUNDARIA SUPERIOR.....
 TIENE SEGURO SI: ___ NO:___ SEGURO INTEGRAL (SIS): ___ ESSALUD: ___ PRIVADO: _____
 OTRO CUAL?: _____
 EL SEGURO PRIVADO CUBRE LOS MEDICAMENTOS TOTALMENTE: SI: _____ NO: _____

1.2.- PARÁMETROS DE SEGUIMIENTO:

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

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

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

N°	NOMBRE DEL MEDICO	ESTABLECIMIENTO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO

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

N°	NOMBRE DEL PROBLEMA DE SALUD, SIGNO O SINTOMA PERCIBIDO POR EL PACIENTE	Dix? Si/No	QUIEN LE DIAGNOSTICO?	TELÉFONO

Insistir con el paciente para que declare TODAS Problemas de Salud diagnosticados que sufre al momento de la entrevista.

ANEXO N°8.3.2. FICHA FFT (HOJA 1 CONTINUA). REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE, DE SU ENFERMEDAD DE SUS MEDICAMENTOS Y DEL MEDICO PRESCRIPTOR.

FICHA FFT (FICHA 1 PARTE 2).REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE, DE SU ENFERMEDAD DE SUS MEDICAMENTOS Y DEL MEDICO PRESCRIPTOR

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

Nº	NOMBRE DEL MEDICAMENTO (tal cual fue prescrito comercial o genérico)	DCI	Forma Farma	A: DOSIS (mg)	B: FREC. DE DOSES x DIA(h)	C: Días que debe tomarse el medicam.	Total de med. Prescrito:	FECHA DE PRESCR.

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

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

Nº	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA, MALESTAR, SENSACIÓN U OTRO.	ACCIONES DEL PACIENTE PARA SOLUCIONAR ESTOS PROBLEMAS

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.

Las Reacciones adversas de medicamentos prescritos deben reportarse en el EEFF desde donde se hace el SFT.

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

Nº	NOMBRE DE LOS REMEDIOS CASEROS	DESCRIPCIÓN DE LA FORMA DE USO	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°8.3.3. FICHA FFT (HOJA 1 CONTINUA). REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE, DE SU ENFERMEDAD DE SUS MEDICAMENTOS Y DEL MEDICO PRESCRIPTOR.

FICHA FFT (FICHA 1 PARTE3).REGISTRO DE LA INFORMACION DEL PACIENTE DE SU ENFERMDAD DE SUS MEDICAMENTOS Y DEL MEDICO PRESCRITOR.

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

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

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

1.9.- ANTECEDENTES FAMILIARES DE MORBILIDAD:

ENFERMEDAD	MADRE	PADRE	HERMANOS	OTROS
HIPERTENSIÓN				
DIABETES				
COLESTEROL				
OTRA:				

Observaciones:

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

1.10.- HABITOS DE VIDA:

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

ANEXO N°8.3.4. FICHA FFT (HOJA 3). REGISTRO DE LOS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE CONSUME PARA OTRAS ENFERMEDADES CONCOMITANTES.

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

PACIENTE COD. N°:
NOMBRE:

FECHA:

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

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

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

ANEXO N°8.3.5. FICHA FFT (HOJA 2, CONTINUA). REGISTRO DE LOS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE CONSUME PARA OTRAS ENFERMEDADES CONCOMITANTES. CUADRO N°13. FICHA FFT (HOJA 2, SEGUNDA PARTE). REGISTRO DE LOS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE MANTIENE EN SU BOTIQUÍN

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

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

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

COD INTERV:

ANEXO N° 8.3.6. FICHA FFT. (HOJA 3). GUÍA ANATÓMICA DE REPASO PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS.

FICHA 03. GUÍA ANATÓMICA DE REPASO PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS DE SALUD. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF "MUNDIAL"

PACIENTE COD. N°:
NOMBRE:

FECHA:

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

- PELO:
- CABEZA:
- OIDOS, OJOS, NARIZ, GARGANTA:
- BOCA (llagas, sequedad...):
- CUELLO:
- MANOS (dedos, uñas...):
- BRAZOS Y MÚSCULOS:
- CORAZÓN:
- PULMÓN:
- DIGESTIVO:
- RIÑÓN (orina...):
- HÍGADO:
- GENITALES:
- PIERNAS:
- PIÉS (dedos, uñas):
- MÚSCULO ESQUELÉTICO (gota, dolor espalda, tendinitis...):
- PIEL (sequedad, erupción...):
- ALTERACIONES PSICOLÓGICAS (depresiones, epilepsia...):
- PARÁMETROS ANORMALES (T²,PA, colesterol...):
- TABACO:
- ALCOHOL:
- CAFÉ:
- OTRAS DROGAS:
- SUS HABITOS ANORMALES (ejercicio, dieta...):
- VITAMINAS Y MINERALES:
- VACUNAS:
- ALERGIAS MEDICAMENTOS Y/O SOSPECHAS DE RAM:
- Situaciones fisiológicas (y fecha):
- OBSERVACIONES:

COD INTERV:

ANEXO N° 8.3.7. FICHA FFT (HOJA 4). HOJA GUÍA DE INTERVENCIÓN FARMACOTERAPÉUTICA.

FICHA 04. HOJA GUIA DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA.

Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Establecimiento Farmacéutico "MUNDIAL"
Chimbote 2014.

PACIENTE COD N°:

NOMBRE:

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

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

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

**Una morbilidad puede ser el origen de PRMs tales como 11 o 15.

4.2.- DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL PRM:

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

COD INTERV:

ANEXO N°8.3.8. FICHA FFT (HOJA 4, CUARTA PARTE). HOJA GUÍA DE INTERVENCIÓN FARMACOTERAPÉUTICA.

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

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

Fecha final de la Intervención:

COMENTARIO:

ANEXO N°8.3.9. FICHA FFT (HOJA 4, SEGUNDA PARTE). HOJA GUÍA DE INTERVENCIÓN FARMACOTERAPÉUTICA

4.4. QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRM.

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

TABLA N°4.4. CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIÓNES FARMACÉUTICAS

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

COMENTARIO:

ANEXO N°8.3.10. FICHA FFT (HOJA 4, TERCERA PARTE). HOJA GUÍA DE INTERVENCIÓN FARMACOTERAPÉUTICA.

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

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

5.1. NÚMERO DE CONTACTOS UTILIZADOS DURANTE LA INTERVENCIÓN:

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

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

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

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

COD INTERV:

ANEXO N°8.3.11. FICHA FFT (HOJA 6). TEST PARA MEDIR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO. TEST DE MORISKY.

Test de Adherencia a la medicación de Moriski

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

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

ANEXO 8.4. ESTADO DE SITUACION (PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN).

COD Investigador	CO D Paciente	COD CIE 10	DIAGNÓSTICO	nombre comercial	dei	fp	dosis (mg)	frec dosis (dia)	dias tto	COD PRM	Descripción del PRM	RNM	Acción realiz. por el qf	COD. INTERVENCIÓN	COD CANAL DE COMUNIC	aceptación	solución	Descripción de la NO solución
108120001	1	K29.7	Gastritis (simple)	omeprazol	sol		20	1	20	2	el paciente deja de tomar sus medicamentos por que le cae mal	4	hablar con el doctor para que proceda al cambio de otro medicamento	6	1	1	1	
108120001	1	K29.7	Gastritis (simple)	hidroxido de aluminio	liq		150	2	20	2	el paciente deja de tomar sus medicamentos por le cae mal	4	hablar con el doctor para que proceda al cambio de otro medicamento	6	1	1	1	
108120001	2	K29.7	Gastritis (simple)	levosulpiride	sol		25	1	20	9	el paciente no toma todos los días, se olvida de tomar sus medicamentos	1	educar al paciente para que siga las indicaciones del doctor	9	1	1	1	
108120001	2	K29.7	Gastritis (simple)	esomeprazol	sol		40	1	10	9	el paciente no toma todos los días, se olvida de tomar sus medicamentos	1	educar al paciente para que siga las indicaciones del doctor	9	1	1	1	
108120001	2	F32	episodio epresion	bromazepan	sol		3	1	60									
108120001	2	F32	episodio epresion	sertralina	sol		50	1	30									
108120001	2	F32	episodio epresion	clonazepam	sol		2	1	15									

108120001	3	K29.7	Gastritis (simple)	omeprazol	sol	20	1	60	9	la paciente se olvida de tomar su medicamento	1	se pretende educar al paciente, llamandola o dejandole unas hojas sobre la hora que debe de toma sus medicamentos	8	1	1	1	
108120001	3	K29.7	Gastritis (simple)	amoxicilina	sol	500	2	10	9	la paciente se olvida de tomar su medicamento	1	se pretende educar al paciente, llamandola o dejandole unas hojas sobre la hora que debe de toma sus medicamentos	8	1	1	1	
108120001	3	K29.7	Gastritis (simple)	levofloxacino	sol	500	1	10	9	la paciente se olvida de tomar su medicamento	1	se pretende educar al paciente, llamandola o dejandole unas hojas sobre la hora que debe de toma sus medicamentos	8	1	1	1	
108120001	4	K29.7	Gastritis (simple)	hidroxido de aluminio	liq	150	3	15									
108120001	4	K29.7	Gastritis (simple)	ranitidina	sol	300	1	15									
108120001	4		espasmo	hioscina N-butil bromuro	sol	10	3	9	6	a la paciente se le indica hioscina en tabletas y en ampollas	2	no se pudo hacer nada por que la paciente se coloco la inyeccion y tomo las tabletas	5	1	0	0	no se pudo hacer nada por la paciente si llego tomar los dos medicamentos (tabletas e inyeccio)
108120001	4		espasmo	hioscina N-butil bromuro	iny	20	1	1	6	a la paciente se le indica hioscina en tabletas y en ampollas	2	no se pudo hacer nada por que la paciente se coloco la inyeccion y tomo las tabletas	5	1	0	0	no se pudo hacer nada por la paciente si llego tomar

																			los dos medicamentos (tabletas e inyección)
108120001	5	K29.7	Gastritis (simple)		omeprazol	sol	20	1	60										
108120001	5	K29.7	Gastritis (simple)		hidroxido de aluminio	liq	150	3	60										
108120001	5	I84	hemorroides	antihemorroidal	lidocaina+trienbésida	sem	5000+2000	2	7	9	la paciente se olvida de aplicarse la crema	1	se educa a la paciente, llamandola para recordarle aplicar su crema	7	1	1	1	1	
108120001	6	K29.7	Gastritis (simple)		omeprazol	sol	20	1	30	9	el paciente no toma los medicamentos todos los días, se olvida de tomarlos a la hora indicada	1	se dejó una indicación para que no se olvide tomar sus medicamentos	7	1	1	1	1	

ANEXO. 8.5. FOTOS.

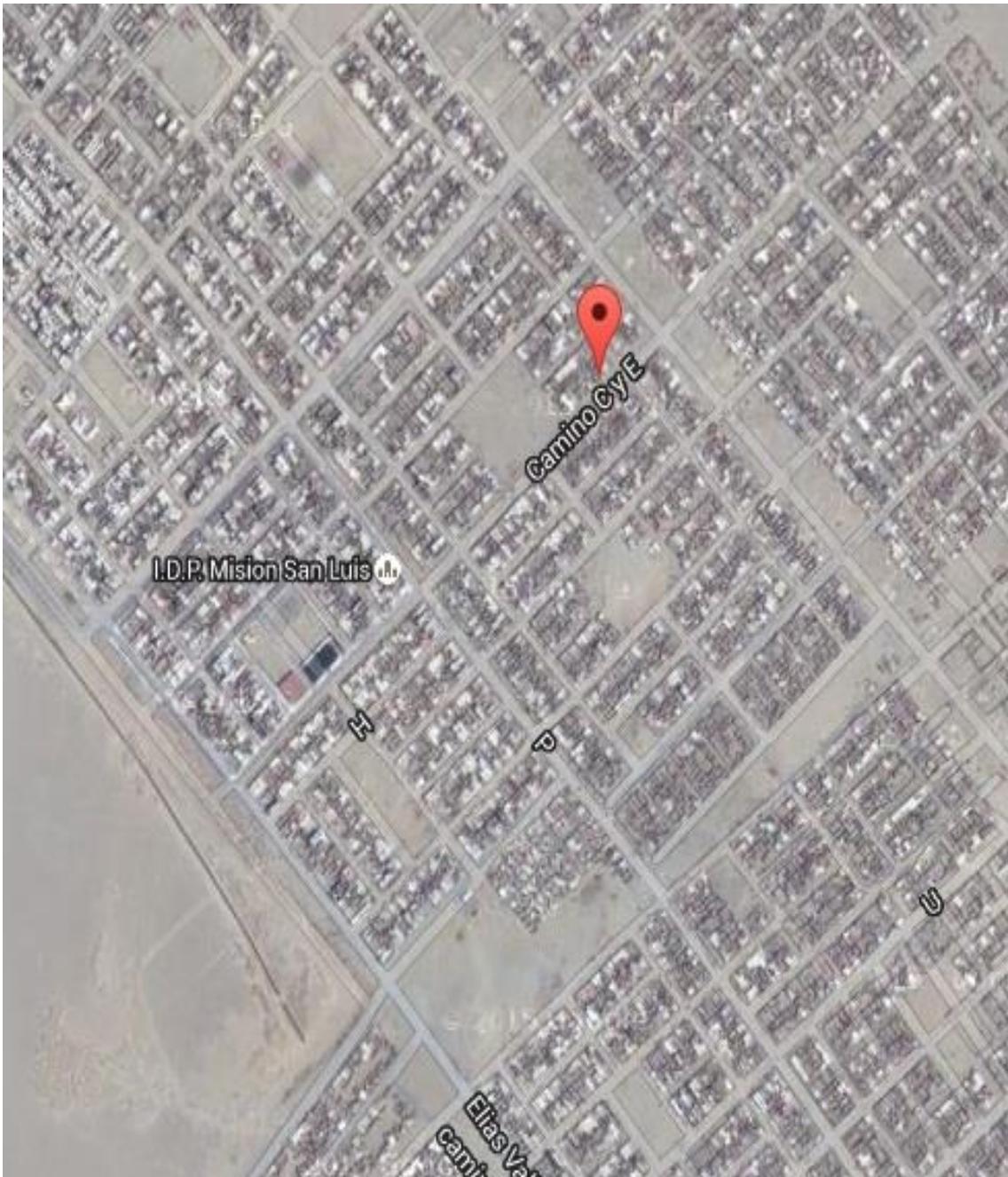
FIGURA N°05. EJEMPLO DE PACIENTE EN LA VISITA A SU DOMICILIO.



FIGURA N°06 REVISIÓN DEL BOTIQUIN DE LA PACIENTE



FIGURA N°07. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO O CENTRO DE SALUD



ANEXO. 8.6. GLOSARIO

- PRM** : Problemas relacionados con el uso de medicamentos
- RNM** : Resultados negativos de la medicación
- SFT** : Seguimiento Farmacoterapéutico
- AF** : Atención farmacéutica
- EM** : Error de medicación
- MFT** : Morbilidad fármaco terapéutica
- OMS** : Organización mundial de la salud
- DIGEMID**: Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas
- DF** : Diagnostico farmacéutico
- FIP** : Federación internacional farmacéutica
- BP** : Buenas practicas
- IF** : Intervención farmacéutica
- TOM**: The therapeutics outcomes monitoring
- MAS**: Medication adherente scale
- FFT**: Ficha fármaco terapéutica
- SPSS**: Statistical Package for the Social Sciences
- EF** : Establecimiento farmacéutico
- DCI**: Denominación común internacional
- CIE10**: Código Internacional de Enfermedades.