

---

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE

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

“EFICACIA DE UN PROGRAMA PILOTO DE  
SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO PARA  
AUMENTAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO  
DE PACIENTES CON INFECCIONES  
RESPIRATORIAS AGUDAS” FARMACIA  
FARMAQUÍMICA DISTRITO SANTA, ANCASH  
ABRIL- JULIO 2014

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE QUÍMICO  
FARMACÉUTICO

AUTOR: Bach. Verónica Yesenia Cayetano Morillo

ASESOR: Mg. Farm. Percy Alberto Ocampo Rujel

CHIMBOTE- PERÚ

2015

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

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

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

Mg. Q.F. Alfredo Claudio Delgado	Presidente
Mg. Q.F. Walter Ramírez Romero	Secretario
Q.F. Edison Vásquez Corales	Miembro

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

“Eficacia de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico para aumentar la adherencia al tratamiento de pacientes con Infección Respiratoria Aguda”. Botica Farmaquimica, distrito Santa. Ancash.Abril-Julio.2014”.

Presentado por: Verónica Yesenia Cayetano Morillo  
Código del estudiante(tesista): 0135070001  
Asesorado por: Mg. Percy Alberto Ocampo Rujel

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

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

---

Mg. QF. Walter Teodoro Ramírez Romero  
**SECRETARIO**

---

Mg. QF. Edison Vásquez Corales  
**MIEMBRO**

---

Mg. Q.F. Alfredo Bernard Claudio Delgado  
**PRESIDENTE**

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar a Dios por darme fuerzas y sabiduría día a día para seguir adelante.

Al Dr. Percy Ocampo Rujel, por su gran enseñanza como docente Asesor y por su gran paciencia, consejos y apoyo moral como persona.

A los docentes que me han acompañado durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación.

Para todos ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga.  
Verónica Cayetano Morillo

## **DEDICATORIA**

En primer lugar a Dios por permitirme llegar hasta donde he llegado, porque hizo realidad este sueño anhelado.

A mis padres; Alberto y Victoria quienes me han apoyado en todo momento de mi vida profesional, por ser un gran ejemplo de lucha, fuerza y valor lo que me ha permitido culminar mis estudios.

A mis hermanos, amigos quienes permanentemente me apoyaron con espíritu alentador e incondicionalmente a lograr mis metas y objetivos propuestos.

## RESUMEN

La investigación tuvo como objetivos determinar el impacto de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico dirigido a pacientes con infecciones respiratorias agudas en términos de la detección y resolución de PRMS, su efecto sobre la adherencia. La muestra de pacientes fue monitoreada a través de un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico de seis fases: captación, levantamiento de información, evaluación de la información, intervención, seguimiento y medición de resultados. En cada fase se recogió información en herramientas e instrumentos específicos: fichas farmacoterapéuticas, test de adherencia al tratamiento y percepción de tratamiento. Se captaron 12 pacientes con diagnóstico de Infecciones Respiratorias Agudas. En el primer contacto en la farmacia se levantó información mediante una ficha de seguimiento farmacoterapéutica. Cada paciente fue evaluado con el fin de diagnosticar y tratar cada PRM encontrado de manera particular. Posteriormente se siguió al paciente mediante visitas y llamadas telefónicas para reforzar el cumplimiento de las indicaciones. Se solucionaron catorce PRMS ( 56%) y los no resueltos dejaron expuesto al paciente a la aparición de resultados negativos de la medicación (RNMS) que en su mayoría pudieron ser: once (44%) . la adherencia comparada antes – después de la intervención indicaría un impacto significativo/no significativo del SFT. así mismo el efecto sobre las infecciones respiratorias agudas fue significativo/no significativo.

**Palabras clave:** Seguimiento Fármaco Terapéutico (SFT), Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM), Resultados Negativos de la Medicación (RNM), infecciones respiratorias agudas.

## ABSTRACT

The research aimed to determine the impact of a pilot program aimed at pharmacotherapeutic monitoring patients with acute respiratory infections in terms of detection and resolution of PRMS, its effect on adherence. 12 patients were recruited with a diagnosis of acute respiratory infections. First contact the pharmacy information rose by a record of pharmacotherapeutic follow. Each patient was assessed in order to diagnose and treat each PRM found in a particular way. The patient was then followed by visits and phone calls to strengthen compliance with the directions calls. PRMS were solved fourteen (56%) and left unresolved the patient exposed to the occurrence of medication negative (RNMS) most of which might be: eleven (44%). adherence compared before - after intervention indicate a significant / non significant impact SFT. Likewise the effect on acute respiratory infections was significant / non significant. It is concluded that the program is effective in the diagnosis of DRPs and prevention of MRI scans. It is significant / non significant in improving adherence and effective / not effective in the control of acute respiratory infections.

**Keywords:** Therapeutic Drug Monitoring (SFT), Drug Related Problems (DRP), Negative Results of Medication (RNM), acute respiratory infections.

## TABLA DE CONTENIDOS

	Pág. N
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
1.1. Caracterización del problema.....	1
1.2 Antecedentes.....	2
1.3 Evolución del Seguimiento farmacoterapéutico en el Perú .....	2
1.4. Resultados de la implementación de la atención farmacéutica y SFT.....	8
1.5. Planteamiento del problema.....	11
1.6. Objetivos de la investigación.....	12
1.6.1 Objetivo General.....	12
1.6.2 Objetivos Específicos.....	12
1.7. Justificación De La Investigación.....	12
<b>II. REVISIÓN DE LA LITERATURA</b> .....	17
2.1. Marco normativo para el desarrollo de la farmacia y el uso de medicamentos del Perú.....	17
2.2.Problemas relacionados con el uso de medicamentos (PRM) y resultados negativos de la medicación (RNM).....	19
2.3. Diagnóstico de problemas relacionados (PRM).....	23
12.4. La atención farmacéutica y el seguimiento farmacoterapéutico: contribución del farmacéutico al mantenimiento de la salud pública.....	32
2.5. Infección Respiratoria Aguda.....	39
2.6. Botica Farmaquímica.....	41
2.7. Definición y operacionalización de las variables.....	41
2.8. Hipótesis.....	44
<b>III.- METODOLOGÍA</b> .....	45
3.1. Diseño de la investigación.....	45
3.1.1. Tipo y nivel de la investigación:.....	45
3.1.2. Diseño de la investigación:.....	45
3.2 Población y muestra.....	45
3.3 Técnicas e instrumentos.....	46
3.3.1. Técnica.....	46
3.3.2. Instrumentos.....	46
3.3.2.1 Fichas Farmacoterapéutica (FFT).....	46
3.3.2.2. Instrumento para medir la adherencia al tratamiento.....	47

3.3.3.Procedimientos de recolección de datos.....	47
3.3.3.1. Procedimiento para Oferta del servicio y captación de los pacientes.....	48
3.3.3.2. Levantamiento de información .....	49
3.3.3.3. Fase de estudio y evaluación de la información para la identificación de problemas relacionados con medicamentos y la estrategia de intervención.....	50
3.3.3.4. Fase de intervención: actividades de seguimiento ..... farmacoterapéutico.....	50
3.3.3.5. Evaluación del impacto de la intervención.....	51
3.4 Plan de análisis de datos.....	51
3.6 .Criterios éticos.....	53
<b>IV.RESULTADOS</b> .....	54
4.1.Resultados.....	54
4.2.Análisis de Resultados.....	59
<b>V.CONCLUSIONES</b> .....	67
5.1. Conclusiones.....	67
5.2. Aspectos Complementarios.....	68
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	69
<b>ANEXOS</b> .....	82
ANEXO 7.1. Solicitud de permiso dirigido al establecimiento Farmacéutico.....	82
ANEXO 7.2. Ejemplo de hoja de consentimiento informado firmada.....	83
ANEXO 7.3.Ficha FFT (hoja 6). Test para medir la adherencia al tratamiento. Test de Moriski.(antes) .....	84
ANEXO 7.3. Ejemplo de Ficha Farmacoterapéutica.....	85
ANEXO 7.3.Ficha FFT (hoja 6). Test para medir la adherencia al tratamiento. Test de Morinski. (despues de IFT) )	95
ANEXO 7.4. Tabla de estado de Situación.....	96
ANEXO 7.5. Frecuencia de uso de los tipos de medicamentos utilizados.....	101
ANEXO 7.6. Fotos.....	102

V.	Índice de Cuadros, Figuras, Tablas y gráficos.	
V.1.	Índice de cuadros.	
Cuadro N°01.	Base legal vigente para el manejo de medicamentos en el Perú.....	17
Cuadro N°02.	Base legal para el desarrollo de las actividades profesionales de los Químicos Farmacéuticos del Perú.....	18
Cuadro N°03.	Listado de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM).....	20
CuadroN°04.	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).....	21
Cuadro N°05.	Actividades de Atención Farmacéutica en el ejercicio profesional del farmacéutico comunitario.....	32
Cuadro N°06.	Clasificación de intervenciones farmacéuticas destinadas a prevenir o resolver resultados clínicos negativos de la farmacoterapia.....	38
Cuadro N°07	Listado de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM).....	43
Cuadro N°08.	Escala de Adherencia a la medicación (MAS) de Morisky – Green – Levine.....	47
Cuadro N°09.	Tipos de canales para comunicar las recomendaciones del farmacéutico para la solución de PRMs.....	50
V.2.	Índice de Figuras	
N°01	.Flujograma de la Etapa de estudio y evaluación. Tomado de comité de consenso.....	26
N°02.	Pasos clave del Método DADER modificado de Seguimiento Farmacoterapeutico.....	33
N°03.	Esquema del Modelo de Intervención Farmacéutica.....	41
N°04.	Flujograma de Actividades de Seguimiento Farmacoterapeutico.....	54
N°05.	ANEXO 7.6.1.Frontis Farmacia Farmaquímica.....	101
N°06.	ANEXO 7.6.2.Mapa de ubicación de la farmacia farmaquímica.....	101
N°07.	ANEXO 7.6.3paciente firmando la hoja de consentimiento.....	102
N°08.	ANEXO 7.6.4.Llenado de las Fichas de Seguimiento Farmacoterapeutico a pacientes con IRAS .....	102
N°09.	ANEXO 7.6.5.Revisión de medicamentos.....	102
N°10.	ANEXO 7.6.6.Educación al paciente sobre hábitos de vida saludable.....	103



V.3.	Índice de Tablas	
Tabla N°01.	Distribución de frecuencias y porcentajes de los pacientes de la muestra por sexo y edad promedio. Programa de SFT dirigido a pacientes diabéticos. Botica CML I, Nuevo Chimbote. Septiembre a Diciembre 2013.....	54
Tabla N°02.	Comparativo de la edad, cantidad de diagnósticos, cantidad de medicamentos, PRMS identificados y PRMS solucionados por paciente intervenido. Programa de SFT a pacientes diabéticos. Botica CML I, Nuevo Chimbote. Septiembre a Diciembre 2013.....	54
Tabla N°03.	Distribución de la cantidad de contactos entre el farmacéutico y los pacientes por el lugar, forma de contacto y los tiempos invertidos. Programa de SFT a pacientes diabéticos. Botica CML I, Nuevo Chimbote. Septiembre a Diciembre 2013.....	55
Tabla N°04.	Distribución de la frecuencia y porcentajes de los Problemas de Salud identificados en los pacientes intervenidos. Programa de SFT a pacientes diabéticos. Botica CML I, Nuevo Chimbote. Septiembre a Diciembre 2013...	56
Tabla N°05.	Efecto del SFT sobre la Adherencia al Tratamiento. Programa de SFT a pacientes con Infección Respiratoria Aguda. Desde la farmacia “FarmaQuímica”.Santa. abril – julio 2014.....	57
Tabla N°06.	Impacto del Seguimiento Farmacoterapéutico sobre las actitudes que reflejan cada una de las preguntas del Test de Morinsky. Programa de SFT a pacientes con Infección Respiratoria aguda. Desde la farmacia “FarmaQuímica”.Santa abril – julio 2014.....	58
V.4.	Índice de Gráficos	
Gráfico N°01.	Porcentaje de los medicamentos usados para los problemas de salud identificados. Programa de SFT SFT a pacientes con IRAS . Botica FarmaQuímica.-Santa –AbrilMayo 2014.....	57
Gráfico N°02.	Evaluación de los puntajes obtenidos, según las respuestas del Test de Morisky antes y después de la intervención farmacoterapéutica.....	58

## INTRODUCCIÓN

### I.1 Caracterización del problema.

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

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

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

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

En este marco, la incidencia global de las infecciones respiratorias agudas (IRA), en los países en desarrollo como Asia, África y América Latina, se presenta entre 30 y 60% en niños, y cerca del 10% de éstos son severos y requieren hospitalización. Respecto a la morbimortalidad se estima que las IRA son responsable de 4 millones de muertes anualmente en niños menores de 5 años <sup>10</sup>.

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

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

## 1.2 Antecedentes.

Atención farmacéutica y seguimiento Farmacoterapéutico.

El término "Pharmaceutical Care", traducido inicialmente en España como Atención Farmacéutica, fue utilizado por primera vez por Brodi en 1966<sup>11</sup>. Sin embargo no fue hasta la década del 70 que empezó la problematización del nuevo rol sanitario de la profesión farmacéutica, que implicaba un mayor compromiso de los profesionales para asegurar que los pacientes consuman medicamentos de manera apropiada.

En 1975 la Asociación Americana de Colegios de Farmacia (AACP)<sup>12</sup>, encargó a una comisión de expertos elaborar un informe denominado "Pharmacists for the future"; el llamado "Informe Millis" señalaba la urgente necesidad de implicar a los farmacéuticos en el control del uso adecuado de los medicamentos.

Sus conclusiones serían una llamada de alerta que remecería los cimientos de la profesión farmacéutica, y obligaba a modificar los modelos de formación profesional usados en ese momento centrados más en el medicamento como un bien comercial, más que en un bien social relacionado directamente con la salud pública.

Posteriormente Mikeal y Col.<sup>12, 13</sup> en 1975 aportaron las primeras definiciones del término Pharmaceutical Care (PhC): "La atención (the care) que un paciente determinado requiere y recibe, y que garantiza el uso racional y seguro de los medicamentos". En esta primera definición, creada en unos años en los que todavía la función del farmacéutico se centraba básicamente en distribuir los medicamentos a la población, el paciente se incorpora como objeto de la actuación del farmacéutico, así como un elemento que necesita y recibe una "atención" que garantice un uso racional de los medicamentos, como analogía de la atención médica (medical care). Tomando como referencia a Mikeal, Brodi<sup>14</sup> en 1980 en una conferencia sobre Teoría de la Práctica Farmacéutica propuso que: "El farmacéutico debe ser responsable del resultado de la terapia con medicamentos".

Brodi<sup>8, 14</sup> desarrolló el concepto en su sentido actual e incluyó no solo la determinación de las necesidades de medicamentos y la provisión sino también los servicios que son necesarios antes, durante o después del tratamiento, para asegurar una terapia adecuada segura y eficaz.

En 1985, Hepler analiza las primeras conceptualizaciones y concluye que es insuficiente que la labor del Farmacéutico quede solo en informar y aconsejar. Sostuvo que debe asumir el "cuidado" de los pacientes que usan medicamentos, dándole una nueva dimensión al término Pharmaceutical Care. Así en 1988 describió a la Atención farmacéutica como "Una relación adecuada entre un paciente y un farmacéutico en la que este último realiza las funciones de control del uso de medicamentos basándose en el conocimiento y el compromiso respecto al interés del paciente".<sup>3, 8, 13</sup>

En 1989 se produce una fusión entre el punto de vista filosófico de Hepler sobre el mal uso de medicamentos y las ideas prácticas para su resolución que aportó Linda Strand. En el ya clásico informe: "Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care" <sup>3, 8, 13</sup> ellos concordaron finalmente que la AF es "La provisión responsable de terapia farmacológica para obtener resultados exitosos que mejoren la calidad de vida del paciente".

El valor de la AF como herramienta para el fortalecimiento de los sistemas sanitarios se reconoció por primera vez en Estados Unidos en 1990 donde se empezó su incorporación como procedimiento normalizado en la atención a los pacientes.

A través del Omnibus Budget Reconciliation Act de 1990 (OBRA 90) <sup>15, 16</sup> se incluyeron aspectos del Pharmaceutical Care y se estableció la obligación de efectuar revisión del uso de los medicamentos en los pacientes beneficiarios de Medicaid (el sistema asistencial federal para pacientes de bajos ingresos), así como la necesidad que los farmacéuticos ofrezcan consejo sobre el uso de medicamentos a los pacientes.

Desde entonces, este modelo ha influido de manera determinante en la práctica farmacéutica de los profesionales en todo el mundo, dándole un impulso de cambio desde —servicios de distribución" hacia —servicios cognitivos", apelando a la responsabilidad profesional de los farmacéuticos. <sup>17</sup>

Un hito importante en este proceso de definiciones fue establecer que el mal uso de los medicamentos podría ser la causa de problemas de Salud. Luego de 30 años en 1990 Strand y col. <sup>(18)</sup> publicaron el primer artículo en el que se trató conceptualmente el término "Drug related problems", que fue traducido al español como problemas relacionados con medicamentos (PRMs).

Una vez establecidas las bases ideológicas comenzó el desarrollo metodológico de los principios de la AF mediante la puesta en marcha de programas de investigación e implantación. Pronto se perfilaron dos tendencias correspondientes a los modelos propuestos por Strand, de Atención Farmacéutica Global (Comprehensive pharmaceutical care, CPHC) y por Hepler, Atención Farmacéutica a Grupos de Riesgo (crónicos, ancianos, poli medicados, etc.) (Therapeutics outcomes monitoring o TOM). <sup>8, 19</sup>

En la AF global el farmacéutico realiza el seguimiento de toda la farmacoterapia utilizada por los pacientes que aceptan la incorporación al programa, mientras que en el modelo TOM el farmacéutico ofrece el servicio a los pacientes incluidos en los grupos de riesgo en los que haya decidido intervenir (diabéticos, hipertensos, asmáticos, anticoagulados, etc.) y se centra en el control de la farmacoterapia que utilizan, habitualmente por períodos largos o permanente, por lo que también suelen necesitar acciones de educación sanitaria para mejorar la implicación del paciente en su autocuidado<sup>8</sup>.

En 1992, en la Universidad de Minnesota, se desarrolló un modelo práctico basado en la filosofía de la AF global denominado Proyecto Minnesota, en el que participaron más de 50 farmacéuticos y cuyo objetivo fue demostrar que el papel del farmacéutico asistencial es útil para luchar contra el mal uso de los medicamento El proyecto fue realizado en 20 farmacias comunitarias con 12,376 actos de Pharmaceutical Care. Se identificaron 2.434 problemas relacionados con medicamentos (PRMs). El 43% de los pacientes presentó un PRMs y el 70% de ellos mejoraron con el Seguimiento Farmacoterapéutico.<sup>13</sup>

Es en el año 1993 cuando se puede considerar la expansión de Pharmaceutical Care fuera de los Estados Unidos. En ese año la Organización Mundial de la Salud publica su Informe Tokio sobre "El papel del farmacéutico en el sistema de Atención de salud", donde se examinan las responsabilidades del farmacéutico en relación con las necesidades asistenciales del paciente y de la comunidad, englobándolas en el concepto de Atención Farmacéutica.<sup>20</sup>

En 1996 Hepler y col.<sup>21</sup> desarrollaron una investigación basado en el modelo TOM para evaluar un modelo de atención farmacéutica en farmacias comunitarias. Los resultados, no obstante el valor técnico de su aplicación, demostraron en ese momento pocas perspectivas de implementación comercial debido a la dificultad de entender el proceso por parte de los farmacéuticos y la dificultad para enrolar a los pacientes.

Hepler<sup>21</sup> describe a la AF como "un resultado orientado, cooperativo, sistemático para brindar farmacoterapia dirigida al mejoramiento de todas las dimensiones de la salud relacionadas con la calidad de vida". Posteriormente se intentó implementar el modelo TOM en otros ámbitos principalmente, en Europa.<sup>22</sup>

En 1997 Strand junto con Cipolle y Morley proponen una perspectiva más humanística de la AF cuando afirman que "es una práctica mediante la cual los farmacéuticos asumen la responsabilidad de la farmacoterapia que un paciente necesita y se comprometen a cumplirla".<sup>18</sup> Strand señala además que la AF no es únicamente la teoría de una práctica, sino que tiene una amplia filosofía.

La introducción del marco conceptual en realidades de habla hispana tuvo en sus inicios una dificultad semántica. La traducción del término "Pharmaceutical Care" como "Atención Farmacéutica" pareció en ese entonces la más válida al enlazar la denominación de la actividad (atención o actuación) con la del profesional encargado de proporcionársela a la sociedad. Pero no todos los que lo utilizaban aquel término querían decir lo mismo. Ciertos sectores tanto en España como fuera de ella, asimilaron el término Atención Farmacéutica como —servicio o asistencia farmacéutica", incluyendo dentro de este concepto todas las actividades y servicios ofrecidos en la oficina de farmacia, desnaturalizando y mezclando los propósitos comerciales con aquellos puramente salubristas.<sup>8</sup>

Finalmente, tras las reflexiones de Gastelurrutia y Soto en 1999 se acordó adoptar como traducción de —Pharmaceutical Care" la expresión —Seguimiento Farmacoterapéutico— o —Seguimiento del Tratamiento Farmacológico", y reservar el término —Atención Farmacéutica" para un concepto más amplio en el que aquel está incluido.<sup>23</sup>

No obstante quedar aparentemente claro que la solución de los problemas de los pacientes relacionados con el uso de medicamentos eran el objetivo concreto del trabajo profesional del Farmacéutico Sanitario, aún existía la necesidad de establecer una correlación entre la semántica del término Drug Related Problem acuñado por Strand y col. en 1990 y alguna definición en castellano que defina este objetivo de las acciones de la atención Farmacéutica.

Con este objetivo, en 1998 se celebró en España el Primer Consenso de Granada, convocado por el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la universidad de Granada. Este consenso analizó la definición de PRMs (Problemas relacionados con el medicamento) y se estableció su primera clasificación. Luego, muchos autores han replicado tal definición en diversos trabajos de investigación en la misma España y en Latinoamérica.<sup>23</sup>

En el documento final del Primer Consenso aparecido en el 2001 recoge la idea central de que la Atención Farmacéutica en España equivale al conjunto de las funciones asistenciales del farmacéutico, describiendo detalladamente (concepto, objetivos, requisitos, diseño y evaluación) los más importantes: dispensación, indicación farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico. Sin olvidar que el término incluye otros servicios tales como: farmacovigilancia, educación sanitaria, formulación magistral y formación en uso racional de medicamentos.<sup>24</sup>

En el 1999 una vez establecidas las bases conceptuales el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (GIAF-UGR) propone el método DÁDER de Seguimiento Farmacoterapéutico con el objetivo de implantar empíricamente esta práctica profesional.<sup>25</sup>

En el 2005 el método realiza su tercera revisión con el objetivo de universalización y simplificación. Universalización para que se convierta en un estándar de práctica que pueda ser utilizado por cualquier farmacéutico trabajando con cualquier paciente, sea cual fuese su tratamiento para su enfermedad. Y simplificación, en el convencimiento de que para que un procedimiento se pueda extender y convertirse en una práctica generalizada, habrá de ser lo más simple posible, sin que por ello pierda el rigor de un procedimiento operativo normalizado.<sup>26</sup>

En el tercer Consenso de Granada en 2007,<sup>27</sup> sobre problemas relacionados con medicamentos (PRM) y resultados negativos de la medicación (RNM), se aceptaron las definiciones propuestas por el foro de Atención farmacéutica, un grupo de debate constructivo formado por representantes de distintas instituciones de todos los ámbitos de interés relacionados con AF en España.<sup>27</sup>



En este documento se asume la entidad de los PRMs como elementos de proceso y como causas de RNMs. La definición original de PRMs pasa a ser ahora la definición de RNMs. Se propuso un listado de PRM (Cuadro N°03) y una clasificación de RNM (Cuadro N°04). Finalmente se adapta la definición de Seguimiento Farmacoterapéutico del Consenso sobre Atención farmacéutica del Ministerio de Sanidad y Consumo de España, publicado en 2001.<sup>24, 27</sup>

### 1.3. Evolución del Seguimiento Farmacoterapéutico en el Perú.

En el Perú los antecedentes acerca de la implementación de programas de Atención Farmacéutica (AF) datan del 2003 de una reunión promovida por la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas para identificar los ámbitos de aplicación del término Atención Farmacéutica. En la reunión participaron Farmacéuticos de establecimientos de salud, profesionales representantes de universidades y de instituciones farmacéuticas pero no se llegó a ningún consenso.

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

De los criterios de política se desprende La Ley 29459, —Ley de Medicamentos del 2009 y sus reglamentos que entraron en vigencia en 2011. De esta norma a su vez se desprende toda la regulación en materia de medicamentos que existe actualmente en el Perú. En ella se zanja el problema semántico y se definen los alcances de la Atención farmacéutica y el Seguimiento Farmacoterapéutico como actividades esenciales de las Buenas prácticas de farmacia.<sup>29-31</sup>

Según La Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud del Perú (DIGEMID) <sup>32</sup>, 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.<sup>33</sup>

#### 1.4. Resultados de la implementación de la atención farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico.

En cuanto a resultados, las diversas intervenciones de Seguimiento Farmacoterapéutico realizadas han evidenciado resultados positivos. Las intervenciones orientadas a mejorar la calidad de uso de los medicamentos y control de diversas entidades patológicas muestran resultados en ámbitos clínicos, humanísticos y económicos, ganancia en capacidades y empoderamiento de los profesionales farmacéuticos.<sup>34, 35</sup>

Se han reportado éxitos en la regularización de niveles de glucosa en sangre<sup>35, 36,37</sup> y el mejoramiento de la adherencia o cumplimiento de las indicaciones médicas (ambos en el ámbito clínico).<sup>38,39,40</sup> Además se han reportado éxitos en los niveles de percepción de calidad de vida<sup>41,42,43</sup> y el mejoramiento de la calificación por parte de la población del trabajo que realiza el farmacéutico a nivel comunitario (ámbito humanístico).<sup>44,45, 46</sup>

Se han observado además, como efecto de las intervenciones farmacéuticas, mejoras significativas en el conocimiento por parte del paciente sobre los factores de riesgo de las enfermedades, sobre las características de los medicamentos y en la satisfacción del paciente con el servicio farmacéutico.

También, se encontraron mejorías significativas en la función física y un raro empeoramiento de las funciones sociales, emocionales y de salud mental relacionado probablemente a una mayor conciencia de parte del paciente hacia la enfermedad.<sup>35</sup>

En cuanto a los tipos de intervenciones realizadas, Sabater y col.<sup>47</sup>, 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.<sup>48</sup> 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<sup>49,50,51,52</sup>

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.<sup>53, 54, 55, 56, 57, 58</sup>

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

En un trabajo antiguo y pionero sobre la implantación del SFT en una farmacia comunitaria de un cono de Lima, Gamarra y col.<sup>59</sup> muestran resultados poco precisos sobre la naturaleza de la intervención y la conclusión solo refiere una influencia positiva del programa en la percepción de los pacientes sobre la imagen profesional del farmacéutico.

Ayala y col.<sup>60</sup> en 2010, en una investigación utilizando el modelo DÁDER reportan impacto positivo del SFT sobre la autopercepción de la calidad de vida asociada con la salud de pacientes hipertensos que se atienden en un hospital de Lima. Sin embargo se utiliza la definición del segundo consenso de granada para describir los resultados de PRMs que ahora son considerados RNMs.

Ocampo<sup>61</sup> en 2010, en una investigación para medir el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes con infecciones respiratorias agudas, demuestra que el resultado es significativo (0.031) cuando se comparan los test antes – después de una intervención farmacoterapéutica. Se refiere que El programa aumentó sobre todo la actitud de los pacientes en tomar los medicamentos cotidianamente ( $p = 0,003$ ).

#### 1.5. Planteamiento del problema.

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

Específicamente la presente investigación estuvo orientada a describir ¿Cuál es la eficacia de un programa piloto de seguimiento Farmacoterapéutico para aumentar la adherencia al tratamiento de pacientes con Infecciones Respiratorias Agudas que se atienden en la Botica “Farmaquímica” Distrito de Santa, durante los meses de Abril a Julio 2014?

## 1.6. Objetivos de la investigación

### 1.6.1 Objetivo General

Determinar la eficacia de un programa piloto de seguimiento Farmacoterapéutico para aumentar la adherencia al tratamiento de pacientes con infección respiratoria aguda que se atienden en la “Botica Farmaquímica” Distrito de de Santa., Abril a Julio 2014.

### 1.6.2. Objetivos Específicos

1.6.2.1. Determinar el estado de situación de uso de medicamentos de una muestra de pacientes con infecciones respiratorias Agudas que se atienden en la “Farmacia Farmaquímica” del Distrito de Santa a través del desarrollo de un programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT).

1.6.2.2. Implementar estrategias de intervencion farmaceuticas para solucionar los Problemas relcionados con medicamentos(PRs)diagnosticados.

1.6.2.3. Medir el nivel de adherencia al tratamiento antes y después de la intervención piloto.

.

## 1.7. Justificación de la Investigación

Justificación teórica.

Los problemas que hoy se presentan en la asistencia sanitaria farmacéutica están relacionados fundamentalmente por la brecha que existe entre la evidencia demostrada en la investigación y lo que se aplica realmente en la práctica profesional farmacéutica. La idoneidad o conveniencia de la atención farmacéutica (A.F.) presupone que existe una fuerte evidencia de la relación entre lo que se dice en investigaciones y presupuestos teóricos y los resultados consecuencia de la praxis. Establecer pruebas de esta relación exige estudios cuidadosos en el campo de la AF que sean replicables y permitan obtener un cuerpo de conocimientos suficientemente extrapolable a toda la población. <sup>62, 63,64.</sup>

Investigaciones sobre el impacto de las intervenciones farmacéuticas son esenciales para definir, clasificar y analizar los problemas asociados con el uso de los medicamentos.

Es necesario determinar cuáles son los factores influyentes sobre las conductas de los pacientes hacia ellos. Aunque existen referencias foráneas acerca de cuáles son las causas,<sup>27</sup> es necesario determinar nuestras particulares necesidades básicamente porque nuestro desarrollo económico, nuestras diferencias sociales y demográficas, el acceso a medicamentos y el desarrollo del sector salud difieren de la situación social en la que se realizan las investigaciones foráneas.

Finalmente, es necesario empezar a cerrar la brecha que existe entre la teoría y la práctica. Encarar y proponer metodologías propias que tomen en cuenta nuestras particulares diferencias y que nos permitan de una vez por todas pasar desde los discursos eruditos, normas insostenibles y reuniones estériles hasta el campo del desarrollo y la práctica concreta del servicio de atención farmacéutica disociada de la dispensación.

#### Justificación Social

Existe actualmente un nefasto problema en la asistencia sanitaria que requiere urgentemente atención experta, el de la prevención de la morbi-mortalidad relacionada con los medicamentos.<sup>3</sup> Ramalho<sup>65</sup> afirma que en esta problemática el rol del farmacéutico no ha satisfecho las necesidades de una sociedad consumidora de medicamentos, lo que ha conducido en los últimos años a la incidencia de errores de medicación, que han llevado tanto a muertes de pacientes y a hospitalizaciones.

En nuestro país, la necesidad de una actividad más comprometida del farmacéutico y de la implementación de programas de Atención farmacéutica (AF) se desprenden del documento de Políticas de Medicamentos del 2004 el cual insta a “promover el desarrollo de la atención farmacéutica y el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Farmacia entre los profesionales farmacéuticos, tanto del sector público como privado”.<sup>28</sup>

A través de la introducción de la AF será posible, por ejemplo, identificar causas de errores en la prescripción y dispensación de medicamentos; dificultades derivadas del uso por parte de los pacientes tales como reacciones no previstas, reacciones adversas, interacciones o la prevalencia de incumplimiento terapéutico o no adherencia al tratamiento.<sup>66,67</sup>

A partir del análisis de los resultados se podrá diseñar estrategias para revertir estos problemas. Así mismo se podrá establecer un perfil de los pacientes sobre sus características de uso de medicamentos que aporten bases racionales para la prescripción y dispensación.<sup>68,69</sup>

El desarrollo de programas de atención farmacéutica personalizados de nivel comunitario permitirá además identificar los factores que originan la falta de adherencia al tratamiento y se podrán implementar intervenciones farmacéuticas con objetivos educativos precisos para disminuir los factores de riesgo. Si se logran pacientes conscientes de la importancia de ceñirse a las indicaciones médicas en cuanto a la toma de medicamentos las metas alcanzadas en la asistencia sanitaria reflejarán mejoras en la calidad de vida del paciente, evitando recaídas y aún complicaciones más graves.

Como lo menciona Aguas y col.<sup>70</sup> si el paciente a través de la contribución activa del farmacéutico mantiene los indicadores de su enfermedad en niveles controlados evitará cambios forzados en su terapia hacia medicamentos más complejos, peligrosos y más caros.

Pires<sup>71</sup> justifica entonces proponer investigaciones para establecer una base más amplia de evidencia libres de todo prejuicio que permitan demostrar que la actuación del profesional farmacéutico consigue verdaderamente estos objetivos.

Justificación profesional.

Las nuevas responsabilidades profesionales del Farmacéutico exigen una actividad proactiva, previsor y educativa que pueda ser percibida como un beneficio por parte de la comunidad. Es decir la generación de un rol social que justifique la presencia del farmacéutico desde los primeros niveles de atención y sustente su participación en todas las actividades de salud asociadas con el uso de medicamentos.<sup>72</sup>

Según Fauss<sup>1</sup> la función sanitaria del control de la farmacoterapia debe ejercerla el profesional Farmacéutico. Por su formación específica sobre medicamentos, ya que son los expertos que la Universidad forma y está demostrado que es el profesional sanitario que la población tiene más cerca y de más fácil acceso.

Los médicos asumen que los pacientes cumplen estrictamente su prescripción y esta transcurre sin riesgos. Los farmacéuticos sin embargo aún no asumen su rol de asegurar la calidad del uso final de los medicamentos<sup>73</sup>. Para los farmacéuticos la inclusión en sus labores cotidianas del seguimiento y evaluación del uso de medicamentos por los pacientes es una actividad nueva que sin embargo podría retribuirle el reconocimiento de la población y su confianza como consultor de medicamentos. A través de intervenciones comunitarias el farmacéutico generará las expectativas y la optimización de la percepción que tiene por parte de la población.

El mal uso de medicamentos produce sufrimiento humano y pérdidas económicas. El trabajo profesional del farmacéutico puede ser una solución, aunque su aporte debe ser probado exhaustivamente para desarrollar metodologías y herramientas de abordaje para revertir el riesgo o disminuir los efectos nocivos.

Esta nueva praxis sanitaria se denomina Atención Farmacéutica.<sup>1-3</sup> A través de su implementación el Farmacéutico contribuirá al uso apropiado de los medicamentos y al logro de metas en el sector salud. Mediante este desenvolvimiento se aprovecharán las habilidades sanitarias del profesional Farmacéutico y significará una revalorización de su papel social.

Es evidente entonces que para el desarrollo de las nuevas actividades los farmacéuticos necesitamos desarrollar estrategias que tomen en cuenta las diferencias particulares de nuestras poblaciones. La presente investigación contribuirá con el proceso. Empezar el desarrollo y la adaptación de procedimientos y herramientas de intervención farmacéuticos, tomados de otras realidades, a nuestro propio entorno. Considerando los factores sociales, demográficos, el estado de los servicios sanitarios y las características del personal médico de nuestro propio sistema de salud.

Justificación sanitaria.

Según Soto<sup>74</sup> si bien es cierto que debido al impacto en la Salud Pública se han establecido múltiples programas de control de enfermedades es notorio un progresivo abandono de dichos programas.



Por lo cual es necesario proponer alternativas que permitan el abordaje del problema mediante la participación de recursos humanos adecuadamente preparados y estratégicamente ubicados dentro de la red del servicio sanitario.

A pesar de que la farmacia comunitaria pública o privada es un lugar en el que frecuentemente la población busca apoyo para sus problemas de salud, pocos farmacéuticos vigilan desde allí a sus pacientes en la búsqueda de problemas asociados con el consumo de medicamentos u otros factores de riesgo asociados. Tal como lo demandan el marco normativo vigente que regula la actividad de los profesionales de la salud.<sup>75-81</sup>

Esta es una oportunidad para el sistema sanitario que podría aprovechar la posición de las Oficinas de Farmacia en la cadena de prestación del servicio. Se ha evidenciado que los pacientes visitan la Farmacia y consultan con los Farmacéuticos antes que cualquier otra fuente formal o informal prestadora de salud.<sup>82</sup> Si los farmacéuticos asumen su rol sanitario podrían entregar indicaciones precisas a los pacientes sobre dónde acudir para recibir una prescripción autorizada de medicamentos y posteriormente vigilarla hasta el logro del objetivo terapéutico racional. De esta forma el impacto sanitario sería directo sobre los niveles de cobertura, disminuyendo la demanda de fuentes poco confiables.

Las evidencias de los resultados positivos que puede aportar el trabajo del farmacéutico para evitar problemas con medicamentos o contribuir al éxito de las terapéuticas es abrumador, aunque existe una brecha evidente y aún difícil de solucionar relacionada con la implementación de servicios farmacéuticos disociados de la dispensación.

Lamentablemente los modelos aplicados en investigaciones científicas que sirven para probar una determinada actividad profesional farmacéutica no encajan dentro de los modelos de prácticas sanitarias actualmente vigentes. Los esfuerzos que conduzcan a tal objetivo tendrán un impacto decisivo en los modelos actuales de salud pública.

## II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Marco normativo para el desarrollo de la farmacia y el uso de medicamentos en el Perú.

La evolución del marco normativo vigente se muestra en el cuadro N°01. Los criterios generados a partir del marco de Política de medicamentos del 2004 <sup>(28)</sup> desembocaron en la Ley N ° 29459 de 2009 <sup>(29)</sup> .Ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios. En ella se establece un marco regulatorio más estricto sobre todo en cuanto a la calidad de los medicamentos y la utilización por parte de los usuarios finales. Se introducen términos armonizados internacionalmente dejando sin efecto aspectos cuestionados sobre esta materia en la Ley de Salud N.º 26842 de 1997 <sup>(75)</sup>.

El Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos promulgado por DS 016- 2011-SA <sup>(28)</sup> define los ámbitos en los cuales debe desarrollarse la atención farmacéutica y el seguimiento fármaco terapéutico (SFT) en el Perú. Por Atención Farmacéutica se define: —Actos del profesional Químico Farmacéutico para la mejora y el mantenimiento de la calidad de vida del paciente los cuales se realizan mediante prácticas correctas de dispensación y seguimiento fármaco terapéutico (SFT). Ambos aspectos son de cumplimiento obligatorio para la certificación de los Establecimientos Farmacéuticos en el Perú.

CUADRO N°01- Base Legal vigente para el manejo de medicamentos en el Perú.

Nombre de la Norma <sup>(66)</sup>	Rango	N°	año
Política de Medicamento del Perú	RM	1240-2004/MINSA	2004
Ley de Medicamento del Perú <sup>(29)</sup>	Ley	15266	2009
Reglamento sobre Establecimientos Farmacéuticos <sup>(30)</sup>	DS	014-2011-SA	2011
Reglamento para el Registro, Control y vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos , Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios <sup>(31)</sup> .	DS	016-2011-SA	2011
Modificatoria del DS 014-2011, Sobre Establecimientos Farmacéuticos.	DS	001-2012-SA	2012
Modificatoria del DS 016-2011, Sobre Registro, Control y vigilancia Sanitaria de Medicamentos , Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios	DS	002-2012-SA	2012

Fuente: Propio del estudio de “Eficacia de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico para aumentar la adherencia al tratamiento de pacientes con infecciones respiratorias agudas”.

El mismo documento define al Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), como: El acto profesional en el cual el profesional químico farmacéutico orienta y supervisa al paciente en relación al cumplimiento de su farmacoterapia, mediante intervenciones farmacéuticas dirigidas a prevenir, identificar y resolver problemas relacionados con los medicamentos. Además el Reglamento faculta al profesional Farmacéutico a desarrollar y evaluar el Seguimiento Fármaco Terapéutico a nivel comunitario y hospitalario e informar los resultados de sus intervenciones a la Autoridad de Salud pertinente <sup>(81)</sup>.

Por el lado gremial, la Ley de Trabajo del Químico Farmacéutico Ley 28173 y su reglamento emitido el 2006 <sup>(81)</sup>, le otorga al profesional la responsabilidad de la dispensación, de la información y de la orientación al usuario sobre la administración, uso y dosis del producto farmacéutico, su interacción con otros medicamentos, sus reacciones adversas y sus condiciones de conservación. Asimismo, le otorga facultades para ofrecer al usuario alternativas de medicamentos química y farmacológicamente equivalentes al prescrito en la receta, en igual forma farmacéutica y dosis. El marco legal para el desarrollo profesional del farmacéutico se muestra en el siguiente cuadro.

CUADRO N°02. Base legal para el desarrollo de las actividades profesionales de los químicos farmacéuticos en el Perú.

Nombre de la norma	Rango	N°	Año
Ley del Colegio Químico Farmacéutico <sup>(80)</sup>	Ley	15266	1965
Ley modificatoria de la 15266 <sup>(78)</sup>	Ley	26943	1998
Reglamento de la ley 15266 <sup>(79)</sup>	DS	006-99-SA	1999
Modificatoria del reglamento de la Ley 15266 <sup>(78)</sup>	DS	022-2008-SA	2008
Ley de Trabajo del Químico Farmacéutico <sup>(81)</sup>	Ley	28173	2004
Reglamento de la Ley 28173 <sup>(81)</sup>	DS	008-2006-SA	2006

Fuente: Propio de estudio de "Eficacia de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico para aumentar la adherencia al tratamiento de pacientes con infecciones respiratorias agudas".

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

La consideración del medicamento como bien económico no siempre va en el mismo sentido que su percepción como bien social lo que ocasiona que los intereses económicos se antepongan a los sanitarios. Esto origina que frecuentemente se perjudique o ponga en riesgo la salud de las personas, en particular de las más vulnerables, creándose una permanente tensión entre atender las necesidades terapéuticas reales y la ampliación del mercado farmacéutico.<sup>83</sup>

El verdadero valor social del medicamento radica, sin embargo, en sus efectos más intangibles, imponderables y sensibles a las emociones humanas: la disminución del sufrimiento y su contribución a la vida y a la felicidad de las personas. La aportación del medicamento y su industria a la ciencia médica y su aplicación en los sistemas asistenciales salva vidas, alivia el dolor y el sufrimiento físico y psíquico de los pacientes y de sus familias, haciendo posible el desarrollo humano y la integración social de las personas.<sup>83</sup>

Sin embargo con el uso de medicamentos no siempre se consiguen resultados positivos. En ocasiones la farmacoterapia falla provocando daños adicionales directos o indirectos cuando no se consiguen los objetivos terapéuticos buscados. Estos fallos de la farmacoterapia tienen un coste en la salud de los pacientes y un coste en recursos sanitarios y sociales, lo que los convierten en un auténtico problema de salud pública.<sup>23,27</sup>

Strand y Hepler<sup>3, 18</sup>, definen los Drug Related Problems o Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM), como aquella experiencia indeseable del paciente que involucra a la terapia farmacológica y que interfiere real o potencialmente con los resultados deseados por la terapéutica.

Para que un suceso sea calificado de PRM deben de existir al menos dos condiciones: 1) el paciente debe estar experimentando o debe ser posible que experimente una enfermedad o sintomatología y 2) esta patología debe tener una relación identificable o sospechada con la terapia farmacológica.<sup>18</sup>

Blasco, Mariño y Cols.<sup>84</sup> Definen error de Medicación (EM) a cualquier actuación prevenible que puede causar daño al paciente o morbilidad farmacoterapéutica (MFT). Los EM pueden tener su origen en errores de prescripción, en el manejo posterior de la administración de la medicación por algún profesional sanitario o el propio paciente.

Los Errores de medicación, según el Tercer consenso de Granada, están dentro de las categorías de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM).<sup>27</sup> En su acepción mayor los PRMs son además cualquier suceso durante el proceso de uso de medicamentos que pueden incluir problemas no prevenibles como las idiosincrasias, las reacciones adversas o interacciones desconocidas (Cuadro N°03).<sup>23</sup>

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

Modificada del Tercer Consenso de Granada de 2007.

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

Fuente: Tomado de: Tercer Consenso de Granada<sup>27</sup>

El consenso español tipifica a los Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) como la causa de resultados Negativos asociado al uso de medicamentos (RNM)<sup>85</sup> y los RNM son considerados por la OMS como Morbilidad Farmacoterapéutica (MFT).<sup>22</sup>

En el 2007 el Tercer Consenso de Granada<sup>27</sup> definió como sospecha de RNMs. a la situación en la que el paciente está en riesgo de sufrir un problema de salud asociado al uso de medicamentos generalmente por la existencia de uno o más PRM los que se consideran como factores de riesgo o causas de este RNM (Cuadro N° 02).

CUADRO N°04. Clasificación de Resultados Negativos Asociados con la Medicación (RNM). Tercer Consenso de Granada. 2007 (Clasificación que le correspondía a los PRMs hasta el Segundo Consenso de Granada).<sup>27</sup>

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

Fuente: Tomado de: Tercer Consenso de Granada<sup>27</sup>

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.<sup>27</sup>

Bajo este criterio, en el presente trabajo se ha incluido en el listado (Cuadro N°01) tres situaciones propias de nuestra realidad y que han sido descritas cómo problemas propios del proceso de uso de medicamentos.<sup>61</sup> Las influencia negativa del entorno socio cultural, el uso de medicamentos ilegales y los problemas económicos que impide el acceso a medicamentos son situaciones particulares consecuencia del estado de desarrollo socio cultural y económico de la comunidad, de la escasa vigilancia para evitar la corrupción del sistema de suministro de medicamentos y de las concepciones individuales de los pacientes sobre el uso de medicamentos en el Perú.

Los PRM se pueden dividir en: potenciales o no manifestados, cuando el paciente potencialmente puede llegar a experimentar algún suceso indeseable (RNM) que podría interferir en los resultados deseados y reales cuando el paciente experimenta de hecho un suceso indeseable relacionado con la farmacoterapia que genera un resultados negativo de la medicación (RNM).<sup>86</sup>

Con la definición clara de la actividad que identifica y sistematiza a estos eventos puede afirmarse que los farmacéuticos al identificar un PRM para prevenir un RNM o una morbilidad farmacoterapéutica (MFT) realiza un diagnóstico de un signo o síntoma (PRM) que debe prevenirse o evitarse para que no se genere una morbilidad (RNM o MFT). Desde este punto de vista la definición de PRM y RNM puede ser el origen de un nuevo posicionamiento profesional del Farmacéutico en los sistemas de salud como facultativo del diagnóstico de un grupo de problemas de salud asociados al mal uso de medicamentos.<sup>87</sup>

En la práctica, lo que ha ocurrido es que los farmacéuticos hemos evitado utilizar la palabra diagnóstico para referirnos finalmente a la actividad profesional de prevenir RNMs a través de la identificación y el tratamiento de sus causas, los PRMs. Si para los Profesionales Médicos es clara la labor diagnóstica de las enfermedades que son capaces de identificar para los Farmacéuticos debe quedar claro cuáles son los problemas relacionados con medicamentos (PRM) que son capaces de diagnosticar para evitar la aparición de resultados negativos de la medicación (RNM).<sup>88</sup>

Culbertson y col. en 1997<sup>88</sup> citado por Hurley<sup>89</sup> definieron como Diagnóstico Farmacéutico (DF) al proceso cognitivo centrado en la identificación de problemas específicos originados en el uso de medicamentos por parte de los pacientes. El DF debe estar basado en evidencia suficientes que permita sostener que la causa del problema de salud que enfrenta el paciente es efectivamente el uso de los medicamentos.

Ferriols<sup>90</sup> afirma que con una elevada frecuencia, los PRM se originan en la forma en que los medicamentos son seleccionados, prescritos o indicados, dispensados, administrados y, principalmente, monitorizados. Por tanto, además de la obligada calidad intrínseca de los medicamentos que se manejan es imprescindible una correcta selección, prescripción, indicación, preparación, dispensación y administración. Es decir como afirma Calvo,<sup>91</sup> posterior a la administración es exigible la vigilancia del logro de resultados y la evolución del paciente por parte del Farmacéutico para evitar o prevenir acontecimientos adversos relacionados con la farmacoterapia.

### 23. Diagnóstico de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM).

El diagnóstico de PRMs como signos y síntomas de Resultados Negativos de la Medicación (RNMs), que fueron definidos como problemas de salud a causa del mal uso de medicamentos, demanda de los profesionales Farmacéuticos el desarrollo de habilidades, capacidades y competencias para identificarlos que evidencien la presencia o potencial aparición de los RNMs. En el proceso es necesario el uso de herramientas de registro y medición de variables para la documentación exhaustiva de cada caso.

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



El Tercer Consenso de Granada<sup>27</sup> y la Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico del Método DADER<sup>92</sup> presenta un alcance de las definiciones de los problemas relacionados con medicamentos (PRM). Esas definiciones se utilizan en la presente investigación y se explican según el orden de identificación propuesto según la Figura N° 01 y la Ficha Farmacoterapéutica (Anexo N°7.3).

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

Según la normatividad<sup>30</sup> vigente los medicamentos están clasificados en cuatro categorías de uso: a) aquellos que pueden adquirirse sin prescripción y de venta en establecimientos no farmacéuticos; b) los que pueden adquirirse sin prescripción solo en establecimientos farmacéuticos; c) Medicamentos de venta bajo prescripción y solo en establecimientos farmacéuticos y d) Medicamentos especiales de venta solo en farmacias y bajo receta médica restringida.

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

- b) Actitudes negativas (PRM 2): Ocurren cuando el paciente asume una conducta contraria hacia la medicación originada en percepciones erróneas de los efectos de los medicamentos. El paciente se convence, sea por factores intrínsecos o extrínsecos, que los medicamentos no son necesarios o son más dañinos que la propia enfermedad. Estas actitudes pueden ser detectadas cuando el farmacéutico pregunta: Cree Usted que puede tener problemas con la toma de alguno de estos medicamentos? Y como respuesta se obtienen argumentos en contra de los medicamentos, muchas veces originados por sensaciones negativas o reacciones adversas intensas.

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

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

Como conservación inadecuada también se considera el almacenamiento de los medicamentos de manera desordenada, en bolsas plásticas, cajas, armarios, etc. Donde se guardan fuera de su empaque secundario, a granel y mezclándose con otros medicamentos de apariencia similar. Esta práctica puede generar equivocación al escoger el medicamento necesitado de consecuencias muy graves.

- d) Duplicidad (PRM4): Es la concomitancia en el uso de dos medicamentos que cumplen la misma función farmacológica sin ventajas terapéuticas. Por el contrario la duplicidad puede causar problemas debido a la sobre dosificación.

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

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

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

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

- e) Dosis, pauta y/o duración no adecuada (PRM 5): Sucede cuando la prescripción no es conforme a las pautas posológicas habituales o recomendadas en esquemas de tratamiento institucionales.
- f) La incongruencia puede ser en la dosis, la vía de administración, la frecuencia de administración o el tiempo recomendado para el tratamiento.
- g) Contraindicaciones (PRM 6): Un medicamento está contraindicado cuando por las condiciones fisiopatológicas del paciente o la toma concomitante de alguna otra sustancia no esté en condiciones de usar un determinado medicamento. Las contraindicaciones pueden predisponer un daño muy negativo para el paciente. Se identifica un medicamento contraindicado al revisar los medicamentos prescritos que el paciente consume de manera regular. O cuando el paciente consume un medicamento de venta libre contraindicado para su condición.

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

- h) Errores de dispensación (PRM 7): Los medicamentos deben, en la mayoría de los casos, ser dispensados tal como fueron prescritos en las recetas. Según norma vigente<sup>30, 94</sup> el Farmacéutico está facultado para ofrecerle al paciente una alternativa farmacéutica al medicamento prescrito, indicándole las diferencias de origen y precio. El cambio puede ser desde un medicamento prescrito en denominación internacional (DCI) a un medicamento de marca, si el paciente lo prefiere y fue informado del cambio. O el cambio más favorable de un medicamento prescrito en nombre comercial por otro en DCI.

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

- i) Errores de prescripción (PRM 8): El error de prescripción ocurre cuando el facultativo entrega al paciente una receta o documento con pautas terapéuticas incompletas, poco claras, confusas y que originan el error del paciente al usar los medicamentos.

Para su diagnóstico el Farmacéutico revisa con el paciente el documento emitido por el facultativo teniendo a la vista los medicamentos dispensados. Se analiza si la receta contiene los datos mínimos requeridos normativamente para que el paciente use apropiadamente los medicamentos<sup>93</sup> y si los medicamentos son coherentes farmacológicamente con el diagnóstico.

Se revisan las dos partes de la prescripción: las indicaciones para la farmacia y las indicaciones de uso para el paciente. Las indicaciones para la farmacia incluyen: datos completos del prescriptor, el nombre del paciente, la escritura clara de los medicamentos en denominación común internacional (DCI), la forma de presentación y la cantidad total de medicamentos en unidades.

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

- j) Incumplimiento o No Adherencia al tratamiento prescrito (PRM 9): Se utiliza la definición de Haynes citado por Basterra<sup>39</sup> quien definió la adherencia al tratamiento como: “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”. Se utiliza de manera indistinta los términos cumplimiento terapéutico, cumplimiento de la prescripción, adherencia al tratamiento y adherencia terapéutica con el mismo significado semántico.

La no-adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran magnitud. En los países desarrollados solo el 50% de los pacientes son adherentes mientras que en los países en vías de desarrollo las tasas son inclusive menores.<sup>95</sup>

Este PRM tiene como consecuencia el incumplimiento de las metas sanitarias, sobre todo en pacientes con enfermedades crónicas, mayores costos en salud, mayor incidencia de complicaciones y finalmente agravamiento y muerte.<sup>96-97</sup>

El grado de adherencia medido antes y después de una intervención farmacoterapéutica sirve como un indicador de la eficacia del Seguimiento Farmacoterapéutico sobre la resolución de PRM.<sup>61</sup> El grado de la adherencia se evaluará mediante la aplicación del test denominado Medication Adherence Scale o Test de Morisky.<sup>98</sup> La aplicación del instrumento se describe en el acápite N° 3.3.2.2 y cuadro N°06.

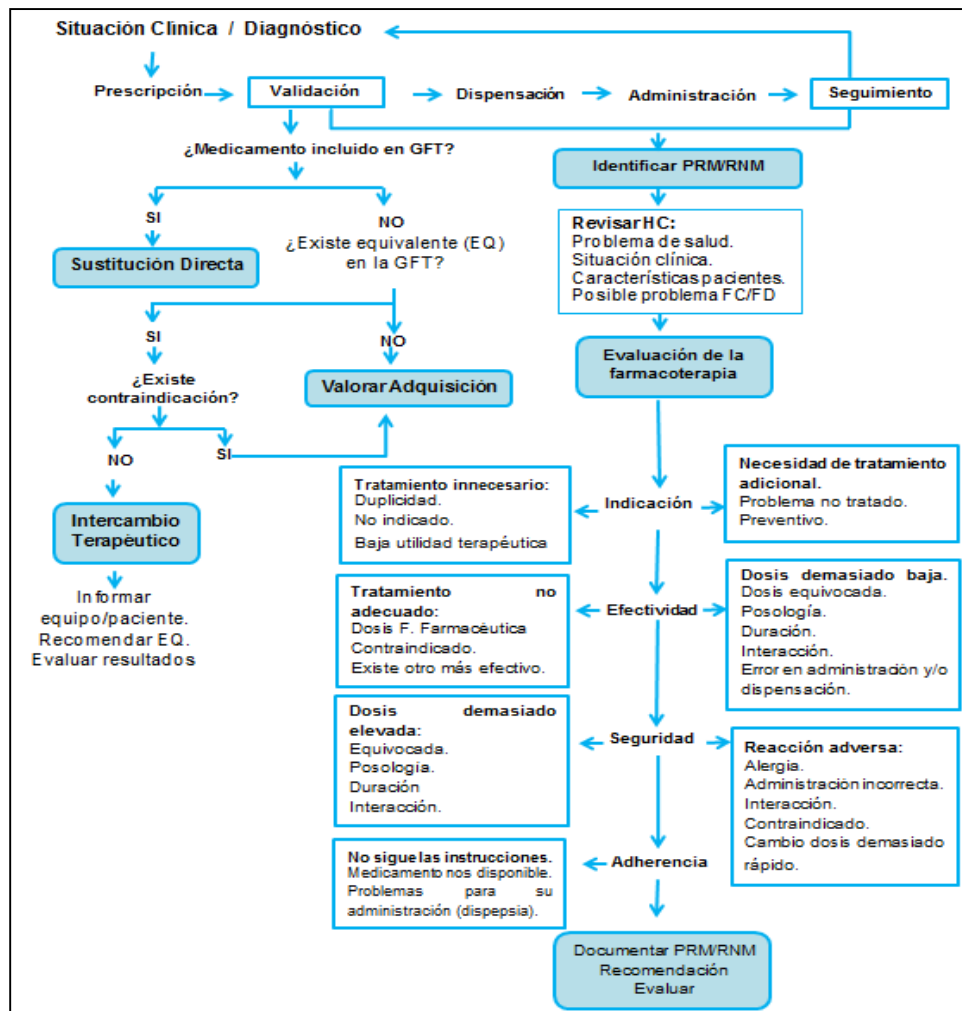


Figura N° 01. Flujograma de la etapa de estudio y evaluación.

Fuente: de Comité de Consenso <sup>25,28,90</sup>

- k) Interacciones (PRM 10): Incompatibilidad en la concomitancia del uso de dos o más medicamentos que afecta negativamente el efecto farmacológico de ambos o de alguno de ellos; aumentado sus efectos nocivos o disminuyendo su potencia farmacológica. Ambas situaciones pueden poner en riesgo la salud del paciente.

La evaluación de la interacción es compleja y debe primar el criterio de costo beneficio de la administración conjunta, frente a otras alternativas terapéuticas <sup>(48)</sup>.

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

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

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

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

- m) Potenciales Reacciones Adversas (PRM 12): Son aquellos problemas de salud causados o agravados por el medicamento. Conviene revisar la evidencia científica que existe sobre la probabilidad de manifestación de un determinado efecto indeseado, así como su gravedad. Es preciso establecer cuales son las signos clínicos que permiten identificar la aparición de los efectos indeseados de un medicamento. También es conveniente revisar resultados de análisis clínicos que puedan estar alteradas por causa del medicamento.<sup>92</sup>

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

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

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

El Tercer Consenso de Granada<sup>27</sup> sugiere que su lista de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs) puede ser enriquecida a medida que en la realidad donde se pongan en práctica programas de Seguimiento Farmacoterapéutico se definan otras entidades o factores propios del entorno que puedan desencadenar Resultados Negativos de la Medicación. En este sentido se han considerado las recomendaciones de investigaciones similares y se han incorporado como PRMs: las influencias negativas del entorno, el uso de medicamentos ilegales y los problemas económicos, que son factores propios de nuestra realidad.<sup>61</sup> Los PRMs incluidos se definen a continuación:

- o) Influencias negativas del entorno (PRM 14): Conductas y actitudes asumidas por los pacientes por influencia del entorno social o cultural que predisponen su valoración y actitud hacia los medicamentos.

Las influencias negativas pueden provenir de familiares, amistades, vecinos que sufren los mismos o similares problemas de salud y que aconsejan replicar formas de uso con el convencimiento de: lo que hace bien a uno es bueno para todos. Otras influencias del entorno pueden provenir de publicidad engañosa, grupos religiosos, etc.

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



- p) Medicamentos ilegales (PRM 15): Uso de medicamentos sin registro sanitario vigente o de origen ilegal: contrabando, muestras médicas, robado de instituciones públicas. Que puede identificarse a través del análisis organoléptico, es decir: envase primario y secundario no violado, registro sanitario vigente, fecha de vencimiento, estado físico de la forma farmacéutica o el envase en buen estado, etc.
- q) Problemas económicos (PRM 16): Problema evidenciado cuando el paciente no toma su medicación por no tener condiciones económicas suficientes para surtir la receta ni estar inscrito en ningún seguro social. Por lo tanto incumple con la toma de sus medicamentos.

#### 2.4 Atención farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico: contribución del farmacéutico al mantenimiento de la salud pública.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) definieron en 1993 que la misión de la práctica farmacéutica debe ser: suministrar medicamentos, otros productos y servicios para el cuidado de la salud y ayudar a la sociedad para que sean usados de la mejor manera posible <sup>20</sup>.

Una parte de la misión señalada por la OMS se contiene en la definición del término Pharmaceutical Care.<sup>1</sup> En España país donde se ha incorporado el término a la asistencia sanitaria, El Ministerio de Sanidad y Consumo promueve el concepto de Atención Farmacéutica (AF) como un conjunto de servicios farmacéuticos dirigidos al paciente que van desde el control de calidad de la prescripción hasta actividades de Farmacovigilancia. <sup>24, 27,99</sup>

En el ámbito comunitario, según Andrés Rodríguez<sup>8</sup> las actividades de AF podrían esquematizarse según el Cuadro N°03, donde destacan aquellas orientadas hacia los pacientes mayores en número que aquellas tradicionales orientadas exclusivamente hacia el aseguramiento de la calidad del medicamento. Las actividades centrales relacionadas con Atención Farmacéutica son: Dispensación, Asesoramiento Farmacéutico, Farmacovigilancia y Seguimiento Farmacoterapéutico.

Cuadro N° 05. Actividades de Atención Farmacéutica en el ejercicio profesional del farmacéutico comunitario.

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

Fuente: Tomado de Andrés Rodríguez <sup>8</sup>

Aquellas actividades que no están directamente relacionadas con el uso de medicamentos pueden contribuir también con este objetivo siendo consideradas más como actividades para el aseguramiento de la calidad intrínseca de la forma farmacéutica, por ejemplo a través de análisis de control de calidad. <sup>8,85</sup>

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

Lo más impactante quizá de la Atención Farmacéutica es el uso del término mismo. Tal vez nunca antes en la historia de la farmacia se había usado el término “atención” para denotar la función del farmacéutico en la sociedad. Era mucho más frecuente hablar de servicios farmacéuticos que de atención y existen diferencias entre ambos términos. El diccionario define “atención” como “la responsabilidad individual de alguien para entregar bienestar y seguridad”, mientras que un servicio implica simplemente funciones o actividades. <sup>66</sup>

Al introducir el término “atención” el farmacéutico se iguala con otros profesionales de la salud que también entregan atención al paciente y colocamos a éste, en el centro de nuestro quehacer profesional. Hay tres elementos básicos que caracterizan el ejercicio de la atención farmacéutica: Responsabilidad, el compromiso de trabajar con el paciente para alcanzar las metas terapéuticas y el mejoramiento de la calidad de vida.<sup>66, 100,101</sup>

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

Se han propuesto para este fin una serie de actividades concretas que permitan obtener resultados medibles que evidencien la utilidad del trabajo profesional farmacéutico para la prevención, solución o amenguamiento de los problemas asociados al uso de los medicamentos (PRM). Una respuesta a esta necesidad es la implementación de modelos basados en Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT).<sup>27,62-64</sup>

Las actividades del SFT están orientadas a la detección de problemas relacionados con medicamentos (PRM) para la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM). Este servicio implica un compromiso y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos para el mejoramiento la calidad de vida del paciente.<sup>101-106</sup>

La definición de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), tal como se propone en el tercer consenso sobre Atención Farmacéutica de España en 2006,<sup>27</sup> es: “La práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente que usa medicamentos”.

Tal como lo señala Machuca<sup>106</sup> actualmente los términos: atención farmacéutica (AF), intervención farmacéutica (IF) y seguimiento fármacoterapéutico (SFT) se usan indistintamente en las diferentes investigaciones sobre el tema para indicar una misma actividad orientada a asegurar calidad y prevenir el riesgo en el consumo de medicamentos por parte de los pacientes.

Según Martí y Jiménez<sup>67</sup> de manera general los programas de AF o SFT deben soportarse en métodos o sistemas para dar respuesta a los siguientes aspectos: a) Identificación temprana de pacientes que se beneficiarían con su implantación; b) Registrar las categorías y causas que originan los problemas relacionados con los medicamentos y su documentación; c) Generar alertas para solucionar fallos del sistema; d) Evaluar la utilidad clínica de los procesos asistenciales en curso y e) Facilitar la propuesta de mejoras en la calidad de la gestión farmacoterapéutica.

A través de los años se han desarrollado varios métodos para este fin, entre ellos los más conocidos son: a) The Therapeutic Outcomes Monitoring (TOM) aplicable a grupos de pacientes que sufren enfermedades de alto riesgo propuesto por Charles Hepler<sup>21</sup>; b) El Método del Global Pharmaceutical Care de Linda Strand y Cols.<sup>18</sup> y c) El método de Seguimiento Farmacoterapéutico DADER de Dáder y col. desarrollada desde la Universidad de Granada en España.<sup>34</sup> Existen así mismo otros métodos propuestos como el método IASER desarrollado por Climenti y Jiménez.<sup>67</sup>

En esta investigación se utiliza como modelo de SFT una modificación del método DADER<sup>92,105</sup> Desarrollado por Ocampo<sup>61</sup> aplicado por primera vez con el objetivo de medir el impacto del SFT sobre el uso de medicamentos y la prevención y solución de PRMs y RNMs en pacientes hipertensos.

El Método DADER nació en 1999 como propuesta del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. Intenta ser una herramienta sencilla y de fácil aplicabilidad sin perder el rigor de un procedimiento operativo normalizado. Según los autores el modelo pretende ser universal para la prestación del seguimiento farmacoterapéutico en cualquier ámbito asistencial, independientemente del tipo de paciente y por cualquier fármaco.<sup>105</sup>

El método ha demostrado ser exitoso en la prevención, detección y resolución de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) desde el nivel de atención primaria.<sup>105, 107-109</sup> Sin embargo tal como lo proponen el Grupo de Investigación de la Universidad de Granada<sup>105</sup> y Deselle y col.<sup>49</sup> es necesario evaluar su utilidad en escenarios sociales diferentes que permitan establecer estándares de actuación en situaciones particulares para medir en ellos el impacto real de la atención farmacéutica.

Estas particularidades se han introducido en el método modificado por Ocampo<sup>61</sup> modificando las herramientas de recojo de información para hacerlas más fáciles de aplicar por el profesional farmacéutico peruano y más entendibles para el paciente. Así mismo se han introducido procedimientos y herramientas que permiten detectar rápidamente problemas de no adherencia al tratamiento.

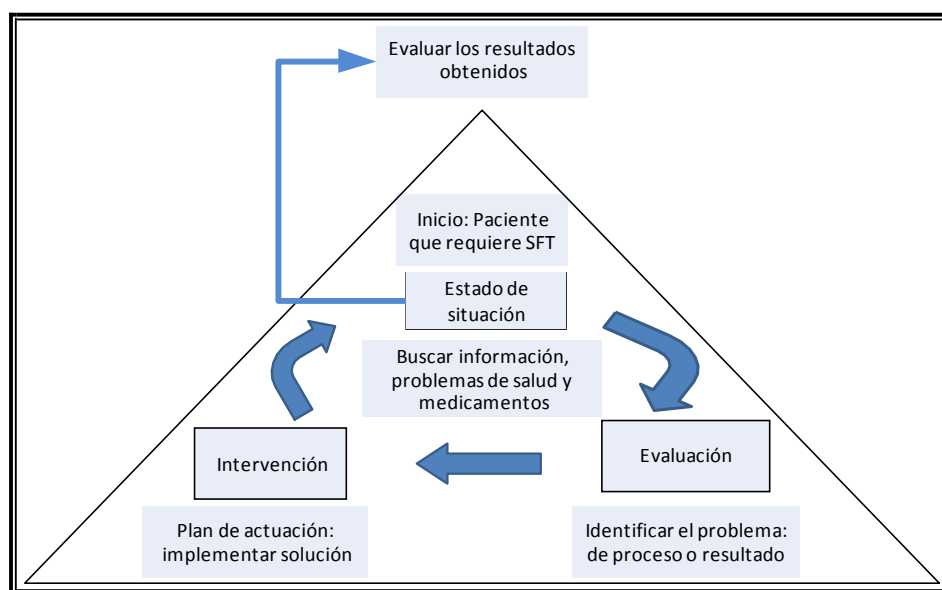


Figura N°02. Pasos Clave del Método DADER Modificado de Seguimiento Farmacoterapéutico.

Fuente: Tomado de: OCAMPO P. (69)

Tanto en el método DADER<sup>34</sup> como en la versión modificada por Ocampo<sup>61</sup> se pueden identificar como fases centrales del proceso de seguimiento farmacoterapéutico a las siguientes: a) Elaboración del primer estado de situación del paciente; b) La evaluación e identificación de sospechas de PRMs; c) la intervención para resolver los PRMs y prevenir potenciales RNMs y d) La evaluación del nuevo estado de situación del paciente (Figura N°02).

Un aspecto importante es desarrollar un modelo que agregue valor a la asistencia sanitaria, un impulso cualitativo a las actividades del profesional farmacéutico y además genere rentabilidad económica al establecimiento farmacéutico.<sup>105</sup>

El modelo modificado empieza con un primer contacto en el Establecimiento Farmacéutico para la oferta del servicio y el levantamiento de información mediante fichas farmacoterapéuticas. Las Fichas se estudian y evalúan escrupulosamente en busca de diagnosticar PRMs.

En un siguiente contacto se interviene a los pacientes con recomendaciones concretas para solucionar los PRMs diagnosticados. Posteriormente, mediante contactos sucesivos a través de llamadas por teléfono, citas domiciliarias o citas en la farmacia comunitaria se reafirman las recomendaciones dadas en busca del objetivo propuesto. Finalmente se evalúan los resultados en función de la aceptación y solución de los problemas.<sup>53,110</sup>

El objetivo del SFT, independiente del modelo, es dar solución a los PRMs a través de intervenciones farmacéuticas efectivas. Sabater y col.<sup>47</sup> plantean una clasificación de las intervenciones farmacéuticas que podrían surgir durante el proceso de Seguimiento Farmacoterapéutico (Ver Cuadro N°04).

En esta clasificación se define intervención farmacéutica como: una propuesta de actuación sobre el tratamiento y/o las conductas del paciente, encaminada a resolver o prevenir un PRM y evitar RNM.<sup>47</sup>

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

Cuadro N°06. 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	Cambio en la frecuencia y/o duración del tratamiento.
		Modificar la pauta de administración (redistribución de la	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
		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)	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.

Fuente: Tomado de Sabater y Cols. <sup>(47)</sup>

## 2.5 Infecciones Respiratorias Agudas

Las Infecciones respiratorias agudas (IRA), son eventos de alta frecuencia en la población y se definen como toda afección que compromete una o más partes del aparato respiratorio, durante un lapso no mayor de 15 días .Aunque el principal origen de las IRA es viral y un porcentaje alto es autolimitado, son la primera causa de indicación de antibióticos en el mundo (111).

La mortalidad es mayor en varones que en mujeres (la razón de tasas varones/mujeres fue de 1,89 para 2005), y es varias veces más elevada en los adultos mayores que en los jóvenes (la razón de tasas 60-64/20-24 fue de 40,4 para los varones y de 23,0 para las mujeres).

La mortalidad se concentra especialmente en los meses de invierno, durante los cuales el número de defunciones mensuales por enfermedades del sistema respiratorio en la población de 20 a 64 años supera los 600 casos; en contraste con los meses de verano en que la cifra es de 400 o menos<sup>111</sup>.

Las Infecciones Respiratorias Agudas son un complejo y heterogéneo grupo de enfermedades causadas por gran número de agentes etiológicos y afectan cualquier punto de las vías respiratoria.<sup>112</sup>

Según Ramírez <sup>113</sup>, las infecciones respiratorias agudas “se definen a todas las infecciones del aparato respiratorio desde la nariz hasta los alvéolos (incluyendo los oídos) con una duración de 15 días”. Las infecciones respiratorias agudas están conformadas por un conjunto de enfermedades del aparato respiratorio como la bronconeumonía, la epiglotitis, la laringitis, la bronquitis y la traqueítis. Son las causantes del mayor número de muertes, especialmente en los niños menores de 6 meses, éstas infecciones son causadas por virus y bacterias, se transmiten por vía aérea en las gotitas de saliva, cuando la persona enferma tose, estornuda o habla, aunque también por objetos y las manos contaminados.



De lo mencionado anteriormente podemos definir la infección respiratoria aguda al conjunto de infecciones del aparato respiratorio, causada por microorganismos virales, bacterianos y otros con evolución menor a 15 días.

El periodo de incubación de IRA es corto, de 1 a 3 días, el contagio se realiza por vía aérea a través de gotitas que se eliminan al toser o estornudar, o por vías directas a través de objetos contaminados con secreciones.

Los signos y síntomas de la IRA son tos con o sin expectoración Dolor de garganta Rinorrea (secreción nasal) Fiebre mayor 38,5 Otagia (dolor en oído) Otorrea (secreción o pus en el oído) <sup>114</sup>.

En cuanto al manejo farmacológico en fase aguda si los síntomas son intensos.

- Ingreso domiciliario u hospitalario si lo requiere el paciente
- Ingestión de abundantes líquidos
- Antipiréticos: el uso del ácido acetil salicílico (AAS) en niños puede ser peligroso en infecciones respiratorias de causa viral (sobre todo por el virus de la influenza y el de la varicela) por su relación directa con la etiopatogenia del síndrome de Reye, razón por la que no se debe emplear en esos casos. Debe utilizarse el paracetamol o la dipirona a las dosis recomendadas.
- Antitusivos: solo se recomienda cuando la tos es seca y persistente que impide el descanso del paciente.
- Gotas nasales: se debe evitar uso excesivo, solo se recomienda suero fisiológico o clorobicarbonatado.
- Vaporizaciones i inhalaciones: no se debe añadir ninguna sustancia irritante o sensibilizante - Si se sospecha un proceso infeccioso bacteriano, se aconseja el uso de antimicrobianos en dependencia del posible agente causal. <sup>115</sup>

## Epidemiología (Estadísticas de morbilidad)

Las infecciones respiratorias virales agudas se encuentran entre las enfermedades más comunes del ser humano y se estima que constituyen la mitad o más de todas las enfermedades agudas. Se ha calculado que dos terceras a tres cuartas partes de los casos de enfermedades respiratorias agudas están causadas por virus. Se conocen más de 200 virus antigénicamente distintos, pertenecientes a nueve géneros diferentes que causan enfermedades respiratorias agudas. <sup>116</sup>

### 2.6. Botica Farmaquímica

La presente investigación se llevó a cabo en la Botica Farmaquimica La farmacia está ubicada en el distrito de Santa, en la zona de Jirón Río Santa y Jirón Amazonas. La población de la zona de influencia puede catalogarse como del nivel socioeconómico medio.

Para el servicio profesional la Farmacia cuenta con la presencia de un farmacéutico y dos técnicos en farmacia. La farmacia ofrece la dispensación de medicamentos genéricos, de marca, 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: infecciones respiratorias, urinarias, dérmicas, gastrointestinales.

La Botica Farmaquimica está en un proceso de implementación de buenas prácticas de oficina farmacéutica y buenas prácticas de almacenamiento. Es decir, está en vías de certificar BP de Dispensación, BP de Farmacovigilancia, BP de Seguimiento Farmacoterapéutico.

### 2.7. Definición y operacionalización de las variables.

- a) Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT): El Seguimiento Farmacoterapéutico es una práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades de los pacientes mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con el uso de medicamentos (PRM). <sup>100</sup>

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.<sup>100,103</sup> 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.

b) 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.<sup>27</sup> (Cuadro N° 05).

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

c) Resultados negativos asociados con la medicación (RNM). Se definen como sospechas de RNM a la situación en la que el paciente está en riesgo de sufrir un problema de salud asociado al uso de medicamentos, generalmente por la existencia de uno o más PRM, a los que podemos considerar como factores de riesgo de este RNM.<sup>27</sup> (Cuadro N° 02).

Tal como lo sugiere el documento del consenso se adaptó la lista original incluyendo tres PRM ,desde el numeral catorce,para incluir situaciones durante el proceso de uso de medicamento que se presenta de manera particular en nuestra totalidad(Cuadro N° 07).

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

Modificada del Tercer Consenso de Granada de 2007.

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

Fuente: Tomado de: Tercer Consenso de Granada.<sup>27</sup>

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.

d) Cumplimiento o adherencia al tratamiento: El cumplimiento o adherencia al tratamiento se asumirá según la definición de Haynes<sup>39</sup>: Grado en el que la conducta de un paciente en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario. En la presente investigación ésta definición solo se referirá a la dimensión relacionada con la toma de medicamentos.

El grado de la variable se determinará pre y post implementación del programa y de manera indirecta utilizando el algoritmo de Morinsky, Green y Levine denominado Medication Adherent Scale (MAS) <sup>98</sup> (Cuadro N°06). El test arroja un resultado dicotómico, uno (1) cuando el paciente es no adherente y neutro (0) cuando el paciente es adherente.

## 2.8. Hipótesis.

Las hipótesis acerca del efecto del Programa Piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre las variables de control: Resolución de Problemas Relacionados con Medicamentos y adherencia al tratamiento son:

2.8.1 El Programa Piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico resuelve significativamente la mayor parte de los problemas relacionados con medicamentos (PRMs) diagnosticados.

2.8.2. El Programa Piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico mejora significativamente el grado de adherencia al tratamiento de pacientes con infección respiratoria aguda.

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1. Diseño de la investigación.

##### 3.1.1. Tipo y el nivel de la investigación:

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

##### 3.1.2. Diseño de la investigación:

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



Figura N°03. Esquema del modelo de intervención farmacéutica

Fuente: elaborado por Ocampo (61)

#### 3.2 Población y muestra.

El universo de sujetos de estudio estuvo conformado por pacientes atendidos de manera regular en la Farmacia Farmaquímica. Los pacientes de la muestra de investigación se autoseleccionaron entre aquellos que visitaron la Farmacia durante el mes de abril a julio 2014, 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 IRAS
- Edad entre 18 y 65 años.
- Captados desde el establecimiento farmacéutico (EF) de referencia.
- Con receta vigente para la enfermedad objetivo de antigüedad no mayor de tres meses.
- Consentir su participación 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.

### 3.3 Técnicas e instrumentos.

#### 3.3.1 Técnica.

El Seguimiento Fármacoterapéutico 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.<sup>26</sup>

#### 3.3.2. Instrumentos

##### 3.3.2.2 Fichas Farmacaterapéutica (FFT).

Las FFT son hojas para el registro de los datos del seguimiento farmacoterapéutico. Son el instrumento base para el levantamiento de información. Es un documento que consiste en 5 partes de información sobre el paciente: Datos generales, información sobre las enfermedades, los medicamentos consumidos, problemas con el uso de medicamentos y las acciones realizadas por el profesional farmacéutico para 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.<sup>26</sup>

### 3.3.2.2 Instrumento para medir la adherencia al tratamiento (Cuadro N°05).

También denominado Medication Adherent Scale (MAS) o Test de Morisky<sup>98,115</sup> consiste en una escala de cuatro ítems de preguntas con SI y NO como opciones de respuesta. Las preguntas están formuladas de tal forma que las respuestas afirmativas (si) reflejan incumplimiento o no adherencia y valen 1 punto. Las respuestas negativas (no) reflejan adherencia y se puntúan con cero (0). De tal forma que al sumar las respuestas de todos los ítems los resultados extremos pueden ser cero (0) o cuatro (4). Un escore total de cero representa adherencia total, es decir, respuestas negativas a todas las preguntas, mientras que un puntaje de cuatro refleja total incumplimiento. Resultados de puntajes intermedios pueden catalogarse desde poco incumplimiento hasta incumplimiento total.

Las preguntas del instrumento se formularon en la primera y última entrevista como parte de una conversación aparentemente sin objetivo concreto para evitar las respuestas sesgadas del paciente.

CUADRO N°8. Escala de adherencia a la medicación (MAS) DE MORISKY- GREEN – LEVINE.<sup>98, 115</sup>

PREGUNTA	VALOR DE LA RESPUESTA	
	SÍ	NO
¿Con que frecuencia se olvida usted de tomar su medicación? Olvido >/= a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.		
¿Cuántas veces a la semana se olvida de tomar sus medicamentos la hora indicada? eventos >/= a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.		
¿Con que frecuencia deja de tomar su medicación Cuando se encuentra bien? eventos >/= a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.		
¿Cuántas veces ha dejado de tomar sus medicamentos por que ha sentido que le caen mal? eventos >/= a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.		

Fuente: Modificado de National Cancer Institute. Morisky 4-Item Self-Report Measure of Medication-Taking Behavior (MMAS-4).<sup>115</sup>

### 3.3.3 Procedimiento de recolección de datos.

Los datos se recolectaron durante el programa de Seguimiento Farmacoterapeutico, cuyo proceso se esquematiza en la Figura N°04. En esencia se sigue el procedimiento sugerido en el método DADER<sup>26</sup> con la modificación de la terminología y el anexo de otros datos que son útiles para nuestra realidad.



Las etapas del procedimiento de recolección de datos:

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

#### 3.3.3.1 Procedimiento para Oferta del servicio y captación de los pacientes.

Se ofertó el servicio a todos los pacientes diabéticos que acudieron al EF en el mes setiembre de 2013 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 midieron niveles iniciales de glucosa sanguínea y 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.

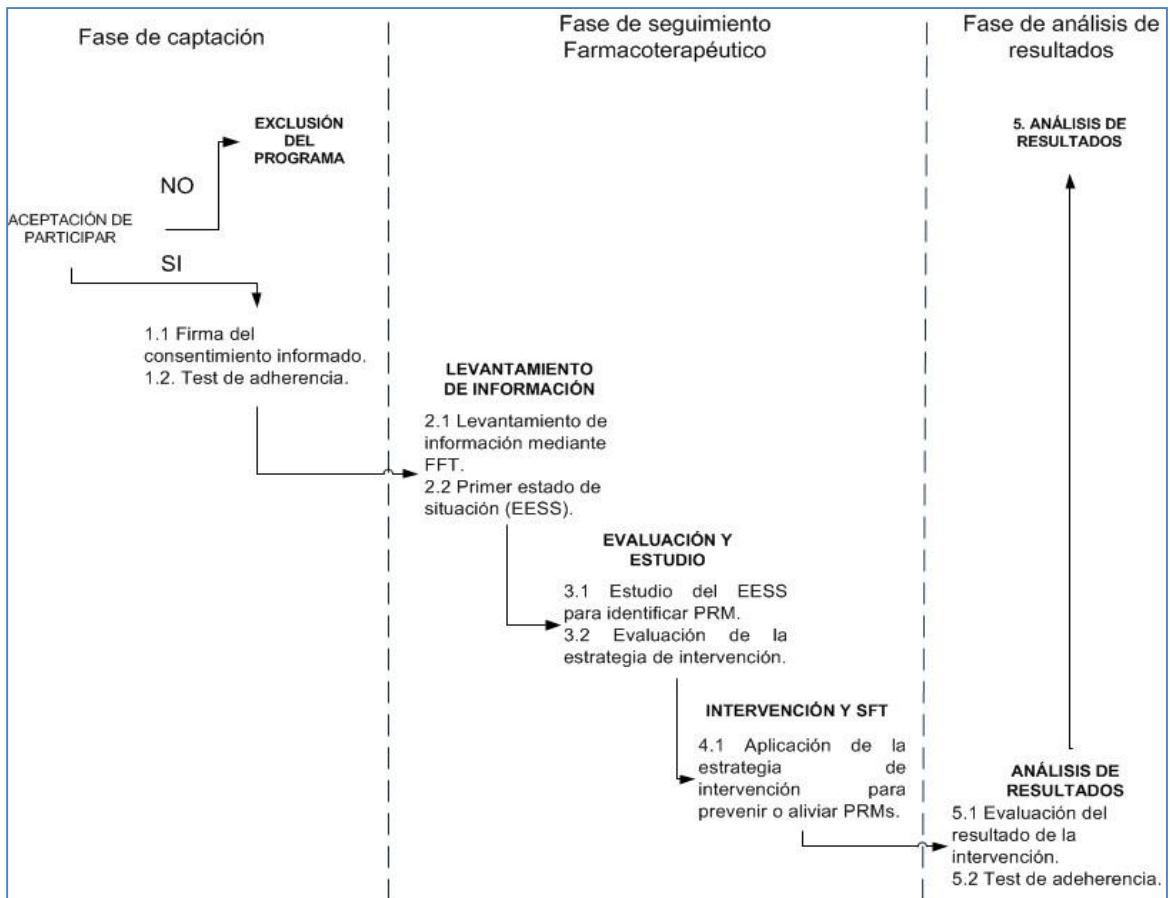


FIGURA N°04. Flujograma de las actividades de seguimiento farmacoterapéutico.

Fuente:Elaborado por OCAMPO P.<sup>61</sup>

### 3.3.3.2 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.

### 3.3.3.3 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 uso material bibliográfico de apoyo para certificar los hallazgos del PRMs y RNMs.<sup>117</sup>

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 debe lograr el paciente y/o el médico para su solución y la estrategia de comunicación.

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

CUADRO N°09. 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.

Fuente:Elaborado por OCAMPO P.<sup>61</sup>

### 3.3.3.4 Fase de intervención y seguimiento farmacoterapéutico.

El objetivo de esta fase fue comunicar asertivamente los objetivos y los plazos que debe cumplir el paciente y/o médico para la solución de PRMs.

La intervención fue mediante visitas domiciliarias, contacto telefónico, correos electrónicos y/o redes sociales.

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

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

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

#### 3.3.3.5 Evaluación del impacto de la intervención.

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

Se preguntó al paciente si ejecutó las recomendaciones dadas para la solución del PRM o si el médico puso en prácticas las sugerencias de modificación de la terapia.

Independientemente de la aceptación de la sugerencia para la solución se le preguntó si consideraba resueltos cada problema relacionado con medicamentos que fue diagnosticado.

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

#### 3.4 Plan de análisis de datos.

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

- a. Información general de los pacientes (sexo, edad, dirección, teléfono) y tiempos de intervención según canales de comunicación utilizados.

- b. Estado de situación con datos sobre. problemas de salud y medicamentos utilizados, PRM, RNM asociados, estrategias de intervención usada y las vías de comunicación. También se anotó si el PRM fue o no resuelto y la percepción final del paciente sobre la solución del problema.
- c. Adherencia según el test de Morisky antes y después del SFT .
- d. Tabla de valores de niveles de los parámetros clínicos antes y después del SFT.

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

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

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

Para la determinación de la significancia estadística de los resultados de adherencia antes y después de la intervención se aplicó el test de McNemar, para datos dicotómicos, de muestras pareadas usando el programa Statistical Package for the Social Sciences

La cuantificación de los resultados de adherencia se hizo de acuerdo al puntaje del instrumento. Las respuestas negativas (respuestas no) se consideraron favorables a la adherencia y se puntúan con 0. Las respuestas asertivas a las preguntas del test (respuestas si) son consideradas negativa para la adherencia y se puntúan con 1.

De las cuatro preguntas del test bastó una sola respuesta si, puntaje 1, para tipificar a los pacientes como no adherentes.

Se evaluó el impacto del SFT sobre la actitud del paciente en cada una de las preguntas del test de Morinski y se comparó el resultado acumulado de los 12 pacientes para cada pregunta antes y después de la intervención con el fin de verificar en cuál de ellas el comportamiento hacia la adherencia fue más difícil de seguir, se utilizó para este análisis el mismo criterio, es decir, 0 significó adherencia y 1 no adherencia. Se midió la significancia estadística del cambio mediante el test de Mcnemar específico para datos no paramétricos dicotómicos.

### 3.5 Criterios éticos.

El estudio se llevó a cabo siguiendo las normas éticas de la Declaración de Helsinki<sup>(118)</sup>. 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.

## IV. RESULTADOS

### 4.1 RESULTADOS

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

Tabla N° 01. Distribución de frecuencias y porcentajes de los pacientes intervenidos por sexo y edad promedio. Programa de SFT a pacientes adultos con Infección Respiratoria Aguda. Desde la Farmacia “FarmaQuímica”. Santa abril – julio 2014.

SEXO	PROM EDAD (AÑOS)	fi	%
F	42.7	7	58.3
M	33.2	5	41.7
$\bar{X}$	38.0	12	100.0
S	15.4		

Fuente: Cálculos propia de estudio de “Eficacia de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico para aumentar la adherencia al tratamiento de pacientes con infecciones respiratorias agudas”.

Tabla N°02 Distribución de los tiempos invertidos durante el Seguimiento Farmacoterapéutico entre el farmacéutico y los pacientes por la forma de contacto. Programa de SFT a pacientes con Infección Respiratoria Aguda. Desde la farmacia “FarmaQuímica”. Santa abril – julio 2014

PACIENTE	En Farmacia		En Domicilio		Por teléfono		Por otras vías		Contactos (N*) total	Tiempo (t) Total (min)	$\bar{X}$ Tiempo (min)	
	N*	t (min)	N*	t (min)	N*	t (min)	N*	t (min)				
1	1	10	2	70	2	5	0	0	5	85	28.33	
2	1	10	2	60	3	5	0	0	6	75	25.00	
3	1	10	2	70	2	5	0	0	5	85	28.33	
4	1	10	2	60	2	5	0	0	5	75	25.00	
5	1	10	2	70	2	5	0	0	5	85	28.33	
6	1	10	2	60	2	5	0	0	5	75	25.00	
7	1	10	2	60	2	4	0	0	5	74	24.66	
8	1	10	2	70	2	4	0	0	5	84	28.00	
9	1	10	2	60	2	3	0	0	5	73	24.33	
10	1	10	2	70	2	4	0	0	5	84	28.00	
11	1	10	2	70	2	4	0	0	5	84	28.00	
12	1	10	2	60	2	3	0	0	5	73	28.00	
total	12	120	24	780	25	52	0	0	61	952	320.98	
$\bar{X}$	1.0	10.0	2.0	65.0	2.1	4.3	0.0	0.0	5.00	79.3	26.75	
									s	0.30	5.44	1.74

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

Fuente: Cálculos propia de estudio de “Eficacia de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico para aumentar la adherencia al tratamiento de pacientes con infecciones respiratorias agudas”.

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

Tabla N°03.- Distribución de la frecuencia y porcentajes de los Problemas de Salud identificados en los pacientes intervenidos según si fueron diagnosticadas o no. Programa de SFT a pacientes con Infección Respiratoria Aguda. Desde la farmacia “FarmaQuimica”.Santa abril – julio 2014

MORBILIDAD	CIE 10	DIAG	fi	%
DIAGNOSTICADO	J02	Faringitis aguda	6	15.4
	J20	Bronquitis aguda	3	7.7
	J03	Amigdalitis aguda	2	5.1
	M80	Osteoporosis en la columna	1	2.6
	J02	Bronquitis aguda	1	2.6
	I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)	1	2.6
	E11	Diabetes mellitus no dependiente de insulina	1	2.6
	Sub total			15
NO DIAGNOSTICADO		Gastritis	8	20.5
		Dolor de espalda	2	5.1
		Dolor de cabeza	2	5.1
		Tos	1	2.6
		Sequedad de boca	1	2.6
		Ronquidos en el pecho	1	2.6
		Infección de estomago	1	2.6
		Inapetencia	1	2.6
		Herida de piel	1	2.6
		Flema	1	2.6
		Fiebre	1	2.6
		Faringitis aguda	1	2.6
		Dolor muscular	1	2.6
		Dolor de cintura	1	2.6
	Ardor de pies	1	2.6	
Sub total			24	61.5
			39	100.0

\*CIE10. Código Internacional de Enfermedades versión 10

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



Tabla N° 04. Distribución de la frecuencia de uso de medicamentos según su origen prescrito y no prescrito durante el proceso de intervención. Programa de SFT a pacientes con Infección Respiratoria aguda. Desde la farmacia “FarmaQuimica”.Santa abril – julio 2014

ORIGEN DEL MEDICAMENTO	CIE	DIAG	Denominación en DCI	CuentaDedCI	Fi	% acumu
PRESCRITOS	M80	Osteoporosis en la columna	diclofenaco	1	1	1.6
	J20	Bronquitis aguda	paracetamol	1	10	15.9
	J20		dextrometorfano	2		
	J20		dexametasona	2		
	J20		claritromicina	1		
	J20		celecoxib	1		
	J20		azitromicina	2		
	J20		ampicilina benzatínica	1		
	J20	Amigdalitis aguda	ambroxol + dembuterol	2	10	15.9
	J20		paracetamol	1		
	J03		diclofenaco	2		
	J03		amoxicilina	1		
	J03		clindamicina	2		
	J03		ibuprofeno	1		
	J03	amoxicilina + acido clavulanico	1	17	27.0	
	J02	Faringitis aguda	paracetamol			3
	J02		ibuprofeno			2
	J02	Bronquitis aguda	diclofenaco	2	4	6.3
	J02		dexametasona	4		
	J02		clindamicina	2		
J02	azitromicina		2			
J02	amoxicilina		2			
J02	dextrometorfano		1			
J02	dexametasona	1	4	6.3		
J02	azitromicina	1				
J02	paracetamol	1				
J02	paracetamol	1				
I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)	losartán	1	4	6.3	
I10		hidroclorotiazida	1			
I10		amlodipino	1			
I10		ácido acetil salicílico	1			
E11	Diabetes mellitus no dependiente de insulina	glibenclamida	1	1	1.6	
Sub total					47	74.6
NOPRESCRITOS		Tos		0	0	0
		Sequedad de boca		0	0	0
		Ronquidos en el pecho		0	0	0
		Infección de estomago	sulfametoxazol + trimetropin	1	1	1.6
		Inapetencia		0	0	
		Herida de piel	cefalexina	1	1	1.6
		Gastritis	omeprazol	7	8	12.7
				0		
			subsalicilato de bismuto	1		
		Flema		0	0	
		Fiebre	clorfenamina+ pseudoefedrina paracetamol	1	1	1.6
		Faringitis aguda	ciprofloxacino	1	1	1.6
		Dolor muscular	diclofenaco + orfenadrina+ paracetamol	1	1	1.6
		Dolor en los riñones	fenazopiridina	1	1	1.6
		Dolor de espalda		0	0	
		Dolor de cabeza	naproxeno	2	2	3.1
		Ardor de pies		0	0	
Sub total					16	25.4
TOTAL				63	63	100

5.25

\*CIE10.- Código Internacional de Enfermedades versión 10

\*\*DCI.- Denominación común internacional

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

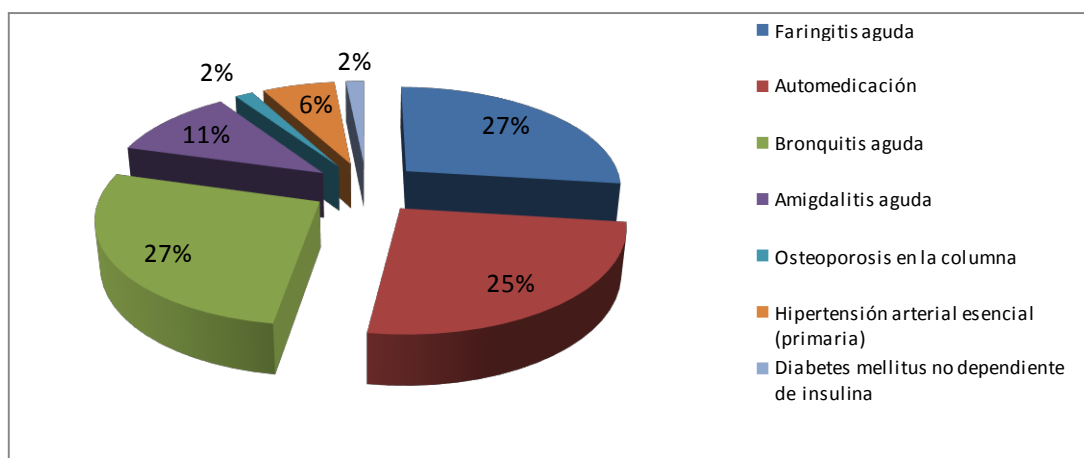


Gráfico N°01. Porcentaje de los medicamentos usados para los problemas de salud identificados. Programa de SFT a pacientes con infección respiratorias agudas Desde la farmacia "FarmaQuimica". Santa abril – julio 2014

Fuente: Cálculos propia de estudio de "Eficacia de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico para aumentar la adherencia al tratamiento de pacientes con infecciones respiratorias agudas".

#### 4.1.3. IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN SOBRE LA ADHERENCIA.

Tabla N°05. Impacto del SFT sobre la Adherencia al Tratamiento. Programa de SFT a pacientes con infección respiratorias agudas Desde la farmacia "FarmaQuimica". Santa abril – julio 2014

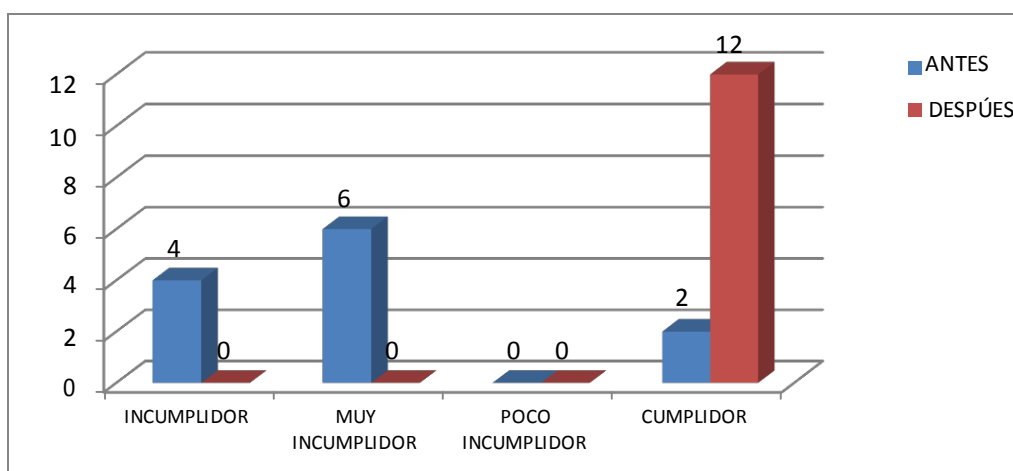
PACIENTE	ADHERENCIA ANTES	ADHERENCIA DESPUES
1	1	0
2	1	0
3	0	0
4	1	0
5	1	0
6	1	0
7	0	0
8	1	0
9	1	0
10	1	0
11	1	0
12	1	0
NO ADHERENTES	10	0
% NO ADHERENTES	83	100
P=		0.002

1: Paciente Incumplidor;0: Paciente Cumplidor.

Test de McNemmar 0.063

\*Nivel de significancia  $P \leq 0.05$

Fuente: Cálculos propia de estudio de Test de test de de Morinsky de "Eficacia de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico para aumentar la adherencia al tratamiento de pacientes con infecciones respiratorias agudas".



	Fi antes	%	después	%
INCUMPLIDOR	4	33.3	0	0.0
MUY INCUMPLIDOR	6	50.0	0	0.0
POCO INCUMPLIDOR	0	0.0	0	0.0
CUMPLIDOR	2	16.7	12	100.0
	12	100.0	12	100.0

Gráfico N°02 Evaluación de los puntajes obtenidos, según las respuestas del Test de Morisky antes y después de la intervención farmacoterapéutica.

Fuente: Cálculos propia de estudio de Test de test de de Morinsky de “Eficacia de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico para aumentar la adherencia al tratamiento de pacientes con infecciones respiratorias agudas”.

Tabla N° 6 Impacto del Seguimiento Farmacoterapéutico sobre las actitudes que reflejan cada una de las preguntas del Test de Morinsky. Programa de SFT a pacientes con Infección Respiratoria aguda. Desde la farmacia “FarmaQuímica”.Santa abril – julio 2014

N	PREGUNTA DEL TEST	p (n=12)
1	¿Con que frecuencia se olvida usted de tomar su medicación? Olvido >/= a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.	,031
2	¿Cuántas veces a la semana se olvida de tomar sus medicamentos la hora indicada? eventos >/= a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.	,016
3	¿Con que frecuencia deja de tomar su medicación Cuando se encuentra bien? eventos >/= a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.	,008
4	¿Cuantas veces ha dejado de tomar sus medicamentos por que ha sentido que le caen mal? eventos >/= a una vez por semana: SI= 1, nunca: NO = 0.	,008
Promedio		0.015

Fuente: Cálculos propia de estudio de Test de test de de Morinsky de “Eficacia de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico para aumentar la adherencia al tratamiento de pacientes con infecciones respiratorias agudas”.

## 4.2 Análisis de resultados

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

### 4.2.1. Sobre los pacientes y los tiempos de intervención.

Del grupo intervenido en el SFT, muestran que de 12 pacientes, el 58.3% fue de sexo femenino(7 pacientes), siendo el promedio de edad de 43 años (Tabla N°01), sin embargo diferentes estudios ,entre ellos la OMS/OPS refiere las IRA se da en edades pediátricas y señala diversos factores de riesgo. De ellos son frecuentes los referentes a la inmadurez del sistema inmunológico <sup>119</sup>.Lo cual no hay concordancia con los resultados obtenidos. Por otro lado otro estudio en relación a la edad de los pacientes y el agente viral identificado, se pudo observar que éstos fueron identificados en todos los grupos de edad, obteniéndose, un porcentaje relativo mayor en adultos, seguido de los lactantes y niños en edad pre-escolar, similar a lo referido por Rosete y col. <sup>120</sup> Además, este hallazgo concuerda con lo reportado por Papadopoulos y col. <sup>128</sup> quienes destacan al VSR como la primera causa de bronquiolitis y de hospitalización secundaria a las IRA, no solo en niños menores de 2 años si no también como causa importante de infección respiratoria grave en ancianos, inmunocomprometidos y en adultos sanos.

Otro estudio refiere que las enfermedades del sistema respiratorio fueron la cuarta causa de mortalidad entre los 20 y los 64 años de edad en la República Argentina, luego de los tumores, de las enfermedades del sistema circulatorio y de las causas externas (Figura 1). En 2008 ocasionaron 6.557 defunciones en este grupo de edad, lo que representó el 9,1% del total de muertes por causas definidas entre los 20 y los 64 años. <sup>130</sup>

En cuanto al sexo algunos autores han planteado que el varón es más sensible a la acción de los cambios y/o alteraciones del medio ambiente, lo que los coloca en una posición desventajosa ante las infecciones. <sup>129</sup> Este planteamiento también tiene contradictorios, y no coincide con los resultados.

El predominio del sexo femenino fue debido a que existió un mayor número de mujeres consultadas en esas edades. Hay poca variación en la aparición o gravedad de las IRA en relación con el sexo. Este año Hot Topics en Neonatología ha contado con la intervención invitada de la profesora Anne Greenough, Directora de la UCI Neonatal en King's College Hospital de Londres, quien ha centrado su ponencia en los orígenes de la morbilidad respiratoria a largo plazo. Tal y como ha explicado, la morbilidad respiratoria a largo plazo es común, especialmente en los nacidos muy prematuramente. El estudio de cohorte prospectivo, desarrollado por investigadores del Centro Médico de la Universidad de Groningen (Países Bajos), analiza en una muestra de 690 adultos (de 19 años) nacidos con una edad gestacional menor de 32 semanas y/o con un peso al nacer inferior a 1.500 gramos las diferencias de los problemas respiratorios entre hombres y mujeres, y entre quienes desarrollaron displasia broncopulmonar en la edad neonatal.

El estudio concluye por tanto que la prevalencia a sufrir morbilidad respiratoria a largo plazo es superior en las mujeres que en los hombres. De esta forma, las niñas prematuras presentan, comparadas con aquellas nacidas a término, un riesgo casi tres veces superior de presentar asma (13% vs 5%). Y en el caso de las nacidas antes de la semana 32 de gestación con displasia broncopulmonar, el riesgo de asma fue hasta 5 veces superior (24% vs 5%). Mientras que en el caso de los hombres adultos nacidos antes de la semana 32 de gestación, el riesgo de asma o sibilancias fue del 9% frente al 4%. De acuerdo a los autores, “no sólo los pediatras, sino también los médicos de familia y neumólogos deben ser conscientes de este “nuevo” grupo de pacientes en los que los problemas respiratorios no desaparecerán nunca. Especialmente las mujeres parecen ser más vulnerables en su camino a la edad adulta y sufrir más problemas respiratorios.”<sup>131</sup>

Los datos obtenidos (tabla N°02) muestran los pacientes y utilidades del SFT, Donde el tiempo promedio invertido en cada una de las visitas por paciente fue 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 79.3 en promedio, siendo un total de 952 minutos (por los 12 pacientes intervenidos) de trabajo farmacéutico dedicado al seguimiento farmacoterapéutico.

La desviación estándar fue variable debido a que en 6 de 12 pacientes se invirtió más tiempo en total (84 -85 minutos) y en promedio (84.5 min), debido a que estaban más interesados por compartir sus dudas y opiniones con respecto a su enfermedad, interviniendo en la importancia de la adherencia de su tratamiento mediante motivaciones, entre ellas se enriqueció su entendimiento con papelotes descritos en ella su tratamiento antibiótico.

El tiempo utilizado en los contactos en el establecimiento farmacéutico fue 10 minutos en promedio. Si bien es cierto es un tiempo mínimo pero eficiente para no incomodar al paciente y realizar sólo la fase de captación.

Por otro lado debido a que el ambiente en el establecimiento no era cómodo para ganar la confianza del paciente y permita que haya una comunicación fluida y reconfortable, por lo que se optó contactar al paciente en su domicilio.

El tiempo utilizado en los contactos en el domicilio fue de 65 minutos en promedio, fue una mejor opción ya que no solo permitía entrar en contacto directo con el paciente, sino que también por ser en domicilio permitía tener una comunicación farmacéutico-paciente más fluida y más cómoda y generar confianza a diferencia del establecimiento farmacéutico. Este medio fue muy útil ya que permitió alcanzar el objetivo de mejorar la adherencia al tratamiento al paciente.

El tiempo usado en las intervenciones por teléfono 4.3 minutos en promedio, este medio de contacto entre farmacéutico - paciente fue uno de los medios empleados, debido a que no se podía contactar a los pacientes en el SFT debido a su trabajo, se utilizó este medio en casos muy necesarios como hacerle recordar la toma de su medicamento, así como recomendaciones o también para verificar si se iba encontrar en casa previa a la visita farmacéutica.

Se realizó un total de 61 contactos con los pacientes (captación del paciente y visitas domiciliarias), en promedio 5.0 contactos en los domicilios de cada paciente, lo cual indica suficiente comunicación con el paciente para intervenir en la adherencia al tratamiento.

Estos datos guardan relación con los resultados obtenidos por Muñoz C.<sup>121</sup> el cual obtuvo un promedio de 3 visitas por paciente. Sin embargo, difieren con los resultados encontrados por Cabiedes L. y Arcos<sup>122</sup> en su estudio de —evaluación económica de la Atención Farmacéutica (AF) en Oficinas de Farmacias Comunitarias, en el cual se reporta que el tiempo promedio de Atención Farmacéutica fue de 244 minutos por paciente (52 minutos de entrevista inicial, 175 minutos de visitas y 17 minutos de Intervención Farmacéutica). En términos de impacto neto, un paciente con Atención del Farmacéutico requiere un tiempo entre 180 y 201 minutos en las 3 visitas

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

La morbilidad origen del uso de medicamentos se abordó tomando en cuenta el diagnóstico médico (Tabla N°03). Los pacientes reportaron sufrir enfermedades diagnosticadas por un facultativo (38.5%) y morbilidad sentida sin diagnóstico (61.5%).

Las enfermedades diagnosticadas tuvieron una prescripción para el uso de medicamentos, mientras que las no diagnosticadas fueron origen de automedicación.

La enfermedad más frecuente fue la faringitis Aguda (15.4%), Bronquitis Aguda(7.7%) y Amigdalitis(5.1%) son la segunda y tercera enfermedad más frecuente .

Según Rodríguez y col<sup>123</sup>. En ocasiones es una tarea un tanto difícil identificar cuál de las infecciones respiratorias está padeciendo un paciente, pues los síntomas son similares y la confusión de una por otra podría significar una prolongada enfermedad y serias complicaciones.se ha encontrado que las principales complicaciones de las IRA no son detectadas ni tratadas oportunamente, lo que favorece una elevada mortalidad, aún en regiones con acceso adecuado a los servicios de salud.<sup>124</sup>

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

Según el origen de su uso, los medicamentos fueron considerados como medicamentos prescritos, sustentados con receta, y medicamentos sin prescripción asociados con automedicación. (Tabla N°04). Más del 70% (74.6%) 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 estándar, es para los pacientes objetivo.

Como resultado de la morbilidad sentido no diagnosticada los pacientes usan medicamentos sin prescripción (Tabla N°4). En nuestro estudio el nivel de automedicación alcanzó al 25.4%. Según Juancho de la Remaceta el nivel de automedicación en Perú es del 40 y 60%<sup>132</sup>. Este autor afirma que las causas de este problema son la compra de medicamentos directamente en farmacias/boticas.

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

De los datos obtenidos (Tabla N°04), se puede resaltar que de 63 medicamentos en total (100%), 47 medicamentos (74.6%) fueron prescritos para su enfermedades diagnosticadas y 16 (25.4%) no fueron prescritos, es decir se automedicaron.

De ello, se puede decir que 17 de ellos (27%) fueron utilizados para el diagnóstico de Faringitis y 10 medicamentos (15.9%) para Bronquitis y Amigdalitis aguda, (medicamentos prescritos).



Por otro lado se puede resaltar que 8 de ellos (12.7%) de los medicamentos no prescritos lo se automedicaron por su problema de "gastritis". siendo el omeprazol y subsalicilato de bismuto los más frecuentes utilizados por los pacientes (medicamentos no prescritos)

En promedio los pacientes usaron 5.25 medicamentos (Tabla N°04), medicamento prescrito y no prescritos. Este resultado no es coherente con ningún resultado obtenido en cuanto al SFT de pacientes con IRA pero si este resultado es coherente con Velasco <sup>125</sup> en el SFT de Pacientes Diabéticos obteniendo en un estudio 2 medicamentos por paciente relacionados a 44PRMs.

En este caso específico el paciente comunicó que usaba omeprazol por recomendación y referencias de amigos que afirman que "le hacen bien".

Se debe tener en cuenta que, teóricamente, a mayor cantidad de enfermedades, los pacientes consumirán más medicamentos y por lo tanto existe un mayor riesgo a que los pacientes no se adhieran al tratamiento por temor a que le "caigan mal".

#### 4.2.4. IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN SOBRE LA ADHERENCIA.

El efecto del SFT sobre la adherencia o cumplimiento terapéutico se midió mediante el instrumento Escala de Adherencia al Tratamiento (MAS por sus siglas en inglés), o también denominado Test de Morisky - Green - Lavine.

El cambio de los pacientes en cuanto a su conducta con respecto a la adherencia se muestra en el gráfico (N°05). Para este análisis se evaluó las respuestas del paciente a cada una de las preguntas del test de Morinsky en la que se consideró a los pacientes como incumplidores si respondían positivamente o si a todas las preguntas del test y completamente cumplidores si sus respuestas eran negativas. Entre ambos extremos se consideró un paciente muy incumplidor (con 2 o 3 respuestas positivas) o poco incumplidor (con 1 respuesta positiva).

Para medir el cambio de los pacientes con respecto a la conducta frente a la adherencia a su tto esto implementamos el PSFT de tal manera que mejore el uso de medicamentos cumpliendo la dosis dada por las indicaciones del medico , donde los pacientes no adherentes o no cumplidores antes y del SFT fueron 10 pacientes respectivamente y después del SFT no fueron ningún paciente es decir hubieron 12 pacientes adherentes después de la intervención (Tabla N°05). El porcentaje de adherencia paso de 83% al 100% siendo un cambio significativo según el test de MacNemar( $p=0.063$ ). Los resultados mostraron que los pacientes pasaron de incumplidores y muy incumplidores antes a cumplidores después.

Se muestran resultados positivos, con aumento en el compromiso del paciente, en la adherencia a su tratamiento, al hacerle llegar mensajes educativos orales, individualizados y, en lo posible, con un reforzamiento escrito del mismo como se ejecuto en este PSFT. Según el estudio de Vargas y colaboradores<sup>126</sup>

Según Vargas y colaboradores es más difícil para el paciente modificar hábitos de vida, que cumplir con un determinado régimen de administración de medicamentos. Por tanto, además de brindar un nivel de conocimiento adecuado respecto a la terapia, se debe buscar un cambio de actitud del paciente.<sup>126</sup>

Es importante educar al paciente sobre maniobras no farmacológicas, como evitar el humo del cigarrillo, alergenicos, agentes sensibilizantes, drogas, actividad física mal realizada y temperaturas extremas, que se sabe causan exacerbaciones del asma a nivel individual.<sup>127</sup>

La educación sobre el tratamiento no farmacológico que recibieron los pacientes sirvió para disminuir la sintomatología de la enfermedad y las visitas de urgencia al establecimiento farmacéutico por una simple molestia:

Al comparar los niveles de conocimiento sobre su patología y medicamentos empleados, se observó que el grupo intervenido poseía una superioridad con respecto a este parámetro. Estos recibieron información personalizada, sobre todo lo que compete a su patología; además en cada sesión los pacientes podían resolver sus interrogantes.

La importancia de tomar los medicamentos tal como indica el prescriptor y el mantenimiento de hábitos de vida saludables fueron las estrategias usadas para lograr el cambio de actitud de los pacientes.

Se puede recalcar que los valores obtenidos son altamente significativos, motivo por el cual se puede afirmar que se mejoró en la adherencia del tratamiento al 100% en los pacientes de estudios, resultados obtenidos en la intervención farmacéutica desarrollada en el presente estudio.

Según los resultados y criterios para el análisis del test, antes del programa de SFT 2 paciente pudieron ser considerados como cumplidores; es decir, dos de ellos respondieron de manera negativa a todas las preguntas (grafico N° 2 ) y 10 pacientes respondieron de manera positiva a todas las preguntas (Tabla N° 6 ). Después de la intervención, 10 de 12 pacientes (100 %) pudieron considerarse completamente cumplidores, mientras que 2 de los pacientes siguieron siendo cumplidores.

El análisis del cambio con el test estadístico de Mc Nemar para datos categóricos de muestras relacionadas, arroja una significancia de los resultados ( $p = 0,05$ ).

Vivian y col. obtienen resultados similares a nuestro estudio. Barry reporta que el 75% de los pacientes con seguimiento farmacoterapéutico por farmacéuticos comunitarios mantuvieron su adherencia al tratamiento básicamente por la facilidad del farmacéutico para llegar en intervenciones educativas al paciente <sup>(36,37)</sup>.

En la misma línea, Sookaneknun y col. y De Souza encontraron una significancia del 0,014% y un cumplimiento del orden del 95%, respectivamente, entre los grupos intervenidos luego de la implementación de programas de SFT <sup>(39)</sup>.

Mehos y col. afirman que los procesos de seguimiento y educación al paciente permitirían que este participe activamente en el manejo de su enfermedad aumentando su compromiso y adherencia. Blenkinsopp y col. afirman incluso que la adherencia al tratamiento se mejora ya desde la primera visita educativa <sup>(40)</sup>.

## V. CONCLUSIONES

5.1.1 El proceso de Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes con infecciones respiratorias Agudas que se atienden en la “Botica FARMAQUIMICA” tuvo un impacto significativo sobre el nivel de adherencia terapéutica ( $p > 0.063$ ).

5.1.2. La educación sobre el tratamiento no farmacológico que recibieron los pacientes redujo el bajo nivel de significancia del nivel de adherencia al tratamiento antes y después de la intervención piloto.

5.1.3. El mejoramiento de los parámetros evaluados se debió al aumento de la adherencia al tratamiento, gracias al continuo reforzamiento sobre su terapia.

## 5.1. ASPECTOS COMPLEMENTARIOS

### 5.1.1. Logros:

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

### 5.1.2. Limitaciones:

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

### 5.1.3. Recomendaciones:

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

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Faus, M.J. Pharmaceutical Care as a response to social need. *ArsPharmaceutica*, 41: 1; 137-143, 2000.
2. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1990;47:533-543.
3. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *PharmCare Esp* 1999; 1: 35-47
4. Frank R, Grizzle J. Drug-Related Morbidity and Mortality: Updating the Cost-of-Illness Model. *J Am Pharm Assoc*. 2001;41(2) © 2001 American Pharmacists Association.
5. PJ McDonnell and MR Jacobs. Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions. *The Annals of Pharmacotherapy*: Vol. 36, No. 9, pp. 1331-1336. DOI 10.1345/aph.1A333.
6. Manasse HR Jr. Medication use in an imperfect world: drug misadventuring as an issue of public policy, Part 1. *American Journal of Hospital Pharmacy*, Vol 46, Issue 5, 929-944.
7. Johson A. Bootman L. Drug-Related Morbidity and Mortality: A Cost-of-Illness Model. *Journal of Managed Care Pharmacy*. Vol 2, No.1 janIFeb 1996.
8. Rodríguez, A. Atención farmacéutica en farmacia comunitaria: ¿es ya realidad o todavía un proyecto de futuro?. Discurso de ingreso como académico de número. Academia de Farmacia de Galicia. España. Santiago de Compostela, 2006.
9. Bonal J. Lerany C, Bassons T, gascón P. Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica. En: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. *Farmacia Hospitalaria Tomo I*. Tomado desde: <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap21.pdf>. El 16/08/2012.
10. Aldana RS, Coria J, Bustos E, Espinosa L, Karam J. Infecciones Respiratorias agudas en menores de 5 años. 2001. *Práctica Médica Efectiva* 2001; 3(7): 1-5
11. Brodie DC. Drug use control: keystone to pharmaceutical service. *Drug IntellClin Pharm*. 1966; 20(2): 116-117.
12. Mikeal y Col .Study Commission on Pharmacy & American of Association Colleges of Pharmacy. (1975). *Pharmacists for the future: The report of the Study Commission on Pharmacy : commissioned by the American Association of Colleges of Pharmacy*. Ann Arbor: Health Administration Press.

13. Mikeal RL, Brown TP, Lazarous HL, Vinson MC. Quality of pharmaceutical care in hospitals. *Am J Hosp Pharm* 1975;32:567-574.
14. Brodie DC, Parish PA, Poston JW. Societal needs for drugs and drug related services. *Am J Pharm Educ.* 1980;44:276-278.
15. Prats MR. Registro y evaluación de todas las actuaciones profesionales demandadas en la farmacia comunitaria. Universidad de Granada Facultad de Farmacia Programa de Doctorado de Farmacia Asistencial. Granada – España. 2010.
16. Roohil Y.A.S. the sustainability of the pharmacy profession in a changing healthcare scene in england. *international pharmacy journal.* VOL 27, NO. 1 JUNE 2011.
17. Higby GJ. The continuing evolution of American pharmacy practice 1952-2002. *J Am PharmAssoc* 2002;42(1):5-12. Tomado desde: <http://japha.org/article.aspx?articleid=1034045>, El 23 de Julio de 2012.
18. Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug-related problems: their structure and function. *Drug IntellClin Pharm* 1990;24:7-1093.
19. Faus MJ, Amariles P, Martinez F. Atención farmacéutica: conceptos, procesos y casos prácticos. Ergon. ed.; 2008. Barcelona España. ISBN 9788484736097.
20. Organización Panamericana de Salud. El Papel Del Farmacéutico En El Sistema De Atención De Salud. Informe de La Reunión de la OMS Tokio, Japón, 31 de agosto al 3 de septiembre de 1993. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de La Organización Mundial de la Salud.
21. Grainger-Rousseau TJ, Miralles MA, Hepler CD, Segal R, Doty RE, Ben-Joseph R. Therapeutic outcomes monitoring: application of pharmaceutical care guidelines to community pharmacy. *J Am Pharm Assoc (Wash).* 1997 Nov-Dec;NS37(6):647-61
22. Álvarez F, Arcos González P, Eyaralar RT y col. Atención farmacéutica en personas que han sufrido episodios coronarios agudos (Estudio TOMCOR). *Revista Española de Salud Pública*, julio-agosto, año/vol. 75, número 004. Ministerio de Sanidad y Consumo de España Madrid, España pp. 375-388.
23. Fernández -Llimós F, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Martínez Martínez F. Evolución del concepto de problemas relacionados con medicamentos: resultados como el centro del nuevo paradigma. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(4): 167-188.

24. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de España. Consenso sobre Atención Farmacéutica. *ArsPharmaceutica*, 42:3-4; 221-241, 2001.  
Tomado desde:  
<http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/28257/1/Ars%20Pharm.2001%3b42%281-2%2953-65.pdf>
25. Martínez-Romero F, Fernández-Llimós F, Gastelurrutia MA, Parra SM, Faus MJ. Programa Dáder de Seguimiento del Tratamiento Farmacológico. Resultados de la fase piloto. *Ars Pharmaceutica*, 42:1;53-65, 2001.
26. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Método DADER para el seguimiento Farmacoterapéutico. *ArsPharm* 2005; 46 (4): 309-337.
27. Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *ArsPharm* 2007; 48 (1): 5-17
28. Ministerio de Salud del Perú. La Política Nacional de Medicamentos en el Perú. Consejo Nacional de Salud. Comité de Medicamentos. Resolución Ministerial N° 1240-2004-MINSA. Tomado desde: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/destacados/archivos/65/RM1240-2004.pdf> el 19/08/2014.
29. Congreso de la República del Perú. Ley 29459, Ley de productos farmacéuticos dispositivos médicos y productos sanitarios. Diario Oficial el Peruano. Lima 26 de Noviembre de 2009.
30. Presidencia de la república. Aprueban reglamento de establecimientos farmacéuticos, Decreto Supremo N°014-2011-SA. El Peruano. Lima 27 de Julio de 2011.
31. Presidencia de la república. Aprueban Reglamento de Registro Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, Decreto Supremo N°016-2011-TR. El Peruano. Lima 27 de Julio de 2011.
32. .Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Atención Farmacéutica en el Perú (1). Boletín Centro de Atención Farmacéutica - Año 1 Número 1 Enero – Febrero 2008. tomado desde: [www.digemid.minsa.gob.pe](http://www.digemid.minsa.gob.pe), el 28 de Julio de 2012.
33. Álvarez-Risco A, Zegarra-Arellano E, Solis-Tarazona Z, Mejía-Acosta N, Matos-Valerio E. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud del Perú. Boletín (Cent. Aten. Farm.). Año 5 - Número 3 - Mayo Junio 2012. ISSN 2221-4259. Tomado desde: [http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Boletines/AtencionFarmaceutica/B09\\_2012\\_03.pdf](http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Boletines/AtencionFarmaceutica/B09_2012_03.pdf). El 19/08/2014



34. Faus D, M.J. Programa Dáder. *Pharmaceutical Care España*. 2000; 2:73-74.
35. Jácome A. Medidas de resultados en atención farmacéutica. *Boletín De Atención Farmacéutica Comunitaria* Vol 3 N°3, Universidad de Granada. Madrid marzo 1999. Desde: <http://www.ugr.es/~atencfar/bofac33.htm>. Tomado el 30/01/08.
36. Sookaneknun P. Richards RME. Sanguansermisri J. Teerasut Ch. Can Pharmacists Improve Outcomes in Hypertensive Patients?. Who. Second international conference on improving use of medicines. Chiang Mai. Thailand. 2004. Desde: <http://mednet3.who.int/icium/icium2004/poster.asp?keyword=Adult+Health>.
37. Machado M. Bajcar J. Guzzo GC. Einarson TR. Sensitivity of Patient
38. Outcomes to Pharmacist Interventions. Part II: Systematic Review and Meta- Analysis in Hypertension Management. *The Annals of Pharmacotherapy*: Vol. 41, No. 11, pp. 1770-1781. DOI 10.1345/aph.1K311. Published Online, October 2007, [www.theannals.com](http://www.theannals.com), DOI 10.1345/aph.1K311.
39. Sookaneknun P. Richards RME. Sanguansermisri J. Teerasut Ch. Pharmacist Involvement in Primary Care Improves Hypertensive Patient Clinical Outcomes. *The Annals of Pharmacotherapy*: Vol. 38, No. 12, pp. 2023-2028.
40. DOI 10.1345/aph.1D605. Published Online, November 2004, [www.theannals.com](http://www.theannals.com), DOI 10.1345/aph.1D605.
41. Basterra GM. El cumplimiento terapéutico. *Pharmcare esp* 1999; 1: 97-106.
42. Granados G. Rosales Nieto JG. Moreno E. Ybarra JL. Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2007, Vol. 7, N° 3, pp. 697-707. ISSN 1697-2600.
43. JK. Grace KA. Taylor AJ. Effect of a Pharmacy Care Program on Medication Adherence and Persistence, Blood Pressure, and Low-Density Lipoprotein Cholesterol. A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, Published online November 13, 2006.
44. Pickard AS. Johnson JA. Farris KB. The impact of pharmacist interventions on health-related quality of life. *Harvey Whitney Books Company. The Annals of Pharmacotherapy*: 1999. Vol. 33, No. 11, pp. 1167-1172. DOI 10. 10.1345/aph.18460.

45. Armando P, Uema S, Sola N. Valoración de la satisfacción de los pacientes con el seguimiento farmacoterapéutico. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(4): 205-212.
46. Zillich AJ, Sutherland JM, Kumbera PA, Carter BL. Hypertension Outcomes Through Blood Pressure Monitoring and Evaluation by Pharmacists (HOME Study) *J Gen Intern Med.* 2005 December; 20(12): 1091-1096.
47. Sabater D, Fernandez-Llimos F, Parras M, Faus MJ. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(2): 90-97.
48. Silva-Castro MM, Tuneu Valls I, Faus MJ. Revisión sistemática sobre la implantación y la evaluación del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hospitalizados. *Farm Hosp.* 2010;34(3):106–124. Documento descargado de <http://www.elsevier.es> el 21/05/2010.
49. 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.
50. Armando P, Semería N, Tenllado M, Sola N. Seguimiento farmacoterapéutico de pacientes en farmacias comunitarias. *Aten Primaria.* 2005;36:129-34. - vol.36 núm 03.
51. Rodríguez M, Rodríguez Chamorro A, García Jiménez E. Conocimiento y satisfacción por el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes incluidos en el programa Dáder en dos farmacias rurales. *SeguimFarmacoter* 2004; 2(2): 286- 290.
52. Fontana RD, Soláthurry N. Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes pediátricos hospitalizados: adaptación de la metodología Dáder. *Arán ediciones* 2003, s. l. farmacia hospitalaria. *farm hosp (Madrid)* Vol. 27. N.º 2, pp. 78-83, 2003.
53. Garnet WR, Davis LJ, Mckenney JM, Steiner KC. Effect of telephone follow-up on medication compliance. *Am J Hosp Pharm* 1981; 38: 676-679.
54. Simkins CV, Wenzloff NL. Evaluation of a computerized reminder system in the enhancement of patient medication refill compliance. *IntellClin Pharm* 1986; 20:799-802.
55. Faulkner MA, Wadibia EC, Lucas BD, Hilleman DE. Impact of pharmacy counseling on compliance and effectiveness of combination lipid-lowering therapy in patients undergoing coronary artery revascularization: a randomized, controlled trial. *Pharmacotherapy* 2000; 20:410-416.

56. Rodríguez, M. Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular (EMDADER-CV-INCUMPLIMIENTO) Tesis doctoral. Universidad de Granada. Facultad de Farmacia. Programa de Doctorado de Farmacia Asistencial. Granada España, Diciembre de 2008.
57. Fulmer TT, Feldman PH, Kim TS, Carty B, Beers M, Molina M, Putnam M. An intervention study to enhance medication compliance in community-dwelling elderly individuals. *J Gerontol Nurs* 1999 Aug; 25(8): 6-14.
58. Gil V. Pineda M. Martínez JL. Belda J. Santos MA y Merino J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento terapéutico en la hipertensión. *Med Clin (Barc)* 1994; 102: 532-536.
59. Gamarra Roque, Henry Luis - Roque Henríquez, Rudy Valeri. Implantación de un programa de atención farmacéutica a pacientes hipertensos en la Farmacia Comunitaria "Omar" en el distrito de Carmen de la Legua Reynoso. Tesis para optar el título profesional de Químico Farmacéutico. UNMSM. Lima Perú 2002. Tomado desde: [http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2002/gamarra\\_rh/pdf/gamarra\\_rh-TH.8.pdf](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2002/gamarra_rh/pdf/gamarra_rh-TH.8.pdf) el 10/04/2013.
60. Ayala KL, Condezo MK. Juárez EJ. Impacto del Seguimiento Farmacoterapéutico en la Calidad de Vida Relacionada a la Salud de Pacientes con Hipertensión Arterial. UNMSM. Ciencia e Investigación 2010; 13(2): 77-80. Disponible: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ciencia/v13\\_n2/pdf/a05v13n2.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ciencia/v13_n2/pdf/a05v13n2.pdf). El 17/07/13
61. Ocampo P. A. Impacto de un programa de atención farmacéutica sobre el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes hipertensos. *in crescendo* 1(2) 2010. Tomado desde: [http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S2222-30612010000200006&script=sci\\_abstract](http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S2222-30612010000200006&script=sci_abstract). El 02/03/2013.
62. Clopes A. Intervención Farmacéutica. En: Bonal J. et al. Ed. Farmacia Hospitalaria. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Desde: [http://sefh.interguias.com/libros/tomo1/Tomo1\\_Cap1.4pdf](http://sefh.interguias.com/libros/tomo1/Tomo1_Cap1.4pdf). Tomado el 20/05/05.
63. Clopes A. Intervenciones Farmacéuticas (parte II) Validación de la metodología utilizada para medir el impacto. *Farm. Hosp.* 2000; 24 (4): 2015- 2020.
64. Garção JA. Cabrita J. Evaluation of a Pharmaceutical Care Program for Hypertensive Patients in Rural Portugal. *J Am Pharm Assoc* 42(6):858-864, 2002. © 2002 American Pharmaceutical Association.

65. Oliveira Djenane ,Varela N. La investigación cualitativa en Farmacia: aplicación en la Atención Farmacéutica. Rev. Bras. Cienc. Farm. [serial on the Internet]. 2008 Dec [cited 2014 Aug 20] ; 44( 4 ): 763-772.  
Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-93322008000400024&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322008000400024&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-93322008000400024>.
66. Gonzales G. 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](http://cursos.puc.cl/unimit_qim_002-1/almacen/1220552779_ggonzale_sec4_pos0.pdf). El 16/08/2012.
67. Climente Martí M y Jiménez Torres NV. Manual para la Atención Farmacéutica. Tercera edición. Edita: Afahpe. Hospital Universitario DrPeset. Valencia, 2005.
68. Martínez M. y cols. La importancia de implementar un sistema de atención farmacéutica. México. Infármate. Año 4, Número 21-22. Septiembre-Diciembre 2008. Tomado desde: [www.infarmate.org](http://www.infarmate.org). Tomado el 17/08/2012.
69. Álvarez F.(1), Pedro Arcos González (2) y Laura Cabiedes Miragaya (3). La Nueva Atención Farmacéutica: Puede La Intervención Farmacéutica Mejorar La Eficiencia Terapéutica?. RevEsp Salud Pública 1995; 69: 277-282.
70. Aguas Y. De Miguel E. Fernández Llimós F. El Seguimiento Farmacoterapéutico Como Innovación En Las Farmacias Comunitarias De Badajoz (España). PharmacyPractice, january-march, año 2005/vol. 3, número 001 Centro de Investigaciones y Publicaciones Farmacéuticas Granada, España pp. 10-16.
71. Pires CF, Costa MM, Angonesi D, Borges FP. Demanda del servicio de atención farmacéutica en una farmacia comunitaria privada. PharmacyPractice 2006; 4(1): 34-37.
72. Chamorro RA. Chamorro RM. Conocimiento E Implantación Del Seguimiento Farmacoterapéutico Por El Farmacéutico .PharmacyPractice, abril- junio, año 2005 /vol. 3, número 002 Centro de Investigaciones y Publicaciones Farmacéuticas Granada, España pp. 98-102.
73. Universidad Nacional mayor de San Marcos. Editorial: La Atención Farmacéutica. Ciencia e Investigación. Lima. VolV(2)-2002. Tomado desde: [sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/ciencia/v05\\_n2/Pdf/a01.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/ciencia/v05_n2/Pdf/a01.pdf).
74. Soto V, Zavaleta S, Bernilla J. Factores determinantes del abandono del Programa de Hipertensión Arterial. Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” EsSalud, Chiclayo 2000. Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos. ISSN 1025 – 5583. Vol. 63, Nº 3 – 2002. Págs. 185 – 190

75. Congreso de la República del Perú. Ley General de Salud N°26842. Lima Julio 1997. En: Ministerio de Salud. Normas legales y administrativas que regulan el trabajo y la carrera de los profesionales de la Salud en el sector Salud. Oficina de Capacitación y Normas N°02. 2005. Tomado desde: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/RRHH/92\\_profsalud.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/RRHH/92_profsalud.pdf). El 17/08/2012.
76. Congreso de la República del Perú. Ley de Creación del Colegio Químico Farmacéutico del Perú. Diario Oficial El Peruano. Diciembre de 1964.
77. Congreso de la República. Ley de Trabajo del Químico Farmacéutico. Lima Febrero del 2004. En: Ministerio de Salud. Normas legales y administrativas que regulan el trabajo y la carrera de los profesionales de la Salud en el sector Salud. Oficina de Capacitación y Normas N°02. 2005. Tomado desde: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/RRHH/92\\_profsalud.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/RRHH/92_profsalud.pdf). El 17/08/2012.
78. Congreso de la República del Perú. Ley modificatoria de la Ley No. 15266, que crea el Colegio Químico Farmacéutico del Perú. Ley 26943. Diario Oficial El Peruano. 16 de Abril de 1998.
79. Ministerio de Salud. Reglamento de la ley de Creación del Colegio Químico Farmacéutico del Perú. Decreto Supremo N° 006-99-SA. Diario Oficial El Peruano. Diciembre de 1999.
80. Presidencia de la República. Modificatoria del Reglamento de la Ley 15266, Ley que crea el Colegio Químico Farmacéutico del Perú. DS 022-2008-SA. Diario Oficial El Peruano. Octubre de 2008.
81. Presidencia de la República. Reglamento de la Ley Ley 28173, Ley de Trabajo del Químico Farmacéutico del Perú. DS 008-2006-SA. Diario Oficial El Peruano. Octubre de 2006.
82. López, R; Kroeger, A. Morbilidad y medicamentos en Perú y Bolivia : Un estudio sobre morbilidad, uso de servicios de salud y consumo de medicamentos con una intervención educativa. Chimbote; Acción para la Salud; ago. 1990. 324 p. graf.
83. Sindicato Médico del Uruguay. El valor del medicamento: realidades y esperanzas de futuro. Mayo 2005. El Diario Médico N°65. Mayo de 2005. Tomado desde: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/eldiariomedico/n65/pag15.pdf>. El 28/08/2012.
84. 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.

85. Gaspar Carreño M. Seguimiento de la Intervención Farmacéutica en un hospital dedicado a la cirugía ortopédica traumatológica tras el establecimiento e implantación de un programa de atención farmacéutica. TESIS DOCTORAL. Universidad CEU Cardenal-Herrera Facultad de Farmacia. Departamento de Fisiología, Farmacología y Toxicología. Valencia España 2011.
86. 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](http://www.portalfarma.com/inicio/atencionfarmaceutica/forodeattfarma/Documentos/28_29_Atencion_farma.pdf). Tomado el 14/07/2012.
87. Hall-Ramirez V. Atención farmacéutica. Seguimiento del tratamiento farmacológico. Universidad de Costa Rica. Centro Nacional de Información de Medicamentos. Enero de 2003.
88. Culbertson, V.L., Larson, R.A., Cady, P.S., Kale, M., Force, R.W., “A conceptual framework for defining pharmaceutical diagnosis,” Am. J.Pharm. Educ., 61, 12-18(1997). Tomado desde: <http://archive.ajpe.org/legacy/pdfs/aj610112.pdf>. El 20/08/2014
89. Hurley SC. A Method of Documenting Pharmaceutical Care Utilizing Pharmaceutical Diagnosis. American Journal of Pharmaceutical Education Vol. 62, Summer 1998.
90. Ferriols R. Valoración de la Atención Farmacéutica en los problemas relacionados con los medicamentos. Presentado en XLIV Congreso Nacional SEFH. Septiembre 1999. Pamplona.
91. Calvo MV, Alós M, Giraldez J. Grupo de Trabajo Atención Farmacéutica. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Bases de la Atención Farmacéutica en Farmacia Hospitalaria. FarmHosp 2006; 30:120-3.
92. Sabater D, Silva M, FausDáder MJ. Método Dáder. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. Tercera edición, 2007.
93. Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Manual de Buenas Prácticas de Prescripción. 2005. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. — Lima. Disponible desde: <http://www.minsa.gob.pe/infodigemid>
94. Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Norma Técnica de Buenas Prácticas de Dispensación. Tomado desde: [www.digemid.minsa.gob.pe](http://www.digemid.minsa.gob.pe). El 13 de Julio de 2012.
95. Osterberg L. Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med 2005;353:487-97. Downloaded from [www.nejm.org](http://www.nejm.org) on November 18, 2009.

96. 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](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu08404.htm) El 18/07/2013.
97. Márquez E. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico en la diabetes mellitus. Centro de Salud la Orden, Huelva, España. En <http://www.fac.org.ar/tcvc/lave/c053/marquez.PDF>. Tomado el 06/02/13
98. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and Predictive Validity of a Self-Reported Measure of Medication Adherence. Medical Care, Vol. 24, No. 1 (Jan., 1986), pp. 67-74.
99. Comité de Consenso: Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM). ArsPharmaceutica, 43:3-4; 179-187, 2002.
100. Martínez A. 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.
101. Van Mil J.W.F. Pharmaceutical Care, the Future of Pharmacy. Theory, research and practice. Dissertation. Druk: Drukkerij De Volharding, Groningen.  
J.W.F. van Mil, Zuidlaren, 1999. Gezuit Monotype Spectrum (J. v. Krimpen/S.L. Hartz). ISBN: 90-9013367-4.
102. World Health Organization. Europe: Pharmacy-Based Hypertension Management Model: Protocol and Guidelines. A joint CINDI/EuroPharm Forum project 2005. EUR/04/5049481. ISBN WHOLIS: E85730.
103. Iñesta GA. Atención Farmacéutica, Estudios Sobre Uso De Medicamentos Y Otros. RevEsp Salud Pública 2001; 75: 285-290 N.º 4 - Julio-Agosto 2001.
104. Espejo J. Fernández-Llimós F, Machuca M. Faus MJ. Problemas relacionados con medicamentos: Definición y propuesta de inclusión en la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) de la Wonca. PharmaceuticalCare España 2002; 4: 122-127.
105. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. Seguimiento farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). PharmacyPractice 2006; 4(1): 44-53.
106. Machuca GM. Atención Farmacéutica, seguimiento fármaco terapéutico, Pharmaceuticalcare: es lo mismo?. Farmacoterapia Social. España 2006. Disponible desde: [www.farmacoterapiasocial.es/local/capitulo1.pdf](http://www.farmacoterapiasocial.es/local/capitulo1.pdf)

107. Barris D, Faus M J. An initiation in Dáder methodology in the pharmacotherapeutic monitoring in a community pharmac. *Ars Pharmaceutica*, 44:3; 225-237, 2003.
108. Vázquez V, Chacón J, Espejo J, Faus MJ. Resultados del seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria. *Pharmacy Practice*, july-september, año/vol. 2, número 003. 2004. Centro de Investigaciones y Publicaciones farmacéuticas Granada, España pp. 189-194.
109. Fajardo PC, Baena MI, Alcaide Andrade J, Martínez Olmos J, Faus MJ, Martínez-Martínez F. Adaptación del Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico al nivel asistencial de atención primaria. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(3): 158-164.
110. Bosworth HB, Olsen MK, Gentry P, Orr M, Dudley T, Mcant F. Nurse administered telephone intervention for blood pressure control: a patient-tailored multifactorial intervention. *Patient Educ Couns* 2005; 57: 5-14
111. Infecciones Respiratorias Agudas Disponible en: URL: [http://geosalud.com/enfermedades\\_infecciosas/IRA.htm](http://geosalud.com/enfermedades_infecciosas/IRA.htm).
112. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Documentos Básicos. Control de Infecciones Respiratorias Agudas. (Diciembre 1987, p.2.)
113. RAMÍREZ, L. El control de la IRA en niños”. *Revista Médica de Supervivencia Infantil. Infección Respiratoria Aguda*. Pág. 2
114. Correa JA, Gómez JF, Posada R. Fundamentos de pediatría. *Enfermedades infecciosas y respiratorias*. Corporación para investigaciones Biológicas. 1994; 2(2): 232 – 67 .
115. *Rev Cubana Farm* 2002, Manejo de las infecciones respiratorias agudas ;36(2):138-40 .  
disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/far/vol36\\_2\\_02/far10202.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/far/vol36_2_02/far10202.pdf)
116. Arrasco AJ, Gómez B J. Guía de investigación de brotes de infecciones respiratorias agudas e influenza. Lima 2007. Ministerio de Salud; Dirección General de Epidemiología.  
Tomado desde: <http://www.dge.gob.pe/influenza/PDF/doctecnicos/Guia%20de%20Investigacion%20de%20Brotos%20de%20Infecciones%20Respiratorias%20Agudas%20E%20Influenza.pdf> el 10\_12\_2012.
117. García M, Puig M, Mateu MS, Bonet M. Fuentes de información de medicamentos. En: Carnicero J (Coordinador). *La gestión del medicamento en los Servicios de Salud*. Informes SEIS (8). Pamplona: Sociedad Española de Informática de la Salud, 2008. <http://www.seis.es>



118. World Medical Association. Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subject. Edinburgh: 52nd WMA General Assembly (on line) URL disponibilidad in: [http://www.wma.net/e/policy/17-c\\_e.html](http://www.wma.net/e/policy/17-c_e.html) (fecha de acceso: 15 de julio del 2004).
119. Abba T. Basic and Clinical Immunology. St. Louis: Mosby Publisher; 2002.
120. Rosete D, Archundia F, Cabello C, Manjarrez M. Patogenia de las infecciones respiratorias por virus. Rev Inst Nat Enf Resp Mex 2002; 15(4): 239- 254.
121. Muñoz,C..Promoción de la adherencia al tratamiento antihipertensivo e implementación de un programa de atención farmacéutica a pacientes hipertensos del hospital regional Juan José Ortega, Coatepeque, Quetzaltenango  
 Universidad San Carlos Guatemala, Noviembre del 2012, citado en Julio del 2013
122. Cabiedes L. Eyaralar T y Colaboradores .Evaluación económica de la atención farmacéutica (AF) en oficinas de farmacia comunitarias (Proyecto Tomcor). Rev. Esp. Econ. Salud 2002; 1(4):45-59. Disponible en: [http://www.economiadelasalud.com/Ediciones/04/pdf/04\\_Originales.pdf](http://www.economiadelasalud.com/Ediciones/04/pdf/04_Originales.pdf) El: 21/07/2013
123. Rodríguez R, Sánchez N. Infecciones respiratorias agudas: aspectos clínicos y epidemiológicos, reporte técnico de vigilancia Vol. 5, No. 7 Noviembre 30, 2000 ISSN 1028-4338  
 disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/uats/rtv\\_files/rtv1100.htm](http://www.bvs.sld.cu/uats/rtv_files/rtv1100.htm)
124. Flores S, Trejo J, Reyes H, Pérez R, Guiscafré H, Guía clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las infecciones respiratorias agudas, enfermedades infecciosas, Cap 7 disponible en :  
[file:///C:/users/taty/downloads/infecciones%20respiratorias%20agudas.%20guia%20clinica%20imss%20\(1\).pdf](file:///C:/users/taty/downloads/infecciones%20respiratorias%20agudas.%20guia%20clinica%20imss%20(1).pdf)
125. Velasco GS. Seguimiento farmacoterapéutico ambulatorio en pacientes hipertensos de la Caja de Salud de Caminos y R. A. -Oruro. BIOFARBO [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2014 Sep 23] ; 16(1): 72-76. Disponible en:  
[http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1813-53632008000100013&lng=es](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1813-53632008000100013&lng=es).
126. Turner RB. The epidemiology, pathogenesis and treatment of the common cold. Seminars in Pediatric Infectious Disease Journal 1995 ; 6: 57
127. Vargas, M., Domecq, C. y Maureira, C. (1991) Análisis del grado de cumplimiento y de conocimiento del tratamiento entre los pacientes ingresados en un Servicio de Medicina. Rev de 101. la O.F.I.L., 1 (1); 2-10.

128. GUÍAS PARA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL ASMA: Diagnóstico del Asma en 103. el Adulto; Tratamiento del Asma Bronquial; Prevención del Asma Bronquial Alérgico;pronóstico, Evaluación y Metas del Manejo del Asma. (2004). Rev. chil. enferm. respir. 20; 3.
129. Papadopoulos N, Gourgiotis D, Javadyan A, Bossios A, Kallergi K, Psarras S, Tsolia M, Kafetzis D. Does respiratory syncytial virus subtype influences the severity of acute bronchiolitis in hospitalized infants? Respir Med 2004; 98(9):879-882.
130. OPS/OMS. Infecciones respiratorias agudas. Publicación científica #502. Washington. Noticias sobre IRA 2000; #89. Leer más: <http://www.monografias.com/trabajos32/infecciones-respiratorias/infecciones-respiratorias.shtml#ixzz3XEgIvxiI>
131. Dr. Bossio, JC.”Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud “Carlos G. Malbrán”. Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud, Argentina, Marzo de 2008.;6  
131 Anne Greenough, Directora de la UCI Neonatal en King’s College Hospital de Londres Gender differences in respiratory symptoms in 19-year-old adults born preterm;2015.
132. López R. (1990) estudio en cuatro ciudades: prevalencia 58%, Nebot R. y Llauger G. Lima, Mayo-Junio 1992: prevalencia 42%, Tello y Llovera. Chiclayo, 2005: prevalencia del 44%.

## ANEXOS

### ANEXO 7.1. Solicitud de permiso dirigido al establecimiento farmacéutico



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ANGELES  
CHIMBOTE

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

Chimbote, de octubre 2013

Señor(a): R.F. JUAN CARLOS AIRAC ARTEAGA  
Pte.

Asunto: Facilidades para realizar una investigación sobre  
Seguimiento Farmacoterapéutico.

De mi especial consideración.

Me dirijo a Usted de manera cordial para solicitarle por su intermedio las facilidades para que la Alumna *Cayetano Morillo Verónica*, Cod. ULADECH N° 0135070001 pueda desarrollar actividades de Seguimiento Farmacoterapéutico como parte de un proyecto de investigación que tiene por objetivo evaluar la utilidad de este servicio en la prevención, detección e intervención de problemas relacionados con medicamentos que pueden sufrir los pacientes que se atienden en el Servicio Farmacéutico que Usted dirige.

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

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

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

Atentamente:

  
Firma Q.F.

Teléfono de Contacto:

943-638722



ANEXO 7.3.Ficha FFT (hoja 6). Test para medir la adherencia al tratamiento. Test de Moriski.(antes)

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

COD° PACIENTE: 003 FECHA: 02/05/14

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

NOMBRE DEL PACIENTE:  003

FECHA: 02/05/14

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

OBSERVACIONES:

Podemos decir que es un paciente inaplicador

COD INTERV: 001

7.3 FICHAS FARMACOTERAPEUTICAS.

ANEXO N°7.3.1 Ficha FFT (Ficha1Parte1). Registro de la información del paciente, de su enfermedad de sus medicamentos y del medico prescriptor.

FICHA N°01. Información personal del paciente.

FICHA 01. INFORMACION PERSONAL DEL PACIENTE. Programa de Atención Farmacéutica.  
 EEFF/Centro/Puesto de Salud de: C.S. CD 15 Vico

COD° PACIENTE: 002 FECHA: 09 / 05 / 14

1.1.- DATOS PERSONALES

NOMBRE: Cluis  SEXO: H

DIRECCIÓN: San Cristóbal 4300 ZONA: Avenida

TELÉFONO DOMICILIO: 919 91442 OTRO (MAIL): vecha-227-100

FECHA DE NACIMIENTO: 21 / 04 / 80 EDAD: 34 AÑOS:

GRADO DE ESTUDIOS: ANALFABETO ..... PRIMARIA ..... SECUNDARIA ..... SUPERIOR: X.....

TIENE SEGURO SI: NO; SEGURO INTEGRAL (SIS): X ESSALUD: PRIVADO:  
 OTRO CUAL?:

EL SEGURO PRIVADO CUBRE LOS MEDICAMENTOS TOTALMENTE: SI: NO:

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

N°	NOMBRE DEL MEDICO	ESTABLECIMIENTO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO
	<u>Dra Cynthia Brangona</u>	<u>Hospital S. Ayacucho</u>	<u>Medicina</u>	<u>466 895</u>

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

NOMBRE DEL PROBLEMA DE SALUD, SIGNO O SINTOMA PERCIBIDO POR EL PACIENTE	Tiene Dx?	QUIEN LE DIAGNOSTICO?	TELÉFONO
<u>01 Intoxicación Aguda</u>	<u>Si</u>	<u>Dra Cynthia Brangona</u>	<u>466 895</u>
<u>02 dolor de estomago</u>	<u>No</u>	<u>-</u>	<u>-</u>
<u>03 dolor hepatico</u>	<u>No</u>	<u>-</u>	<u>-</u>

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





Ficha FFT (Ficha1Parte3). Registro de la información del paciente, De su enfermedad de sus medicamentos y del médico prescriptor.

1.7.- PARÁMETROS DE SEGUIMIENTO:

VISITA N°:	1	2	3	4
FECHA				
PRESIÓN ARTERIAL (en mm de Hg)	130/80	/	/	/
GLUCEMIA				
PESO (en Kg)	72			
TALLA (en cm)	1.60			
Temperatura (en °C)	37.2			
OTRO				

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

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

NOMBRE DE LA ENFERMEDAD*, ACCIDENTE O DAÑO	Tuvo Dx?	QUIEN LE DIAGNOSTICÓ?	TELÉF	Molesta ahora?
Quemadura brazo	Si	n	-	-
Accidente neurológico	No	-	-	-

\*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, contáralos como enfermedad actual.

1.9.- ANTECEDENTES FAMILIARES DE MORBILIDAD:

ENFERMEDAD	MADRE	PADRE	HERMANOS	OTROS
HIPERTENSIÓN				
DIABETES		X		
COLESTEROL			X	
OTRA:				

Observaciones: El paciente refiere antecedentes de morbilidad.

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

1.10.- HABITOS DE VIDA:

HABITOS:	DESCRIBIR:	INDICACIÓN DEL MEDICO AL RESPECTO
Uso de aceite al cocinar	Vegetal	-
Uso de sal al cocinar	Soda	-
Consumo de alcohol	VECES POR SEMANA: <u>1</u> NO: <u>  </u>	
Fuma cigarrillos o alguien en casa lo hace?	SI: <u>  </u> NO: <u>X</u> CANTIDAD AL DÍA: <u>  </u>	
Hace ejercicios:	CAMINA: <u>  </u> CORRER: <u>  </u> GIMNASIO: <u>  </u> PESAS: <u>  </u> BICICLETA: <u>  </u> OTRO: <u>X</u>	VECES POR SEMANA: <u>1</u>
Consumo de café	SI: <u>  </u> NO: <u>  </u> TAZAS DIARIAS: <u>  </u>	
Dieta:	SI: <u>X</u> NO: <u>  </u> Describir: <u>3 c3v/d</u>	

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

COO INTERV: 000



ANEXO N°7.3.4. Ficha FFT (hoja 1, continua). Registro de los medicamentos que el paciente consume para otras enfermedades concomitantes. Cuadro N°13.

**FICHA 02. HOJA DE INFORMACION FARMACOTERAPÉUTICA.** Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico, EEFF /Centro/Puesto de Salud de C.S. CAISPIED

PACIENTE COD. N°: 883 FECHA: 09/07/14  
 NOMBRE:

**2.1. MEDICAMENTOS QUE TOMA EL PACIENTE PARA OTRA ENFERMEDAD.**

Nombre 1: (Nombre Comercial, DCI, FF, CC) <u>compresol</u>	
1. ¿lo toma?	6. ¿cuánto toma?
2. ¿para qué? <u>sr</u>	7. ¿cómo lo toma? <u>1 tableta día</u>
3. ¿quién lo recetó? <u>gashis</u>	8. ¿hasta cuándo lo tomará? <u>antes de los curados</u>
4. ¿cómo le va? <u>bien</u>	9. ¿tiene dificultad para tomarlo? <u>se sienten bien</u>
5. ¿desde cuándo lo toma? <u>hace 15 días</u>	10. ¿siente algo extraño luego de tomarlo? <u>no</u>
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.

FICHA FFT (hoja 2, segunda parte). Registro de los medicamentos que el paciente mantiene en su botiquín.

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

Nombre 1:	
<i>Paracetamol 300 mg tab</i>	
1. ¿lo toma?	<i>aveces</i>
4. ¿cómo le fue?	<i>bien</i>
3. ¿para qué?	<i>fiebre</i>
10. ¿Sintió algo extraño?	<i>no</i>
Nombre 2:	
<i>Sulfamoxazol + triaceto pirina 800/160mg tab</i>	
1. ¿lo toma?	<i>no</i>
4. ¿cómo le fue?	<i>—</i>
3. ¿para qué?	<i>—</i>
10. ¿Sintió algo extraño?	<i>—</i>
Nombre 3:	
<i>raufidina 300 mg caP</i>	
1. ¿lo toma?	<i>no</i>
4. ¿cómo le fue?	<i>—</i>
3. ¿para qué?	<i>—</i>
10. ¿Sintió algo extraño?	<i>—</i>
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 estado 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.

OO INTERV: 009

ANEXO N°7.3.5. 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/Centro/Puesto de Salud de ..... C. I. Casiduco

PACIENTE COD. N°: 003      FECHA: 09/01/14

NOMBRE:  3

Percebe 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:
- OÍDOS, OJOS, NARIZ, GARGANTA:
- BOCA (llagas, sequedad...):
- CUELLO:
- MANOS (dedos, uñas...):
- BRAZOS Y MÚSCULOS:
- CORAZÓN:
- PULMÓN:
- DIGESTIVO: El paciente refiere dolor en el epigastrio cada vez que consume el ibuprofeno
- RIÑÓN (orina...):
- HÍGADO: El paciente refiere dolor hepático cada vez que consume el ibuprofeno.
- GENITALES:
- PIERNAS:
- PIÉS (dedos, uñas):
- MÚSCULO ESQUELÉTICO (gota, dolor espalda, tendinitis...):
- PIEL (sequedad, erupción...):
- ALTERACIONES PSICOLÓGICAS (depresiones, epilepsia...):
- PARÁMETROS ANORMALES (Tª, PA, colesterol...):
- TABACO:
- ALCOHOL:
- CAFÉ:
- OTRAS DROGAS:
- SUS HABITOS ANORMALES (ejercicio, dieta...):
- VITAMINAS Y MINERALES:
- VACUNAS:
- ALERGIAS MEDICAMENTOS Y/O SOSPECHAS DE RAM: Con el ibuprofeno ya que refiere dolor en el epigastrio
- Situaciones fisiológicas (y fecha):
- OBSERVACIONES:

COD INTERV: ...005...

ANEXO N°7.3.6. Ficha FFT (hoja 4 primera parte). hoja guía de intervención farmacoterapéutica.

**FICHA 04. HOJA GUIA DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA.**  
 Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Establecimiento Farmacéutico/Centro/Puesto de Salud de ..... Cosico ..... Chimbote/Trujillo 2009.

PACIENTE COD N°: 002  
 NOMBRE:

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

Nº	NOMBRE DEL MEDICAMENTO* O MORBILIDAD**	FFPP	DOSIS REC.	FREC. DE DOSIS/DIA	FECHA DE PRESCR.
01	<u>Ibuprofeno</u>	<u>tab</u>	<u>400</u>	<u>3v/d</u>	<u>07/05/14</u>

\*Si el PRM detectado involucra a todos los medicamentos, como errores de prescripción o almacenamiento de medicamentos, etc. En nombre de medicamentos debe consignarse todos.  
 \*\*Una morbilidad puede ser el origen de PRMs tales como I1 o I3.

4.2.- DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL PRM:

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

COD INTERV: 006

ANEXO N°7.3.7. Ficha FFT (hoja 4, segunda 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.	12
6		Inseguridad cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad cuantitativa de un medicamento.	

Fecha final de la intervención: 11/5/14

COMENTARIO:

El paciente un problema de Salud asociado a una inseguridad que tiene hace que se ca la cantidad del medicamento, porque es un efecto adverso del medicamento

ANEXO N°7.3.8. Ficha fft (hoja 4, tercera parte). Hoja guía de intervención farmacoterapéutica.

4.4. QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRIM.

Educación al paciente con medidas no farmacológicas, aconsejando al paciente que sus medicamentos lo han ayudado a sus cuidados y no más de 7 días.

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

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

COMENTARIO:

Se le recordó al paciente tener sus medicamentos siempre a su alcance y al paciente aceptar dicha recomendación.



ANEXO N°7.3.9. Ficha FFT (hoja 4, cuarta parte). Hoja guía de intervención farmacoterapéutica.

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

- 1. Verbal farmacéutico – paciente
- 2. Escrita farmacéutico – paciente
- 3. Verbal farmacéutico – paciente – médico
- 4. Escrita farmacéutico – paciente – médico
- 5. Directa farmacéutico – Médico

COD INTERV: 008

4.6. RESULTADO:

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

¿QUÉ OCURRIÓ CON LOS PRMs QUE NO SE RESOLVIERON?

V. definitivamente se resolvió con el PRM.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

- A) PEOR    B) IGUAL     C) MEJOR    D) CURADO

COD INTERV: 009

ANEXO N°7.3.11. Ficha FFT (hoja 6). Test para medir la adherencia al tratamiento. Test de morisky. (Despues de IFT)

FICHA 06. TEST PARA MEDIR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF/Centro/Puesto de Salud de CUM SINC.D.

COD° PACIENTE: 003 FECHA: 19/05/14

1.- ESCALA DE ADHERENCIA A LA MEDICACION (MAS) DE MORISKY- GREEN - LEVINE.  
Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico.

NOMBRE DEL PACIENTE:  003

FECHA: 19/05/14

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

OBSERVACIONES: El paciente refiere ser cumplidor de acuerdo al test verificado

COD INTERV: 010



## ANEXO 7.4. Tabla de estado de Situación

Pac	CIE	DIAG	comerc	dc	ff	dosis	frec dosis	dias tto	PRM	Descrip prm	Accion	COD INTERVEN	CANAL COMUN	ACCEPT	SOL	Descrip sol	RNM
1	J20	Bronquitis aguda	clambuvent expectorante	ambroxol + clenbuterol	liq	7.5 + 0.005	3	5									
1	J20	Bronquitis aguda	celebrex	celecoxib	sol	200	2	4									
1	J20	Bronquitis aguda	azitromax	azitromicina	sol	500	1	4	6	duplicidad entre azitromicina y penicilina benzatínica	Abandonar la administración de un determinado medicamento de los que utiliza el paciente	5	1	0	0	se le recomendo al paciente que no consuma este medicamento ya que tiene otro antibiotico de amplio espectro que es mas efectivo , y este medicamento azitromicina podria ocasionarle otros efectos adversos	2
1	J20	Bronquitis aguda	dexacort	dexametasona	liq	4	1	2									
1	J20	Bronquitis aguda	ab - broncol	ampicilina benzatínica	liq	1200	1	2									
1		Dolor muscular	miofedrol relax plus	diclofenaco + orfenadrina+ paracetamol	sol	50/75 / 500	1										
1		Fiebre	nastizol	clorfenamina+ pseudoefedrina paracetamol	sol	2 / 30 / 125	1										
1		Gastritis y duodenitis	omeprazol	omeprazol	sol	20	1	15	1	automedicacion del omeprazol	educacion del paciente en todas aquellas medidas higienico dieteticas que favorezcan la consecucion de los objetivos terapeuticos	9	1	0	0	se le dijo al paciente que no consuma medicamentos , sin que este haya sido prescrito por un medico , para evitar automedicacion y que se produzca algun efecto indeseados	2
1		Dolor de cabeza	Apronax	naproxeno	sol	550											
1		Dolor en los riñones	fenazopiridina	fenazopiridina	sol	100	2										
1		Infeccion de estomago	sulfametoxazol +trimetropin	sulfametoxazol +trimetropin	sol	800/160	2	5	1	automedicacion del omeprazol	educacion del paciente en todas aquellas medidas higienico dieteticas que favorezcan la consecucion de los objetivos terapeuticos	9	1	0	0	se le dijo al paciente que no consuma medicamentos , sin que este haya sido prescrito por un medico , para evitar automedicacion y que se produzca algun efecto indeseados	2
1		Ronquidos en el pecho															
1		Flema															
1		Tos															
1		Inapetencia															
2	J02	Faringitis aguda	amoxicilina	amoxicilina	sol	500	3	6	9	el paciente se olvida de tomar su medicamento amoxicilina	educacion en las instrucciones y precauciones para la correcta utilizacion y administracion del medicamento	7	1	1	1	Se le dijo a la paciente que no debe de dejar de consumir sus medicamentos , para ello se le dijo que hiciera en un papelote con letra grande cuando debia de consumir sus medicamentos a la fecha y hora indicada y pegarlo en su cuarto , para que el paciente vea y recuerde cuando tomar su medicamento	1
2	J02	Faringitis aguda	diclofenaco	diclofenaco	liq	75	1	3									

2	E11	Diabetes mellitus no dependiente de insulina	glibenclamida	glibenclamida	sol	5	2	90	10	interaccion entre glibenclamida y dexametasona	educacion del paciente en todas aquellas medidas higienico dieteticas que favorezcan la consecucion de los objetivos terapeuticos	9	1	1	1	se le informo al paciente que este medicamento (glibenclamida) estaba interaccionando , con el corticoide (dexametasona), aumentando el efecto del anti diabetico para ello se sugiri al paciente que cambie la frecuencia de tratamiento de sus dos medicamentos glibenclamida en las mañanas una tableta y dexametasona en ampolla en la tarde (por los 3 dias)	3
2	J02	Faringitis aguda	dexametasona	dexametasona	liq	4	1	3									
2		Sequedad de boca															
2		Dolor de espalda															
2		Faringitis aguda	ciprofloxacino	ciprofloxacino	sol	500	2	5									
3	J02	Faringitis aguda	dexametasona	dexametasona	iny	4	1	3									
3	J02	Faringitis aguda	diclofenaco	diclofenaco	liq	75	1	3	12	probabilidad de efectos adversos produciendole	educacion al paciente sobre a correcta administracion del medicamento	6	1	1	1	se le dijo a la paciente que el diclofenaco le esta ocasionando sed, debido a que esta dañando los riñones o el hígado ocasionando la sed y le aconsejamos que para su dolor use otro antiinflamatorio naproxeno	5
3	J02	Faringitis aguda	azitromicina	azitromicina	sol	500	1	5									
3		Ardor de pies															
4	J02	Faringitis aguda	dexametasona	dexametasona	liq	4	1	3									
4	J02	Faringitis aguda	azitromicina	azitromicina	sol	500	1	5									
4	J02	Faringitis aguda	paracetamol	paracetamol	sol	400	3	3	9	el paciente se olvida de tomar sus medicamento paracetamol	educacion en las instrucciones y precauciones para la correcta utilizacion y administracion del medicamento	7	2	1	1	Se le dijo a la paciente que no debe de dejar de consumir sus medicamentos , para ello se le dijo que hiciera en un papelote con letra grande cuando debia de consumir sus medicamentos a la fecha y hora indicada y pegarlo en su cuarto , para que el paciente vea y recuerde cuando tomar su medicamento	1
4		Dolor de espalda															
4		Dolor de espalda															
4		Gastritis y duodenitis	omeprazol	omeprazol	sol	20	1	15	1	automedicacion del omeprazol	educacion del paciente en todas aquellas medidas higienico dieteticas que favorezcan la consecucion de los objetivos terapeuticos	9	2	0	0	se le dijo al paciente que no consuma medicamentos , sin que este haya sido prescrito por un medico , para evitar automedicacion y que se produzca algun efecto indeseados	2
5	J03	Amigdalitis aguda	diclofenaco	diclofenaco	sol	100	1	3									
5	J03	Amigdalitis aguda	amoxicilina + acido clavulanico	amoxicilina + acido clavulanico	sol	500	2	5									
5	J03	Amigdalitis aguda	clindamicina	clindamicina	sol	300	4	5	9	el paciente se olvida de tomar su medicamento	educacion en las instrucciones y precauciones para la	7	1	1	1	Se le dijo a la paciente que no debe de dejar de consumir sus medicamentos , para ello se le dijo que hiciera en un	1

									clindamicina	correcta utilizacion y administracion del medicamento							papelote con letra grande cuando debia de consumir sus medicamentos a la fecha y hora indicada y pegarlo en su cuarto , para que el paciente vea y recuerde cuando tomar su medicamento	
5		Dolor de cabeza	naproxeno	naproxeno	sol	550	2	5										
5		Gastritis y duodenitis	omeprazol	omeprazol	sol	20	1	15	1	automedicacion del omeprazol	educacion del paciente en todas aquellas medidas higienico dieteticas que favorezcan la consecucion de los objetivos terapeuticos	9	1	0	0		se le dijo al paciente que no consuma medicamentos , sin que este haya sido prescrito por un medico , para evitar automedicacion y que se produzca algun efecto indeseados	2
6	J03	Amigdalitis aguda	amoxicilina	amoxicilina	sol	500	2	5										
6	J03	Amigdalitis aguda	diclofenaco	diclofenaco	liq	75	1	3										
6	J03	Amigdalitis aguda	ibuprofeno	ibuprofeno	sol	400	3	3										
6	J03	Amigdalitis aguda	clindamicina	clindamicina	sol	300	4	5	9	el paciente se olvida de tomar su medicamento clindamicina	educacion en las instrucciones y precauciones para la correcta utilizacion y administracion del medicamento	7	1	1	1		Se le dijo a la paciente que no debe de dejar de consumir sus medicamentos , para ello se le dijo que hiciera en un papelote con letra grande cuando debia de consumir sus medicamentos a la fecha y hora indicada y pegarlo en su cuarto , para que el paciente vea y recuerde cuando tomar su medicamento	1
6		Gastritis y duodenitis	omeprazol	omeprazol	sol	20	1	30	1	automedicacion del omeprazol	educacion del paciente en todas aquellas medidas higienico dieteticas que favorezcan la consecucion de los objetivos terapeuticos	9	1	0	0		se le dijo al paciente que no consuma medicamentos , sin que este haya sido prescrito por un medico , para evitar automedicacion y que se produzca algun efecto indeseados	2
6	M80	Osteoporosis en la columna	diclofenaco	diclofenaco	LIq	75	1											
7	J02	Faringitis aguda	ibuprofeno	ibuprofeno	sol	400	3	3										
7	J02	Faringitis aguda	paracetamol	paracetamol	sol	500	3	3										
7	I10	Hipertension arterial esencial (primaria)	ácido acetil salicilico	ácido acetil salicilico	sol	100	1	90										
7	I10	Hipertension arterial esencial (primaria)	amlodipino	amlodipino	sol	10	1	90										
7	I10	Hipertension arterial esencial (primaria)	losartán	losartán	sol	50	1	90										
7	J02	Faringitis aguda	clindamicina	clindamicina	sol	300	4	5	12	probabilidad de efectos adversos de molestias gastrointestinales	educacion al paciente sobre a correcta administracion del medicamento	4	1	1	1		se le dijo a la paciente que tome su medicamento despues sus comidas, y que use un antiacido (hidroxido de aluminio y magnesio) una cucharada media hora despues de los alimentos tres veces al dia para la molestias gastrointestinales	5
7	I10	Hipertension arterial esencial (primaria)	hidroclorotiazida	hidroclorotiazida	sol	25	1	90	12	probabilidad de efectos adversos calambres	educacion al paciente sobre a correcta administracion del medicamento	9	1	1	1		se le dijo a la paciente que consuma platanos por tener alto contenido de potasio, para contrarrestar el efecto adverso ocasionado por el diuretico hidroclorotiazida	5

8		Gastritis y duodenitis	omeprazol	omeprazol	sol	20	1	15	1	automedicacion del omeprazol	educacion del paciente en todas aquellas medidas higienico dieteticas que favorezcan la consecucion de los objetivos terapeuticos	9	1	0	0	se le dijo al paciente que no consuma medicamentos , sin que este haya sido prescrito por un medico , para evitar automedicacion y que se produca algun efecto indeseados	2
8	J20	Bronquitis aguda	mucotrin dilat	ambroxol + clenbuterol	liq	7.5 + 0.005	3	5									
8	J20	Bronquitis aguda	dextrometorfano	dextrometorfano	liq	150	3	3									
8	J20	Bronquitis aguda	claritromicina	claritromicina	sol	250	2	7	9	el paciente se olvida de tomar sus medicamento claritromicina	educacion en las instrucciones y precauciones para la correcta utilizacion y administracion del medicamento	7	1	1	1	Se le dijo a la paciente que no debe de dejar de consumir sus medicamentos , para ello se le dijo que hiciera en un papelote con letra grande cuando debia de consumir sus medicamentos a la fecha y hora indicada y pegarlo en su cuarto , para que el paciente vea y recuerde cuando tomar su medicamento	1
8	J20	Bronquitis aguda	acetaminofen	acetaminofen	sol	500	3	5	9	el paciente se olvida de tomar sus medicamento acetaminofen	educacion en las instrucciones y precauciones para la correcta utilizacion y administracion del medicamento	7	1	1	1	Se le dijo a la paciente que no debe de dejar de consumir sus medicamentos , para ello se le dijo que hiciera en un papelote con letra grande cuando debia de consumir sus medicamentos a la fecha y hora indicada y pegarlo en su cuarto , para que el paciente vea y recuerde cuando tomar su medicamento	1
9		Gastritis y duodenitis	omeprazol	omeprazol	sol	20	1	15	1	automedicacion del omeprazol	educacion del paciente en todas aquellas medidas higienico dieteticas que favorezcan la consecucion de los objetivos terapeuticos	9	1	0	0	se le dijo al paciente que no consuma medicamentos , sin que este haya sido prescrito por un medico , para evitar automedicacion y que se produca algun efecto indeseados	2
9	J02	Faringitis aguda	amoxicilina	amoxicilina	sol	500	3	5									
9	J02	Faringitis aguda	ibuprofeno	ibuprofeno	sol	400	3	5	9	el paciente se olvida de tomar sus medicamento ibuprofeno	educacion en las instrucciones y precauciones para la correcta utilizacion y administracion del medicamento	7	1	1	1	Se le dijo a la paciente que no debe de dejar de consumir sus medicamentos , para ello se le dijo que hiciera en un papelote con letra grande cuando debia de consumir sus medicamentos a la fecha y hora indicada y pegarlo en su cuarto , para que el paciente vea y recuerde cuando tomar su medicamento	1
9		Dolor de epigastrio															
10	J02	Faringitis aguda	dexametasona	dexametasona	liq	4	1	3									
10	J02	Faringitis aguda	paracetamol	paracetamol	sol	500	3	3									
10	J02	Faringitis aguda	clindamicina	clindamicina	sol	300	4	5	9	el paciente se olvida de tomar sus medicamento clindamicina	educacion en las instrucciones y precauciones para la correcta utilizacion y administracion del medicamento	7	1	1	1	Se le dijo a la paciente que no debe de dejar de consumir sus medicamentos , para ello se le dijo que hiciera en un papelote con letra grande cuando debia de consumir sus medicamentos a la fecha y hora indicada y pegarlo en su cuarto , para que el paciente vea y recuerde cuando tomar su medicamento	1
10		Gastritis y duodenitis	omeprazol	omeprazol	sol	20	1	15	1	automedicacion del omeprazol	educacion del paciente en todas	9	1	0	0	se le dijo al paciente que no consuma medicamentos , sin que este haya sido	2

										aquellas medidas higienico dieteticas que favorezcan la consecucion de los					prescrito por un medico , para evitar automedicacion y que se produzca algun efecto indeseados		
11	J20	Bronquitis aguda	azitromicina	azitromicina	sol	500	1	5									
11		Herida de piel	cefalexina	cefalexina	sol	500	4	7	1	automedicacion del omeprazol	educacion del paciente en todas aquellas medidas higienico dieteticas que favorezcan la consecucion de los objetivos terapeuticos	9	1	0	0	se le dijo al paciente que no consuma medicamentos , sin que este haya sido prescrito por un medico , para evitar automedicacion y que se produzca algun efecto indeseados	2
11	J20	Bronquitis aguda	dextrometorfano	dextrometorfano	liq	15	3	5									
11	J20	Bronquitis aguda	dexametasona	dexametasona	liq	4	1										
11	J20	Bronquitis aguda	paracetamol	paracetamol	sol	500	3	3	9	el paciente se olvida de tomar sus medicamento paracetamol	educacion en las instrucciones y precauciones para la correcta utilizacion y administracion del medicamento	7	1	1	1	Se le dijo a la paciente que no debe de dejar de consumir sus medicamentos , para ello se le dijo que hiciera en un papelote con letra grande cuando debia de consumir sus medicamentos a la fecha y hora indicada y pegarlo en su cuarto , para que el paciente vea y recuerde cuando tomar su medicamento	1
12	J02	Bronquitis aguda	dextrometorfano	dextrometorfano	liq	15	3	5									
12	J02	Bronquitis aguda	dexametasona	dexametasona	liq	4	1	2									
12	J02	Bronquitis aguda	paracetamol	paracetamol	sol	500	3	3									
12	J02	Bronquitis aguda	azitromicina	azitromicina	sol	500	1	5	9	el paciente se olvida de tomar sus medicamento azitromicina	educacion en las instrucciones y precauciones para la correcta utilizacion y administracion del medicamento	7	1	1	1	Se le dijo a la paciente que no debe de dejar de consumir sus medicamentos , para ello se le dijo que hiciera en un papelote con letra grande cuando debia de consumir sus medicamentos a la fecha y hora indicada y pegarlo en su cuarto , para que el paciente vea y recuerde cuando tomar su medicamento	1
12		Acidez estomacal	bismutol	subsalicilato de bismuto	sol	262	1	1	1	automedicacion del omeprazol	educacion del paciente en todas aquellas medidas higienico dieteticas que favorezcan la consecucion de los objetivos terapeuticos	9	1	0	0	se le dijo al paciente que no consuma medicamentos , sin que este haya sido prescrito por un medico , para evitar automedicacion y que se produzca algun efecto indeseados	2

ANEXO 7.5. Frecuencia de uso de los tipos de medicamentos utilizados

Tabla N° 04. Distribución de la frecuencia de uso de medicamentos según su origen prescrito y no prescrito durante el proceso de intervención. Programa de SFT a pacientes con Infección Respiratoria aguda. Desde la farmacia “FarmaQuimica”.Santa abril – julio 2014.

ORIGEN DEL MEDICAMENTO	CIE	DIAG	Denominación en DCI	CuentaDedCI	Fi	% acumu
PRESCRITOS	M80	Osteoporosis en la columna	diclofenaco	1	1	1.6
	J20	Bronquitis aguda	paracetamol	1	10	15.9
	J20		dextrometorfano	2		
	J20		dexametasona	2		
	J20		claritromicina	1		
	J20		celecoxib	1		
	J20		azitromicina	2		
	J20		ampicilina benzatínica	1		
	J20	Amigdalitis aguda	ambroxol + dembuterol	2	10	15.9
	J20		paracetamol	1		
	J03		diclofenaco	2		
	J03		amoxicilina	1		
	J03		clindamicina	2		
	J03		ibuprofeno	1		
	J03		amoxicilina + ácido clavulánico	1		
	J02	Faringitis aguda	paracetamol	3	17	27.0
	J02		ibuprofeno	2		
	J02		diclofenaco	2		
	J02		dexametasona	4		
	J02		clindamicina	2		
J02	azitromicina		2			
J02	amoxicilina		2			
J02	Bronquitis aguda	dextrometorfano	1	4	6.3	
J02		dexametasona	1			
J02		azitromicina	1			
J02		paracetamol	1			
I10	Hipertensión arterial esencial (primaria)	losartán	1	4	6.3	
I10		hidroclorotiazida	1			
I10		amlodipino	1			
I10		ácido acetil salicílico	1			
E11	Diabetes mellitus no dependiente de insulina	glibenclamida	1	1	1.6	
Sub total					47	74.6
NO PRESCRITOS		Tos		0	0	0
		Sequedad de boca		0	0	0
		Ronquidos en el pecho		0	0	0
		Infección de estómago	sulfametoxazol + trimetoprim	1	1	1.6
		Inapetencia		0	0	
		Herida de piel	cefalexina	1	1	1.6
		Gastritis	omeprazol	7	8	12.7
				0		
			subsalicilato de bismuto	1		
		Flema		0	0	
		Fiebre	clorfenamina + pseudoefedrina + paracetamol	1	1	1.6
		Faringitis aguda	ciprofloxacino	1	1	1.6
		Dolor muscular	diclofenaco + orfenadrina + paracetamol	1	1	1.6
		Dolor en los riñones	fenazopiridina	1	1	1.6
		Dolor de espalda		0	0	
	Dolor de cabeza	naproxeno	2	2	3.1	
	Ardor de pies		0	0		
Sub total					16	25.4
TOTAL				63	63	100

7

s

5.25

\*CIE10.- Código Internacional de Enfermedades versión 10

\*\*DCI.- Denominación común internacional

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

ANEXO 7.6. Fotos

ANEXO 7.6.1



Figura N°05. Frontis Farmacia Farmaquimica

FARMACIA  
"FARMAQUIMICA".

ANEXO 7.6.2



Figura N°06 Mapa de ubicación de la Farmacia Farmaquimica

ANEXO 7.6.3



FIGURA N°07. Paciente firmando la hoja de consentimiento

ANEXO 7.6.4



FIGURA N°08 .Llenado de las Fichas de Seguimiento Farmacoterapeutico a pacientes con infecciones respiratorias agudas



ANEXO 7.6.5



ANEXO 7.6.6



FIGURA N°09. Revisión de medicamentos-antes y después de IFT

ANEXO 7.6.6



Figura N°10. Educación al paciente sobre hábitos de vida saludable



Recojo de información para el análisis de EESS