



---

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE

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

EFECTO DE UN PROGRAMA PILOTO DE  
SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO SOBRE LA  
PERCEPCIÓN DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DEL  
FARMACÉUTICO EN PACIENTES CON INFECCIÓN  
RESPIRATORIA AGUDA. BOTICA LIAN FARMA,  
DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA,  
DEPARTAMENTO DE ANCASH, ABRIL - JULIO 2014.

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
QUÍMICO FARMACÉUTICO

AUTOR: Bach: Campos Cevallos Carmen Cecilia

COAUTOR: Dr. Percy Alberto Ocampo Rujel

CHIMBOTE- PERÚ  
2016

EFECTO DE UN PROGRAMA PILOTO DE  
SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO SOBRE LA  
PERCEPCIÓN DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DEL  
FARMACÉUTICO EN PACIENTES CON INFECCIÓN  
RESPIRATORIA AGUDA. BOTICA LIAN FARMA,  
DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA,  
DEPARTAMENTO DE ANCASH, ABRIL - JULIO 2014.

**JURADO EVALUADOR DE TESIS**

*Mgtr. Q.F. Jorge Luis Díaz Ortega*  
**Presidente**

*Mgtr. Q.F. Teodoro Walter Ramírez Romero*  
**Secretario**

*Mgtr. Q.F. Matilde Anais Matos Inga*  
**Miembro**

## AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA

El presente informe de tesis, me gustaría agradecerle en primer lugar a Dios por permitirme llegar hasta donde he llegado porque hizo realidad esta meta anhelada.

A mis padres Carlos y Betty por sacrificar gran parte de su vida para formarme como profesional que por sus sabios consejos, por los grandes valores que forjaron en mí, por su dedicación y amor, por su esfuerzo y sacrificio del día a día, por su humildad y sencillez ante los buenos y malos momentos, por confiar en mí y haber logrado esta meta juntos.

Agradezco a nuestros docentes que compartieron sus conocimientos y experiencias con cada uno de nosotros, debido a ello estamos muy agradecidos por tener la vocación de formar profesionales de calidad. A su vez quiero hacer un especial agradecimiento a mi asesor de tesis Dr. Percy Ocampo Rujel por brindarme su esfuerzo, dedicación, accesibilidad, conocimiento y experiencia para terminar este presente trabajo.

A mis mejores amigos por su apoyo y por la amistad incondicional que existe entre nosotros.

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

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles sus consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga.

Campos Cevallos Carmen Cecilia

## RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar el efecto de un programa piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre la percepción de la actividad profesional del farmacéutico en pacientes con Infección Respiratoria Aguda intervenidos en la Botica Lian Farma, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash, Abril - Julio 2014.

La muestra de pacientes fue monitoreada a través de un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico, basado en la modificación del método DADER cuenta con 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 30 PRMs (90.9%) y los no resueltos dejaron expuesto al paciente a la aparición de resultados negativos de la medicación (RNMs) que en su menoría pudieron ser: 3 (9.1%).

Se concluye que el programa es eficiente en el diagnóstico de PRMs y en la prevención de RNMs. La percepción comparada antes – después de la intervención indicaría un impacto muy significativo del SFT.

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

## ABSTRACT

The objective of the research was to determine the effect a Pilot Program Pharmacotherapy follow on the perception of the professional activity of the pharmacist in Patients with Acute Respiratory Infection surgery at the Botica Lian Farma, District of Chimbote, province of Santa, Department of Ancash, from April to July 2014.

The sample of patients was monitored through a program Pharmacotherapy follow, based on the modification of the method DADER it has six phases: recruitment, gathering information, evaluating information, intervention, monitoring and measuring results. pharmacotherapeutic records , test of adherence to treatment and perception of treatment: In each phase information specific tools and instruments collected.

12 patients were collected with a diagnosis of acute respiratory infections. In the first Pharmacy contact information it rose by a record of Pharmacotherapeutic monitoring. Each patient was evaluated in order to diagnose and treat each PRM found particularly. Then the patient will be followed by visits and phone calls to strengthen compliance with the indications calls.

30 PRMs (90.9%) were resolved and unresolved left exposed the patient to the appearance of negative medication (MRIs) in his youth could be: 3 (9.1%). Perception compared before - after intervention indicate a significant / no significant impact SFT.

It is conclude that the program is effective in diagnosing and preventing DRPs of MRIs. Perception compared before - after intervention indicate a very significant impact SFT.

**Keywords:** Pharmacotherapy follow (SFT) Drug Therapy (PRM), negative results Medication (RNM), Problems Acute Respiratory Infections.

# ÍNDICE

Pág. N°

<b>AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA</b>	iii
<b>RESUMEN</b>	iv
<b>ABSTRACT</b>	v
<b>I INTRODUCCIÓN</b>	01
1.1 Planteamiento del problema.....	02
1.2. Objetivos de la investigación.....	03
1.2.1. Objetivo general.....	03
1.2.2. Objetivos específicos.....	03
<b>II. REVISIÓN DE LA LITERATURA</b>	04
2.1. Antecedentes.....	04
2.1.1. La atención farmacéutica y el Seguimiento Farmacoterapéutico.....	04
2.1.2. Evolución del Seguimiento Farmacoterapéutico en el Perú.....	06
2.1.3. Antecedentes Epidemiológicos de Infección Respiratoria Aguda.....	07
2.1.4. Seguimiento Farmacoterapéutico y Percepción de la actividad profesional del farmacéutico.....	08
2.2. Marco teórico.....	10
2.2.1. Problemas Relacionados Con El Uso De Medicamentos (PRMS) y Resultados Negativos De La Medicación (RNM).....	10
2.2.2. Diagnóstico de problemas relacionados con medicamentos (PRM).....	14
2.2.3. La Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico: contribución del farmacéutico al mantenimiento de la salud pública.....	21
2.2.4. Percepción de la actividad profesional del farmacéutico.....	28
2.2.5. Infecciones Respiratorias.....	28
2.2.6. Botica Lian Farma.....	31
2.7. Hipótesis.....	31
<b>III.- METODOLOGÍA</b>	32
3.1 Diseño de la investigación.....	32
3.1.1. Tipo y el nivel de la investigación.....	32
3.1.2. Diseño de la investigación:.....	32
3.2. Población y muestra.....	32
3.3. Definición y operacionalización de las variables.....	33
3.3.1. Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT).....	33
3.3.2. Problemas relacionados con medicamentos (PRM).....	34
3.3.3. Resultados negativos asociados con la medicación (RNM).....	34

3.3.4. Medición de la Percepción de la Actividad profesional del farmacéutico.....	34
3.4. Técnicas e instrumentos.....	35
3.4.1. Técnica.....	35
3.4.2. Instrumentos.....	35
3.4.2.1. Fichas Farmacoterapéuticas (FFT).....	35
3.4.2.2. Instrumento para medir la Percepción de la actividad profesional del Farmaceutico.....	36
3.4.3. Procedimientos de recolección de datos.....	37
3.4.3.1. Procedimiento para oferta del servicio y captación de los pacientes.....	38
3.4.3.2. Levantamiento de información.....	39
3.4.3.3. Fase de estudio y evaluación de la información para la identificación de problemas relacionados con medicamentos y la estrategia de intervención.....	40
3.4.3.4. Fase de intervención y seguimiento fármaco.....	41
3.4.3.5. Evaluación del impacto de la intervención.....	41
3.5. Plan de análisis de los datos.....	41
3.6. Criterios éticos.....	43
<b>IV. RESULTADOS</b>	44
4.1. Resultados.....	44
4.2. Análisis de resultados.....	50
<b>V. CONCLUSIONES</b>	64
5.1. Conclusiones.....	64
5.2. Aspectos complementarios.....	65
<b>VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	66
<b>VII. ANEXOS</b> .....	74
ANEXO 7.1. Solicitud de permiso dirigido al establecimiento farmacéutico.....	74
ANEXO 7.2. Ejemplo de hoja de consentimiento informado firmada.....	75
ANEXO 7.3. Ejemplo de ficha farmacoterapéutica.....	76
ANEXO 7.4. Tabla de estado de situación.....	87
ANEXO 7.5. Fotos.....	93
Glosario De Términos.....	97



## Índice de cuadros

Pág. N°

Cuadro N°01.	Listado de problemas relacionados con medicamentos (PRM).....	11
Cuadro N°02.	Clasificación de los resultados negativos asociados con la medicación (RNM). Tercer Consenso de Granada. 2007. (Clasificación que le correspondía a los PRMs hasta el segundo consenso de Granada).....	12
Cuadro N°03.	Actividades de atención farmacéutica en el ejercicio profesional del farmacéutico comunitario.....	22
Cuadro N°04.	Clasificación de intervenciones farmacéuticas destinadas a prevenir o resolver resultados clínicos negativos de la farmacoterapia.....	27
Cuadro N°05.	Escala de La Percepcion de la actividad profesional del farmaceutico .....	37
Cuadro N°06.	Tipos de canales para comunicar las recomendaciones del farmacéutico para la solución de PRMs.....	40

## Índice de figuras

Pág. N°

Figura N°01.	Flujograma de la etapa de estudio y evaluación. Tomado de comité de consenso.....	19
Figura N°02.	Pasos clave del método DADER modificado de Seguimiento Farmacoterapéutico.....	26
Figura N°03.	Esquema del modelo de intervención farmacéutica.....	32
Figura N°04.	Flujograma de actividades de seguimiento farmacoterapéutico.....	39
Figura N°05.	ANEXO N° 7.5 Frontis de la Botica Lian Farma.....	93
Figura N°06.	ANEXO N° 7.6 Mapa de ubicación de la Botica Lian Farma.....	94
Figura N°07.	ANEXO N° 7.7 Ejemplo de paciente en la firma de la hoja de consentimiento informado.....	95
Figura N°08.	ANEXO N° 7.8 Revisión, limpieza de medicamentos. ....	95
Figura N°09.	ANEXO N° 7.9. Ejemplo de ordenamiento y conservación de los medicamentos en el botiquín.....	96

Tabla N°01.	Distribución de frecuencia y porcentajes según sexo y edad promedio durante el Programa de seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes con Infección Respiratoria Aguda intervenidos en la Botica Lian Farma del Distrito de Chimbote, Abril – Julio 2014.....	44
Tabla N°02.	Distribución de tiempos invertidos y cantidad de contactos entre farmacéutico - paciente durante el Programa de seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes con Infección Respiratoria Aguda intervenidos en la Botica Lian Farma del Distrito de Chimbote, Abril – Julio 2014.....	44
Tabla N°03.	Distribución frecuencia y porcentajes según los Problemas de Salud identificados durante el Programa de seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes con Infección Respiratoria Aguda intervenidos en la Botica Lian Farma del Distrito de Chimbote, Abril – Julio 2014.....	45
Tabla N°04.	Distribución de frecuencia y porcentajes según su origen en prescritos y no prescritos durante el Programa de seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes con Infección Respiratoria Aguda intervenidos en la Botica Lian Farma del Distrito de Chimbote, Abril – Julio 2014.....	46
Tabla N°05.	Comparativo de edad, numero de diagnósticos, numero de medicamentos utilizados , PRMs identificados y PRMS solucionado durante el Programa de seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes con Infección Respiratoria Aguda intervenidos en la Botica Lian Farma del Distrito de Chimbote, Abril – Julio 2014.....	47
Tabla N°06.	Distribución frecuencia y porcentajes según los Problemas Relacionados con Medicamentos durante el Programa de seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes con Infección Respiratoria Aguda intervenidos en la Botica Lian Farma del Distrito de Chimbote, Abril – Julio 2014.....	48
Tabla N°07.	Impacto del Seguimiento Farmacoterapéutico sobre el puntaje promedio del Test de Purdue realizado antes y después durante el Programa de seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes con Infección Respiratoria Aguda intervenidos en la Botica Lian Farma del Distrito de Chimbote, Abril – Julio 2014.....	49

## Índice de Gráficos

Pág. N°

Gráfico N°01	Porcentaje de los medicamentos usados para los problemas de salud identificados durante el Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes con Infección Respiratoria Aguda intervenidos en la Botica Lian Farma del Distrito de Chimbote, Abril - Julio 2014.....	47
-----------------	--	----

## I. INTRODUCCIÓN.

Los medicamentos, sobre todo a partir del problema con la talidomida a comienzos de los años sesenta deben cumplir requerimientos muy estrictos de seguridad y eficacia para aprobar su uso. Sin embargo hoy se sabe que a pesar de todos los estudios y fases previas de control la utilización masiva por parte de la población de estos medicamentos lleva en muchas ocasiones a la aparición de efectos colaterales negativos. Hasta tal punto que este uso incorrecto ocasiona pérdida de vidas humanas, daños a la salud y desperdicio de enormes cantidades de 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 morbilidad 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 Percepción de la actividad profesional del farmacéutico con los medicamentos en un país como el nuestro donde no existen sistemas de Farmacovigilancia desarrollados?

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 et al<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.

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) constituyen uno de los principales problemas de salud a nivel mundial en niños menores de 5 años por ser una de las primeras causas de

mortalidad y morbilidad. Los niños suelen padecer de 4 a 8 episodios de IRA en un año. Según estimados estas infecciones representan en este grupo etario, entre el 30% y el 50% de las visitas a los establecimientos de salud, así como entre el 20% y 40% de las hospitalizaciones pediátricas en la mayoría de los países en vías de desarrollo<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.

### 1.1. Planteamiento del problema.

En este escenario nace 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 para los pacientes, si no como herramientas farmacéuticas para el fortalecimiento de los Establecimientos Farmacéuticos como unidades de salud especializadas en la consultoría sobre el uso de medicamentos.

Específicamente la presente investigación estuvo orientada a describir ¿Cuál es el efecto de un programa piloto de seguimiento Farmacoterapéutico sobre la percepción de la actividad profesional del farmacéutico en pacientes con Infección Respiratoria Aguda intervenidos en la Botica Lian Farma, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash, Abril - Julio 2014.?

## 1.2. Objetivos de la investigación.

### 1.2.1. Objetivo general.

Determinar el efecto de un programa piloto de seguimiento Farmacoterapéutico sobre la percepción de la actividad profesional del farmacéutico en pacientes con Infección Respiratoria Aguda intervenidos en la Botica Lian Farma, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash, Abril - Julio 2014.

### 1.2.2. Objetivos específicos.

1.2.2.1. Evaluar el estado de situación del uso de medicamentos en los pacientes con Infección Respiratoria Aguda y diagnosticar los problemas relacionados con medicamentos existentes.

1.2.2.2. Intervenir a los pacientes que presentan Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs) mediante un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) para prevenirlos o curarlos.

1.2.2.3. Comparar el nivel de percepción de la actividad profesional del farmacéutico por parte de los pacientes con Infección Respiratoria Aguda antes y después de la intervención piloto.

## II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.

### 2.1. Antecedentes.

#### 2.1.1. Atención farmacéutica y seguimiento Farmacoterapéutico.

Las diversas intervenciones de AF desarrolladas basadas en SFT y realizadas en diversos ámbitos han evidenciado resultados positivos. Las intervenciones orientadas a mejorar la calidad de uso de los medicamentos y control de diversas entidades patológicas muestran resultados en ámbitos clínicos, humanísticos y económicos, ganancia en capacidades y empoderamiento de los profesionales farmacéuticos <sup>11</sup>.

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

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

En cuanto a los tipos de intervenciones realizadas, Sabater y et al <sup>24</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 <sup>17</sup> (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. 48 Así mismo de su utilidad como herramienta que mejora el nivel de control de morbilidad ocasionada por el uso de medicamentos en pacientes con patologías de curso diverso crónicas o agudas, transmisibles o no <sup>25,26,27,28,29</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>30,31,32,33,34,35</sup> .

En el Perú, en una búsqueda rápida en internet de las palabras clave SFT en pacientes con Infección Respiratoria Aguda en el Perú o AF en pacientes con Infección Respiratoria Aguda 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 et al<sup>36</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.

Machuca M <sup>37</sup>. En una investigación sobre SFT utilizando el método DADER mostro resultados en la ayuda que proporciona el seguimiento a los usuarios a la hora de entender la necesidad del tratamiento farmacológico y de su cumplimiento el cual obtuvo resultados en porcentajes del 99 y 98% respectivamente. En cuanto al papel profesional del farmacéutico, el 78.6% considera al farmacéutico colaborador del médico, mientras que el 11.6% piensa que lo sustituye<sup>18</sup>. Ocampo <sup>38</sup> en 2010, en una investigación para medir el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes hipertensos, 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).

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

La política de medicamentos del Perú del 2004 es el primer documento normativo que refiere a promover el desarrollo de la atención farmacéutica y el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Farmacia entre los profesionales farmacéuticos, tanto del sector público como privado<sup>39</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>40,41,42</sup>.

Según La Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud del Perú (DIGEMID)<sup>43</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>44</sup>.

### 2.1.3. Antecedentes epidemiológicos de Infección Respiratoria Aguda.

Según el MINSA <sup>45</sup> .En el Perú se viene produciendo cambios bruscos de temperatura en diversas regiones del país, a pesar encontramos en la etapa de verano, el clima de muchas ciudades registran cifras por debajo de lo normal produciéndose casos de infecciones respiratorias agudas y neumonías en la población menor de 5 años y adultos mayores, los principales afectados ante estos hechos anómalos. Comúnmente, es la sierra peruana la más afectada con las bajas temperaturas que llegan hasta los 0° C, acompañadas muchas veces por granizadas, heladas y nevadas, las cuales se conocen como “friaje”. Esto repercute en su mayoría, en la población de escasos recursos económicos que vive en zonas alejadas y muchas veces no cuenta con los medios para trasladarse a un establecimiento de salud. Este clima durará aproximadamente hasta el mes de agosto, y las temperaturas muy frías afectan principalmente a las regiones Puno, Cusco, Huancayo, Huanuco, Apurímac, Arequipa, Cajamarca, algunas zonas de Lima, entre otros, en donde la temperatura puede llegar hasta los - 20° C.

Esta situación se ve agravada en la sierra sur y algunas veces en la sierra central, con la caída de nevadas haciendo más compleja la situación adversa que condiciona negativamente la salud de las personas y el funcionamiento de los servicios de salud. La temporada de frío se ha presentado de manera recurrente en los últimos años en la sierra peruana, especialmente en el centro y sur, pero es en este año que se ha adelantado en algunas regiones del país, en donde la temporada de lluvias ha originado que también se presenten casos de afecciones graves a la salud por las inundaciones causadas. Estos hechos nos llevan a adoptar acciones dirigidas a minimizar los efectos sobre la salud de la población, especialmente en niños y adultos mayores.

Uno de los problemas más recurrentes en esta etapa de “friaje” son las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) en menores de 5 años, que representa un problema de salud pública y que su complicación más grave es la neumonía. Las infecciones respiratorias agudas son un grupo de enfermedades del aparato respiratorio causadas por microorganismos virales o bacterianos, las cuales se incrementan con relación al descenso de temperatura. Aunque el frío, en sí mismo, no es causante de enfermedad, existen hábitos y conductas asociadas a las bajas temperaturas que aumentan el riesgo de enfermarse. Las IRAS constituyen un importante problema de salud pública ya que ocupan en el país el

primer lugar dentro de las causas de morbilidad general y como demanda de atención médica entre los menores de 5 años, ya que se estima que tres de cada cuatro consultas que se otorgan en los servicios de salud para atender enfermedades infecciosas, corresponden a padecimientos respiratorios agudos. Se sabe que la IRA es la primera causa de muerte en todas las etapas de vida. La mayor incidencia y letalidad de esta infección se presenta en el grupo infantil, en el que la neumonía es responsable del mayor porcentaje de las defunciones. La Oficina General de Comunicaciones a través de un plan comunicacional, viene desarrollando diversas estrategias que permiten desarrollar que ayuden a informar a la población de las regiones afectadas, aspectos relacionados con las heladas, granizadas, nevadas y friaje, a fin de que adopten medidas para prevenir las enfermedades, especialmente que afectan mayormente a los niños menores de 5 años de edad y a los adultos mayores <sup>45</sup>.

Los casos de IRAS y neumonías, por sus antecedentes, se presentan todos los años en las distintas regiones del país, especialmente en la sierra sur y centro, pero además, la selva también viene registrando temperaturas por debajo de lo normal que han originado casos de estas enfermedades, especialmente en los menores de edad y adultos mayores. Los datos que muestra la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud en cuanto a la mortalidad infantil, dan cuenta que hasta mediados de marzo pasado, los casos en menores de cinco años llegaron a 6,368 y en 1,474 en los adultos mayores, siendo en menor número entre las edades de 5 a 59 años. Hasta la semana epidemiológica (SE) 11 del año 2010, los servicios de salud del país han notificado 594,578 atenciones por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en menores de 5 años, lo que representa 5,32 % menos comparado al mismo periodo del año 2009 y 14,84 % menos que el año 2008. El canal endémico de las IRA en la SE 11 se ubica en zona de alarma. En el periodo analizado del total de atenciones por IRA, el 1,7 % representan episodios de neumonías<sup>45</sup>.

#### 2.1.4. Seguimiento Farmacoterapéutico y Percepción de la actividad profesional del farmacéutico.

Es innegable que existe una percepción errada de la actividad profesional del farmacéutico por parte de la población. En este sentido, Rincon et al En un estudio realizado en Mérida Venezuela con el objetivo de evaluar la influencia de la Atención Comunitaria Farmacéutica como factor directo en el reconocimiento social y científico del Farmacéutico

reportan que casi la mitad de la población estudiada no tuvo contacto directo con el Farmacéutico y afirman no haberlo podido identificar cuando van a la Farmacia. Los autores concluyen que los pacientes califican como malo los servicios recibidos en las oficinas de farmacia y catalogan al Farmacéutico como un vendedor de medicamentos. Los investigadores sugieren que es necesario un programa de atención farmacéutica en las oficinas de farmacia de la región en donde se realizó el estudio<sup>46</sup>.

Según García-Delgado et al Utilizando una encuesta comunitaria para medir el grado de satisfacción de los pacientes con el servicio de seguimiento Farmacoterapéutico, los pacientes valoran este servicio con puntajes altos, de acuerdo a la escala de calificación de la encuesta y consideran que hay relación directa entre sus cambios de salud y el servicio de seguimiento Farmacoterapéutico. Así mismo, señalan que los pacientes tienen gran confianza en el farmacéutico que le hace el seguimiento y perciben que les ayudan a mejorar el conocimiento de los medicamentos que usan gracias a recibir apropiada información, que es valorada también de manera superlativa. Por otro lado consideran que el farmacéutico es un colaborador con el equipo de salud en el 79% de la muestra<sup>47</sup>.

Así mismo existen evidencias del impacto positivo del SFT sobre la percepción de la actividad profesional del farmacéutico. Ocampo, en una investigación para medir la efecto del programa de SFT en la detección y solución de problemas relacionados con medicamentos (PRM) y su impacto sobre la percepción que tienen los pacientes de la actividad profesional del farmacéutico, reporta que luego del trabajo que consistió en resolver 32 PRMs se solucionaron 27 PRMs (84.4%) y al medir el efecto del SFT sobre la percepción del paciente de la actividad profesional del farmacéutico antes – después de la intervención ésta fue significativa ( $p < 0.05$ ).

Chamorro et al En esta misma línea, luego de un estudio para valorar el conocimiento y la satisfacción de los pacientes incluidos en el programa Dáder concluyen que los pacientes en seguimiento Farmacoterapéutico conocen y valoran positivamente este servicio. La confianza en su farmacéutico fue la causa más importante para aceptarlo. Los pacientes quedaron bastante satisfechos con el seguimiento Farmacoterapéutico, valoran la profesionalidad y accesibilidad del farmacéutico, así como los resultados obtenidos<sup>48</sup>.

## 2.2. Marco teórico.

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

La consideración del medicamento como bien económico no siempre va en el mismo sentido que su percepción como bien social lo que ocasiona que los intereses económicos se antepongan a los sanitarios. Esto origina que frecuentemente se perjudique o ponga en riesgo la salud de las personas, en particular de las más vulnerables, creándose una permanente tensión entre atender las necesidades terapéuticas reales y la ampliación del mercado farmacéutico<sup>49</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>49</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>50, 51</sup>.

Strand y Hepler<sup>3, 52</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>52</sup>.

Blasco, Mariño et al<sup>53</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>51</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°01)<sup>51</sup>.

CUADRO N°01. Listado de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM)  
Modificado por Ocampo<sup>38</sup> del Método DADER de SFT.

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

Tomado de: Tercer Consenso de Granada<sup>51</sup>.

El consenso español considera a los Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) como la causa de resultados Negativos asociado al uso de medicamentos (RNM) y los RNM son considerados por la OMS como Morbilidad Farmacoterapéutica (MFT)<sup>54,55</sup>.

En el 2007 el Tercer Consenso de Granada<sup>51</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°02. Clasificación de Resultados Negativos Asociados con la Medicación (RNM). Tercer Consenso de Granada. 2007 (Clasificación que le correspondía a los PRMs hasta el Segundo Consenso de Granada)<sup>51</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.

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>51</sup>.

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>56</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>57</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>58</sup>.

Culbertson et al en 1997<sup>58</sup> citado por Hurley<sup>59</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>60</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>61</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.

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

El diagnóstico de PRMs como signos y síntomas de resultados negativos de la medicación (RNMs), demanda de los profesionales farmacéuticos el desarrollo de habilidades, Capacidades y competencias para identificarlos 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<sup>51</sup>.

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>51</sup> y la Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico del Método DADER <sup>62</sup> presentan 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 en 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>41</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 (PRM 4): Es la concomitancia en el uso de dos medicamentos que cumplen la misma función farmacológica sin ventajas terapéuticas. Por el contrario la duplicidad puede causar problemas debido a la sobre dosificación.

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

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

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

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

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

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

- g) Errores de dispensación (PRM 7): Los medicamentos deben, en la mayoría de los casos, ser dispensados tal como fueron prescritos en las recetas. Según norma vigente el Farmacéutico está facultado para ofrecerle al paciente una alternativa farmacéutica al medicamento prescrito, indicándole las diferencias de origen y precio<sup>30</sup>. 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.

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

Para su diagnóstico el Farmacéutico revisa con el paciente el documento emitido por el facultativo teniendo a la vista los medicamentos dispensados. Se analiza si la receta contiene los datos mínimos requeridos normativamente para que el paciente use apropiadamente los medicamentos y si los medicamentos son coherentes farmacológicamente con el diagnóstico<sup>63</sup>.

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

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

- i) Incumplimiento o No Adherencia al tratamiento prescrito (PRM 9): Se utiliza la definición de Haynes citado por Basterra<sup>16</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>64</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>65, 66</sup>.

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

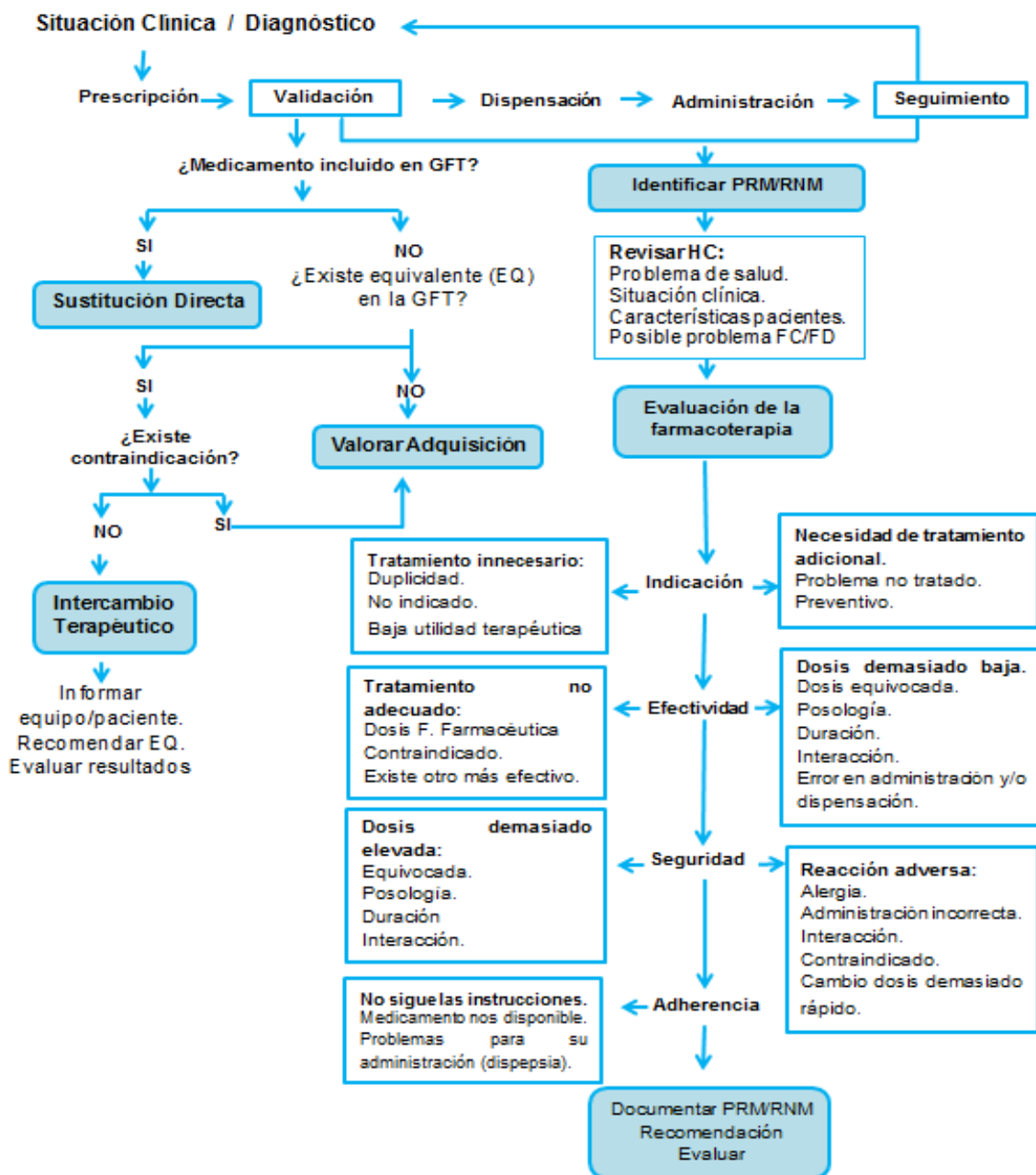
La evaluación de la interacción es compleja y debe primar el criterio de costo beneficio de la administración conjunta, frente a otras alternativas terapéuticas<sup>25</sup>.

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 automedicado que necesita prescripción el problema se tipifica como error de medicación (PRM 1).

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

Figura N° 01. Flujograma de la etapa de estudio y evaluación. Tomado de Comité de Consenso <sup>14, 25, 56</sup>.



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.

- 1) Potenciales reacciones adversas (PRM 12): Son aquellos problemas de salud causados o agravados por el medicamento. Conviene revisar la evidencia científica que existe sobre la probabilidad de manifestación de un determinado efecto indeseado, así como su gravedad. Es preciso establecer cuáles son los signos clínicos que permiten identificar la aparición de los efectos indeseados de un medicamento. También es conveniente revisar resultados de análisis clínicos que puedan estar alteradas por causa del medicamento <sup>62</sup>.

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

- m) Problema de salud insuficientemente tratado (PRM 13): El farmacéutico puede identificar este problema preguntándole al paciente: ¿Cuándo toma los medicamentos se siente mejor, igual o peor? Respuestas igual o peor denotan malestar en el paciente y un signo inefectividad 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>51</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>38</sup>. Los PRMs incluidos se definen a continuación:

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

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

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

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

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

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

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) definieron en 1993 que la misión de la práctica farmacéutica debe ser: suministrar

medicamentos, otros productos y servicios para el cuidado de la salud y ayudar a la sociedad para que sean usados de la mejor manera posible<sup>67</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 promociona el concepto de Atención Farmacéutica (AF) como un conjunto de servicios farmacéuticos dirigidos al paciente que van desde el control de calidad de la prescripción hasta actividades de Farmacovigilancia<sup>68, 51, 69</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° 03. Actividades de Atención Farmacéutica en el ejercicio profesional del farmacéutico comunitario.

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

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, 53</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 se define “atención” como “la responsabilidad individual de alguien para entregar bienestar y seguridad”, mientras que un servicio implica simplemente funciones o actividades<sup>70</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>70, 71, 72</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>51, 73, 74,75</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>72,76</sup>.

La definición de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), tal como se propone en el tercer consenso sobre Atención Farmacéutica de España en 2006,<sup>51</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>76</sup> actualmente los términos: Atención Farmacéutica (AF), Intervención Farmacéutica (IF) y Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) se usan indistintamente en las diferentes investigaciones sobre el tema para indicar una misma actividad orientada a asegurar calidad y prevenir el riesgo en el consumo de medicamentos por parte de los pacientes.

Según Martí y Jiménez<sup>77</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 et al<sup>52</sup>. y c) El método de Seguimiento Farmacoterapéutico DADER de Dáder et al desarrollada desde la Universidad de Granada en España<sup>11</sup>. Existen así mismo otros métodos propuestos como el método IASER desarrollado por Climenti y Jiménez<sup>70</sup>.

En esta investigación se utiliza como modelo de SFT una modificación del método DADER<sup>62,78</sup>. Desarrollado por Ocampo<sup>38</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 con infección respiratoria.

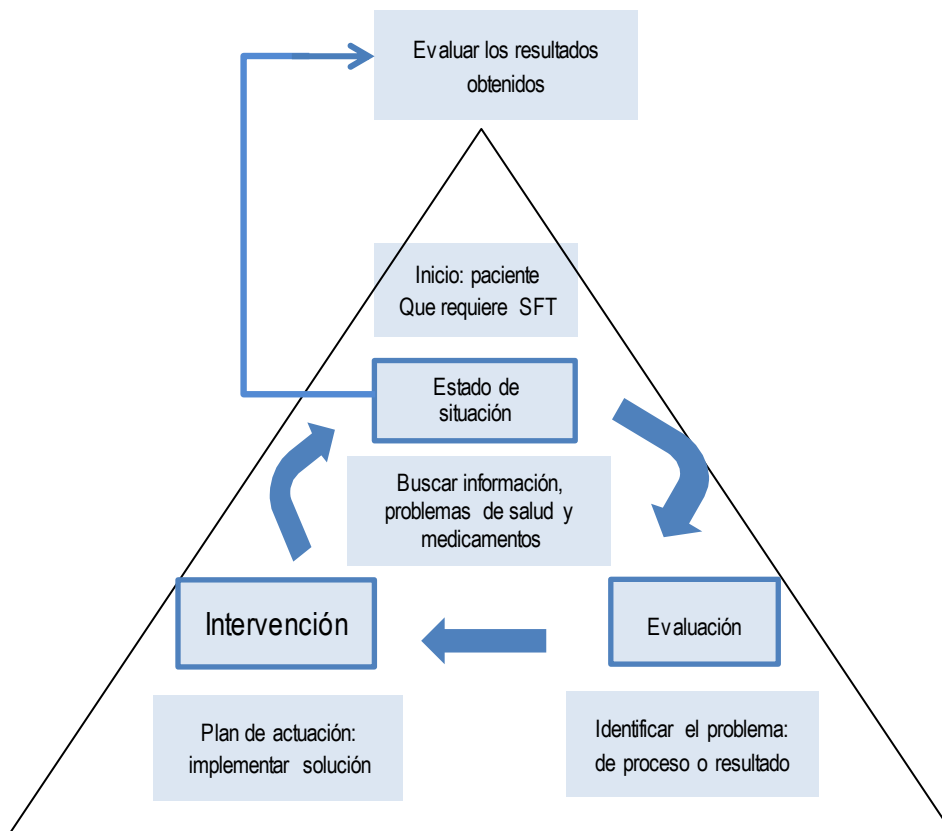
El Método DADER nació en 1999 como propuesta del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. Intenta ser una herramienta sencilla y de fácil aplicabilidad sin perder el rigor de un procedimiento operativo normalizado. Según los autores el modelo pretende ser universal para la prestación del Seguimiento Farmacoterapéutico en cualquier ámbito asistencial, independientemente del tipo de paciente y por cualquier fármaco<sup>78</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>77, 78,79</sup>. Sin embargo tal como lo proponen el Grupo de Investigación de la Universidad de Granada<sup>78</sup> y Deselle y et al<sup>26</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>38</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.

Tanto en el método DADER<sup>11</sup> como en la versión modificada por Ocampo<sup>38</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).

Figura N° 02. Etapas Clave del proceso de Seguimiento Farmacoterapéutico modificado de DADER <sup>38</sup>.



Tomado de: P. Ocampo<sup>38</sup>

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>78</sup>.

El objetivo del SFT, independiente del modelo, es dar solución a los PRMs a través de intervenciones farmacéuticas efectivas. Sabater et al <sup>24</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>24</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° 04. Clasificación de intervenciones farmacéuticas destinadas a prevenir o resolver resultados clínicos negativos de la farmacoterapia.

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

Tomado de Sabater et al<sup>24</sup>.

#### 2.2.4. Percepción de la actividad profesional del farmacéutico - satisfacción del paciente con las indicaciones del farmacéutico (PURDUE).

La variable satisfacción del paciente con las indicaciones del farmacéutico se definió como la aprobación final por parte del usuario de la calidad de la atención farmacéutica y refleja la habilidad del proveedor para cumplimentar las necesidades de los pacientes-usuarios <sup>80</sup>. La medición de la variable fue utilizada como indicador de la calidad percibida de los servicios farmacéuticos.

La variable se determinará antes y después de la intervención mediante el instrumento The Purdue Pharmacist Directive Guidance scale (PPDG) <sup>81, 82,83</sup>.

#### 2.2.5. Infecciones Respiratorias Agudas.

Los procesos infecciosos constituyen el motivo de consulta más frecuente en medicina general de familia y en pediatría. Las enfermedades infecciosas son la patología aguda más frecuente en atención primaria, ya que suponen una de cada tres consultas en pacientes adultos y hasta el 75% de las consultas en pediatría <sup>84</sup>. Las infecciones respiratorias agudas (IRAs), son las causas más frecuentes de morbilidad en el mundo y de elevada mortalidad particularmente en los países en desarrollo. Es el conjunto de alteraciones morfo funcionales y productivas causadas por la presencia y multiplicación de un agente microbiano patógeno (virus, bacterias), en unas condiciones determinadas.

Si bien se han realizado diversos estudios epidemiológicos para conocer la incidencia real de la patología infecciosa <sup>84,85</sup>. Es fundamental conocer su etiología, patogenia y evolución, para poder formular un diagnóstico correcto que permita, a su vez, un tratamiento concordante. La etiología de las IRAs está dada por un grupo variado de diversos agentes, tanto bacterianos, como virales, que ocasionan enfermedad con sintomatología similar. Entre las bacterias que causan estas infecciones se pueden mencionar: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* <sup>84</sup>.



Entre un 80 a 90 % se consideran a los virus como la causa más común de infecciones del tracto respiratorio, tanto en la población infantil, como en los adultos, además, en ser en los menores, la principal causa en países desarrollados, y la mayor causa de muerte en los países en desarrollo<sup>86</sup>.

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

Hoy estamos convencidos de que las enfermedades son el resultado de la interacción causal entre diversos factores biológicos, ambientales y sociales<sup>84</sup>, que como sabemos, anuncian el peligro de la ruptura del equilibrio que representa la salud. Durante los últimos años existía gran optimismo a nivel mundial, pues se pensaba que la lucha contra las enfermedades infecciosas estaba ganada, pero, actualmente, han ocurrido cambios que han propiciado la aparición y resurgimiento de muchas de ellas que eran consideradas ya un mito<sup>84, 87</sup>.

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

La gran mayoría de estos estudios constata que los problemas en el uso de antibióticos son, por un lado, la sobreutilización y, por otro, la selección inadecuada del principio activo, que se desplaza hacia los antimicrobianos de mayor espectro, lo que comporta un aumento de las resistencias microbianas <sup>88</sup>. Consiste en la prescripción de una receta de ATB para ser utilizada en caso de que los síntomas persistan o empeoren al cabo de unos días, se puede realizar una receta al paciente en la consulta inicial para que sólo lo adquiera en la oficina de farmacia en caso de no mejorar o bien indicando al paciente que acuda de nuevo al centro de salud a recoger la receta en el plazo establecido.

El uso diferido de antibióticos puede considerarse, por tanto, como una estrategia factible y útil para disminuir el uso de ATB en procesos infecciosos auto limitados y no complicados como la faringitis, la otitis o bronquitis aguda no complicada, y puede considerarse una forma de mostrar a los pacientes que los ATB no siempre son necesarios, manteniendo su satisfacción.

Según estudios, el motivo más frecuente de prescripción de antibióticos fue la amigdalitis (18,8%), seguido de otitis, bronquitis, faringitis, neumonía, sinusitis y agudización de EPOC. Si tenemos en cuenta la edad del paciente, se observa que el diagnóstico más frecuente en las edades inferiores son amigdalitis y otitis, de los 19 a los 45 años, el diagnóstico más frecuente fue amigdalitis seguido de faringitis, a partir de los 46 años, las infecciones más habituales que conlleva la prescripción de antibióticos son bronquitis <sup>86</sup>.

Los antibióticos más prescritos son las aminopenicilinas (18,9%), amoxicilina-clavulánico (16,8%) y macrólidos (9,9%). Penicilinas y aminopenicilinas fueron los antibióticos más utilizados en amigdalitis y faringitis; cefalosporinas en otitis; amoxicilina-clavulánico en sinusitis, macrólidos en bronquitis. La pauta posológica más frecuentes fue cada 8 horas en más de la mitad de los pacientes, seguida por las pautas cada 12 horas y 24 horas; y la duración del tratamiento 7-8 días <sup>77, 88</sup>.

El principal problema manifestado en relación con el uso de antimicrobianos ha sido el de la aparición de resistencias bacterianas, capaz de hipotecar en el futuro la actual eficacia del tratamiento antibiótico, Otros problemas señalados han sido la automedicación, frecuentemente asociada al almacenaje de antibióticos en los domicilios, y el incumplimiento terapéutico <sup>88</sup>.

#### 2.2.6. Botica Lian Farma.

La presente investigación se llevó a cabo en la Botica “Lian Farma” .La botica está ubicada en el distrito de Chimbote, en la zona Panamericana Norte – Santa cruz frente al Colegio Politécnico. La población de la zona de influencia puede catalogarse como del nivel socioeconómico medio. Para el servicio profesional la Botica cuenta con la presencia de 1 Farmacéutico y 1 técnico en farmacia. Ofrece la dispensación de medicamentos genéricos, de marca, medicamentos con receta médica y otros artículos relacionados.

La Botica atiende diariamente un promedio de 40 pacientes. Las patologías más frecuentes para las cuales se dispensan los medicamentos son: (las primeras 5 patologías) La Botica Lian Farma 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 Fármaco-vigilancia, BP de Seguimiento Farmacoterapéutico.

#### 2.2.7. Hipótesis.

De la evidencia planteada en los antecedentes se puede afirmar a priori que El Programa Piloto de Seguimiento Farmacoterapéutico tendrá un efecto positivo significativo sobre la percepción de la actividad profesional del farmacéutico en pacientes con Infección Respiratoria Aguda intervenidos en la Botica Lian Farma, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash, Abril - Julio 2014.

### III. METODOLOGÍA.

#### 3.1. Diseño de la investigación.

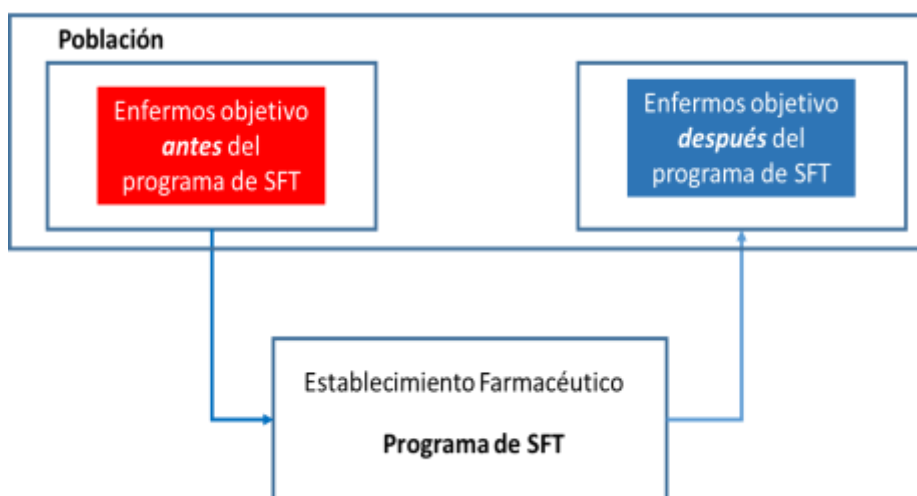
##### 3.1.1. Tipo y el nivel de la investigación.

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 <sup>38</sup>

#### 3.2. Población y muestra.

El universo de sujetos de estudio estuvo conformado por pacientes atendidos de manera regular en la Botica Lian Farma, los pacientes se autoseleccionaron entre aquellos que visitaron el EF en los meses de Abril a Julio del 2014 y cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron libremente ingresar al programa de SFT mediante la firma de un documento de consentimiento informado. El número final de los pacientes de la muestra fue arbitrariamente en 12 pacientes.

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

- Pacientes diagnosticados con Infección Respiratoria Aguda.
- Edad entre 18 y 60 años.
- Con receta vigente para la enfermedad objetivo de antigüedad no mayor de tres meses.
- Consentimiento explícito a través de un documento firmado.
- Capacidad de comunicación en idioma español de manera fluida escrita y hablada.
- Autosuficientes, es decir la toma de medicación no dependió de terceros.

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

- Capacidad disminuida para comprender o comunicarse.
- Pacientes cuya situación patológica pueda interferir en la interacción con el fármaco.
- Pacientes participantes en otros estudios de investigación o en programas al mismo tiempo de la intervención de SFT.
- Imposibilidad de otorgar consentimiento informado.

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

3.3.1. Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT): es una práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades de los pacientes mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con el uso de medicamentos (PRM) <sup>71</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>71, 74</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 de la 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.

3.3.2. Problemas relacionados con medicamentos (PRM): Situaciones que en el proceso de uso de medicamentos causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación. En la presente investigación utilizaremos como base el listado modificado de PRM sugerido por el tercer consenso de Granada <sup>51</sup>. (Cuadro N° 05).

El diagnóstico de PRMs fue 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.

3.3.3. Resultados negativos asociados con la medicación (RNM). Se definen como sospechas de RNM a la situación en la que el paciente está en riesgo de sufrir un problema de salud asociado al uso de medicamentos, generalmente por la existencia de uno o más PRM, a los que podemos considerar como factores de riesgo de este RNM.<sup>51</sup> (Cuadro N° 02). La identificación de los RNMs será por interpretación del PRM asociado y su registro como un evento diferente e individual en las tablas de frecuencias. Cada paciente presenta tantos RNMs como PRMs sean diagnosticados.

3.3.4. Medición de la Percepción de la Actividad profesional del farmacéutica. La variable satisfacción del paciente con las indicaciones del farmacéutico se definió como la aprobación final de la calidad de la atención farmacéutica y refleja la habilidad del proveedor para cumplimentar las necesidades de los pacientes-usuarios <sup>80</sup>. La medición de la variable fue utilizada como indicador de la calidad percibida de los servicios farmacéuticos. La variable se determinó mediante el instrumento The Purdue Pharmacist Directive Guidance scale (PPDG) <sup>81, 82, 83</sup>.

3.3.5. Definición operacional: La Percepción de la actividad profesional del farmacéutico el instrumentos que se utiliza para su medición es el test de purdue es cual cuenta de 10 preguntas con respuestas según escala de Lickert cuyo puntaje ordinal va del 0 al 3, significando entonces un puntaje de 30 como de total satisfacción y 0 como total insatisfacción del paciente <sup>81, 82, 83</sup>.

### 3.4. Técnicas e instrumentos.

#### 3.4.1. Técnica.

El Seguimiento Farmacoterapéutico se condujo a través de la técnica de la entrevista personal, la conversación telefónica y la 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>78</sup>.

#### 3.4.2. Instrumentos.

##### 3.4.2.1. Fichas Farmacoterapéuticas (FFT) (Anexo N° 7.3.7.).

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

Se utilizó este instrumento en las 5 fases del SFT. El registro de la información en las FFT se realizó de acuerdo a las indicaciones de la Guía para el Seguimiento Farmacoterapéutico del método DADER <sup>78</sup>.

Las fichas farmacoterapéuticas permiten además identificar y describir a los PRMs identificados durante la fase de diagnóstico mediante la interacción con el paciente. En la hoja 4 de la FFT se escribe el o los medicamentos origen del PRM y/o la morbilidad asociada. Luego se identifica la naturaleza del PRM que aparece en casillas identificado con un número (Ver Anexo N°7.3).

Se utiliza una hoja 4 por cada PRM identificado. Es decir al final un paciente puede ser diagnosticado con más de un PRM y por lo tanto su expediente personal contendrá más de una hoja cuatro.

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

Así mismo las FFT permiten registrar el Resultado Negativo de la Medicación relacionado con el PRM. Como se dijo anteriormente un paciente pudo ser diagnosticado con más de un PRM, por lo tanto pudo tener más de un RNM que debe estar identificado en la tabla de RNMs de la Hoja 5 de las FFT (ver anexo N°7.3).

#### 3.4.2.2. Instrumento para medir la Percepción de la actividad profesional del Farmaceutico.

La variable se determinó mediante The Purdue Pharmacist Directive Guidance Scale (PPDG) propuesta por Gupchup et al <sup>81,82,83</sup>. El test (ver cuadro N°05) consta de una escala de 10 ítems. Las respuestas se valoraron de acuerdo a una escala tipo Likert de 3 puntos que van desde 0 a 3, donde 0 significa nunca, 1= algunas veces, 2 =casi siempre, 3 = siempre. Sumando las respuestas de cada ítem obtuvimos la puntuación total. La medición se realizó al inicio y al final de la intervención. Como resultado de un ensayo previo se modificaron la sintaxis y las palabras utilizadas en el instrumento original para añadirle mayor comprensión para el paciente.



CUADRO N°05 ESCALA DE LA PERCEPCION DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DEL FARMACEUTICO TEST DE PURDUE MODIFICADO PARA DETERMINAR LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON LAS INDICACIONES DEL FARMACÉUTICO.

N°	PREGUNTA	Preguntas antes				Preguntas después			
		0	1	2	3	0	1	2	3
1	El farmacéutico se toma todo el tiempo que sea necesario para evaluar su problema?								
2	Su farmacéutico le ha dejado alguna información sobre como tomar sus medicamentos?								
3	El farmacéutico le ha explicado como sospechar si el medicamento le está chocando?								
4	Su farmacéutico le ha recalcado sobre la forma como debe manejar su terapia sin recriminarle si estuvo bien o mal?								
5	Su farmacéutico sabe cómo explicar las cosas de una forma que asegure que usted siempre las entienda.								
6	Cuando ha tenido alguna duda sobre como tomar sus medicamentos el farmacéutico siempre ha estado a su disposición?								
7	Su farmacéutico lo ha visitado de manera regular para verificar si ha seguido las indicaciones dejadas.								
8	Su farmacéutico le ha dicho a quién debe contactar si necesita alguna ayuda con el manejo de los medicamentos y su enfermedad.								
9	El farmacéutico se interesa mucho en mi como persona.								
10	Su farmacéutico le ha motivado para que usted asuma su responsabilidad con respecto al éxito de la toma de sus medicamentos.								
		0=nunca, 1= algunas veces, 2=casi siempre, 3= siempre							

Modificado de The Purdue Pharmacist Directive Guidance Scale (PPDG) propuesta por Gupchup et al<sup>83</sup>.

3.4.3. Procedimiento de recolección de datos.

Los datos se recolectaron durante el programa de Seguimiento Farmacoterapéutico, cuyo proceso se esquematiza en la Figura N°04. En esencia se sigue el procedimiento sugerido en el método DADER<sup>78</sup> con la modificación de la terminología y el anexo de otros datos que son útiles para nuestra realidad.

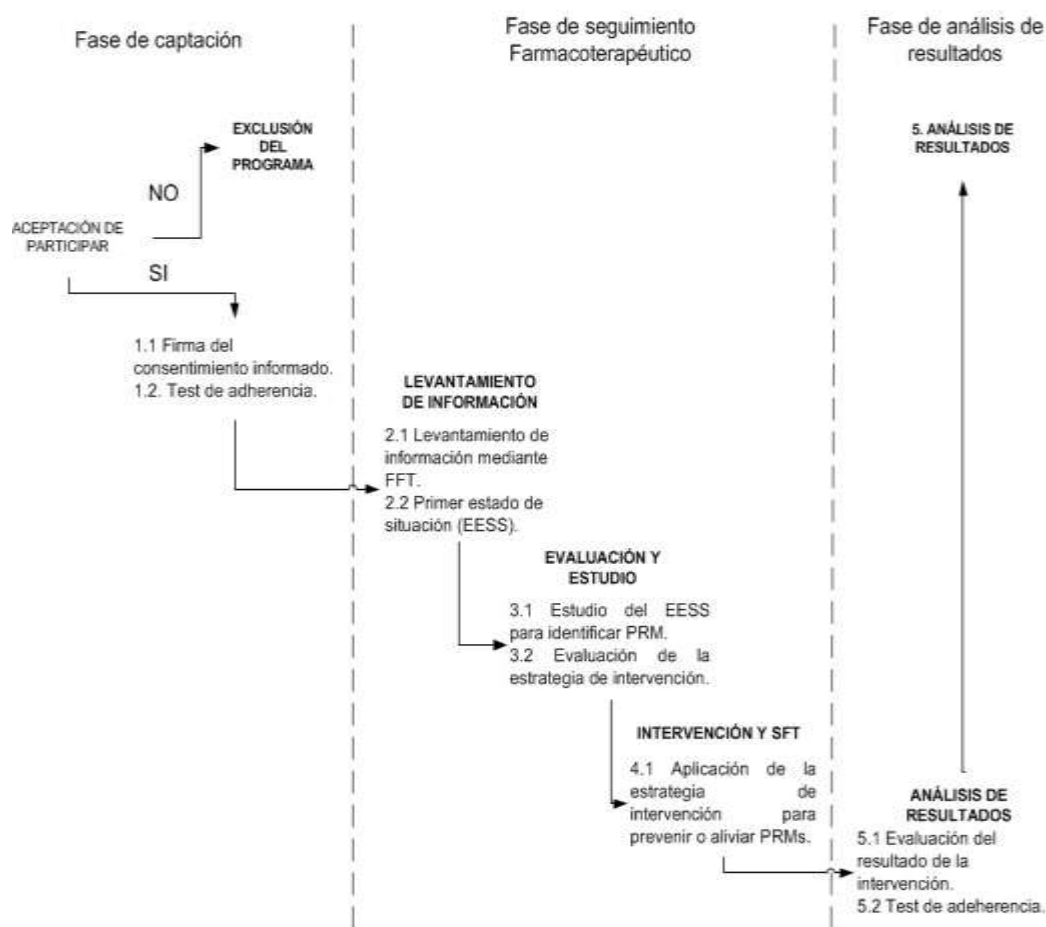
Las etapas del procedimiento de recolección de datos:

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.

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

Se ofertó el servicio a todos los pacientes de infección respiratorios que acudieron al EEFF en los meses de Abril - Julio del 2014 hasta obtener doce pacientes. El paciente que decidió formar parte de la experiencia dejó expresado su consentimiento mediante la firma de una declaración sobre los alcances de la intervención (ver Anexo N°7.2). El documento de consentimiento explicita la responsabilidad del farmacéutico en vigilancia del uso de medicamentos, la cautela de los datos del paciente, la gratuidad del servicio, ni la venta o donación de ningún tipo de medicamento. Así mismo el consentimiento autoriza al farmacéutico a intermediar con el médico para la solución de los problemas complejos o urgentes relacionados con el uso de medicamentos. Por otro lado obliga al paciente a entregar toda la información referida a enfermedades y uso de medicamentos que pueda ser útil para el diagnóstico de PRMs.

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



Elaborado por OCAMPO P.<sup>38</sup>

### 3.4.3.2. Levantamiento de información.

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

Se registró además el uso de productos naturales y el uso de medicamentos sin prescripción. Para este fin se solicitó al paciente mostrar todos los productos farmacéuticos que usaba de manera regular, se usen o no para la enfermedad objetivo.

Durante el registro se interroga al paciente sobre factores de riesgo y sospechas de problemas relacionados con el uso de medicamentos. Se procuró que el tiempo entre la captación y el levantamiento de información no sea más de 1 hora y media.

### 3.4.3.3. Fase de estudio y evaluación de la información.

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

Se estudia toda la información registrada en la FFT para interrelacionar las variables en busca de PRMs: enfermedades diagnosticadas, morbilidad sentida, medicamentos prescritos, automedicación, sospechas de reacciones adversas, adherencia al tratamiento, etc. para diagnosticar problemas con el uso de los medicamentos (PRMs) como causa de morbilidad farmacoterapéutica o RNMs. Se usó material bibliográfico de apoyo para certificar los hallazgos del PRMs y RNMs<sup>89</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 deben lograr el paciente y/o el médico para su solución y la estrategia de comunicación. Los canales de comunicación utilizados se muestran en el cuadro siguiente:

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

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

#### 3.4.3.4. Fase de intervención y seguimiento Farmacoterapéutico.

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

Para la comunicación de las estrategias de solución al paciente se usó las entrevistas personales y recomendaciones escritas. Cuando las intervenciones fueron para sugerir la modificación de dosis, añadir, retirar o sustituir un medicamento prescrito la comunicación fue dirigida al médico prescriptor. La sugerencia escrita de la estrategia fue a través de formatos pre elaborados dirigidos al paciente o al médico (Anexo N° 7.3).

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

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

La entrevista para evaluación final de los resultados fue conducida por un investigador diferente al que realizó el SFT. Se preguntó al paciente si ejecutó las recomendaciones dadas para la solución del PRM o si el médico puso en prácticas las sugerencias de modificación de la terapia. Independientemente de la aceptación de la sugerencia para la solución se le preguntó si consideraba resueltos cada problema relacionado con medicamentos que fue diagnosticado. Así mismo se midieron los niveles finales de adherencia y los parámetros clínicos de la enfermedad.

### 3.5. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.

La información en las fichas farmacoterapéuticas, el test de Purdue se transfirió a tablas en MS Excel. Se construyeron tablas de datos sobre:

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

Se determinó la correlación entre el número de diagnósticos y los medicamentos usados y entre los medicamentos usados y los PRMs diagnosticados por cada paciente. Se elaboraron gráficos de regresión lineal para hallar la linealidad de la correlación y

para la determinación de la correlación entre las variables se utilizó el estadístico de Spearman.

Para medir la diferencia entre la percepción del paciente hacia la calidad de atención profesional del farmacéutico antes y después del test de Purdue, se utilizó el test de sumas pareadas de Wilcoxon, el cual no requiere de presunciones paramétricas. El nivel de significancia estadístico para todos los análisis fue 0.05. El test se aplicó antes y después de la intervención mediante SFT y se comparó los resultados de cada pregunta. La diferencia de las medias de cada pregunta se analizó mediante el estadístico Wilcoxon Test Rank.

#### 3.4.6. Criterios éticos.

El estudio se llevó a cabo siguiendo las normas éticas de la Declaración de Helsinki<sup>90</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 farmacoterapéutica 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, 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 frecuencia y porcentajes según sexo y edad promedio durante el Programa de seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes con Infección Respiratoria Aguda intervenidos en la Botica Lian Farma del Distrito de Chimbote, Abril – Julio 2014.

SEXO	PROM EDAD (AÑOS)	Fi	%
F	42.3	6	50
M	27.5	6	50
$\bar{X}$	34.9	12	100.0
S	13.4		

\*Frecuencia Acumulada (Fi), \*\*porcentaje (%), \*\*\*promedio ( $\bar{X}$ )

Tabla N°02. Distribución de tiempos invertidos y cantidad de contactos entre farmacéutico - paciente durante el Programa de seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes con Infección Respiratoria Aguda intervenidos en la Botica Lian Farma del Distrito de Chimbote, Abril – Julio 2014.

N°	FARMACIA		DOMICILIO		TELÉFONO		OTRAS VIAS		TOTAL	
	N°	tiempo (min)	N°	Tiempo (min)	N°	tiempo (min)	N°	tiempo (min)	N°	tiempo (min)
1	1	10	3	180	2	8	0	0	6	198
2	1	15	3	135	3	8	0	0	7	158
3	1	10	3	150	2	7	0	0	6	167
4	1	15	3	210	2	7	0	0	6	232
5	1	15	3	180	3	5	0	0	7	200
6	1	15	3	165	3	8	0	0	7	188
7	1	15	3	105	3	6	0	0	7	126
8	1	20	3	120	2	5	0	0	6	145
9	1	10	3	150	4	7	0	0	8	167
10	1	15	3	210	3	9	0	0	7	234
11	1	12	3	135	3	8	0	0	7	155
12	1	20	3	165	2	5	0	0	6	190
Total	12	172	36	1905	32	83	0	0	80	2160
$\bar{X}$	1	14.33	3.00	158.75	2.67	6.92	0	0	6.67	180

T en cada contacto

26.9min



4.1.2. Resultados sobre los diagnósticos identificados y los medicamentos utilizados por los pacientes durante el proceso de SFT.

Tabla N°03.- Distribución frecuencia y porcentajes según los Problemas de Salud identificados durante el Programa de seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes con Infección Respiratoria Aguda intervenidos en la Botica Lian Farma del Distrito de Chimbote, Abril – Julio 2014.

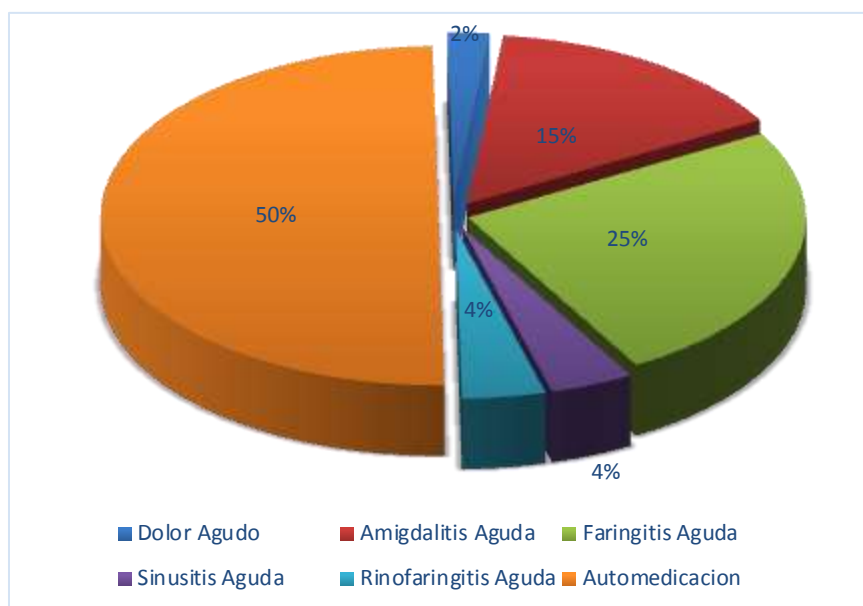
MORBILIDAD	CIE10	DIAGNOSTICO	fi	%
Diagnosticada	J039	Amigdalitis aguda	6	16.2
	J029	Faringitis aguda	5	13.5
	J00	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	2	5.4
	R520	Dolor agudo	1	2.7
	J019	Sinusitis aguda	1	2.7
<b>Sub total</b>			15	40.5
No Diagnosticadas		Dolores musculares	8	21.6
		Alergia	4	10.8
		Indigestión	2	5.4
		Gastritis	2	5.4
		Fiebre	2	5.4
		Tos aguda	1	2.7
		Llagas en boca	1	2.7
		Infección de las vías urinarias	1	2.7
		Dolor de cabeza	1	2.7
<b>Sub total</b>			22	59.5
<b>Total</b>			37	100

Fuente: Anexo N°7.4, Tablas de Estado de Situación  
 \*CIE10. Código Internacional de Enfermedades versión 10  
 \*\*porcentaje (%)

Tabla N° 04. Distribución de frecuencia y porcentajes según su origen en prescritos y no prescritos durante el Programa de seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes con Infección Respiratoria Aguda intervenidos en la Botica Lian Farma del Distrito de Chimbote, Abril – Julio 2014.

ORIGEN DEL MEDICAMENTO	MORBILIDAD	DENOMINACIÓN EN DCI	fi	Fi	%
Prescritos	Faringitis aguda	Clorfenamina	2	13	25
		Eritromicina	2		
		Naproxeno	2		
		Claritromicina	1		
		Ibuprofeno	1		
		Dexametasona	1		
		amoxicilina	1		
		amoxicilina + ácido clavulánico	1		
		Paracetamol	1		
		Dextrometorfano	1		
	Amigdalitis aguda	Amoxicilina	5	8	15.38
		Ibuprofeno	1		
		Cefalexina	1		
		Lincomicina	1		
	Sinusitis aguda	amoxicilina + ácido clavulánico	1	2	3.85
Cetirizina		1			
Rinofaringitis aguda(resfriado común)	clorfenamina	2	2	3.85	
Dolor agudo	Ibuprofeno	1	1	1.92	
<b>Sub total</b>				26	50
No prescritos	Dolores musculares	Naproxeno	6	13	25
		Ibuprofeno	5		
		Diclofenaco	1		
		Paracetamol	1		
	Dolor de cabeza	Tonopan	1	1	1.92
	Fiebre	Paracetamol	1	2	3.85
		Metamizol	1		
	Alergia	Cetirizina	3	4	7.70
		Clorfenamina	1		
	Gastritis	Ranitidina	1	2	3.85
		Omeprazol	1		
	Tos aguda	Dextrometorfano	1	1	1.92
	Indigestión	Bismutol	1	2	3.85
Sal de andrews		1			
Infección de las vías urinarias	Sulfametizol+fenazopiridina	1	1	1.92	
<b>Sub total</b>				26	50
<b>TOTAL</b>			52	52	100
$\bar{x}$				4.33	

Fuente: Anexo N°7.4, Tablas de Estado de Situación  
 \*CIE10.- Código Internacional de Enfermedades versión 10  
 \*\*DCI.- Denominación común internacional  
 \*\*\* Frecuencia Absoluta (fi)



Fuente: Anexo N°7.4

Gráfico N°01. Porcentaje de los medicamentos usados para los problemas de salud identificados durante el Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes con Infección Respiratoria Aguda intervenidos en la Botica Lian Farma del Distrito de Chimbote, Abril - Julio 2014.

4.1.3. Resultados acerca de los problemas relacionados con medicamentos y las intervenciones realizadas.

Tabla N° 05. Comparativo de edad, número de diagnósticos, número de medicamentos utilizados, PRMs identificados y PRMs solucionados durante el Programa de seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes con Infección Respiratoria Aguda intervenidos en la Botica Lian Farma del Distrito de Chimbote, Abril – Julio 2014.

PACIENTES	SEXO	EDAD	NUMERO DE DIAGNÓSTICOS	NUMERO DE MEDICAMENTOS	NUMERO DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS	NUMERO DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS SOLUCIONADOS
1	F	57	5	5	4	3
2	M	21	3	4	2	2
3	M	26	3	4	3	2
4	F	48	5	5	2	2
5	M	39	3	4	3	3
6	M	37	2	5	4	4
7	F	56	3	5	2	1
8	M	22	3	4	3	3
9	F	23	2	4	3	3
10	F	31	3	4	2	2
11	M	20	2	4	2	2
12	F	39	3	4	3	3
<b>TOTAL</b>		<b>419</b>	<b>37</b>	<b>52</b>	<b>33</b>	<b>30</b>
<b>PROM</b>		<b>34.92</b>	<b>3.08</b>	<b>4.33</b>	<b>2.75</b>	<b>2.50</b>

Fuente: Anexo 7.4, Tabla de Estado de Situación Pac. Código de paciente DX: Número de diagnósticos MED: Cantidad de medicamentos

Tabla N°06. Distribución frecuencia y porcentajes según los Problemas Relacionados con Medicamentos durante el Programa de seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes con Infección Respiratoria Aguda intervenidos en la Botica Lian Farma del Distrito de Chimbote, Abril – Julio 2014.

CODIGO PRM	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA DE PRM	%
9	Incumplimiento	9	27.3
3	Conservación Inadecuada	6	18.2
2	Actitudes Negativas	6	18.2
12	Reacciones Adversas	4	12.1
1	Adm. Errónea del Med.	3	9.1
8	Error de Prescripción	2	6.1
5	Posología inapropiada	2	6.1
10	Interacciones	1	3.0
TOTAL		33	100,0

Fuente: Anexo 7.4, Tabla de Estado de Situación

#### 4.1.3. Impacto de la intervención sobre la percepción de la actividad profesional del farmacéutico.

Tabla N°07. Impacto del Seguimiento Farmacoterapéutico sobre el puntaje promedio del Test de Purdue realizado antes y después durante el Programa de seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes con Infección Respiratoria Aguda intervenidos en la Botica Lian Farma del Distrito de Chimbote, Abril – Julio 2014.

PREGUNTA	PROMEDIO RESPUESTA (N=12)		p*	
	ANTES	DESPUES		
1. El farmacéutico se toma todo el tiempo que sea necesario para evaluar su problema?	2.25	2.92	0.005	
2. Su farmacéutico le ha dejado alguna información sobre como tomar sus medicamentos?	2.25	3.00	0.003	
3. El farmacéutico le ha explicado como sospechar si el medicamento le está chocando?	1.50	2.42	0.027	
4. Su farmacéutico le ha recalado sobre la forma como debe manejar su terapia sin recriminarle si estuvo bien o mal?	1.58	2.50	0.005	
5. Su farmacéutico sabe cómo explicar las cosas de una forma que asegure que usted siempre las entienda.	2.25	3.00	0.014	
6. Cuando ha tenido alguna duda sobre como tomar sus medicamentos el farmacéutico siempre ha estado a su disposición?	1.92	2.83	0.005	
7. Su farmacéutico lo ha visitado de manera regular para verificar si ha seguido las indicaciones dejadas.	0.75	2.50	0.003	
8. Su farmacéutico le ha dicho a quién debe contactar si necesita alguna ayuda con el manejo de los medicamentos y su enfermedad.	2.00	2.58	0.020	
9. El farmacéutico se interesa mucho en mi como persona.	2.25	2.92	0.011	
10. Su farmacéutico le ha motivado para que usted asuma su responsabilidad con respecto al éxito de la toma de sus medicamentos.	2.33	3.00	0.023	
	$\bar{X}$	1.91	2.77	0.01
		P**	0.005	

p\*= Estadístico Wilcoxon entre los puntajes por cada pregunta antes después de la intervención mediante SFT.  
p\*\*= Estadístico Wilcoxon entre el valor total promedio de todas las preguntas, antes y después de la intervención mediante SFT

## 4.2 Análisis de resultados.

Con el objetivo de determinar el efecto del programa de SFT sobre la Percepción de la actividad profesional del farmacéutico en pacientes con Infección Respiratoria Aguda. Se tabularon los resultados obtenidos durante el programa y se analizaron las relaciones entre las variables objetivo. A continuación se presenta el análisis de acuerdo al orden de presentación de los resultados:

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

Los pacientes con diagnóstico de Infección Respiratoria Aguda que aceptaron intervenir en el Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico realizado en la Botica Lian Farma fueron 12 (Tabla 01), se encuentran en un rango de 18 años a 60 años, el seguimiento se llevó a cabo durante cuatro meses de los cuales 6 (50%) fueron de sexo femenino con un promedio de edad en años de 42.3, mientras que en el sexo masculino y 6 (50%) con promedio de edad en años de 27.5.

En los pacientes intervenidos existieron tanto mujeres como hombres lo que nos resultó el mismo porcentaje. lo cual muestra que no hay mucha diferencia entre estos datos ya que observamos que ambos se preocupan por su enfermedad y van a la botica a tratarse y que tienen mayor tiempo para asistir a sus citas con el doctor.

La edad promedio de los pacientes que se intervinieron fue 34.9 años con una desviación estándar de 13.4, lo que demuestra que los pacientes con Infección respiratoria aguda en su mayoría gente joven que no tiene otro problema de salud ni toman otros medicamentos por lo que el problema de confusión con otros tratamientos es mínimo.

Según diversos trabajos indican que las mujeres son las que buscan la atención en una farmacia ya sea porque tiene mayor comunicación y sobretodo porque los hombres son poco de conversar. Según Vega M., señala que la enfermedad afecta a todas las edades, sin embargo su incidencia se concentra en los adultos (59%), predominio en el sexo femenino, rango de edad entre 0 a 87 años con una mediana de 20 años. Al igual indica

también que en personas mayores de 65 años a más, la incidencia es alta debido a la senescencia del sistema inmunitario<sup>91</sup>.

Por el contrario Keijzer sostiene que los hombres tienen mayores dificultades para pedir ayuda e involucrarse a programas de promoción del auto cuidado de la salud, Bernabe por el contrario sostiene que las mujeres son las que consumen mayores antibióticos que los hombres <sup>92,95</sup>.

Se presentan los tiempos promedio invertidos en cada una de las visitas realizadas durante el proceso de SFT por paciente (tabla 02), en donde encontramos un total de 80 contactos con un promedio de 6.67 contactos por paciente. La captación de los pacientes se realizó en la Botica Lian Farma por lo tanto el primer contacto con el paciente fue en el EEFF y en algunos casos se empezó allí el ofrecimiento del programa, demostrando la preocupación por el estado del paciente y la importancia del seguimiento Farmacoterapéutico en el tratamiento de su infección respiratoria el cual fue aceptado inmediatamente y en algunos casos pedían que los visitemos en su domicilio.

El trabajo más prolijo se realizó durante la primera y segunda visita de intervención, en las cuales se dejó al paciente las recomendaciones acerca de su tratamiento y hábitos de vida saludables que contribuyen a evitar complicaciones en la enfermedad. Se invirtieron en total 26.9 minutos aproximadamente por paciente en cada visita y en promedio por todas las visitas realizadas 180 min, que si los multiplicamos por los 12 pacientes intervenidos arrojan un total de 2160 minutos de trabajo farmacéutico dedicado al seguimiento Farmacoterapéutico.

Cabe recalcar que en 4 de 12 pacientes y son 4, 5, 10 y 12 fueron los que más tiempo invertido tuvieron durante el seguimiento Farmacoterapéutico con un tiempo promedio de 87.2 min (Ver tabla Nro. 2), debido a que estaban más interesados por compartir sus dudas y opiniones con respecto a su enfermedad y a los medicamentos, dicho tiempo fue fruto para enriquecer y demostrar nuestra labor como profesionales.

Esto se da ya que como son personas de mayor edad en la paciente 4 podemos notar que tomaba más medicamentos y sobretodo nos comenzó a contar acerca de cuantos medicamentos tenía guardado.

El tiempo utilizado en los contactos en el establecimiento farmacéutico fue 14.3 minutos en promedio, este medio fue útil para realizar la captación de los pacientes, si bien es cierto solo se utilizó para captar pacientes para realizar el SFT, debido a que el ambiente en el establecimiento no era cómodo para ganar la confianza del paciente y permita que haya una comunicación fluida y reconfortarle, por lo cual se optó por contactar al paciente en su domicilio y ser ahí donde se tome todos los datos posibles para armar nuestro informe.

El tiempo utilizado en los contactos en el domicilio fue de 158.7 minutos en promedio, fue una mejor opción ya que no solo permitía entrar en contacto directo con el paciente, sino que también por ser en domicilio permitía tener una comunicación farmacéutico- paciente más fluida y más cómoda a diferencia del establecimiento farmacéutico. Este medio fue muy útil ya que permitió alcanzar el objetivo de identificar signos de reacciones adversas, interacciones, contraindicaciones, mejorar la adherencia, etc.

El tiempo de llamadas para cada paciente fue un poco variable, ya que permitieron brindar y recibir información sobre su problema de salud por que en la actualidad sienten que los profesionales de salud no se preocupan por su enfermedad y la presencia de un profesional mostrando interés por la enfermedad y su tratamiento hacer que mejore la relación entre paciente y profesional de salud., el tiempo usado en las intervenciones por teléfono 2.6 minutos en promedio, este medio de contacto entre farmacéutico - paciente fue uno de los medio menos empleados, debido a que no estabas en contacto directo con el paciente lo cual influía en que no haya una comunicación fluida y cómoda con el mismo, solo se utilizó este medio en casos muy necesarios como hacerle recordar la toma de su medicamento, así como recomendaciones o también para verificar si se iba encontrar en casa previa a la visita farmacéutica.

Durante el proceso de SFT en total se realizaron 80 visitas, resultándonos un promedio de 6.67 el N° de visitas por paciente. La última visita sólo tuvo como objetivo el levantamiento de la información después de la intervención y asegurarse sobre las indicaciones para aquellos que tuvieron dificultades sobre como almacenar sus medicamentos. Los minutos invertidos en promedio por paciente fueron de 180 min. y el tiempo promedio por contacto fue de 26.9 min (Tabla 02) reflejan menos de media hora



de trabajo por cada paciente lo que implicó que en muchos casos fue necesario reprogramar las visitas por razones de tiempo del paciente mientras que en otros casos se tuvo que ser exhaustivo en explicaciones para evitar el abandono.

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

Debido a que la Infección Respiratoria Aguda fue la enfermedad objetivo, todos los pacientes la sufrieron (Tabla N°03). Se identificaron 37 enfermedades, donde cada paciente puede tener 3 enfermedades. Aproximadamente el 40.5% de éstas fueron diagnósticos por médicos respaldados por una prescripción. Los restantes (59.5%) fueron signos, síntomas, percepciones, malestares, u otro similar no diagnosticado que el paciente sentía al momento del levantamiento de la información y que pudo ser el origen de su automedicación de los medicamentos.

Evidentemente el diagnóstico de AMIGDALITIS AGUDA fue la más frecuente por ser la enfermedad objetivo y criterio de inclusión, luego de dicha enfermedad los pacientes presentaron otras enfermedades relacionadas tales como FARINGITIS AGUDA que es la segunda enfermedad más frecuente (5, 13.5%).

La enfermedad más frecuente de los pacientes con infecciones respiratorias agudas, según la tabla N° 03 fue la Amigdalitis aguda, Según Fernández, la amigdalitis aguda supone el 1'3 de cada 100 consultas, suponiendo el 20% de las bajas laborales de los adultos. En los EEUU supone aproximadamente 40 millones de consultas al año. En cuanto a los facultativos que se encargan del diagnóstico y tratamiento de las faringoamigdalitis, en el 93% de los casos son médicos generalistas, facultativos de urgencias o médicos de familia, quedando tan sólo un 7% que se reparten pediatras y otorrinolaringólogos con 5-6% y 1-3% respectivamente. Así pues, es una patología en la cual los médicos de urgencia y atención primaria deben tener un buen manejo diagnóstico y terapéutico<sup>93</sup>.

Otras enfermedades diagnosticadas detectadas son RINOFARINGITIS AGUDA, DOLOR AGUDO, SINUSITIS.

Si bien el promedio de enfermedades diagnosticadas por paciente es menor que las no diagnosticadas, individualmente los pacientes reportaron una variedad mayor de signos y síntomas que perciben paralelamente a la morbilidad diagnosticada. Mucha de esta morbilidad sentida no diagnosticada podría ser un problema de salud de riesgo que necesita urgente diagnóstico y tratamiento formal. En todos los casos los pacientes están en riesgo de utilizar medicamentos sin prescripción para estas enfermedades.

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

Como resultado los pacientes refieren múltiples dolencias tales como: dolores musculares, alergia, indigestión, gastritis, entre otros. Esta situación es probablemente la causa de elevada prevalencia de automedicación.

Según Ramírez, nos dice que el uso racional de antimicrobianos en las infecciones respiratorias altas depende de la rigurosidad en el diagnóstico para evitar el abuso en sus prescripciones con las consiguientes complicaciones como costo, aparición de efectos adversos y desarrollo de resistencia bacteriana. La elección de estos antimicrobianos está basada en el espectro antineumocócico que poseen ya que es éste el principal agente etiológico a considerar para la toma de decisiones en el tratamiento de estas Patologías <sup>94</sup>.

Del total de los medicamentos usados por los pacientes el 50% (26) fueron no prescritos (Tabla N°04 y Gráfico N°01). El origen de uso fueron signos y síntomas percibidos individualmente por el paciente.

El promedio de 4.33 medicamentos por paciente indica un consumo elevado de medicamentos, pero es un patrón ajustado a los perfiles de consumo de pacientes agudos. El uso inadecuado de los antibióticos es considerado como una de las

principales causas de la aparición de resistencia microbiana. Este es considerado a su vez como un problema de salud pública, y los farmacéuticos tienen una importante oportunidad de intervención durante la dispensación de estos medicamentos <sup>94</sup>.

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

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

Según un estudio por parte de Elena Bernabe nos dice que la edad media de la población fue de 44 años, y casi el 70% de los pacientes tenían estudios superiores, datos muy por encima de la distribución de la población adulta española según MEC. El antibiótico más prescrito fue la penicilina + inhibidor de la beta-lactamasa (26,6%), lo que coincide con el estudio ESAC-Net, donde se observa la disminución del uso de las penicilinas de amplio espectro y un aumento del uso de la combinación de penicilinas con inhibidores de beta-lactamasas, probablemente debido al actual incremento de las resistencias bacterianas<sup>95</sup>.

La infección, que la mayoría decían tener los pacientes era la respiratoria, que cursa habitualmente con dolor de garganta, síntoma que constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria y para el que se ha recomendado. El 30,2% de los pacientes utilizaba una medicación concomitante compleja (de 2 a 4 medicamentos), dato a tener en cuenta por la posible influencia en la aparición de reacciones adversas en pacientes con regímenes terapéuticos complejos, tal como señaló Stokley, 1999<sup>96</sup>.

Según la bibliografía el antibiótico más frecuentemente relacionado con reacciones alérgicas es la penicilina (28 - 30), siendo también en nuestro estudio la más prevalente (3,1%) junto con las monobactamas. Esta información es importante recogerla para poder frenar una dispensación en el caso de que la alergia coincida con el tratamiento prescrito, aunque en nuestro estudio esta coincidencia no se dio en ningún caso <sup>95</sup>.

En el estudio de Eyaralar et al, 2006, donde en el 0,26% de los casos el paciente refirió ser alérgico al antibiótico que le habían prescrito. La mayoría de problemas detectados en tratamientos de inicio fueron debidos a que el paciente iba a tomar más o menos dosis de la prescrita por falta de información, dato coincidente con el estudio de Eyaralar et al, 2006 <sup>97</sup>.

De los estudios de investigación realizados se puede concluir que uno de cada cuatro antibióticos adquiridos en la farmacia lo es por automedicación, mientras que el análisis comparativo entre el informe de ventas del IMS y las prescripciones del Sistema Nacional de Salud nos llevaría a cifras de automedicación similares. Ello significaría un volumen del orden de 19 millones de unidades aproximadamente y de un gasto del orden de 20.500 millones de pesetas, con un precio medio considerablemente inferior al de los antibióticos prescritos por el médico <sup>97,98</sup>.

Prácticamente en la mitad de los hogares españoles existe al menos un envase de antibiótico, siendo estos fármacos los productos con mayor presencia en el botiquín casero, tras los analgésicos/antipiréticos y los antiinflamatorios no esteroideos. Esta sería una de las razones principales por las cuales uno de cada cinco o seis pacientes que acuden a una consulta de Atención Primaria ya se han medicado previamente con antimicrobianos.

Como sabemos las enfermedades automedicadas están en un mayor porcentaje debido a su estilo de vida, a sus creencias, no van al médico para que les diagnostiquen sino que van a una farmacia cerca y compran sus medicamentos sin prescripción médica es por eso que tenemos mucha automedicación por ejemplo observamos que para un dolor ellos se automedican, para la gastritis también.

En la tabla N°04 se observan los medicamentos en DCI más utilizados que fue la amoxicilina la dosis 500 mg para prescritos y no prescritos es el naproxeno. El antibiótico más usado fue la amoxicilina, perteneciente al grupo farmacológico de las

penicilinas, como sabemos los antibióticos B-lactámicos son bactericidas, actúan inhibiendo la última etapa de la síntesis de la pared celular bacteriana uniéndose a unas proteínas específicas llamadas PBPs localizadas en la pared celular. Al impedir que la pared celular se construya correctamente, la amoxicilina ocasiona, en último término la lisis de la bacteria y muerte. Aunque la amoxicilina es activa frente a los estreptococos muchas cepas se están volviendo resistentes mediante mecanismos diferentes de la inducción de B-lactamasas, por lo que la adición de ácido clavulánico no aumenta la actividad de la amoxicilina frente a estas cepas resistentes <sup>99</sup>.

En el gráfico N° 01 se muestra los medicamentos agrupados arbitrariamente por el tipo de pacientes los medicamentos más utilizados tuvieron relación con la enfermedad en estudio. Del total de medicamentos analizados el 50% son para enfermedades con diagnóstico y está distribuido de la siguiente manera: 25% fue para la Faringitis Aguda, el 15% para amigdalitis aguda, 4 % para sinusitis, 4 y 2 para rinofaringitis y dolor agudo, mientras tanto el 50 % son medicamentos para enfermedades sin diagnóstico

4.2.3. Acerca de los problemas relacionados con medicamentos y las intervenciones realizadas.

En la tabla N° 05, se presentan los resultados generales sobre el género, edad, cantidad de diagnósticos, número de medicamentos, PRMs identificados y número de soluciones para resolver dichos PRMs.

Al analizar dichos resultados, se observa que el promedio de diagnósticos en los 12 pacientes fue de 3.08, el promedio de medicamentos del grupo en estudio fue de 4.33, el promedio de PRMs por paciente fue 2.75 y 2.50 en PRMs solucionados después de la intervención del SFT

En el presente estudio se resolvieron 30 PRMs (90.91%). En el SFT de Armando P et al de 280 PRMs, 218 fueron resueltos (77,9%). En ambos estudios se obtuvo un elevado porcentaje de resolución de PRMs, ambos han utilizado el programa Dader, lo que nos demuestra que esta actividad constituye un medio válido para prevenir la morbilidad y

mortalidad relacionadas con medicamentos y tiene, en consecuencia, un impacto positivo en la salud de la población que acude a las farmacias comunitarias <sup>27</sup>.

De los 33 PRMs, 3 de ellos (9.09%) no se llegaron a resolver, mientras que en el SFT de Armando P et al 62 PRMs no fueron resueltos (22.1%). Estos PRMs pudieron haber desencadenado un problema de salud asociado a que el paciente no reciba la medicación que necesita, estos problemas tienen un impacto sanitario y económico negativo para el paciente y el sistema de salud, pues pone en riesgo al paciente y por ende puede predisponer a complicaciones de la enfermedad <sup>27</sup>.

Como resultado del SFT se logró una eficacia en la resolución de los PRMs del 90.91%, es decir de los 33 PRMs diagnosticados pudimos resolver 30 (Tabla N°05).

El paciente 4 es el que más medicamentos consumió, presenta 5 patologías diagnosticadas y no diagnosticadas y toma 5 medicamentos prescritos y por automedicación, es un paciente muy incumplidor. El paciente que menos diagnósticos presentó y menos medicamentos consumió fue el paciente 9 (2 diagnósticos, 4 medicamentos), estos datos se evidencian en el gráfico de correlación lineal que a > diagnósticos > consumo de medicamentos, esto genera > cantidad de PRMs.

En la tabla N° 06, se presenta la distribución de la frecuencia y porcentaje de los PRMs, según en tercer consenso de Granada <sup>51</sup>. La suma total de frecuencias acumuladas de esta tabla refiere al total de PRMs identificados, es decir por cada PRM se desarrolló una acción concreta para resolverlo.

Un objetivo de la investigación fue diagnosticar PRMs proponer soluciones desde la óptica de un profesional farmacéutico. Basados en la lista modificada de PRMs de 16 ítems durante el desarrollo de la experiencia se identificaron 8 problemas diferentes. El PRM más frecuente estuvo asociado al incumplimiento de las indicaciones médicas que pueden afectar alcanzar el objetivo terapéutico es el PRM más frecuente (27.3 %), seguido del PRM de conservación inadecuada y actitudes negativas que fue (18.2 %), y en tercer lugar se encuentra el PRM de Reacciones Adversas con un porcentaje de (12.1%) (Tabla 06).

El incumplimiento es el PRM diagnosticado más frecuente en 9 de los 12 pacientes intervenidos se identificó incumplimiento de las indicaciones médicas que pueden afectar

alcanzar el objetivo terapéutico. Este PRM constituye un factor de riesgo crítico para el éxito de los tratamientos y con diversos porcentajes uno de los más importantes reportados en diversos estudios. Machuca G reporta límites de incumplimiento de hasta el 80%, mientras Velasco del 22.7% <sup>100, 101, 102</sup>.

El incumplimiento puede ser voluntario o involuntario. En este caso, esta frecuencia está asociado con el incumplimiento involuntario (no intencionado), es decir que el paciente se olvida de la toma de sus medicamentos por diversos factores como la polifarmacia, asistencia por parte de varios médicos diferentes, la falta de comprensión del régimen posológico (interpretación errónea de las instrucciones del médico o farmacéutico), las deficiencias en el etiquetado de los fármacos, y los propios impedimentos físicos del paciente, , olvido por hacer trabajo del hogar u otros oficios.

En segundo lugar encontramos el PRM de conservación inadecuada y actitudes negativas con un (18.2 %), y en tercer lugar se encuentra el PRM de Reacciones Adversas con un porcentaje de (12.1%) (Tabla 06). El tercer PRM más frecuente es importante está asociado con las reacciones adversas a los medicamentos. Se encontró que 4 de los 12 pacientes en estudio presentan reacciones adversas a su medicamento. Las RAM pueden poner en riesgo la vida del paciente, causar una evolución desfavorable y/o agravamiento de la enfermedad e incluso hasta le podría provocar la muerte al paciente. Las reacciones adversas es una de las causas más frecuentes por la que el paciente incumple o abandona su tratamiento (ver tabla N°06).

#### 4.2.4. Impacto de la intervención sobre la percepción.

##### Discusión:

El Test de Purdue es una herramienta que ha demostrado ser muy útil para medir el grado de aceptación de los pacientes con respecto a la actividad profesional del farmacéutico. Las preguntas del test están referidas a la actividad profesional que debe desarrollar el farmacéutico para garantizar que los pacientes utilicen de manera apropiada sus medicamentos.

No es extraño afirmar que la población le otorga un escaso nivel de participación al farmacéutico como profesional sanitario. Las razones de esta concepción no es menester desarrollarlas en esta investigación pero pueden estar referidas a varios aspectos del perfil profesional que no fueron desarrollados en los últimos años que terminaron por reducir la labor del profesional a una de un simple despachador de medicamentos, con escaso nivel de involucramiento en los problemas relacionados con medicamentos de los pacientes y solo participante si alguno de ellos reclamaba una consulta.

Justamente el Test de Purdue es una herramienta que, no obstante haber sido desarrollada para otras realidades del ejercicio profesional, puede muy bien ser un indicador del nivel de percepción que tiene la población del asesoramiento profesional que recibe de parte del farmacéutico.

En la primera pregunta con respecto al tiempo entregado por el farmacéutico a la atención del paciente, el resultado del test muestra una diferencia muy significativa entre la percepción antes y después del piloto de SFT ya que tiene un grado de significancia de 0,005. Es muy obvio entender que la situación actual de la atención del farmacéutico en las Oficinas de Farmacia se reduce un eventual consultor solo para quienes lo solicitan y de manera frecuente los pacientes solo reciben una interacción fría y comercial de parte del personal no sanitario de la farmacia. Sin embargo en el SFT nos encontramos muy cercanamente con los pacientes, visitándoles, llamándoles por teléfono, indicándoles las acciones o conductas que deben asumirse en caso de presentarse un problema con el uso de medicamentos, en suma una atención muy personal para la cual dedicaron en promedio 180.00 minutos (ver tabla N°2). Esto mayormente se debe a que como el farmacéutico se dedicó más tiempo a ellos explicándole cual es lo mejor que le podría dar y es por eso que tiene un grado de significancia muy alta debido a que se encuentra en el rango, al momento de explicar se usó muchas maneras de poder darle tiempo al paciente con el promedio de minutos que lo llamamos para ver si está viendo alguna mejora.

En la segunda pregunta sobre si su farmacéutico le ha dejado alguna información sobre como tomar sus medicamentos se nota cambio en la percepción antes y después de la intervención según la tabla nos podemos dar cuenta que si se preocupó por ellos es



decir hubo un cambio muy significativo con el valor de 0.003. Se dejó escrito, con letra legible algunas pautas que debe seguir el paciente para poder curarse y se le explicó a cada paciente sobre la toma de sus medicamentos, bebiendo abundante agua al momento de tomar sus medicamentos.. Según Ferrer el 72% de los pacientes consideraba que la calidad de información dejada fue óptima y que su estado de salud había mejorado al cumplir con las indicaciones farmacéuticas<sup>103</sup>.

En la tercera pregunta del Test de Purdue trata sobre si el farmacéutico le ha explicado como sospechar si el medicamento le está chocando, el resultado del test muestra una diferencia muy significativa (0.027). En esta pregunta el farmacéutico no le ha explicado como sospechar si el medicamento le está chocando, esto es a que como algunos pacientes no tenían el tiempo adecuado solo atinaban a decir que les digan los más importantes, Se le oriento al paciente en cuanto al reconocimiento de signos y síntomas causas por los medicamentos debimos ver la forma de cómo hacerle llegar si tiene alguna reacción adversa por tomar los medicamento.

En la cuarta pregunta si Su farmacéutico le ha recalado sobre la forma como debe manejar su terapia sin recriminarle si estuvo bien o mal salió significativo 0.005. Esta pregunta mide el nivel de involucramiento del Farmacéutico con su paciente. Si el Farmacéutico se preocupa por el estado del paciente que incumple con sus indicaciones seguro recriminará. Se le llamó la atención del paciente, cuando no cumplió con las indicaciones farmacéuticas explicándole que es por el bien de su salud.

En la quinta pregunta, significativo salió 0.014 Se debe explicar la labor del farmacéutico a través de estrategias de comunicación y enseñanza, en esta pregunta el farmacéutico busco la manera de cómo llegar al paciente utilizando estrategias de tal forma que es paciente pueda entender hablándole de una manera sencilla y muy clara .. Según Ferrer la información que el paciente debe recibir es muy importante y no debe basarse en la cantidad sino en la calidad y el entendimiento, porque de ello va a depender en gran parte el éxito del tratamiento farmacológico; el Farmacéutico es el responsable de garantizar la transmisión de la información de forma clara y comprensible para conseguir los objetivos planteados<sup>103</sup>.

En la sexta pregunta el test muestra un resultado significativo 0.005. Se le brindó a los pacientes datos como número de teléfono, correo y se le indicó que podría comunicarse ante cualquier duda en cuanto a la toma de su tratamiento. En el SFT de Rodríguez et al se puede observar que el 98% de los pacientes reconoce haber tenido fácil acceso a comunicarse con el farmacéutico, solo un 2% no han tenido fácil accesibilidad y tiempo necesario<sup>28</sup>.

En la séptima pregunta sobre si su farmacéutico lo ha visitado de manera regular para verificar si ha seguido las indicaciones dejadas, se cambió la percepción sobre el pacientes, nos salió 0.005, debido a que cada paciente refirió que era la primera vez que estaban en un programa de SFT, nunca habían recibido la visita de un profesional farmacéutico en casa a pesar de la gravedad de su enfermedad, para educarle sobre su problema de salud y sus medicamentos. En el SFT de Rodríguez et al el 9% de los pacientes manifestaron que conocían el SFT, debido a que habían sido informados por familiares o amigos incluidos en el programa Dáder con anterioridad; se puede observar que el 94% de los pacientes cree que sus enfermedades están mejor tratadas desde que reciben este servicio por parte del farmacéutico<sup>28</sup>.

En la octava pregunta sobre si su farmacéutico le ha dicho a quién debe contactar si necesita alguna ayuda con el manejo de los medicamentos y su enfermedad, salió significativo 0.020, se le dijo que si necesita alguna ayuda adicional a la que mi persona le brindaba, recurra a su médico prescriptor para que le oriente más sobre los medicamentos y especialmente de su enfermedad. Según Ferrer la atención profesional del médico como del farmacéutico depende de los conocimientos científicos (aplicación de conocimientos técnicos y capacidad de resolver los problemas), de la capacidad de interrelacionarse con los pacientes, la amabilidad y la comunicación, sin olvidar el ambiente donde desarrolla su labor<sup>103</sup>.

En la novena pregunta sobre si el farmacéutico se interesa mucho en mi como persona salió significativo 0.011, el paciente percibió a un farmacéutico preocupado por su estado de salud, el único interés del farmacéutico fue la recuperación del paciente y que utilice de manera racional los medicamentos siempre que vaya hacer uso de ellos. Según Rodríguez y et al en su estudio de SFT más del 94% considera que ha recibido un trato personal y profesional excelente<sup>28</sup>.

En la décima pregunta sobre Su farmacéutico le ha motivado para que usted asuma su responsabilidad con respecto al éxito de la toma de sus medicamentos salió 0.023 el resultado, se conversó con el paciente haciéndole reconocer que tenía un problema de salud y tome con responsabilidad la toma de sus medicamentos. Uno de los PRMs que se dio al 100% fue incumplimiento involuntario, siendo este el principal reto del farmacéutico en solucionarlo, se le orientó sobre su enfermedad y cambios de estilo de vida; por ejemplo que si consumen dos AINEs juntos les puede generar problemas gastrointestinales. La gran mayoría de pacientes aceptaron las recomendaciones dejadas en cuanto a su tratamiento.

## V. CONCLUSIONES.

### 5.1. CONCLUSIONES.

- 5.1.1. Todos los pacientes intervenidos en la Botica Lian Farma sufrieron Problemas Relacionados con Medicamentos y en consecuencia estuvieron en riesgo de sufrir Resultados Negativos de la Medicación. Los PRMs más frecuentes fueron: PRMs incumplimiento y PRMs actitudes negativas.
- 5.1.2. Las intervenciones farmacéuticas implementadas mediante un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico fueron eficientes para resolver los problemas de salud relacionados con los medicamentos presentados en los pacientes.
- 5.1.3. La percepción de los pacientes con Infección Respiratoria Aguda sobre la actividad profesional del farmacéutico cambio de manera significativa luego del proceso de Seguimiento Farmacoterapéutico.

## 5.2. ASPECTOS COMPLEMENTARIOS.

### 5.2.1. Logros:

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

### 5.2.2. 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.

### 5.2.3. 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).

## VI. 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. *Pharm Care Esp* 1999; 1: 35-47.
4. Frank R, Grizzle J. Drug-Related Morbidity and Mortality: Updating the Cost-of-Illness Model. *J Am Pharm Assoc*. 2001;41(2) © 2001 American Pharmacists Association.
5. 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. Andrés Rodríguez. Atención farmacéutica en farmacia comunitaria: ¿es ya realidad o todavía un proyecto de futuro? Discurso de ingreso como académico de número. Academia de Farmacia de Galicia. España. Santiago de Compostela, 2006.
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/fttomo1/cap21.pdf>. El 16/08/2012.
10. Rodríguez R., Sánchez N. Infecciones respiratorias agudas: aspectos clínicos y epidemiológicos. Reporte técnico de Vigilancia. Vol. 5, N°. 7 Noviembre 30, 2000 ISSN 1028- 4338. (Citado el 12 de diciembre del 2014). Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/ua ts/rtv. Htm>
11. Faus D, M.J. Programa Dader. *Pharmaceutical Care España*. 2000; 2:73-74
12. 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.
13. Pasco GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Program Plan* 1983; 6: 185-210
14. Machado M. Bajcar J. Guzzo GC. Einarson TR. Sensitivity of Patient 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, 9 October 2007, [www.theannals.com](http://www.theannals.com), DOI 10.1345/aph.1K311.
15. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001
16. Basterra GM. El cumplimiento terapéutico. *Pharmcareesp* 1999; 1: 97-106.
17. Machuca M. Comunicación farmacéutico-paciente-médico. En: Curso de postgrado de introducción práctica a la Atención Farmacéutica. Barcelona: Universidad de Granada; 2001

18. Martínez F, Fernández-Llimós F, Gastelurrutia MA, Parras M, Faus MJ. Programa Dáder de Seguimiento del Tratamiento Farmacológico. Resultados de la fase piloto. *Ars Pharmaceutica* 2001; 42(1-2): 53-65.
19. Kheir NM, Foppe van Mil J.W, Shaw J.P, Sheridan J.L. Health-related quality of life measurement in pharmaceutical care Targeting an outcome that matters. *Pharmacy World & Science*. Springer Netherlands. ISSN0928-1231 (Print) 1573- 739X (Online). Volume 26, Number 3 /junio de 2004. pp 125-128.
20. Tafur V. E. García-Jiménez E. Aproximación del rol de farmacéutico en la calidad de vida relacionada con la salud. *PharmacyPractice* 2006; 4(1): 18-23
21. Pickard AS, Johnson JA, Farris KB. The impact of pharmacist interventions on health-related quality of life. Harvey Whitney Books Company. *The Annals of Pharmacotherapy*: 1999. Vol. 33, No. 11, pp. 1167-1172. DOI 10.1345/aph.18460.
22. Armando P, Uema S, Sola N. Valoración de la satisfacción de los pacientes con el seguimiento farmacoterapéutico. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(4): 205-212.
23. 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
24. Sabater D, Fernandez-Llimos F, Parras M, Faus MJ. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(2): 90-97.
25. Silva-Castro MM, TuneuValls 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.
26. Desselle S, Schwartz M, Rappaport HM. The Identification of Pharmaceutical Care Practice Standards in the Community Pharmacy Setting. *Journal of Pharmaceutical Care*, published by the School of Pharmacy of Northeast Louisiana University at Monroe LA. Volumen 1, Article 3. February 1997.
27. Armando P, Semería N, Tenllado M, Sola N. Seguimiento farmacoterapéutico de pacientes en farmacias comunitarias. *Aten Primaria*. 2005; 36:129-34. - vol.36 núm 03.
28. Rodríguez Chamorro MA, Rodríguez Chamorro A, García Jiménez E. Conocimiento y satisfacción por el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes incluidos en el programa Dáder en dos farmacias rurales. *SeguimFarmacoter* 2004; 2(2): 286-290
29. Fontana RD, Soláthurry N. Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes pediátricos hospitalizados: adaptación de la metodología Dáder. Arán ediciones 2003, s. l. farmacia hospitalaria. *farm hosp (Madrid)* Vol. 27. N.º 2, pp. 78-83, 2003.
30. Garnet WR, Davis LJ, Mckenney JM, Steiner KC. Effect of telephone follow-up on medication compliance. *Am J Hosp Pharm* 1981; 38: 676-679.
31. Simkins CV, Wenzloff NL. Evaluation of a computerized reminder system in the enhancement of patient medication refill compliance. *IntellClin Pharm* 1986; 20:799-802.
32. Faulkner MA, Wadibia EC, Lucas BD, Hilleman DE. Impact of pharmacy counseling on compliance and effectiveness of combination lipid-lowering therapy in patients undergoing coronary artery revascularization: a randomized, controlled trial. *Pharmacotherapy* 2000; 20:410-416.
33. Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular (EMDADER-CVINCUMPLIMIENTO) Tesis doctoral. Universidad de Granada. Facultad de

- Farmacia. Programa de Doctorado de Farmacia Asistencial. Granada España, Diciembre de 2008.
34. Fulmer TT, Feldman PH, Kim TS, Carty B, Beers M, Molina M, Putnam M. An intervention study to enhance medication compliance in community-dwelling elderly individuals. *J GerontolNurs* 1999 Aug; 25(8): 6-14.
  35. Gil V. Pineda M. Martínez JL. Belda J. Santos MA y Merino J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento terapéutico en la hipertensión. *Med Clin (Barc)* 1994; 102: 532-536.
  36. Gamarra Roque, Henry Luis - Roque Henríquez, Rudy Valeri. Implantación de un programa de atención farmacéutica a pacientes hipertensos en la Farmacia Comunitaria "Omar" en el distrito de Carmen de la Legua Reynoso. Tesis para optar el título profesional de Químico Farmacéutico. UNMSM. Lima Perú 2002. Tomado desde: [http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2002/gamarra\\_rh/pdf/gamarra\\_rhTH.8.pdf](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2002/gamarra_rh/pdf/gamarra_rhTH.8.pdf) el 10/04/2013.
  37. Machuca M. Comunicación farmacéutico-paciente-médico. En: Curso de postgrado de introducción práctica a la Atención Farmacéutica. Barcelona: Universidad de Granada; 2001.
  38. Ocampo Rujel P. A. Impacto de un programa de atención farmacéutica sobre el cumplimiento de las indicaciones farmacológicas dadas a pacientes hipertensos. in *crescendo* 1(2) 2010. Tomado desde: [http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S222230612010000200006&script=sci\\_abstract](http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S222230612010000200006&script=sci_abstract). El 02/03/20013.
  39. Ministerio de Salud del Perú. La Política Nacional de Medicamentos en el Perú. Consejo Nacional de Salud. Comité de Medicamentos. Resolución Ministerial N° 1240-2004-MINSA. Tomado desde: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/destacados/archivos/65/RM1240-2004.pdf> el 19/08/2014
  40. Congreso de la República del Perú. Ley 29459, Ley de productos farmacéuticos dispositivos médicos y productos sanitarios. Diario Oficial el Peruano. Lima 26 de Noviembre de 2009.
  41. Presidencia de la república. Aprueban reglamento de establecimientos farmacéuticos, Decreto Supremo N°014-2011-SA. El Peruano. Lima 27 de Julio de 2011
  42. Presidencia de la república. Aprueban Reglamento de Registro Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, Decreto Supremo N°016-2011-TR. El peruano. Lima 27 de Julio de 2011.
  43. Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Atención Farmacéutica en el Perú (1). Boletín Centro de Atención Farmacéutica - Año 1 Número 1 Enero – Febrero 2008. tomado desde: [www.digemid.minsa.gob.pe](http://www.digemid.minsa.gob.pe), el 28 de Julio de 2012.
  44. Álvarez-Risco A, Zegarra-Arellano E, Solis-Tarazona Z, Mejía-Acosta N, MatosValerio E. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud del Perú. Boletín (Cent. Aten. Farm.). Año 5 - Número 3 - Mayo Junio 2012. ISSN 2221-4259.
  45. [http://www.minsa.gob.pe/portada/ESPECIALES/2010/iras/Archivos/matinfo/PC\\_IrasNeumoniaAbril2010.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/ESPECIALES/2010/iras/Archivos/matinfo/PC_IrasNeumoniaAbril2010.pdf)
  46. Rincon Adriana, Goncalves Edith, Andrade Beatriz. Atención farmacéutica comunitaria y su impacto en la percepción sobre el profesional farmacéutico en 03 Parroquias del municipio Libertador del estado Mérida. *INHRR [Internet]*. 2012 Dic [citado 2016 Mar 04]; 43 (2): 20-26. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-)



- 04772012000200004&lng=es.
47. García-Delgado A, Machuca M, Murillo MD, de la Matta MJ, Martín MJ.. Percepción de la labor asistencial del farmacéutico comunitario por los pacientes incluidos en un programa de seguimiento farmacoterapéutico. *Seguim Farmacoter* 2003; 1(2): 38-42
  48. Rodríguez Chamorro MA, Rodríguez Chamorro A, García Jiménez E. Conocimiento y satisfacción por el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes incluidos en el programa Dáder en dos farmacias rurales. *Seguim Farmacoter* 2004; 2(2): 286-290
  49. Sindicato Médico del Uruguay. El valor del medicamento: realidades y esperanzas de futuro. Mayo 2005. *El Diario Médico* N°65. Mayo de 2005. Tomado desde: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/eldiario medico/n65/pag15.pdf>. El 28/08/2012.
  50. Fernández -Llimós F, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Martínez Martínez F. Evolución del concepto de problemas relacionados con medicamentos: resultados como el centro del nuevo paradigma. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(4): 167-188.
  51. Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *ArsPharm* 2007; 48 (1): 5-17.
  52. Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug-related problems: their structure and function. *Drug Intell Clin Pharm* 1990;24:7-1093.
  53. Blasco P, Mariño EL, Aznar MT, Pol E, Alós M, Castells M et al Desarrollo de un método observacional prospectivo de estudio de errores de Medicación para su aplicación en hospitales. *FarmHosp* 2001; 25:253-273.
  54. Álvarez de Toledo F, Arcos González P, Eyaralar RT y et al Atención farmacéutica en personas que han sufrido episodios coronarios agudos (Estudio TOMCOR). 78 *Revista Española de Salud Pública*, julio-agosto, año/vol. 75, número 004. Ministerio de Sanidad y Consumo de España Madrid, España pp. 375-388.
  55. Gaspar Carreño M. Seguimiento de la Intervención Farmacéutica en un hospital dedicado a la cirugía ortopédica traumatológica tras el establecimiento e implantación de un programa de atención farmacéutica. TESIS DOCTORAL. Universidad CEU Cardenal-Herrera Facultad de Farmacia. Departamento de Fisiología, Farmacología y Toxicología. Valencia España 2011.
  56. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. PRM y RNM Conceptos. Portal Farma.com Organización Farmacéutica Colegial. FARMACEUTICOS N. ° 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.
  57. Hall-Ramirez V. Atención farmacéutica. Seguimiento del tratamiento farmacológico. Universidad de Costa Rica. Centro Nacional de Información de Medicamentos. Enero de 2003.
  58. Culbertson, V.L., Larson, R.A., Cady, P.S., Kale, M., Force, R.W., "A conceptual framework for defining pharmaceutical diagnosis," *Am. J.Pharm. Educ.*, 61, 12-18(1997). Tomado desde: <http://archive.ajpe.org/legacy/pdfs/aj610112.pdf>. El 20/08/2014
  59. Hurley SC. A Method of Documenting Pharmaceutical Care Utilizing Pharmaceutical Diagnosis. *American Journal of Pharmaceutical Education* Vol. 62, Summer 1998.
  60. Ferriols R. Valoración de la Atención Farmacéutica en los problemas relacionados con los medicamentos. Presentado en XLIV Congreso Nacional SEFH. Septiembre 1999. Pamplona.

61. Calvo MV, Alós M, Giraldez J. Grupo de Trabajo Atención Farmacéutica. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Bases de la Atención Farmacéutica en Farmacia Hospitalaria. *FarmHosp* 2006; 30:120-3
62. Sabater Hernández D, Silva Castro MM, FausDáder MJ. Método Dáder. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. Tercera edición, 2007
63. Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Manual de Buenas Prácticas de Prescripción. 2005. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. — Lima. Disponible desde: <http://www.minsa.gob.pe/infodigemid>
64. Osterberg L. Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005; 353:487- 97. Downloaded from [www.nejm.org](http://www.nejm.org) on November 18, 2009.
65. Libertad MA. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cubana Salud Pública* 2004; 30(4). Tomado de [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30\\_4\\_04/spu08404.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu08404.htm) El 18/07/2013.
66. Márquez E. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico en la diabetes mellitus. Centro de Salud la Orden, Huelva, España. En <http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/c053/marquez.PDF>. Tomado el 06/02/13
67. 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.
68. 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>
69. Comité de Consenso: Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM). *ArsPharmaceutica*, 43:3-4; 179-187, 2002.
70. Gonzales G. Fundamentos de Atención Farmacéutica Cap 11. Pontificia Universidad Católica de Chile. Tomado desde: [http://cursos.puc.cl/unimit\\_qim\\_0021/almacen/1220552779\\_ggonzale\\_sec4\\_pos0.pdf](http://cursos.puc.cl/unimit_qim_0021/almacen/1220552779_ggonzale_sec4_pos0.pdf). El 16/08/2012.
71. Martínez Sánchez AM. 2000. El concepto atención farmacéutica. sus influencias gnoseológicas en el contexto de la profesión. *Revista del Centro de Investigación. Universidad La Salle*, enero, año/vol. 4, número 014 Universidad La Salle Distrito Federal, México. pp. 83-85.
72. 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, 80 Zuidlaren, 1999. Gezetteit Monotype Spectrum (J. v. Krimpen/S.L. Hartz). ISBN: 90-9013367-4.
73. 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.
74. Iñesta GA. Atención Farmacéutica, Estudios Sobre Uso De Medicamentos Y Otros. *RevEsp Salud Pública* 2001; 75: 285-290 N.º 4 - Julio-Agosto 2001.
75. 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.

76. Machuca GM. Atención Farmacéutica, seguimiento fármaco terapéutico, Pharmaceutical care: es lo mismo?. *Farmacoterapia Social*. España 2006. Disponible desde: [www.farmacoterapiasocial.es/local/capitulo1.pdf](http://www.farmacoterapiasocial.es/local/capitulo1.pdf)
77. 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.
78. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. Seguimiento farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). *Pharmacy Practice* 2006; 4(1): 44-53.
79. 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.
80. Lee 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.
81. Singhal PK, Gupchup GV, Raisch DW, Schommer JC, Holdsworth MT. Impact of Pharmacists' Directive Guidance Behaviors on Patient Satisfaction. *Journal of the American Pharmaceutical Association*. Volume 42, Number 3 / May-June 2002. 407 – 412.
82. Sen S, Thomas III J. Assessment of a Patient-based Pharmaceutical Care Scale. *Am J Health-Syst Pharm* 57(17):1592-1598, 2000. © 2000 American Society of Health-System Pharmacists
83. Gupchup GV, Wolfgang AP, Thomas J3rd. Development of a scale to measure directive guidance by pharmacists. Harvey Whitney Books Company. *The Annals of Pharmacotherapy*. 1996. Vol. 30, No. 12, pp. 1369-1375.
84. M. A. Ripoll, A. Orero, J. González. Prescripción de antibióticos en Atención Primaria en España. Motivos y características. *MEDICINA GENERAL* 2002; 48: 785-790. (Citado el 21 de Julio del 2014). Disponible en: [http://www.mgyf.org/medicinageneral/revista\\_48/pdf/785-790.pdf](http://www.mgyf.org/medicinageneral/revista_48/pdf/785-790.pdf)
85. R Behar. Prevención de las infecciones respiratorias agudas: Presente y futuro. *Rev. Cubana Pediatr [revista en la Internet]*. 2003 Dic. (Citado 2014 Dic 15); 75(4): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312003000400006&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312003000400006&script=sci_arttext)
86. Álvarez Castillo, Mirta et al Infecciones respiratorias altas recurrentes: Algunas consideraciones. *Rev Cubana Med Gen Integr [online]*. 2008, vol.24, n.1, pp. 0-0. ISSN 1561-3038. (Citado el 21 de julio del 2014). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252008000100011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000100011)
87. E Armas Pérez, Luisa; González Ochoa, Edilberto; Pérez Rodríguez, Antonio y Bravo González, JOSE. Estimación de morbilidad por infecciones respiratorias agudas en adultos. *Rev. Cubana Med Trop [online]*. 1995, vol.47, n.2, pp. 100- 107. ISSN 1561-3054. (Citado el 21 de Julio del 2014). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0375-07601995000200005&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0375-07601995000200005&script=sci_arttext)
88. National Cancer Institute. Morisky 4-Item Self-Report Measure of Medication- Taking Behavior (MMAS-4). Tomado desde: <https://www.gem-beta.org/public/MeasureDetail.aspx?mid=1133&cat=2>. El 28/08/2014.
89. 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>
90. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013. [página de internet]. Tomado desde: [http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Declaracion\\_Helsinki\\_Brasil.pdf](http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Declaracion_Helsinki_Brasil.pdf)
  91. Vega M E, Epidemiología de las Infecciones Respiratorias Agudas en el Hospital Nacional del Paraguay en el Marco de una Pandemia de Influenza A H1N1 2009 Servicio de Epidemiología y Control de IHH disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v1n2/v1n2a03.pdf>
  92. Keijzer, B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina.[archivo de internet]. Tomado desde: <http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCAQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.uv.mx%2Fpersonal%2Fvcarreon%2Ffiles%2F2011%2F04%2Fhasta-donde-el-cuerpoaguante.doc&ei=NpwJVbm4HjasASckoLYDw&usg=AFQjCNHUQh2h8CzXOLVmsddw9mM4fX0g&bvm=bv.88198703,d.eXY>
  93. Fernández E. Amigdalitis Aguda. Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. Pág. 1-19
  94. Ramirez I. Uso de antimicrobianos en infecciones agudas de vías respiratorias altas.(Revista en Internet).Mexico Rev Med IMSS 2005; 43 (3): 247255<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im053j.pdf>
  95. Bernabe E., Flores M y Martínez F. ANÁLISIS DE LA DISPENSACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN PACIENTES AMBULATORIOS EN UNA FARMACIA COMUNITARIA EN MURCIA, ESPAÑA. VITAE, REVISTA DE LA FACULTAD DE QUÍMICA FARMACÉUTICA.2013; 20 número (3): págs. 203-214
  96. Stockley IH. Drug interaction: a source book of adverse interaction, their mechanisms, clinical importance and management. 5th ed. London: Pharmaceutical Press; 1999. 948p
  97. Eyaralar T, Salar L, Baixauli VJ, Fité B, García F, Gérvas J. Dispensación de Antibióticos en Oficina de Farmacia: Demanda con receta. Pharm Care Esp. 2006; 8 (4): 147-197
  98. Perret C. Tratamiento antimicrobiano abreviado de infecciones respiratorias altas en pediatría. Rev. Chal. Infectol. [Revista en la Internet]. 2002, citado 13 de diciembre del 2014; 19(1): 49-53 Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182002000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182002000100007&script=sci_arttext)
  99. María S, Esmeralda S. Uso Terapéutico de la Amoxicilina-Acido Clavulánico.2002. (Citado el 07 de diciembre del 2014 ).Disponible en: [http://www.actaodontologica.com/ediciones/2002/3/amoxicilina\\_acido\\_clavulanico.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2002/3/amoxicilina_acido_clavulanico.asp)
  100. Márquez Contreras E, Casado Martínez J, Márquez Cabeza JJ. Estrategias Para mejorar el cumplimiento. F MC 2001; 8: 558-573
  101. Machuca G. Influencia de la intervención farmacéutica en el cumplimiento de los tratamientos con antibióticos. Tesis doctoral. Sevilla 2000. 108 Disponible en: <http://www.farmacoterapiasocial.es/ftsv2/publicaciones/116> El 21/08/2014
  102. Velasco Valda GS. Seguimiento farmacoterapéutico ambulatorio en pacientes hipertensos de la Caja de Salud de Caminos y R. A. -Oruro. BIOFARBO [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2014 Sep. 23]; 16(1): 72-76. 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)

103.Ferrer, I. Efectividad de la indicación farmacéutica en farmacia comunitaria según la percepción de los pacientes. España. 2007.

## VII. ANEXOS.

### 7.1. ANEXO. SOLICITUD DE PERMISO DIRIGIDO ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO.

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

Chimbote, Julio del 2013

BOTICA: "LIAN FARMA"

Asunto: Facilidades para realizar una investigación  
sobre Seguimiento Farmacoterapéutico.

De mi especial consideración.

Me dirijo a Usted de manera cordial para solicitarle por su intermedio las facilidades para que el Alumno **Campos Cevallos Carmen, Cód. ULADECH N° 0108100017**, 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 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.

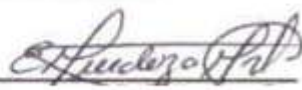
7.2. ANEXO.HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico

Declaración del paciente:

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

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ COD° 006  
DIRECCION: \_\_\_\_\_  
TELEFONO: \_\_\_\_\_

FIRMA:   
DNI: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL QUIMICO FARMACÉUTICO: \_\_\_\_\_  
TELÉFONO: \_\_\_\_\_

FIRMA:   
DNI: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

FECHA DE PRIMERA VISITA: \_\_\_\_\_







ANEXO N°7.3.3. FICHA FFT (HOJA 1 CONTINUA). REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE, DE SU ENFERMEDAD DE SUS MEDICAMENTOS Y DEL MEDICO PRESCRIPTOR.

FICHA FFT (FICHA1 PARTE3).REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE, DE SU ENFERMEDAD DE SUS MEDICAMENTOS Y DEL MEDICO PRESCRIPTOR.

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

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

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

1.9.- ANTECEDENTES FAMILIARES DE MORBILIDAD:

ENFERMEDAD	MADRE	PADRE	HERMANOS	OTROS
HIPERTENSIÓN				
DIABETES				
COLESTEROL				
OTRA:				

Observaciones: .....

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

1.10.- HABITOS DE VIDA:

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

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

COD INTERV: .....

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

Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. En la Botica Lian Farma - Chimbote 2014.

FICHA 02. HOJA DE INFORMACION FARMACOTERAPÉUTICA. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico.

PACIENTE COD. N°:

FECHA:

NOMBRE:

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

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

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

ANEXO N°7.3.5. FICHA FFT (HOJA 2, CONTINUA). REGISTRO DE LOS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE CONSUME PARA OTRAS ENFERMEDADES CONCOMITANTES. CUADRO N°13. FICHA FFT (HOJA 2, SEGUNDA PARTE). REGISTRO DE LOS MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE MANTIENE EN SU BOTIQUÍN.

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

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

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

COD INTERV: .....

ANEXO N° 7.3.6. FICHA FFT. (HOJA 3). GUÍA ANATÓMICA DE REPASO PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS.

**FICHA 03. GUÍA ANATÓMICA DE REPASO PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS DE SALUD. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico.**

PACIENTE COD. N°:

FECHA:

NOMBRE:

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

- PELO:
- CABEZA:
- OIDOS, OJOS, NARIZ, GARGANTA:
- BOCA (llagas, sequedad...):
- CUELLO:
- MANOS (dedos, uñas...):
- BRAZOS Y MÚSCULOS:
- CORAZÓN:
- PULMÓN:
- DIGESTIVO:
- RIÑÓN (orina...):
- HÍGADO:
- GENITALES:
- PIERNAS:
- PIÉS (dedos, uñas):
- MÚSCULO ESQUELÉTICO (gota, dolor espalda, tendinitis...):
- PIEL (sequedad, erupción...):
- ALTERACIONES PSICOLÓGICAS (depresiones, epilepsia...):
- PARÁMETROS ANORMALES (T<sub>3</sub>,PA, colesterol...):
- TABACO:
- ALCOHOL:
- CAFÉ:
- OTRAS DROGAS:
- SUS HABITOS ANORMALES (ejercicio, dieta...):
- VITAMINAS Y MINERALES:
- VACUNAS:
- ALERGIAS MEDICAMENTOS Y/O SOSPECHAS DE RAM:
- Situaciones fisiológicas (y fecha):
- OBSERVACIONES:

COD INTERV: .....

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

FICHA 04. HOJA GUÍA DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA.  
Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. Establecimiento Farmacéutico<sup>1</sup>  
Chimbote 2014.

PACIENTE COD N°:

NOMBRE:

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

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

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

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

4.2.- DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL PRM:

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

COD INTERV: .....

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

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

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

Fecha final de la Intervención: .....

COMENTARIO:

.....

.....

.....

.....

.....

.....



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

4.4. QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRM.

---



---



---



---



---

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

TABLA N°4.4. CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIÓNES FARMACÉUTICAS

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

COMENTARIO:

---



---



---



---



ANEXO N°7.3.10. FICHA FFT (HOJA 4, TERCERA PARTE). HOJA GUÍA DE INTERVENCIÓN FARMACOTERAPÉUTICA.

**FICHA 05. HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA.** Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico.

COD° PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

5.1. NÚMERO DE CONTACTOS UTILIZADOS DURANTE LA INTERVENCIÓN:

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

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

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

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

COD INTERV: .....

ANEXO N°7.3.11. FICHA FFT (HOJA 6). ANEXO. TEST DE PURDUE PARA LA EVALUACION EN EL PACIENTE DE LA SATISFACCION DEL SERVICIO. PROGRAMA DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO. ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO BOTICA LIAN FARMA CHIMBOTE 2014.

CUADRO N°05: TEST DE PURDUE MODIFICADO PARA DETERMINAR LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON LAS INDICACIONES DEL FARMACÉUTICO.

N°	PREGUNTA	Preguntas antes				Preguntas después			
		0	1	2	3	0	1	2	3
1	El farmacéutico se toma todo el tiempo que sea necesario para evaluar su problema?								
2	Su farmacéutico le ha dejado alguna información sobre como tomar sus medicamentos?								
3	El farmacéutico le ha explicado como sospechar si el medicamento le está chocando?								
4	Su farmacéutico le ha recalado sobre la forma como debe manejar su terapia sin recriminarle si estuvo bien o mal?								
5	Su farmacéutico sabe cómo explicar las cosas de una forma que asegure que usted siempre las entienda.								
6	Cuando ha tenido alguna duda sobre como tomar sus medicamentos el farmacéutico siempre ha estado a su disposición?								
7	Su farmacéutico lo ha visitado de manera regular para verificar si ha seguido las indicaciones dejadas.								
8	Su farmacéutico le ha dicho a quién debe contactar si necesita alguna ayuda con el manejo de los medicamentos y su enfermedad.								
9	El farmacéutico se interesa mucho en mi como persona.								
10	Su farmacéutico le ha motivado para que usted asuma su responsabilidad con respecto al éxito de la toma de sus medicamentos.								
		0=nunca, 1= algunas veces, 2=casi siempre, 3= siempre							

#### 7.4. ANEXO. REPORTE DE PRIMER ESTADO DE SITUACIÓN.

PAC	CIE	DIAG	COMERC	DCI	FF	DOSIS	FREC DOSIS	DIAS TTO	PRM	DESCRIP PRM	ACCION	COD INTERV	CANAL COMUN	ACEPT	SOL	DESCRIP SOL	RNM
1	J02	Faringitis aguda	dexacort	dexametasona	sol	4	1	5	8	no hay nombre de medicamentos en DCI	es conversar con el paciente y que le diga a su médico que le ponga la receta los medicamentos en DCI	5	3	1	0	la paciente aceptó la solución pero el PRM no se resolvió porque cuando le pedimos que nos entregue la receta en DCI no lo tenía	1
1	J02	Faringitis aguda	enhancin	amoxicilina + ácido clavulánico	sol	500 + 125	2	6	9	incumplimiento a veces se olvida de tomar sus medicamentos a sus horas	educar al paciente que no se olvide de tomar sus medicamentos y también llamarlo para comprobar que está tomando a la hora	7	2	1	1	la paciente hizo caso a la recomendación que se le brindó	1
1	J02	Faringitis aguda	enhancin	amoxicilina + ácido clavulánico	sol	500 + 125	2	6	2	cuando se siente bien lo deja de tomar no culmina el tratamiento	tratar de cambiar la actitud negativa de la paciente, educar y que siga con el tratamiento	8	1	1	1	la paciente aceptó cambiar esas actitudes negativas y logramos resolver el PRM	1
1		Dolores musculares		naproxeno	sol	550	3										
1		Fiebre	repriman	metamizol	sol	500	3	3	12	toxicidad al usar ambos medicamentos, problemas gastrointestinales	retirar medicamento porque puede ocasionar efectos debido a que solo se debe usar cuando tenga fiebre no seguido	5	1	1	1	la paciente hizo caso en la recomendación que le planteé de retirar ese medicamento	3
1		Gastritis		omeprazol	sol	10	1	10									
1		Llagas en boca	afotex		liq		3	5									
2	J03	Amigdalitis aguda		cefalexina	sol	250	4	7	2	el paciente cuando se siente bien deja de tomar sus medicamentos	llamar al paciente para que no deje de tomar sus medicamentos así este bien de salud cumpla todo su tratamiento	8	1	1	1	el paciente hizo caso en la recomendación que le planteé para que así cumpla con su tratamiento	4
2		Alergia		clorfenamina	Sol	4	2										
2		Dolores musculares		paracetamol	Sol	500	3	5	9	el paciente se olvida de tomar a sus horas el medicamento	educar al paciente para que no se olvide tomar sus medicamentos a la hora	7	2	1	1	el paciente si nos entendió que su acción estaba mal y perjudicaría su tratamiento y cumplió	1

2		Dolores musculares	doloflam forte	ibuprofeno	Sol	400												
3	J03	Amigdalitis aguda		amoxicilina	Sol	500	3	7	2	cuando se siente bien lo dejaba de tomar	educar al paciente para que no deje de tomar sus medicamentos cuando se siente bien porque le puede traer consecuencias	8	1	1	1		1	
3	J03	Amigdalitis aguda		amoxicilina	Sol	500	3	7	3	no tiene un sitio adecuado para guardar sus medicamentos	educar al paciente para que tenga un lugar apropiado para que guarde sus medicamentos, en medidas farmacológicas no	9	1	1	1		el paciente aceptó la solución y ahora cumple con todo su tratamiento	5
3		Dolores musculares		ibuprofeno		400	3											
3		Dolores musculares		naproxeno	Sol	550	3	5	12	el paciente cuando toma el naproxeno luego le da ardor al estómago	retirar el medicamento que le está afectando su salud o agregarle otro medicamento para prevenir su gastritis	5	1	1	0		el paciente primero aceptó para que podamos retirar ese medicamento pero nos dimos con la sorpresa que seguía tomando no nos hizo caso	6
3		Indigestión		sal de andrews	Polv													
4	J03	Amigdalitis aguda		amoxicilina	Sol	500	3	7	5	acorta el tiempo de tomar sus medicamentos	modificar la pauta de administración del medicamento	3	2	1	1		para esto cambiamos la pauta de la dosis si antes era de 8 horas mejor lo pusimos que lo tome 12 horas y aceptó	6
4	J03	Amigdalitis aguda		amoxicilina	sol	500	3	7	9	se olvida de tomar a sus horas	educar al paciente en disminuir el incumplimiento involuntario	7	1	1	1		la paciente ahora ya no se olvida de tomar sus medicamentos	1
4	J00	Rinofaringitis aguda (resfriado común)		clorfenamina	Sol	4	3	3										
4		Dolor de cabeza	tonopan	dihidroergotamina + cafeína + propifenazona	Sol	2												
4		Dolores musculares		naproxeno	Sol	550	2	3										
4		Infección de las vías urinarias	uropol forte	sulfametizol + fenazopiridina	Sol	500 + 100												
5	J03	Amigdalitis		amoxicilina	Sol	500	3	5	9	hay veces donde se	educar y conversar al	8	1	1	1		paciente aceptó	1

		aguda								olvida de tomar	paciente hacerle entender que lo que esta haciendo esta mal, disminuir cumplimiento involuntario					que nosotros nos preocupemos por él y también que no iba haber problemas para llamarlo	
5	J03	Amigdalitis aguda		amoxicilina	Sol	500	3	5	3	no tiene lugar adecuado para guardar sus medicamentos	educar al paciente que es necesario una buena conservación de los medicamentos	9	2	1	1	para que el paciente conserve bien sus medicamentos le ayudé a realizar una cajita para ordenar sus medicamentos.	5
5	J00	Rinofaringitis aguda(resfriado común)		clorfenamina	Sol	4	2	6	2	cuando se siente bien lo deja de tomar	llamar al paciente para que no deje de tomar sus medicamentos así este bien de salud cumpla todo su tratamiento	8	1	1	1	paciente aceptó las indicaciones y tomar aunque se sienta bien sus medicamentos a la hora indicada por su médico.	1
5		Dolores musculares		naproxeno	Sol	550											
5		Dolores musculares		ibuprofeno	Sol	400	2	5									
6	J01	Sinusitis aguda	clavumox	amoxicilina + ácido clavulánico	Sol	500 + 125	3	7	1	lo toma junto a sus alimentos	educar al paciente que tome sus medicamentos 1/2 hora antes de los alimentos	8	2	1	1	Aceptó la solución que debe tomar su medicamento 1/2h antes de los alimentos	4
6	J01	Sinusitis aguda	hisaler	cetirizina	sol	10	1	3	8	no hay nombre de medicamentos en DCI	ponerle en cada medicamento en DCI y así está receta tenga y el paciente ver cual de los dos escoge	6	2	1	1	le brindé a la paciente los nombres de medicamentos en DCI y le expliqué cual es el mejor en su efecto	5
6	J01	Sinusitis aguda	clavumox	amoxicilina + ácido clavulánico	Sol	500 + 125	3	7	3	conservación inadecuada	educar en medidas no farmacológicas, si no tiene para que se compre un botiquín hay que ver la manera de como le hacemos uno para separar sus medicamentos	9	1	1	1	para que el paciente conserve bien sus medicamentos le ayudé a realizar una cajita para ordenar sus medicamentos.	5
6		Dolores musculares		ibuprofeno	Sol	400	3		12	ardor en el estómago	añadir un medicamento para prevenir la gastritis como el omeprazol, ranitidina	4	2	1	1	paciente aceptó que le añadamos un medicamento para la gastritis y así no tenga consecuencias	2

6		Dolores musculares		naproxeno	Sol	550	2	4									
6		Dolores musculares		diclofenaco	Iny	75	1	4									
7	J02	Faringitis aguda		ibuprofeno	sol	400	2	5									
7	J02	Faringitis aguda		eritromicina	sol	500	2	7	9	la paciente en algunas oportunidades se olvida de tomar su medicamento	educar al paciente	8	1	1	1	educar al paciente sobre lo importante que es seguir todo su tratamiento	1
7	J02	Faringitis aguda		clorfenamina	sol	4	2	5	12	probabilidades de efecto adverso, siente sequedad de boca	sustituir un medicamento	6	1	0	0	cambiar el medicamento por otro que no le cause efectos adversos	5
7		Alergia		cetirizina	sol	10	1	3									
7		Gastritis		ranitidina	sol	150	2	10									
8	J03	Amigdalitis aguda		amoxicilina	sol	500	3	7	9	incumplimiento-olvida tomar sus medicamentos	educar al paciente	8	1	1	1	educar al paciente sobre lo importante que es seguir todo su tratamiento y lo importante que es no olvidar tomar su medicamento	1
8	J03	Amigdalitis aguda		amoxicilina	sol	500	3	7	3	conservacion inadecuada de sus medicamentos	educar al paciente sobre lo importante que es saber mantener en un lugar adecuado sus medicamentos	8	1	1	1	el paciente se comprometió a tomar con responsabilidad lo que se le enseñó y se comprometió a contribuir en su tratamiento	1
8	J03	Amigdalitis aguda		ibuprofeno	sol	400	3	5	3	mala conservacion de sus medicamentos	educar al paciente sobre lo importante que es saber mantener en un lugar adecuado sus medicamentos	8	1	1	1	el paciente se comprometió a tomar con responsabilidad lo que se le indicó	1
8		Alergia		cetirizina	sol	10	1	3									
8		Fiebre		paracetamol	sol	500	3	5									
9	J02	Faringitis aguda		eritromicina	sol	500	3	7	9	el paciente incumple el tratamiento porque olvida tomar su medicación	educar al paciente para que no se olvide tomar sus medicamentos	8	1	1	1	el paciente tomo en cuenta la recomendación que se le brindó de no olvidarse tomar sus medicamentos	1

9	J02	Faringitis aguda		naproxeno	sol	550	3	5	2	actitudes negativas del paciente	educar al paciente	8	1	1	1	comunicarse con el paciente , haciéndole entender que para la mejoría de su salud necesita tomar todos sus medicamentos indicados	1
9	J02	Faringitis aguda		eritromicina	sol	500	3	7	2	actitudes negativas del paciente cuando siente que no le hace bien deja de tomarlo	educar al paciente	8	1	1	1	comunicarse con el paciente , haciéndole entender que para la mejoría de su salud necesita tomar todos sus medicamentos indicados	1
9	J02	Faringitis aguda		paracetamol	sol	500	3	5									
9		Dolores musculares		ibuprofeno	sol	400	3	5									
10	J03	Amigdalitis aguda		amoxicilina	sol	500	3	7	9	toma sus medicamento de vez en cuando	educar al paciente	8	1	1	1	comunicarse con el paciente para que no deje de tomar sus medicamentos	1
10	J03	Amigdalitis aguda		lincomicina	iny		1	3									
10		Dolores musculares		naproxeno	sol	550	2	3	1	administracion erronea del medicamento	educacion en las instrucciones y precauciones para a correcta utilizacion y administracion del medicamento	7	1	1	1	educar al paciente para que tome sus medicamentos en la hora establecida	5
10		Tos aguda		dextrometorfano	liq	15	2	7									
11	J02	Faringitis aguda		clorfenamina	sol	4	3	3									
11	J02	Faringitis aguda		claritromicina	sol	550	2	7	10	interaccion	modificar la pauta de administracion	3	1	1	1	conversar con el paciente haciéndole un cambio en en las tomas del medicamento a lo largo del día	5
11	J02	Faringitis aguda		naproxeno	sol	550	2	5	1	toma su medicamento sin tener en cuenta sus indicaciones	educacion al paciente sobre a correcta administracion del medicamento	7	1	1	1	educación al paciente sobre la correcta administración de sus medicamentos para que no sienta molestia despues	5

																	de tomarlos	
11		Alergia		cetirizina	sol	10	1	3										
12	R52.0	Dolor agudo		ibuprofeno	sol	400	2	5	5	dosis, pauta y/o duracion inadecuada	educar al paciente que el medicamento le durara para todo el tratamiento	7	1	1	1	1	comunicarle al paciente que si olvida tomar una dosis, no puede administrarse una segunda dosis ya que le pueden traer problemas mayores afectando su salud.	6
12	J02	Faringitis aguda		dextrometorfano	liq	15	2	7										
12	J02	Faringitis aguda		amoxicilina	sol	500	2	7	9	toma sus medicamento de vez en cuando	educar al paciente	8	1	1	1	1	comunicarse con el paciente para que no deje de tomar sus medicamentos	1
12	J02	Faringitis aguda		amoxicilina	sol	500	2	7	3	conserva su medicamento de manera inadecuada	educar al paciente sobre las medidas higienicas que favorezcan los objetivos terapeuticos	9	1	1	1	1	educar al paciente para que tenga un consideración de como guardar y donde guardar sus medicamentos	5
12		Indigestión		bismutol	liq	262	3	3										



7.5. ANEXO.

FOTOS

FIGURA N°05. FRONTIS BOTICA LIAN FARMA, EN EL DISTRITO DE CHIMBOTE.



7.6. ANEXO.

FIGURA N°06. MAPA DE UBICACIÓN DE LA BOTICA LIAN FARMA.



7.7. ANEXO.

FIGURA N°07: Paciente firmando la hoja de consentimiento



7.8. ANEXO.

FIGURA N°08.Revisión de medicamentos.



7.9. ANEXO.

FIGURA N°09. Ejemplo de ordenamiento y conservación de los medicamentos en el botiquín.



## **GLOSARIO DE TÉRMINOS.**

- **EESS:** Estado de Situación
- **EF:** Establecimiento Farmacéutico
- **FFT:** Ficha Fármaco Terapéutica.
- **IF:** Intervención Farmacéutica.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **PRM:** Problemas Relacionados con Medicamentos.
- **RNM:** Resultados Negativos asociados a la Medicación.
- **SFT:** Seguimiento Fármaco terapéutico.
- **DIGEMID:** Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas