



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

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

**EVALUACIÓN DEL SEGUIMIENTO
FARMACOTERAPÉUTICO A PACIENTES CON
TUBERCULOSIS PULMONAR ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL DE LAREDO – TRUJILLO. ENERO – ABRIL
2018**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
QUÍMICO FARMACÉUTICO**

AUTORA

LORENZO TUCTO, FLOR CATERYN

ASESOR

Mgtr. CÉSAR ALFREDO LEAL VERA

TRUJILLO – PERÚ

2018

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Dr. Jorge Luis Díaz Ortega

Presidente

Mgtr. Nilda María Arteaga Revilla

Miembro

Mgtr. Luisa Olivia Amaya Lau

Miembro

Mgtr. César Alfredo Leal Vera

Asesor

AGRADECIMIENTO

A Dios:

Por brindarme la salud y fuerza necesaria, además de toda su bondad y su infinito amor para continuar superando todos los obstáculos que se me presentaron a lo largo de esta etapa universitaria.

A mis padres:

Marcos Lorenzo y Erlinda Tucto por ser los motores que impulsan mi vida, por el infinito amor que me han dado siempre y los sabios consejos desde que decidí ser profesional.

A mi asesor y docentes:

Por sus enseñanzas, consejos y experiencias que fueron compartidas durante mi trayectoria universitaria, formando profesionales competentes y capaces de desempeñarse en cualquier ámbito que nos compete como Químicos Farmacéuticos.

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres Marcos y Erlinda, por ser las personas que más me aman en este mundo y a pesar de mis errores me aceptan como tal. Papá y Mamá gracias por darme la vida me siento muy feliz de ser su hija.

A mis hermanos Sheyla y Franco Lorenzo, por su apoyo incondicional y enseñarme a luchar para ser una mejor persona, y mostrarme lo importante que es tener hermanos.

Estar preparado es importante, saber esperar es aún más, pero aprovechar el momento adecuado es la clave de la vida. (Arthur Schnitzler)

RESUMEN

El presente estudio de investigación es de tipo aplicado, prospectivo, de corte longitudinal, cuantitativo, no probabilístico de diseño pre-experimental. Tiene como objetivo evaluar la eficacia del Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) sobre los Problemas Relacionados a los Medicamentos (PRM) y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Hospital de Laredo-Trujillo, durante los meses de enero a abril del 2018. La muestra fue seleccionada de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, estuvo constituida por 12 pacientes con promedio de 40 años de edad entre hombres y mujeres. Para la recolección de datos se trabajó con la Ficha Farmacoterapéutica (FFT) donde se identificaron 5 PRMs, el mayor porcentaje es el PRM2 de actitudes personales con 26,2%, y así mismo se solucionaron el 80.96% de los PRMs. Para evaluar el grado de adherencia se trabajó con el test de Morisky Green Levine, identificando que el 58.33% son incumplidores, después de la intervención farmacéutica se logró reducir hasta un 16.7% con una significancia de $p= (0.033)$. Se llegó a la conclusión de que el SFT influye para la identificación y solución de PRMs, mediante las intervenciones farmacéuticas con la finalidad de mejorar la adherencia al medicamento y por ende contribuir al mejoramiento del estado de salud del paciente.

Palabra clave: Tuberculosis Pulmonar, Seguimiento Farmacoterapéutico, problemas relacionados con los medicamentos.

ABSTRACT

The present research study is of the applied, prospective, longitudinal, quantitative, non-probabilistic and pre-experimental design type. Its objective is to evaluate the efficacy of the Pharmacotherapeutic Follow-up (SFT) on the Problems Related to Drugs (PRM) and the adherence to treatment in patients with pulmonary tuberculosis treated in the Hospital of Laredo-Trujillo, during the months of January to April 2018. The sample was selected according to the inclusion and exclusion criteria, it consisted of 12 patients with an average of 40 years of age between men and women. For the data collection we worked with the File Pharmacoterapeutica (FFT) where 5 PRMs were identified, the highest percentage is the PRM2 of personal attitudes with 26.2%, 80.96% were solved. To evaluate the degree of adherence, we worked with the Morisky Green Levine test, identifying that 58.33% were non-compliers, after the pharmaceutical intervention it was possible to reduce up to 16.7% with a significance of $p = (0.033)$. It was concluded that the SFT influences the identification and solution of PRMs, through pharmaceutical interventions in order to improve adherence to the drug and therefore contribute to the improvement of the health status of the patient.

Key word: Pulmonary tuberculosis, pharmacotherapeutic follow-up, problems related to medications.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT.....	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	5
2.1. Antecedentes.....	5
2.2. Bases Teóricas	7
III. METODOLOGÍA.....	21
3.1. Tipo y diseño de Investigación	21
3.2. Población y Muestra	21
3.3. Definición y Operacionalización de Variables	22
3.4. Técnicas e Instrumentos	23
3.5. Plan de Análisis	27
3.6. Consideraciones Éticas	27
IV. RESULTADOS	28
4.1. Resultados.....	28
4.2. Análisis de resultados	32
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	35
5.1. Conclusiones.....	35
5.2. Recomendaciones	35
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
VII. ANEXOS	43

ÍNDICE TABLAS

Tabla 01	Distribución porcentual de pacientes con tuberculosis pulmonar según género y edad, atendidos en el Hospital de Laredo- Trujillo, enero-abril 2018	28
Tabla 02	Distribución porcentual del tipo de intervenciones farmacéuticas realizadas de acuerdo a los PRMs identificados y solucionados en la evaluación del SFT a pacientes atendidos en el Hospital de Laredo- Trujillo, enero-abril 2018	29
Tabla 03	Clasificación según test de Morisky Green Levine, antes y después del SFT en los pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Hospital de Laredo- Trujillo, enero- abril 2018	30
Tabla 04	Evaluación y Valoración del tiempo intervenido por el farmacéutico en el programa de SFT a pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Laredo- Trujillo, enero-abril 2018	31

I. INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad con gran impacto de salud pública en nuestro país, extendida a nivel internacional, considerada una patología sujeta a vigilancia y de notificación obligatoria en el Perú desde el año 2012⁽¹⁾.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde el 2016 la tuberculosis es considerada una de las 10 principales causas de mortalidad, y la primera causa de muerte por un agente infeccioso, en la actualidad 10.4 millones de personas se enferman de tuberculosis, 1.7 millones mueren por esta enfermedad, cabe resaltar que el 95 % de las muertes por tuberculosis se producen en los países de ingresos bajos y medianos ⁽²⁾.

En el Perú la tuberculosis ocupa el décimo quinto lugar de las causas de muerte. Afecta predominantemente a los estratos sociales más pobres de las grandes ciudades del país. Las tasas notificadas de incidencia y de morbilidad total (nuevos y antes tratados por cada 100 mil habitantes) han disminuido entre 2 a 3% por año entre los años 2011 a 2015, de 97,4 a 87,6 en incidencia y de 109,7 a 99,5 en morbilidad ⁽³⁾.

Esta real y dura situación se considera aún el comienzo de un nuevo problema de consecuencias imprevisibles, ya que la población portadora de esta infección puede ser la fuente de una epidemia de tuberculosis incontrolable, este estudio destaca la necesidad de ampliar la vigilancia de la resistencia a fármacos en todo el mundo. ⁽³⁾

El Informe Mundial que publica la OMS sobre la Tuberculosis, consiste en proporcionar una evaluación completa y actualizada, las metas específicas establecidas en la estrategia “Fin a la Tuberculosis” consiste en reducir su mortalidad en un 90%, y su incidencia en un 80% de aquí al 2030, en comparación con las cifras del 2015. Para alcanzarlas es necesario que se presten servicios de atención y prevención contra la tuberculosis en el contexto más general de la cobertura sanitaria universal, que se adopten medidas multisectoriales para hacer frente a las consecuencias y los determinantes sociales y económicos de la enfermedad, implementando avances tecnológicos que permitan que la incidencia disminuya a un ritmo más rápido que hasta ahora ⁽⁴⁾.

Los medicamentos constituyen una de las principales herramientas terapéuticas para un elevado porcentaje de la población; para algunas personas es muy importante porque son la solución a sus enfermedades, para otros el alivio a sus problemas de salud, sin embargo, también constituyen una causa de morbilidad y mortalidad si no se usan de manera adecuada. Para mejorar la farmacoterapia de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar el profesional Químico Farmacéutico desempeña un papel importante, ya que a través del Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), se detectan, previenen y resuelven resultados negativos de la medicación ⁽⁵⁾.

Ante esta situación nos vemos en la necesidad de que nuestra profesión mejore en la práctica asistencial evidenciando la participación activa del profesional farmacéutico, teniendo en cuenta que el inadecuado uso de los medicamentos ocasionan múltiples riesgos conllevando a la aparición de problemas relacionados a la medicación (PRM),

resultados negativos asociados a los medicamentos, los cuales se pueden disminuir y mejorar mediante una correcta dispensación basada en la orientación responsable e informada del tratamiento farmacológico al paciente por parte del experto en medicamentos⁽⁶⁾.

Realizar un correcto seguimiento farmacoterapéutico consiste en la monitorización, registro sistemático de la terapia que recibe el paciente empleando el método d'ader con el fin de identificar a tiempo cualquier problema que atente con la salud del paciente, de esta manera el profesional farmacéutico debe comprometerse con los resultados de la farmacoterapia en el paciente⁽⁷⁾.

Se ha comprobado que la intervención farmacéutica puede coadyuvar al médico en el seguimiento de la terapia y al mismo tiempo interrelacionar con otros profesionales de la salud a fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar que reciben tratamiento en el Hospital de Laredo- Trujillo.

Por lo tanto, es importante plantearnos el siguiente enunciado:

¿Cuál es la eficacia del Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes con Tuberculosis Pulmonar atendidos en el Hospital de Laredo- Trujillo. Enero- abril 2018?

Objetivo General

- Evaluar la eficacia del Seguimiento Farmacoterapéutico sobre los PRM y la adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis Pulmonar atendidos en el Hospital de Laredo –Trujillo. Enero-abril 2018

Objetivos Específicos

- Identificar y evaluar los PRM en pacientes con Tuberculosis Pulmonar atendidos en el Hospital de Laredo -Trujillo. Enero - abril 2018
- Solucionar los PRM encontrados a través de las intervenciones farmacéuticas en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar atendidos en el Hospital de Laredo –Trujillo. Enero - abril 2018
- Determinar la adherencia al tratamiento mediante el test de Morinsky Green Levine en los pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Hospital de Laredo –Trujillo. Enero - abril 2018

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes

Pacharovit, en el año 2010, realizó un estudio de SFT en el hospital Militar de Bolivia, a 10 conscriptos con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. Los PRM encontrados fueron 41.67% de necesidad, 41.66% de seguridad y 16.67% de efectividad, esto se ocasiona por el tratamiento incompleto de la tuberculosis por falta de información, provocando la farmacorresistencia que hace difícil y costoso la terapia, por lo que es necesario la intervención del farmacéutico, en la atención farmacéutica, seguimiento farmacoterapéutico y el trabajo articulado con el médico para cumplir con el tratamiento y por ende mejorar la calidad de vida de los pacientes hospitalizados con tuberculosis⁽⁸⁾.

Montufar et al, en el año 2012, en un estudio realizado en Guayaquil a 105 encuestados se determinó que los factores relacionados con el abandono de tratamiento, están los relacionados con: Los servicios de salud debido a una mala atención brindada a los pacientes por parte del personal de salud, 66% a las visitas domiciliarias no realizadas dentro de las 48 horas de haber abandonado el tratamiento como o indican las normas nacionales e internacionales del programa de control de la tuberculosis, 67% son los factores sociales: como la drogadicción con un 57%, el alcoholismo con un 18%, la delincuencia con el 4%, la indigencia con el 4% el VIH con un 3%. Los relacionados con el tratamiento: las reacciones adversas a los medicamentos (RAM) con un 38% entre esta el ardor estomacal. La edad del grupo más afectado esta los adultos jóvenes comprendido entre los 20 y 40 años de edad, de sexo masculino (83%), baja escolaridad y bajos ingresos económicos ⁽⁹⁾.

Según Pinedo, Lima 2008 realizó un estudio a 42 pacientes del Centro de Salud Fortaleza sobre los Factores que condicionan el nivel de Adherencia al Tratamiento antituberculoso, los resultados obtenidos fueron factores propios del paciente se encuentran presentes en un 100% de los pertenecientes al grupo de No Adherentes al tratamiento, mientras que estos mismos factores no se presentan en el grupo que tiene una buena adherencia al tratamiento. Respecto a los factores propios del Servicio de Salud están presentes en ambos grupos por lo que no se puede afirmar que condicionen el nivel de adherencia en los pacientes, en el grupo de No Adherentes se encuentran el 100 % y en el grupo de adherentes el 21.4%⁽¹⁰⁾.

Según Garay, Chimbote 2013 en un estudio de SFT a pacientes con Tuberculosis Pulmonar, bajo un modelo de programa piloto intervinieron 12 pacientes de los cuales se detectaron 46 PRM, la mayoría de ellos fueron incumplimiento, actitudes negativas y conservación inadecuada de medicamentos que representan el 69.6% del total las intervenciones fueron dirigidas a disminuir el incumplimiento voluntario e involuntario (52.2%) y conservación inadecuada de los medicamentos (17.4%), se solucionaron 36 PRMs (78.3 %). El efecto del SFT sobre la percepción del paciente de la actividad profesional del farmacéutico antes y después de la intervención no fue significativa ($p < 0.219$) en mejorar la adherencia, pero si origino un cambio en la conducta del paciente hacia su tratamiento antituberculoso ⁽¹¹⁾.

Según Córdova, Chimbote 2014 realizo un estudio de SFT a 12 pacientes atendidos en el Centro de Salud Yugoslavia, de los PRM identificados se solucionaron 14 (PRMs) (51.85%) y los no resueltos dejaron expuesto al paciente a la aparición de resultados

negativos de la medicación (RNMs) que en su mayoría pudieron ser: 13 (48.15%). El efecto del SFT sobre el cambio en la percepción de la calidad de vida del paciente medida antes y después de la intervención se consideró no significativo en las dimensiones de salud física ($p=0.541$) y salud mental ($p= 0.786$). Se concluye que todos los pacientes antes de la intervención mediante SFT presentaron un estado de situación que evidenció la existencia de problemas con el uso de medicamentos, el SFT tuvo un impacto positivo no significativo sobre la autopercepción de la calidad de vida asociada a la salud física y mental del paciente medida luego de la intervención ⁽¹²⁾.

Aguirre et al, Trujillo 2013 en un estudio encontraron que el PRM más frecuente fue el PRM 9 (65%) (PRM Incumplimiento); y que el PRM 2 (PRM de Actitudes negativas del paciente) se presenta en un 35%. También se encontró que la adherencia comparada antes y después de la intervención indicaría un impacto significativo del Seguimiento Farmacoterapéutico ⁽¹³⁾.

2.2. Bases Teóricas

Epidemiología de la Tuberculosis

Es una enfermedad infectocontagiosa crónica, prevenible y curable, causada por una bacteria denominada *Mycobacterium tuberculosis*, la cual puede atacar cualquier parte del cuerpo como el cerebro, columna, pero principalmente afecta a los pulmones. El *Mycobacterium tuberculosis* también es conocido como Bacilo de Koch en honor al científico alemán Roberto Koch, descubrió al bacilo causante de la tuberculosis en 1882 ⁽¹⁴⁾.

Características Clínicas

- La tuberculosis Pulmonar presenta.
- Tos con flema (por más de 15 días).
- Fiebre (se incrementa en las noches).
- Tos con expulsión de sangre (flema con sangre).
- Pérdida de apetito y baja de peso.
- Sudoración nocturna.
- Dolor de pecho.
- Debilidad y cansancio constante.

Causas y Factores de Riesgo de la Tuberculosis

Las bacterias de la tuberculosis se transmiten a través del aire. Cada vez que una persona infectada con tuberculosis habla, escupe, tose o estornuda, elimina los microbios o bacterias de la tuberculosis que se encuentran en sus vías respiratorias, estos microorganismos son aspirados por una persona sana que tenga contacto frecuente y así contagiarse, puede ser en el hogar, trabajo, vehículos de trasportes públicos, colegios ⁽¹⁵⁾.

Seguimiento Farmacoterapéutico

El seguimiento farmacoterapéutico (SFT) de acuerdo al documento de consenso en atención farmacéutica, se define como: “La práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos, mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con la medicación (PRM). 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 que mejoren la calidad de vida del paciente” ⁽¹⁶⁾.

Para llevar a cabo dicho seguimiento se utiliza la metodología d'áder, diseñado por el grupo de investigación en atención farmacéutica de la Universidad de Granada, el cual se basa en la obtención de la ficha farmacoterapéutica del paciente, es decir los problemas de salud que presenta y los medicamentos que utiliza, y la evaluación de su estado de situación a una fecha determinada para identificar y resolver los posibles PRMs que el paciente pueda estar padeciendo, tras esta identificación se realizan las intervenciones farmacéuticas necesarias para resolver lo antes mencionado, las que se evalúan los resultados obtenidos⁽¹⁶⁾.

Cabe aclarar que el seguimiento farmacoterapéutico personalizado no constituye en ningún caso un intento de invadir competencias de otros miembros del equipo de salud, la colaboración multidisciplinaria es indispensable para proporcionar una asistencia sanitaria global y completa. La existencia de una importante morbilidad y mortalidad asociada a uso de fármacos hace que la participación del farmacéutico en la prevención, detección, y resolución de problemas relacionados con los medicamentos sea una responsabilidad ineludible, tanto por motivos legales como, lo que es más importante, por ética profesional ⁽¹⁷⁾.

El farmacéutico debe desarrollar habilidades nuevas, que le permitan mejorar su comunicación con el paciente y con otros profesionales sanitarios. Esta comunicación deber ser verbal y escrita. Además debe respetarse el derecho del paciente a la información adecuada, a su autonomía de decisión, y a la protección de sus datos de carácter personal ⁽¹⁸⁾.

Algunos conceptos relacionados para determinar PRMs son los siguientes:

Problemas de Salud

Se entiende como problemas de salud a cualquier queja, observación o hecho que el paciente y/o medico perciben como una desviación de la normalidad que ha afectado, puede afectar o afecta a la capacidad funcional del paciente ⁽¹⁹⁾.

Intervención Farmacéutica

Se entiende como la acción del farmacéutico pendiente a mejorar el resultado clínico de los medicamentos, mediante la modificación de la utilización de los mismos. Esta intervención se enmarca dentro de un plan de actuación acordado previamente con el paciente ⁽²⁰⁾.

Plan de Actuación

Es el conjunto de intervenciones que paciente y farmacéutico acuerdan realizar, para resolver los PRM detectados por este ⁽²⁰⁾.

Plan de Seguimiento

Es el proyecto de encuentros acordados por el paciente y farmacéutico, para asegurar que los medicamentos que toma el paciente siguen siendo solo aquellos que necesita y que continúa siendo los más efectivos y seguros posibles ⁽²¹⁾.

Atención Farmacéutica

En la literatura actual se define como atención farmacéutica al: “Proceso a través del cual un farmacéutico coopera con un paciente y con otros profesionales de la salud en el diseño, implementación y control de un plan terapéutico que producen resultados específicos para el paciente”. El objetivo de todos los involucrados en la atención farmacéutica es proporcionar una terapia medicamentosa óptima y para que esto así sea, debe procederse de una manera lógica hacia una meta establecida, sin efectos dañinos para el paciente, todas las decisiones y acciones deben ser llevadas a cabo a un nivel óptimo para garantizar una terapia racional, segura, efectiva y al menor costo posible. En otras palabras podemos decir que prestando atención farmacéutica, el farmacéutico se responsabiliza del uso racional de los medicamentos por parte de sus pacientes ⁽²²⁾.

Aunque la definición de atención farmacéutica en el sentido estricto se refiere a actividades relacionadas con la farmacoterapia del paciente, un grupo de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el papel del farmacéutico en el sistema de atención a la salud, extiende el carácter de beneficiario de la atención farmacéutica al público en su conjunto y reconoce así mismo al farmacéutico como un profesional de la salud que puede participar activamente en la prevención de las enfermedades y en la promoción de la salud ⁽²³⁾.

Por lo antes dicho, el farmacéutico deberá aprovechar su condición de ser el profesional de la salud más accesible al público para realizar actividades de atención farmacéutica, distintas a las estrictamente relacionadas con la dispensación y el uso

racional de los medicamentos, actuando como educador de salud y participando en labores preventivas ⁽²³⁾.

Los farmacéuticos para prestar atención farmacéutica, deben tener conocimientos vivenciales de cómo identificar, prevenir y resolver problemas relacionados con los medicamentos para poder asumir la responsabilidad de los resultados de la atención de los pacientes ⁽²¹⁾.

Método Dáder

La metodología dáder surge a partir de la inquietud de algunos profesionales farmacéuticos de la Universidad de Granada y por las necesidades del paciente que recibía escasa ayuda de sus farmacéuticos para obtener el máximo beneficio de los medicamentos que utilizan, indagando sobre el por qué no se realizaba un servicio más personalizado al paciente, los farmacéuticos manifestaban:

- Falta de información o programas informáticos no adecuados.
- Rechazo a los médicos.
- Falta de interés de los pacientes.
- Escasez de tiempo.
- Alto coste económico y humano.

Con el fin de subsanar todos estos obstáculos es que nace el método dáder pretendiendo conseguir que el farmacéutico aprenda a hacer atención farmacéutica a sus pacientes, logrando que el trabajo del farmacéutico sea muy importante. Ante la prevalencia de los problemas derivados del uso de los medicamentos, el segundo Consenso de

Granada estableció que un problema relacionado con medicamentos es aquel resultado clínico negativo derivado de la farmacoterapia que producidas por diversas causas, conducen a la no consecución del objetivo terapéutico o a la aparición de efectos no deseados ⁽²²⁾.

La metodología dader aplica las siguientes fases secuenciales para la realización del SFT ⁽²³⁾.

Fases del Seguimiento Farmacoterapéutico

Oferta del Servicio

Previo al inicio del proceso se consulta al paciente para realizar el seguimiento farmacoterapéutico, teniendo su aceptación se inicia el desarrollo de SFT con la aclaración de que el farmacéutico no va a sustituir a ningún profesional de la salud, sino que va a trabajar en equipo a beneficio del paciente ⁽²³⁾.

Cuando los pacientes acuden a una farmacia comunitaria se debe proceder de la siguiente manera:

- Luego de la consulta médica el paciente solicita en la farmacia la dispensación del medicamento prescrito por el médico.
- Se realiza la dispensación del medicamento con todas las recomendaciones que el caso requiere y respetando la prescripción del médico.
- Se procede a ofrecer el servicio de seguimiento farmacoterapéutico y con la aceptación se programa una cita a la que el paciente debe llevar los medicamentos que estaba tomando hasta esa fecha.

Primera Entrevista

En la primera entrevista hay que documentar y registrar la información recibida por el paciente, a fin de facilitar la comunicación, lo más aconsejable es escribir en un papel en blanco durante la entrevista y luego pasarlo lo más pronto posible al formulario de la historia farmacoterapéutica. Esto puede servir para que el farmacéutico auto-evalúe la forma de realizar la entrevista ⁽²⁴⁾.

- El paciente expone las preocupaciones sobre su problema de salud, los signos y síntomas que le llevaron a acudir al médico.
- Se indaga sobre los medicamentos que el paciente tomaba hasta la fecha: cómo le iba con ellos y si notó algo extraño durante el tratamiento ⁽²⁴⁾.

Estado de Situación

Luego de haber tenido la primera entrevista en la que el paciente expresa sus preocupaciones se procede al vaciado de toda la información proporcionada en las hojas de estado de situación en el siguiente orden:

- En la parte superior del documento se anotan los datos personales del paciente, es lo que se conoce como la foto del paciente y es donde se refleja iniciales de su nombre, código, sexo, edad, índice de masa corporal y presencia de alergias.
- Luego se relaciona su problema de salud y los medicamentos que usa a una fecha determinada (principio activo, dosis, pauta posológica).

Fase de Estudio

Durante esta fase se extrae toda la información necesaria sobre el problema de salud (fisiopatología, etiología, características, fases, ciclo biológico, formas de contagio, diagnóstico) y los medicamentos reflejados en el estado de situación (farmacocinética, farmacodinamia, indicaciones clínicas, contraindicaciones, reacciones adversas y precauciones), en este estudio se debe relacionar el problema de salud y el medicamento, siendo aconsejable realizar el estudio horizontalmente ⁽²⁵⁾.

Fase de Evaluación

Después de conocer la información del medicamento y el problema de salud, se procede a la evaluación de alguna probable reacción adversa que el paciente pueda estar presentando y que sea atribuida al medicamento, en este caso directamente relacionados con la seguridad del fármaco, es decir farmacovigilancia, cuyo único objetivo final es detectar, notificar y resolver algún probable problema relacionado con el medicamento ⁽²⁵⁾.

Fase de Intervención

El objetivo es resolver los problemas relacionados con la medicación que el paciente pueda estar sufriendo a través de intervenciones que pueden ser de dos formas:

- Farmacéutico – Paciente, si el PRM se debe a causas derivadas del uso de los medicamentos por parte del paciente, pudiendo ser verbal o escrita ⁽²⁶⁾.
- Farmacéutico – Paciente – Médico si es la estrategia diseñada por el médico la que no consigue los efectos esperados; si se trata de un problema de salud que

necesita del diagnóstico médico, esta intervención se realiza de forma escrita o verbal.

Resultados de las Intervenciones

Se determina el resultado de las intervenciones farmacéuticas para la resolución de los problemas relacionados con los medicamentos, esta intervención da lugar a un nuevo estado de situación. Los resultados de las intervenciones pueden ser:

- Intervención aceptada, problema de salud resuelto.
- Intervención aceptada, problema de salud no resuelto.
- Intervención no aceptada, problema de salud resuelto
- Intervención no aceptada, problema de salud no resuelto

Nuevo Estado de Situación

En esta fase se reflejan los cambios presentados en cuanto a problemas de salud y medicamentos después de la intervención.

Problemas Relacionados a los Medicamentos

El concepto de problemas relacionados con medicamentos (PRM) queda enunciado en el segundo consenso de granada como problemas de salud, entendidos como resultados clínicos negativos, derivados de la farmacoterapia que, producidos por diversas causas, conducen a la no consecución del objetivo terapéutico o a la aparición de efectos no deseados ⁽²⁷⁾.

Así pues, el PRM es una variable de resultado clínico, un fallo de la farmacoterapia que conduce a la aparición de un problema de salud, mal control de la enfermedad o efecto no deseado ⁽²⁸⁾.

Relación de Problemas Relacionados a los Medicamentos

(PRM1) Administración errónea del medicamento: Problemas asociados directamente con el uso de medicamentos y sus problemas derivados. Automedicación de productos bajo automedicación estricta, Automedicación con errores de posología, Interpretación errónea de la receta, etc.

(PRM2) Actitudes Personales: Es la conducta negativa del paciente a asumir las indicaciones terapéuticas motivadas por conceptos erróneos de los efectos de su medicación, convencimiento que los medicamentos no son necesarios o por alguna razón externa al tratamiento tales como: Creencias religiosas, culturales, consejos erróneos de terceros, etc. Estas actitudes pueden ser detectadas cuando el Farmacéutico pregunta: ¿Cree Usted que puede tener problemas con la toma de alguno de estos medicamentos?

(PRM 3) Conservación inadecuada: Condiciones en las que se tienen los medicamentos que afectan directa o indirectamente la calidad de los medicamentos. Si están en lugares inseguros, al alcance de niños, expuestos a luz solar, en ambientes húmedos, expuestos temperaturas excesivas, en lugares expuestos a maltrato físico por accidente u otros.

(PRM4) Contraindicaciones: Condiciones actuales de salud del paciente o la toma concomitante de algún otro medicamento que condicione negativamente al paciente para no usar el medicamento prescrito.

(PRM5) Dosis, pauta y/o duración no adecuada: Error asociado a la prescripción de medicamentos no conforme a las pautas posológicas remendadas: La dosis, vía de administración, frecuencia de administración y los días estipulados para el tratamiento.

(PRM6) Duplicidad: Es la concomitancia en el uso de dos medicamentos que farmacológicamente cumplirían la misma función o si la asociación de dos medicamentos no brinda ventajas terapéuticas comparativas y que por el contrario pudieran causar problemas negativos debido a la sobre dosificación o interacción.

(PRM 7) Errores de Dispensación: Se revisará si todos los medicamentos prescritos fueron dispensados y si están de acuerdo a las características de la receta. Se anotará si se dispensó el mismo medicamento en nombre y forma farmacéutica o si se realizó una sustitución autorizada normativamente por consejo del Farmacéutico. El paciente deberá comprender la naturaleza del cambio.

(PRM 8) Errores de Prescripción: El investigador revisará los medicamentos prescritos para la enfermedad e identificará si están de acuerdo al diagnóstico declarado por el paciente. Se revisará la receta para identificar si contiene los datos mínimos requeridos normativamente para que el paciente use apropiadamente los medicamentos.

(PRM 9) Incumplimiento: Se define a la adherencia 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.

(PRM 10) Interacción: Incompatibilidad farmacológica en la concomitancia del uso de dos o más medicamentos en un paciente por razones que afectan negativamente el resultado de la medicación y aún puedan poner en riesgo la salud del paciente.

(PRM 11) Otros Problemas de Salud que Afectan al Tratamiento: Son problemas de salud diagnosticados o no, diferente a la morbilidad objetivo. Esta condición puede poner en riesgo el uso de los medicamentos prescritos o motivar al paciente a automedicarse. Dentro de estos problemas se puede identificar alergias, estrés, dolores, depresión, sensaciones extrañas u otro para las cuales es necesario tomar precauciones de uso o que sean desfavorables para el uso de los medicamentos prescritos.

(PRM 12) Probabilidad de Efectos Adversos: Son aquellos problemas de salud que pueden estar causados y/o agravados por el medicamento. Conviene revisar la evidencia que existe sobre la manifestación de un determinado efecto indeseado (probabilidad de que aparezca), así como la importancia que puede tener (gravedad del problema).

(PRM 13) Problema de Salud Insuficientemente Tratado: Problema de salud diagnosticado que mantiene signos o síntomas clínicos en el paciente que presumen ineffectividad del tratamiento prescrito que puede deberse a subdosificación, ineffectividad o la falta de un medicamento dentro de la terapia del paciente.

(PRM 14) Problemas Económicos: Problema que se evidencia cuando el paciente no toma su medicación porque no la puede adquirir.

(PRM 15) Otros: Aquellos problemas de salud que se presenten en su farmacoterapia.

Uso Racional de Medicamentos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define que hay Uso Racional de los Medicamentos (URM) “Cuando los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor costo posible para ellos y para la comunidad” ⁽²⁹⁾.

El URM promueve la calidad en el cuidado de la salud, asegurando que usemos los medicamentos sólo cuando sean requeridos y que comprendamos claramente el motivo de su uso y la forma correcta de utilizarlos en las dosis, intervalos y períodos de tiempo indicados por el profesional de la salud ⁽²⁹⁾.

Adherencia Terapéutica

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo ⁽³⁰⁾.

Para comprender el tipo de atención necesaria también debe establecerse una clara diferenciación entre los conceptos de enfermedades agudas, en contraposición con las crónicas, y de las transmisibles (infecciosas), en contraposición con las no trasmisibles.

Las enfermedades crónicas transmisibles, como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y la tuberculosis, requerirán el mismo tipo de atención de tantas otras enfermedades crónicas no transmisibles como son la hipertensión, la diabetes y la depresión. El proyecto sobre adherencia terapéutica ha adoptado la siguiente definición de enfermedades crónicas: “Las enfermedades con una o varias de las siguientes características: Dejan discapacidad residual, son causadas por una alteración anatomopatológica irreversible, requieren adiestramiento especial del paciente para la rehabilitación o cabe prever que requieran un período largo de supervisión, observación o atención” ⁽³⁰⁾.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y Diseño de la Investigación

El presente trabajo de investigación fue de tipo aplicada, prospectivo, no probabilística, de nivel cuantitativo y de corte longitudinal.

El diseño de la investigación fue de tipo pre-experimental.

3.2. Población y Muestra

Población

La población está conformada por aquellos pacientes captados después de confirmar el diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar, integrados en el Programa de Control de la TBC atendidos de manera regular en el hospital de Laredo.

A los pacientes se les propuso formar parte de la muestra de investigación tuvieron la libertad de ingresar al programa de manera voluntaria. Esta expresión de libertad quedo reflejada en la firma del documento de consentimiento informado.

Muestra

El muestreo fue no probabilístico, que permiten utilizar criterios de inclusión y exclusión y estuvo constituida por 12 pacientes con diagnóstico Tuberculosis Pulmonar.

Criterios de Inclusión

- Adultos entre 18 y 60 años que hayan recibido una prescripción a través de una receta médica, que incluya el uso de medicamentos, como resultado de un diagnóstico facultativo por enfermedades crónicas como la tuberculosis pulmonar.

- Acepten en forma escrita de participar en la experiencia.
- Pacientes con capacidad de comunicarse en idioma español de manera autosuficiente.

Criterios de Exclusión

- Pacientes gestantes.
- Pacientes que están incluidos en otros estudios similares y que interfieran en la investigación.
- Pacientes que tengan otras patologías

3.3. Definición y Operacionalización de Variables

Variable Dependiente

Los Problemas Relacionados con los Medicamentos son problemas de salud, entendidos como resultados clínicos negativos, derivados de la farmacoterapia que, producidos por diversas causas, conducen a la no consecución del objetivo terapéutico o a la aparición de efectos no deseados ⁽³¹⁾.

Variable Independiente

El Seguimiento Farmacoterapéutico es “la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos mediante la detección, prevención y resolución del problema relacionados con su medicación 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 que mejoren la calidad de vida del paciente” ⁽³²⁾.

3.4. Técnicas e Instrumentos

Técnicas

Para el SFT se utilizó la técnica de la entrevista personal, conversaciones telefónicas y la visita domiciliaria. La información fue recogida en fichas farmacoterapéuticas.

Procedimiento de la Recolección de Datos

Oferta del Servicio

Se captó a 12 pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar que aceptaron en forma verbal y escrita el consentimiento informado (Anexo 02), para realizar el estudio de investigación. El consentimiento informado es un documento donde el paciente se compromete voluntariamente a participar en la investigación sobre el SFT, indicándole que este servicio es gratuito y no contempla donaciones ni venta de ningún tipo de medicamento durante el tiempo de estudio. Las acciones son solo de tipo educativo y el seguimiento de indicadores de salud, con la finalidad de mejorar el estado integral de salud del paciente con tuberculosis pulmonar y prevenir los PRMs. Después que el paciente aceptó el consentimiento informado se coordinó la fecha y hora para la primera entrevista farmacéutica, se indicó los procedimientos para llevar a cabo el estudio ⁽³³⁾.

Entrevista Farmacéutica

El Farmacéutico debe estar atento al tono de voz, así como al ritmo del habla del paciente, a fin de detectar posibles preocupaciones o problemas de comprensión. También es conveniente preguntar al paciente si está en condiciones de prestarnos atención durante unos minutos.

Para el SFT las visitas son presenciales, se inició con un saludo cordial, la información brindada por parte del paciente es obtenida mediante preguntas que se obtiene de la Ficha Farmacoterapéutica (FFT), como datos del médico, institución donde fue diagnosticado, medicamentos utilizados, riesgos y sospechas de problemas relacionados con el uso de medicamentos y el uso de remedios caseros o naturales, hábitos de vida, antecedentes familiares, al mismo tiempo se ha averiguado sobre el grado de conocimiento de la enfermedad y la medicación ⁽³³⁾.

Estado de Situación

Con la recopilación de la información obtenida en FFT, se procedió al llenado de la hoja de “estado de situación” donde se hizo una relación entre los problemas de salud y los medicamentos que estaba tomando de acuerdo a la prescripción médica, con la finalidad de obtener algún dato importante que el paciente se haya olvidado mencionar al médico o que el médico no percibió durante las citas médicas ⁽³³⁾.

Fase de Estudio

Los aspectos más importantes que se tomaron en cuenta durante esta fase son: los signos y síntomas (tos, fiebre, pérdida de peso) también la farmacocinética, interacciones, interferencias, precauciones, contraindicaciones para una sospecha de efectividad del tratamiento, y para identificar los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) se ha realizado la revisión bibliográfica de la farmacología de todos los fármacos registrados en el estado de situación de cada paciente con tuberculosis pulmonar ⁽³⁴⁾.

Fase de Evaluación

Una vez realizado la fase de estudio de acuerdo al protocolo de estudio para establecer los PRM se consideraron las siguientes preguntas que corresponde a esta fase: ⁽³⁴⁾.

¿Necesita el paciente el o los medicamentos?

En este caso la respuesta será que si necesita los medicamentos antituberculosos.

¿Están siendo efectivos?

¿Es seguro?

Las respuestas se han registrado con la letra “s” si es afirmativo y con la letra “n” si es negativo en las hojas de estado de situación.

Seguidamente se hizo una última pregunta

¿Existe algún problema de salud que no esté siendo tratado?

Fase de Intervención

Una vez concluida la fase de evaluación se procedió con las intervenciones farmacéuticas para solucionar los PRMs encontrados en los pacientes con tuberculosis pulmonar, se le brindó información verbal y escrita acerca de su alimentación, estilo de vida y la farmacoterapia que debe cumplir según indicaciones prescrita por su médico y que el paciente asuma la mayor responsabilidad respecto a su propia salud. El objetivo de esta fase es lograr un seguimiento los problemas de salud, mejorar la adherencia al tratamiento, brindar un uso adecuado y racional de los medicamentos con la finalidad de preservar la salud y la buena calidad de vida del paciente ⁽³⁴⁾.

Instrumentos

Registro de datos del Seguimiento Farmacoterapéutico

Las FFT, que contiene información sobre el paciente, los medicamentos que consumen, los hallazgos sobre problemas en su medicación y las acciones realizadas por el investigador para resolverlas. El registro de la información se realizó de acuerdo a las indicaciones de la guía para el SFT del método dáder. Después se realizó la evaluación de los PRMs detectados durante la investigación, se registró en una ficha de intervención farmacoterapéutico individual el nombre y las características del medicamento y el tipo de PRM ⁽³⁵⁾.

Instrumento para medir la Adherencia al Tratamiento.

Denominado Test de Morisky-Green Levine, el test es una herramienta para la medición indirecta de la adherencia al tratamiento. Consiste en una escala de 4 ítems con SI y NO como opciones de respuesta. Sumando las respuestas de todos los ítems conduce a un score total que puede ir desde 0 a 4. Cero representa un muy alto cumplimiento o baja no adherencia, mientras que 4 sugiere una no adherencia muy alta o bajo cumplimiento. La categorización que arroja el test es rigurosa. Un paciente que responde Si a alguna de las cuatro preguntas es considerado incumplidor. Los pacientes cumplidores deberían responder No a las 4 preguntas. Se aplica durante el inicio de la primera entrevista y en el medio de la conversación como parte de la misma para evitar respuestas positivamente sesgadas ⁽³⁶⁾.

3.5. Plan de Análisis

Las tablas para el análisis de la data se construyeron con la información registrada en la ficha farmacoterapéutica y de adherencia. Las tablas fueron confeccionadas en Microsoft Excel:

- Tabla de la Distribución porcentual de pacientes con tuberculosis pulmonar según género y edad, atendidos en el Hospital de Laredo- Trujillo, enero - abril 2018
- Tabla de la Distribución porcentual del tipo de intervenciones farmacéuticas realizadas de acuerdo a los PRMs identificados y solucionados en la evaluación del SFT a pacientes atendidos en el Hospital de Laredo- Trujillo, enero - abril 2018
- Tabla de la Clasificación según test de Morisky Green Levine, antes y después del SFT en los pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Hospital de Laredo- Trujillo, enero - abril 2018
- Tabla de la Evaluación y Valoración del tiempo intervenido por el farmacéutico en el programa de SFT a pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Laredo- Trujillo, enero - abril 2018

3.6. Consideraciones Éticas

El estudio se llevó a cabo siguiendo las normas éticas de la Declaración de Helsinki. Se preservó en todo momento el anonimato de los pacientes y no se modificará la terapia prescrita sin el consentimiento del profesional prescriptor. La investigación contó con la aprobación del Comité de Investigación de la Escuela Profesional de Farmacia de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote ⁽³⁷⁾.

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados

Tabla 1

Distribución porcentual de pacientes con Tuberculosis Pulmonar según género y edad, atendidos en el Hospital de Laredo – Trujillo. Enero- abril 2018

Género	Frecuencia	Porcentaje	Edad Promedio	Desviación. Estándar
Mujeres	4	33.33%	37.25	22.38
Hombres	8	66.67%	39.62	19.9
Total	12	100%	38.43	21.14

Tabla 2

Distribución porcentual del Tipo de Intervenciones Farmacéuticas realizadas de acuerdo a los PRMs identificados y solucionados en la evaluación del SFT a pacientes atendidos en el Hospital de Laredo- Trujillo. Enero-abril 2018

Código de PRMs	PRMs	Tipo de IF	Frecuencia	%	N° de PRM Resueltos	%	N° de PRM No Resueltos	%
PRM 1	Administración errónea del medicamento	Modificar la pauta de Administración	1	2.38	1	2.38	0	0
PRM2	Actitudes negativas del paciente	Disminuir el incumplimiento voluntario	11	26.2	9	21.43	2	4.8
PRM9	Incumplimiento	Disminuir el incumplimiento voluntario	10	23.81	8	19.05	2	4.8
PRM11	Otros Problemas de Salud	Disminuir el incumplimiento involuntario	10	23.81	8	19.05	2	4.8
PRM12	Probabilidad de Efectos Adversos	Modificar la pauta de Administración	10	23.81	8	19.05	2	4.8
TOTAL			42	100	34	80.96	8	19.2

Tabla 3

**Clasificación según el test de Morisky Green Levine, antes y después del SFT en
pacientes con Tuberculosis Pulmonar atendidos en el Hospital de Laredo- Trujillo.
Enero - abril 2018**

Pacientes	Frecuencia antes de la IF	Porcentaje	Frecuencia después de la IF	Porcentaje	Test de Mc. Nemar (Significancia) P
Cumplidores	2	41.67%	10	83.30%	< 0.05
No Cumplidores	10	58.33%	2	16.70%	
TOTAL	12	100%	12	100%	0.033

Nivel de significancia p= (0.033)

Tabla 4

Evaluación y Valoración del tiempo intervenido por el farmacéutico en el programa de SFT a pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Laredo-Trujillo.

Enero - abril 2018

N^a Paciente	Duración de la 1^o visita	Duración de la 2^o visita	Duración de la 3^o visita	Total del tiempo de IF
1	15	18	20	53
2	18	15	18	51
3	16	13	15	54
4	17	15	18	50
5	20	20	15	55
6	20	10	15	55
7	14	18	20	52
8	25	20	18	53
9	19	16	18	53
10	18	15	17	50
11	18	17	15	50
12	15	20	15	50

4.2. Análisis de Resultados

En la tabla 1, sobre la distribución porcentual de los pacientes según edad y género, el 33% son mujeres, con un promedio de 37 años de edad, comparado a los hombres que representa 66.67%, con un promedio de edad de 39 años, a diferencia del sexo femenino se observa un menor porcentaje sufre esta enfermedad siendo mínima la diferencia en cuanto al promedio de edad. Los resultados encontrados coinciden con el estudio realizado por Alarcón et al, donde se notificaron 30 988 casos de TB, siendo la Tuberculosis una enfermedad afecta a todas las edades, sobre todo jóvenes adultos la mayor proporción de casos se dan entre 15 y 60 años, los cuales constituyen la población económicamente activa⁽³⁸⁾. También estos datos se semejan al estudio realizado en el Centro de Salud de Guayaquil por Montufar 2013, donde se encuentran que la edad promedio del grupo más afectado esta en los adultos jóvenes con TB pulmonar, comprende entre 20 y 40 años, de sexo masculino 83%.⁽⁹⁾.

La tabla 2, presenta la distribución porcentual de intervenciones farmacéuticas que se realizaron a 12 pacientes con tuberculosis pulmonar, donde se ha encontrado 5 PRMs con una frecuencia de 42 representando al 100% de PRM, el PRM 1 es de administración errónea con 1 de frecuencia que representa 2.4%, en el PRM 2 que se trata de actitudes personales del paciente con una frecuencia de 11 pacientes que representan 26.2%, el PRM 9 que se trata de incumplimiento con una frecuencia de 10 pacientes que representan el 23.8%, en el cuarto PRM 11 que se trata de otros problemas de salud que afectan al tratamiento con una frecuencia de 10 pacientes que representan 23.8 y con el quinto PRM 12 que se trata de efectos adversos, con una frecuencia de 10 pacientes que representan el 23.8%.

Los PRM resueltos fueron 80.96% de los cuales del PRM 1 se resolvió en su totalidad, a diferencia del PRM 2, 9, 12 Y 14 no se resolvieron. Los resultados de la investigación se asemeja con una investigación realizada por Dalens en Lima 2012, acerca de los factores que inducen al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, se consideró el bajo nivel económico, consumo de alcohol, cigarrillos y drogas, necesidad de utilizar transporte para llegar al centro de salud a recibir su tratamiento, presentar efectos adversos a los medicamentos. Todo esto conlleva al abandono del tratamiento siendo uno de los principales obstáculos para el control y adherencia al tratamiento de la tuberculosis en cualquier país ⁽³⁹⁾.

En la tabla 03, se observan los resultados del test de Morisky – Green – Levine de los pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el hospital de Laredo, apreciándose que el 58,33% de los pacientes eran incumplidores; después de la intervención farmacéutica se observa que 83.3% de los pacientes son cumplidores, lo que indica que se actuó favorablemente modificando el estilo de vida de los pacientes, logrando además una buena adherencia al tratamiento. El resultado encontrado nos refleja que la intervención farmacéutica influye en la farmacoterapia y adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar, los datos encontrados en nuestra investigación coinciden con el estudio de SFT a pacientes con tuberculosis realizado por Garay 2013 donde se encontró 46 PRM, de los cuales la mayoría fue el PRM9, donde se concluye que el efecto del SFT sobre la percepción del paciente de la actividad profesional del farmacéutico ante y después de la intervención no fue muy significativa en mejorar la adherencia, pero si origino un cambio en la conducta del paciente hacia su tratamiento antituberculoso ⁽¹¹⁾. También coinciden con un estudio realizado por Aguirre et al 2013,

donde se encontró que el PRM más frecuente fue el PRM9 65%, PRM2 35%. También se encontró que la adherencia comparada antes y después de la intervención indicaría un impacto significativo en el SFT⁽¹³⁾.

Se observa que, si bien hubo un cambio porcentual importante, este resultado fue significativo (83.3%), es decir, se logró alcanzar el objetivo de ser adherente al final del estudio según la prueba de Mc. Nemar con un nivel de significancia de $P = (0.033)$, esto significa que la actuación farmacéutica produjo un cambio porcentual muy importante, pues solo 2 de 12 eran adherentes y luego se obtuvo una proporción de 10 de 12 pacientes adherentes, siendo el impacto positivo en 10 pacientes no adherentes anteriormente.

En la tabla 04, se observa la evaluación y valoración del tiempo empleado en cada intervención farmacéutica. Se realizaron en total 3 visitas con tiempo promedio de 15 a 20 minutos por visita acumulando un total de 52 minutos. Según recomendaciones del método dáder, cada entrevista debe durar aproximadamente 15 minutos; datos que coinciden con nuestra investigación, sin embargo, en un estudio realizado por Ilvar, las primeras entrevistas demandaron entre 45 y 60 minutos, debido a que el paciente percibía esta como la oportunidad de expresar todas sus necesidades y se extendía en las narraciones. De todas maneras, este tiempo puede variar de acuerdo al tipo de paciente y a la preparación y experiencia del farmacéutico que realiza la entrevista⁽⁴⁰⁾.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Se logró evaluar la eficacia del Seguimiento Farmacoterapéutico sobre los problemas relacionados con los medicamentos y la adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis Pulmonar atendidos en el Hospital de Laredo -Trujillo. Enero - abril 2018
- Se logró resolver los problemas relacionados con los medicamentos en un 80.96 % a través de las intervenciones farmacéuticas en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar atendidos en el Hospital de Laredo -Trujillo. Enero - abril 2018
- La adherencia al tratamiento mediante el test de Morinsky Green Levine fue significativa dando como resultado final en un 83.3% de pacientes cumplidores, se logró alcanzar el objetivo de ser adherente al final de estudio.

5.2. Recomendaciones

- Desarrollar estrategias que involucren directamente al Químico Farmacéutico en el seguimiento terapéutico de pacientes con este tipo de patologías en los Centros de Salud de establecimientos públicos.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud; Análisis de la Situación Epidemiológica de la Tuberculosis en el Perú. Dirección General de Epidemiología, 1ª ed. Lima 2016. [http:// bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3446.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3446.pdf)
2. Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa Epidemiológico de la OMS. Nota descriptiva, 2018. [Internet] [Consultado 02 febrero 2018]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>
3. Ministerio de Salud. Informe Nacional sobre la Tuberculosis. Nota descriptiva. 2017. [Internet]. [Consultado 08 de febrero 2018]. Disponible en [http://www. Who. Intttb/ publications/global_report/es/](http://www.who.int/publications/global_report/es/)
4. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Tuberculosis. Boletín Informativo. 2011. [Internet] [Consultado 12 de febrero 2018]. Disponible en [http://ww www.who.int/tb/ publications/global_report/es/](http://www.who.int/tb/publications/global_report/es/)
5. Olivares R, Coral S. Medicalización de la Vida. Rev Clin Med Fam. Vol 4. [Revista en el internet]. 2011. [Citado 12 de febrero 2018]. Disponible en [hppt//www.scielo. iscii.es/sci/php?script=sci_arttext&pid=S1699695X2011000200011](http://www.scielo.org/revistas/med/fam/articulo.php?script=sci_arttext&pid=S1699695X2011000200011)
6. Alberto M, Tuberculosis en el Perú: Situación epidemiológica, avances y desafíos para su control. Rev Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Lima [revista en

- la internet]. Abril 2017 [Citado 08 enero 2018]. Disponible en <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2384/2777>
7. Ministerio de Salud. Boletín de Centro de Atención Farmacéutica. Lima [Internet]. Abril del 2012. [Citado enero del 2018]. Disponible en. http://www.digemid.minsagob.digemid.minsagob.pe/Upload/Uploaded/PDF/Boletines/AtencionFarmaceutica/B09_2012_01.pdf
 8. Pecharovich V. Seguimiento farmacoterapéutico según método DADER a pacientes conscriptos con tuberculosis internados en el hospital militar Central- La Paz. 2010. Consultado 18 febrero 2018. Disponible en http://www.usfx.bo/nueva/Cepi/466_Tesi_nueva/Cs%20Editadas%20CEPI/255_Maestria/3_ATENCION%20FARMACUTICA/Seguimiento%20farmacoterapeutico/Seguimiento%20farmacoterapeutico.pdf
 9. Montufar M, Novoa J. Factores asociados al abandono de tratamiento en los pacientes nuevos con tuberculosis pulmonar bk+. Guayaquil, 2012.
 10. Pinedo C. Factores que Condicionan el Nivel de Adherencia al Tratamiento de los de los pacientes de la E.S.N. de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Centro de Salud Fortaleza. Lima 2007.
 11. Garay L. Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes con Tuberculosis Pulmonar atendidos en la Farmacia del Puesto de Salud Santa Ana. Chimbote 2013.

12. Córdova J. Efecto de un programa piloto de seguimiento fármaco terapéutico sobre la autopercepción de la calidad de vida en pacientes con tuberculosis. Farmacia del centro de salud Yugoslavia. Nuevo Chimbote 2014.
13. Aguirre A y col. "Efecto del Seguimiento Farmacoterapéutico sobre los Problemas Relacionados con Medicamentos de pacientes hipertensos atendidos en la farmacia Aguirre. Trujillo 2013. [Acceso 20 de enero del 2018]. Disponible en <http://tesis.uladech.edu.pe/handle//123456789/188>.
14. Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud: Que es la Tuberculosis y como se trata. Pregunte al experto. 2016. [Internet] [Consultado 12 febrero 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/08/es/>
15. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Tuberculosis un Riesgo Reemergente. 2012.
16. Ministerio de Salud. Implementando un Modelo de Seguimiento Farmacoterapéutico en los Servicios de consulta Externa Hospitalización del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. XI Encuentro Nacional de Experiencias en Mejoramiento Continuo de Calidad en Salud. Lima, 2014.
17. Organización Mundial de la Salud. Club de la Atención Farmacéutica. Programa Dàder. Consenso de La Granada 2000. [Consultado 17 enero 2018]. Disponible en: <http://www.ugr.es/~atencfar/#Abajo>

18. Castillo F, Martínez F, Martínez H. Atención Farmacéutica a pacientes hospitalizados desde la unidad clínica España 2006, pág. 27-31.
19. Rodríguez M, Pérez C, Allue V. Intervención del farmacéutico en la dispensación activa, Madrid, 2004, pág. 29-31.
20. Faus M. Atención Farmacéutica como Respuesta a una Necesidad Social, ars pharm 2003, pag.137-139.
21. Sánchez J, Abellán F. Atención Farmacéutica y Responsabilidad Profesional, Editorial Comares, Madrid, pág.192.
22. 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.
23. Machuca M, Fernández Ll. Método Dàder. Guía de Seguimiento Farmacoterapèutico. Granada, 2003.
24. Grupo de expertos, consenso sobre atención farmacéutica, Madrid. Msc, 2001.
25. Castillo F, Martínez A, Martínez H. Atención Farmacéutica a pacientes hospitalizados desde la unidad clínica España 2006, pág. 27-31.

26. Coelles N, Ibáñez J. Machuca M, Martínez F. Entrevista Farmacéutico paciente en el Programa Dáder de Seguimiento Farmacoterapèutico, pág. 31-33.

27. Daniel S, Marta M, María F. Guía de Seguimiento Farmacoterapèutico. Grupo de Investigación y Atención. Consenso La Granada 3 Ed. 2007. [Consultado 10enero2018]. Disponible:<http://www.ugr.es/cts131/esp/guias/GUIA%20FINAL%20DADER.pdf>

28. Universidad Granada. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados a Medicamentos y Resultados Negativos Asociados a la Medicación. Grupo de Investigación y Atención. España, 2002. [Consultado 11 enero 2018]. Disponible en: <http://farmacia.ugr.es/ars/pdf/374.pdf>

29. Organización Mundial de la Salud. Promoción y Uso Racional de Medicamentos. Perspectivas y Políticas sobre medicamentos. Ginebra, 2012. [Consultado 15 de febrero 2018]. Disponible en. <http://aap.who.int://medicina/pdf/s4874s/s4874s.pdf>

30. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a Tratamientos a Largo Plazo. Pruebas para la Acción Suiza, 2004. Disponible en. [http://www. Farmacologia hc.edu.uy/imagesWHO/Aadherence/Long/Therapies spa/2003.pdf](http://www.Farmacologia hc.edu.uy/imagesWHO/Aadherence/Long/Therapies spa/2003.pdf)

31. Panel de consenso ad. Hoc. Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con los Medicamentos, pharmaceutical care 2003, pág. 100-102.

32. Fernández L, Faus M. Seguimiento Farmacoterapéutico Fase Piloto ars. Pharmaceutical 2003 pág. 40-45-53-65.
33. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. Seguimiento farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). Pharmacy Practice 2006; 4(1): 44-53.
34. Valverde I, Silva-Castro MM. La Entrevista Farmacéutica. En: Curso Básico de Atención Farmacéutica On-Line. Correo Farmacéutico. Granada: GIAF-UGR; 2006 Disponible en: www.correofarmaceutico.com/cursoaf
35. Aguas Y, De Miguel E, Suárez de Venegas C. Modelo para presentación de casos adaptado a la metodología Dáder. Pharm Care Esp 2002; 4 (1):60-3
36. Morisky-Green L. Concurrent and Predictive Validity of a Self-Reported Measure of Medication Adherence. Medical Care, Vol. 24, No. 1 (January 2015), pp.67-74. [Citado 12 de diciembre de 2017]. Disponible en: [http://www. cchealthnetwork.pdf](http://www.cchealthnetwork.pdf).
37. Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos. ISBN 92 9036 056 9. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), 1993, Ginebra, pp53/56.
38. Alarcón V, Alarcón E. Tuberculosis en el Perú. Revista peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. Vol 32. Lima, 2015.

39. Dalens E. Factores que Inducen al Abandono de Tratamiento en pacientes con tuberculosis. Red de salud Lima Norte V Rímac-San Martín-Los Olivos, 2012.

40. Ilvar M, Eudalina R. Departamento de Farmacia. Contribuciones a la implementación de un programa de atención farmacéutica para paciente ambulatorio en un hospital de tercer nivel de Bogotá D.C., II-2005.

VII. ANEXOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FILIAL TRUJILLO

COORDINADOR DE CARRERA FARMACIA Y BIOQUIMICA

"Año del Diálogo y de la Reconciliación Nacional"

Trujillo, 15 de enero del 2018

CARTA N° 011-2018 COORFARM – TRUJILLO-ULADECH Católica

Q.F. LISSET GUERRA ARANA
Jefe del Departamento de Farmacia
Hospital de Laredo
Presente.

Es grato dirigirme a usted para hacerle llegar mi más cordial saludo y al mismo tiempo presentar al tesista **LORENZO TUCTO FLOR CATERYN**, código del estudiante 1608122054, de la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica, quien por motivo de realización de su tesis solicita autorización para realizar el trabajo de investigación: "EVALUACIÓN DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO A PACIENTES CON TUBERCULOSIS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE LAREDO-TRUJILLO. ENERO-ABRIL 2018", necesario para la obtención de su título profesional.

Esperando la aceptación del presente me despido de Ud. reiterando mis sentimientos de consideración y estima personal y nuestro compromiso de formar profesionales de calidad.

Atentamente


UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE
FILIAL TRUJILLO
MS. C. Q.F. Alfredo Claudio Delgado
COORDINADOR DE CARRERA FARMACIA Y BIOQUIMICA



Calle Aguamarina N° 161 -165 Urb, San Inés – Trujillo Perú
Teléfono (044) 600569/600558
Cel. 944425768 – RPM 944425768
www.uladech.edu.pe

ANEXO N°02: Ficha de consentimiento informado para la realización adherencia terapéutica a pacientes con tuberculosis pulmonar

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ he sido informado (a) por los investigadores, estudiantes de la carrera de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, que desarrolla un trabajo de investigación en la zona, acerca del efecto del Seguimiento Farmacoterapéutico sobre la resolución de problemas relacionados con medicamentos de pacientes tuberculosis pulmonar, es por ello que yo:

1. Consiento libre y voluntariamente en colaborar en su trabajo relatando cual ha sido mi comportamiento en la toma de medicamentos antidiabéticos.
2. Permito que a los investigadores utilicen la información sin dar a conocer mi identidad y que la utilice con el fin que postula en su investigación.
3. Acepto que los investigadores tenga acceso a mi identidad, la que no será revelada por él manteniéndose el anonimato.
4. He sido informado que puedo retirar mi colaboración en cualquier momento sea previo o durante la entrevista.

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____/_____/_____

FECHA DE PRIMERA VISITA: _____/_____/_____

ANEXO N° 03:

FICHA 01. INFORMACION PERSONAL DEL PACIENTE. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF/Hospital/Centro/Puesto de Salud /Hospital de Laredo

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

1.1.- DATOS PERSONALES

NOMBRE: _____ SEXO: _____

DIRECCIÓN: _____ ZONA: _____

TELÉFONO DOMICILIO: _____ OTRO _____ (MAIL): _____

FECHA DE NACIMIENTO: / / EDAD: AÑOS:

GRADO DE ESTUDIOS: ANALFABETO PRIMARIA SECUNDARIA

SUPERIOR.....

TIENE SEGURO SI: _____ N0: _____ SEGURO INTEGRAL (SIS)

ESSALUD: _____ PRIVADO: _____ OTRO CUAL?: _____

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

1.2.- PARÁMETROS DE SEGUIMIENTO:

VISITA	1	2	3	4
FECHA				
Tos persistente por más de 15 días /..... /..... /..... /.....
Pérdida de peso				
Sudoración nocturna				
Cansancio o fatiga				
Peso (en Kg)				
OTRO				

Los parámetros de seguimiento deben medirse cada vez que se tengo contacto con el paciente. Sobre todo en la rigidez matutina de al menos una hora de duración y el dolor articular en ambos lados del cuerpo.

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

Nº	NOMBRE DEL MEDICO /	ESTABLECIMIENT	ESPECIALIDA	TELÉFONO

1.4.1-PROBLEMAS DE SALUD DIAGNOSTICADOS AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA (Con Receta):

CIE 10	NOMBRE DEL PROBLEMA DE SALUD,	QUIEN LE DIAGNOSTICO?	Fecha de la receta

1.4.2-PROBLEMAS DE SALUD NO DIAGNOSTICADOS AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA (Sin Receta):

N	NOMBRE DEL PROBLEMA DE SALUD, SIGNO O SINTOMA PERCIBIDO POR EL	QUIEN LE DIJO QUE SUFRIA DE

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

CIE 10	ATC	NOMBRE DEL MEDICAMENTO (tal cual fue prescrito comercial o DCI)	DCI del prescrito	NOMBRE DEL MEDICAMENTO (tal cual fue dispensado)	DCI del dispensado	Forma Farmacéutica y concen	A: DOSIS (mg)	B: FREC. DE DOSIS x DIA(h)	Horario de la medicación	C: Total Días que debe tomarse el med. (días).	Total de medicamento DISPE	FECHA DE DISP.	OBSERVACIÓN

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

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

Nº	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA, MALESTAR, SENSACIÓN U OTRO.	QUE HA HECHO EL PACIENTE PARA SOLUCIONAR

Preguntar sobre malestares, sensaciones, percepciones negativas que tiene el paciente luego de tomar alguno de los medicamentos recetados. Auxiliarse con la Ficha N°3 para el repaso anatómico fisiológico. Si el paciente declara algún problema preguntar que hace para solucionarlo. Las Reacciones adversas de medicamentos prescritos deben reportarse al EF mediante una hoja amarilla.

1.7. REGISTRO DE PROBLEMAS DURANTE EL USO DE MEDICAMENTOS.

Tuvo necesidad de comunicarse con el médico, en algún momento posterior a la última consulta y antes de la siguiente visita programada, por alguna necesidad? Si No Si la respuesta anterior fue Si, entonces:

Cual fue el problema o necesidad?

..... Pudo

comunicarse? Si No

Si es NO, Por qué?.....

Cómo resolvió el problema? A quien recurrió?

Cree Usted que se resolvió el problema SI..... No..... Aún persiste.....

Si se comunicó con el médico, se solucionó el problema? Si No

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

Nº	NOMBRE DE LOS REMEDIOS CASEROS	PARA QUE LO USA	CUANTO TOMA?	FRECUENCIA	DESDE CUANDO

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

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

NOMBRE DE LA ENFERMEDAD*, ACCIDENTE O DAÑO.	Tuvo Dx?	QUIEN / DONDE LE DIAGNOSTICO?	TELÉF	Molesta ahora? Qué hace para solucionar la molestia.	Toma medicamentos para esto?***

**Las enfermedades del pasado, cirugías, accidentes, traumas, etc. Pueden dejar secuelas, signos o síntomas que podrían ser el origen de uso de medicamentos en el presente. Si es así, reportarlo como enfermedad actual no diagnosticado en la tabla 1.4.2*

***Anotar los medicamentos que usa como medicamento sin prescripción en la ficha 2.*

1.10.- ANTECEDENTES FAMILIARES DE MORBILIDAD:

ENFERMEDAD	MADRE	PADRE	HERMANOS	OTROS
HIPERTENSIÓN				
DIABETES				
COLESTEROL				
OTRA:				

Observaciones:

...
 Los antecedentes de morbilidad en los parientes cercanos se relacionan con signos, síntomas o malestares actuales en el paciente.

1.11.- HABITOS DE VIDA:

HÁBITOS:	DESCRIBIR:	INDICACION DEL
Ingesta de grasas o aceite		
Ingesta de Azúcar		
Ingesta de Sal		
Consumo de alcohol	VECES POR SEMANA	
Fuma cigarrillos o alguien en casa lo hace?	SI: ___ NO: _____ CANTIDAD AL DIA: _____	
Hace ejercicios:	CAMINA: _____ CORRE: _____ GIMNASIO: _____ _____ PESAS: _____	VECES POR SEMANA:
Consumo de café o té	SI: _____ NO: _____ TAZAS DIARIAS: _____	
Dieta:	SI _____ NO _____ Describir: _____	

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

COD INTERV:

ANEXO N° 04:**FICHA 02. HOJA DE INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA.**

Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF /Hospital/Centro/Hospital de Laredo.

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

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

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.

2.3. MEDICAMENTOS QUE TIENE, NO TOMA Y NO DEBE TOMAR (REVISIÓN DEL BOTIQUÍN DE MEDICAMENTOS)

Nombre 1:	
1. ¿lo toma? 3. ¿para qué?	4. ¿cómo le fue? 10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 2:	
1. ¿lo toma? 3. ¿para qué?	4. ¿cómo le fue? 10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 3:	
1. ¿lo toma? 3. ¿para qué?	4. ¿cómo le fue? 10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 4:	
1. ¿lo toma? 3. ¿para qué?	4. ¿cómo le fue? 10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 5:	
1. ¿lo toma? 3. ¿para qué?	4. ¿cómo le fue? 10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 6:	
1. ¿lo toma? 3. ¿para qué?	4. ¿cómo le fue? 10. ¿Sintió algo extraño?
Nombre 7:	
1. ¿lo toma? 3. ¿para qué?	4. ¿cómo le fue? 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. En esta lista están los medicamentos que el Farmacéutico recomendó no tomar y los dejó en una bolsa negra lacrada.

ANEXO N° 05:

FICHA 03. GUÍA ANATÓMICA DE REPASO PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS DE SALUD. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF /Hospital/Centro/Hospital de Laredo

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 (Tª,PA, colesterol...):

- TABACO:

- ALCOHOL:

- CAFÉ:

- OTRAS DROGAS:

- HABITOS ANORMALES (ejercicio, dieta...):

- VITAMINAS Y MINERALES:

- VACUNAS:

- ALERGIAS MEDICAMENTOS Y/O SOSPECHAS DE RAM:

- Situaciones fisiológicas (y fecha):

- OBSERVACIONES:

COD INTERV:

ANEXO N° 06:

FICHA 04. HOJA GUIA DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA.

Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF /Hospital/Centro/Puesto de Salud de.....,

PACIENTE COD

Nº: NOMBRE:

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

Nº	NOMBRE DEL MEDICAMENTO* O	FFPP	DOSIS S REC.	FREC. DE DOSIS/DI	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:		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:		16. Problemas económicos:	

COD INTERV:
.....

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

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

Fecha final de la Intervención:

COMENTARIO:

4.4. QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRM.

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

TABLA N°4.4. CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS

Categoría	N°	Intervención	Acción
Intervenir sobre cantidad de medicamento	1	Modificar la dosis	Ajuste de la cantidad de fármaco que se administra de una vez.
	2	Modificar la frecuencia de dosis o tiempo de tto.	Cambio en la frecuencia y/o duración del tratamiento.
	3	Modificar la pauta de administración (redistribución de la cantidad)	Cambio del esquema por el cual quedan repartidas las tomas del medicamento a lo largo de un día.
Intervenir sobre la estrategia farmacológica	4	Añadir un medicamento(s)	Incorporación de un nuevo medicamento que no utilizaba el paciente.
	5	Retirar un medicamento(s)	Abandono de la administración de un determinado(s) medicamento(s) de los que utiliza el paciente.
	6	Sustituir un medicamento(s)	Reemplazo de algún medicamento de los que utilizaba el paciente por otros de composición diferente, o bien de diferente forma farmacéutica o vía de administración.
	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:

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

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

4.6. RESULTADO:

Solución n	PRM resuelto	PRM no resuelto
Aceptación		
Intervención aceptada		
Intervención no aceptada		

¿QUÉ OCURRIÓ CON LOS PRMs QUE NO SE RESOLVIERON?

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

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

COD INTERV:
.....

ANEXO 07: FICHA 05. HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA. Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico. EEFF/Centro/Puesto de Salud de.....

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)

Referencia:

Clave	Lugar donde encontraba el paciente
1	Est. Farmacéutico
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 de la visita de cierre de la Intervención (visita domiciliaria):

COD INTERV:
.....

HOJA DE ESTADO DE SITUACIÓN

N°	CIE 10*	Problema de salud	ATC	comerc	dci	ff	Dosis (mg)	frec dosis	días de tto	PRM**	Descripción	Interv*	Descripción interv	Canal común***	Acept***	Sol	Descripción sol	RNM**

Nombre del paciente:

Edad:

Sexo:

Código:

Fecha:

Observaciones:

*CIE 10, solo si existe documentación de Dx médico o chequeo médico con anterioridad no mayor a 6 meses.

** PRM y RNM, verificar el código

***Canal de comunicación.: 1) Verbal FP, 2) Escrita FP, 3) Verbal FPM, 4) Escrita FM, 5) Verbal FM

***Acept.: 1) Aceptado, 0) No aceptado

***Sol.: 1) Solucionado, 0) No solucionado.

TEST DE PURDUE MODIFICADO PARA DETERMINAR LA SATISFACCION DEL
 PACIENTE CON LAS INDICACIONES DEL FARMACEUTICO ^(43,38). Programa de
 Atención Farmacéutica para paciente con artrosis reumatoide. Farmacia Comunitaria
 ULADECH.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ COD _____

FECHA: _____/_____/_____

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

0. NUNCA, 1. ALGUNAS VECES, 2. CASI SIEMPRE, 3. SIEMPRE

OBSERVACIONES:

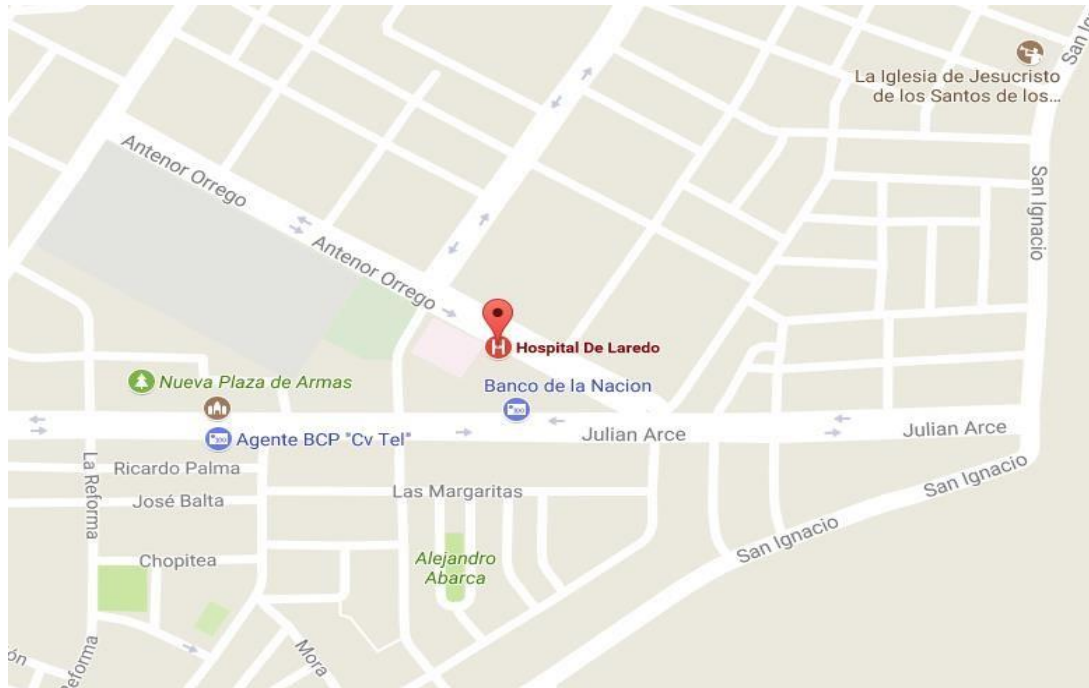
COD INTERV:

ANEXO 08: TEST DE ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN DE MORISKI

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

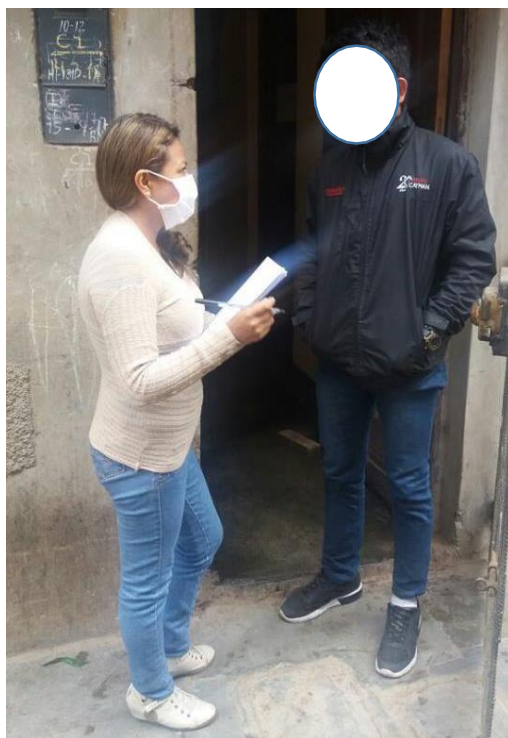
Puntuación: >2 = low adherence
 1 or 2 = medium adherence
 0 = high adherence

ANEXO N° 9



ANEXO N°10

Visita domiciliaria a un paciente inscrito en el Programa de Control de TBC en el Hospital de Laredo



Intervención Farmacéutica en el Hospital de Laredo

