



**Universidad de Concepción
Facultad Farmacia
Departamento de Farmacia**

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DEL CESFAM VILLA NONGUÉN

POR

PABLO ANDRÉS FAÚNDEZ NAVARRETE

**Seminario de Internado presentado en la Facultad de Farmacia de la
Universidad de Concepción para optar al título profesional de Químico
Farmacéutico**

Profesor Guía: Q.F. Tamara Andrea Sandoval Quijada

**Comisión Informante: Q.F. Pablo Ignacio Torres Sepúlveda
Q.F. Pola Beatriz Fernández Rocca**

Profesional Responsable: Q.F. Lorena Del Pilar Vásquez Valdivia

**Marzo, 2020
Concepción, Chile**



**Universidad de Concepción
Facultad Farmacia
Departamento de Farmacia**

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DEL CESFAM VILLA NONGUÉN

POR

PABLO ANDRÉS FAÚNDEZ NAVARRETE

**Seminario de Internado presentado en la Facultad de Farmacia de la
Universidad de Concepción para optar al título profesional de Químico
Farmacéutico**

Profesor Guía: Q.F. Tamara Andrea Sandoval Quijada

**Comisión Informante: Q.F. Pablo Ignacio Torres Sepúlveda
Q.F. Pola Beatriz Fernández Rocca**

Profesional Responsable: Q.F. Lorena Del Pilar Vásquez Valdivia

**Marzo, 2020
Concepción, Chile**

Se autoriza la reproducción total o parcial con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.



Tabla de Contenido

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	8
2.1 Objetivo General.....	8
2.2 Objetivos Específicos	8
3. MATERIALES Y MÉTODOS.....	9
3.1 Metodología.....	9
3.2 Criterios de Selección.....	9
3.2.1 Criterios de inclusión.....	9
3.2.2 Criterios de exclusión.....	9
3.3 Recolección de datos	10
3.4 Determinación de prevalencia y promedio de PRM.....	10
3.5 Análisis de PRM según tipo y severidad.....	11
3.6 Determinación de adherencia farmacológica.....	14
3.7 Determinación del grado de satisfacción usuaria	15
3.8 Análisis estadístico	16
3.9 Resumen metodología utilizada en el estudio	16
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	17
4.1 Caracterización de la muestra.....	17
4.1.1 Distribución por edad y sexo.....	17
4.1.2 Nivel educacional de los pacientes	18
4.1.3 Características mórbidas	19
4.1.4 Generalidades de las atenciones.....	20
4.1.5 Derivaciones realizadas	21
4.2 Problemas relacionados con medicamentos	23
4.2.1 Determinación de prevalencia y promedio de PRM	23
4.2.2 Análisis de los PRM detectados por tipo.....	24
4.2.3 Análisis de los PRM según severidad.....	25
4.3 Determinación adherencia farmacológica	26
4.4 Determinación del grado de satisfacción usuaria	28
5. CONCLUSIÓN	30

6. GLOSARIO	31
7. BIBLIOGRAFÍA	33
8. ANEXOS	39
Anexo N°1: Ficha de seguimiento farmacoterapéutico	39
Anexo N°2: Test de adherencia.....	40
Anexo N°3: Planilla de derivaciones.....	40
Anexo N°4: Hoja de registro visita domiciliaria	41
Anexo N°5: Planilla de seguimiento farmacoterapéutico	42
Anexo N°6: Encuesta de Satisfacción Usuaría.....	44
Anexo N°7: Algoritmo de índice de categorización de errores de medicación NCC-MERP modificado para PRM y adaptado para APS.....	46



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 4-1: Características mórbidas de los pacientes	19
Tabla 4-2: Generalidades de las atenciones	21
Tabla 4-3: Clasificación PRM detectados	24



ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 3-1:	Prevalencia de pacientes con al menos un PRM.....	11
Ilustración 3-2:	Promedio de PRM por paciente.....	11
Ilustración 3-3:	Objetivos de las entrevistas de POLARIS.....	13
Ilustración 3-4:	Porcentaje de pacientes adherentes.....	14
Ilustración 3-5:	Resumen metodología usada en el estudio.....	16
Ilustración 4-1:	Distribución de pacientes por edad y sexo	17
Ilustración 4-2:	Nivel educacional.....	18
Ilustración 4-3:	Derivaciones a otros profesionales.....	22
Ilustración 4-4:	Distribución de la severidad de los PRM detectados.....	25
Ilustración 4-5:	Adherencia de los pacientes.....	27



RESUMEN

La población chilena ha ido envejeciendo, lo que trajo consigo un aumento de personas con patologías crónicas que consumen más de un medicamento al día. Esto lleva a una baja adherencia por parte de los pacientes aumentando, además, el riesgo de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM).

El objetivo de este trabajo fue evaluar un Programa de Atención Farmacéutica (PAF) basado en la metodología POLARIS.

La evaluación se hizo a través de un análisis retrospectivo de la labor del Farmacéutico durante el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), en donde se midieron los parámetros de PRM, adherencia y satisfacción usuaria.

De un total de 20 pacientes, se encontraron 47 PRM al iniciar el PAF, en donde el porcentaje de PRM mas alto era de efectividad con 72,3%. Luego, al finalizar el programa, solo fueron siete. Los PRM de severidad menor fueron predominantes con un 49%. La adherencia aumentó de un 15 a un 80% finalizado el SFT. La satisfacción usuaria del programa se midió mediante una encuesta anónima, la cual fue evaluada como buena, además fue calificada con nota de $6,8 \pm 0,5$.

Si bien el PAF fue evaluado de buena manera, sería de interés tener futuros estudios basados en la metodología POLARIS que permitan conocer la realidad de los PRM a nivel nacional en Atención Primaria.

ABSTRACT

The Chilean population has been aging, which brought with it an increase in people with chronic pathologies that consume more than one medication a day. This leads to low adherence of patients, also increasing the risk of Drug Related Problems (DRPs).

The objective of this work was to evaluate a Pharmaceutical Care Program (PCP) based on the POLARIS methodology.

The evaluation was done through a retrospective analysis of the pharmacist's work during Pharmacotherapeutic follow-up (PFU), where the parameters of DRPs, adherence and user satisfaction were measured.

From a total of 20 patients, 47 DRPs were found when starting the PCP, where the highest percentage of DRPs was of effectiveness with 72.3%. Then at the end of the program, there were only seven. The DRPs of lower severity were predominant with 49%. Adherence increased from 15% to 80% after the PFU. The user satisfaction of the program was measured by an anonymous survey, which was evaluated it as good, and was also rated with a grade of $6,8 \pm 0,5$.

Although the PCP was well assessed, it would be of interest to have future studies based on the POLARIS methodology that allow to know the reality of the DRPs at the national level in Primary Care

1. INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo. Se calcula que en el año 2015 la mortalidad alcanzo los 17,7 millones de personas, equivalente a un 31% de todas las muertes registradas en el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2017). En Chile, con más de 24.000 defunciones anuales, representan cerca de un tercio del total de muertes (Ministerio de Salud, 2011).

Los ataques al corazón y los accidentes vasculares cerebrales son las principales causas de mortalidad por ECV, las cuales se deben a obstrucciones que impiden que el flujo de sangre circule hacia el cerebro o corazón (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Asimismo, nuestro país posee una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares, definidos como características, exposiciones o enfermedades que aumentan la probabilidad de sufrir una ECV (Ministerio de Salud, 2017).

La Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 (ENS 2016-2017) reafirma la importancia de las ECV en nuestra realidad sanitaria, estimando que el 27,6% de la población tiene sospecha de Hipertensión Arterial (HTA), un 12,3% de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) y al menos un 60% tiene sospecha de Dislipidemia (DLP) (Ministerio de Salud, 2017).

La población consumiría al menos un medicamento de forma crónica. Esta realidad se ve reflejada en el alto gasto en medicamentos, con cifras cercanas al 36% del gasto total en salud (Bruzzo, S., Henriquez, J., & Velasco, C, 2018).

Una de las estrategias para aumentar el acceso a medicamentos y asegurar la continuidad de los tratamientos farmacológicos, además de disminuir la morbimortalidad cardiovascular, es la implementación del programa Fondo de Farmacia (FOFAR), el cual consiste en entregar oportuna y gratuitamente los medicamentos para el tratamiento de HTA, DM2 y DLP (Ministerio de Salud, 2019).

El programa FOFAR se empezó a implementar el año 2014; para ello se firmaron convenios con municipalidades y se asignaron recursos a los Servicios de Salud, destinados a abordar las brechas existentes de provisión de medicamentos y de recurso humano asociado a la gestión farmacéutica, como profesionales Químicos Farmacéuticos (QF) y/o Técnicos de nivel superior en Enfermería o Farmacia (Ministerio de Salud, 2014).

El aumento de QFs en Atención Primaria permitió un mayor aporte del profesional al control de las patologías crónicas (Ministerio de Salud, 2019). Además, esto se reafirma a partir del año 2017, cuando por primera vez el QF es incorporado en la Orientación Técnica del Programa Cardiovascular (Ministerio de Salud, 2017).

Entre las funciones del QF en Atención Primaria, a fin de lograr aportar al control de estas patologías cardiovasculares, se incluye la Atención farmacéutica (AF) (Ministerio de Salud, 2018).

La AF se define como la contribución del farmacéutico a la atención de las personas con el fin de optimizar el uso de medicamentos y mejorar los resultados de salud (Allemann et al., 2014).

La AF nació en Estados Unidos como respuesta a una situación detectada en aquel país, caracterizada por el alto costo de los tratamientos farmacoterapéuticos y por un incremento importante de la morbilidad por efectos adversos de medicamentos y su uso no racional. En lo esencial, la AF propone que el farmacéutico asuma no sólo una mayor relación con el paciente en la dispensación, sino también antes y después de ella (Vergara, H. 2011).

Durante el proceso de AF hay evidencia que plantea que los QFs pueden contribuir a mejorar los resultados clínicos de los pacientes, aumentando la adherencia al tratamiento (Kolandaivelu et al., 2014), así como también resolviendo Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) (Comité de Consenso, 2007).

La adherencia a la medicación se define como el proceso en el que el paciente toma la medicación como se le ha prescrito (Ibarra, Ramón, & Verdugo, 2017). Se ha informado que las tasas de no adherencia en adultos que viven en la

comunidad se encuentran entre el 43% y un 100% (Maher, Hanlon, & Hajjar, 2014).

Los incumplimientos en la administración de medicamentos afectan la calidad y duración de vida. Por ejemplo, una mejor adherencia a la terapia antihipertensiva podría prevenir anualmente 89.000 muertes prematuras en los Estados Unidos (Cutler, David M., & Wendy Everett., 2010).

La falta de adherencia es un poderoso factor de confusión en la práctica basada en la evidencia, y puede afectar el manejo diario del paciente, lo que resulta en una escalada terapéutica inadecuada con mayores costos y posibles efectos adversos (Kolandaivelu et al., 2014).

Los PRM, según la Guía del Ministerio de Salud de Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico en APS se definen como aquellas situaciones que en el proceso de uso de medicamentos causan o pueden causar la aparición de un Resultado Negativo asociado a la Medicación (RNM). Este último término RNM, se define como resultados clínicos desfavorables que podrían tener relación directa con el tratamiento farmacológico. De esto se desprende que los PRM serían la causa de los RNM (Ministerio de Salud, 2018).

Los estudios de resolución de los PRM muestran que la incorporación del farmacéutico en los equipos asistenciales conlleva a una reducción de los costos directamente asociados a la farmacoterapia de los pacientes, suponiendo para

un determinado centro de salud un ahorro económico considerable (Conde, et al., 2006)

Los PRM se pueden clasificar según tipo y severidad, una de las formas de clasificar los tipos de PRM es según el método de POLARIS.

POLARIS es un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), actualmente presentes en centros de Atención Primaria de Salud (APS) de Chile. El programa entrega un listado de PRM, los cuales se clasifican según el RNM al cual estén asociados. Los RNM se clasifican en función de los requisitos que todo medicamento debe tener para ser utilizado que sea necesario, efectivo y seguro (Ministerio de Salud, 2018).

Una clasificación para medir la severidad del daño que pueden causar estos PRM es a través de la adaptación de la National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC-MERMP). Esta clasificación define a los Errores de Medicación (EM) como un acontecimiento prevenible que puede generar daño al paciente (Forrey, Pedersen, & Schneider, 2007).

Entre las actividades de la AF para dar solución a los PRM destaca el SFT que se define como la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos (Comité de Consenso, 2007). Esto se realiza mediante la detección de PRM para la prevención y resolución de RNM (Comité de Consenso, 2007).

Una de las primeras herramientas para realizar SFT es el Método Dáder, cuya puesta en marcha se anunció en octubre de 1999 en el Congreso de Atención Farmacéutica, celebrado en San Sebastián, España.

El Método Dáder surge como programa docente, donde se pretende que el farmacéutico aprenda “haciendo”. Para ello se ofrecía un método válido para realizar SFT, una tutoría continua con comparación de resultados con el resto de farmacéuticos participantes, con el objetivo de evaluar los progresos individuales (Faus, M. 2018).

En Chile a partir del año 2018 se comenzó a implementar la metodología POLARIS, la cual adapta a la realidad chilena de APS otras metodologías de SFT, tales como el método Dáder y Medication Review.

POLARIS busca dar cumplimiento a resultados tanto económicos, en donde el SFT represente un ahorro de recursos utilizados en salud, como clínicos, mejorando el control de las patologías cardiovasculares y crónicas, y también humanísticos, mejorando la calidad de vida de los pacientes participantes.

La metodología POLARIS busca generar un impacto positivo en los resultados clínicos obtenidos con el uso de medicamentos, mejorando así la calidad de vida de los pacientes y economizando recursos sanitarios, siendo de esta manera costo-efectiva (Plaza, C. 2018).

El presente trabajo tuvo como propósito evaluar el Programa de Atención Farmacéutica (PAF) realizado en el CESFAM Villa Nonguén, basado en la Guía de Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico en APS.



2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

- Evaluar el PAF del CESFAM Villa Nonguén.

2.2 Objetivos Específicos

- Determinar la prevalencia y promedio de PRM.
- Analizar los PRM detectados según tipo y severidad.
- Determinar adherencia farmacológica en pacientes del PAF.
- Determinar el grado de satisfacción usuaria con el PAF del CESFAM.



3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Metodología:

El estudio fue de carácter observacional retrospectivo, en el cual se evaluó el PAF del CESFAM Villa Nonguén, en donde se realizó un muestreo a conveniencia para los pacientes que ingresaron al programa entre los meses de abril a octubre del año 2019.

3.2 Criterios de Selección:

En este trabajo se utilizaron los criterios de selección empleados en PAF del CESFAM Villa Nonguén:



3.2.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes pertenecientes al programa cardiovascular del CESFAM Villa Nonguén que se encuentren descompensados.
- Pacientes que se atiendan en box y/o visitas domiciliarias.
- Pacientes mayores de 18 años de edad, de ambos sexos.

3.2.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes con dificultades para comunicarse.
- Pacientes con deterioro cognitivo que no tengan cuidador responsable.
- Pacientes con domicilio fuera de Nonguén.
- Pacientes que lleven más de 6 meses sin asistir a controles.

3.3 Recolección de datos

Los datos fueron obtenidos de las distintas herramientas utilizadas por el QF durante el SFT efectuado entre los meses de abril a octubre del 2019. Entre las herramientas se encontraron:

- Ficha de Seguimiento Farmacoterapéutico (Anexo 1)
- Test de adherencia (Anexo 2)
- Planilla de derivaciones (Anexo 3)
- Hoja de registro visita domiciliaria (Anexo 4)
- Planilla de Seguimiento Farmacoterapéutico (Anexo 5)

Durante las atenciones el QF completó estos registros, y una vez recopilada toda la información se procedió a evaluar los resultados obtenidos, tanto si las atenciones realizadas fueron en box como en visitas domiciliarias.

3.4 Determinación de prevalencia y promedio de PRM

En las fichas de seguimiento farmacoterapéutico (Anexo 1) se encontraron los medicamentos, pautas prescritas, RNM, PRM, entre otros, estos se analizaron para determinar la prevalencia y el promedio de PRM al inicio del SFT.

La ilustración 3-1 muestra la ecuación con la que se calculó la prevalencia de pacientes con un PRM:

$$\text{Prevalencia de pacientes con un PRM} = \frac{\text{Pacientes con al menos un PRM} \times 100}{\text{Total de pacientes del programa}}$$

Ilustración 3-1: Prevalencia de pacientes con al menos un PRM.

La ilustración 3-2 muestra la ecuación que se usó para determinar el promedio de PRM por paciente:

$$\text{Promedio PRM por paciente} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de PRM detectados}}{\text{Total de pacientes del programa}}$$

Ilustración 3-2: Promedio de PRM por paciente.

3.5 Análisis de PRM según tipo y severidad

En cada ficha el QF clasificó los PRM según el RNM asociado, apoyado de la metodología POLARIS, el cual clasifica los RNM en tres (Ministerio de Salud, 2018):

Necesidad: Se reconocía y justificaba el objetivo terapéutico de cada uno de los fármacos utilizados, existiendo dos criterios para este análisis:

- La ausencia de indicación farmacológica para un problema de salud que presentaba el paciente.
- Presencia innecesaria o injustificada de un fármaco.

Efectividad: Se define como el fracaso en el uso del medicamento, determinado por la imposibilidad para alcanzar el objetivo terapéutico que se buscaba. Los criterios para que el tratamiento no sea efectivo se clasificaron en:

- El paciente era adherente, la dosis del medicamento era la apropiada, pero aun así no lograba la meta terapéutica, esto llevaba a evaluar alternativas en conjunto al paciente y al médico.
- No se alcanzaban a cumplir las metas debido a que el paciente recibía dosis menores a las terapéuticas.
- Falta de adherencia, causa más común del fracaso de un tratamiento farmacológico, los problemas de adherencia podían ser intencionados, donde el usuario activamente rechazaba utilizar sus medicamentos; o no intencionados, existiendo problemas relacionados con la incapacidad de lograr cumplir con el régimen terapéutico, aunque el usuario así lo desee.

Seguridad: Se buscaba establecer relación directa de un problema de salud con los medicamentos, aun siendo necesario y efectivo. Estos problemas de salud podían presentarse como sospecha o riesgo alto de Reacción Adversa a Medicamentos (RAM), ya sea por el uso de dosis terapéuticas, o de toxicidad por sobredosificación. Este análisis se efectuaba en dos pasos:

- Primero, se realizaba una valoración según las características individuales de los pacientes.

- Luego se evaluaba la presencia de elementos característicos del medicamento, como contraindicaciones, el riesgo de interacciones farmacológicas, y la búsqueda de sospechas de RAM, efectuada según el grupo terapéutico y los signos/síntomas presentes en el usuario.

El método POLARIS señala que para que una atención se reconozca como SFT se deben realizar al menos 3 entrevistas con el paciente. En la siguiente ilustración se muestran los objetivos principales de cada una de las entrevistas realizadas:

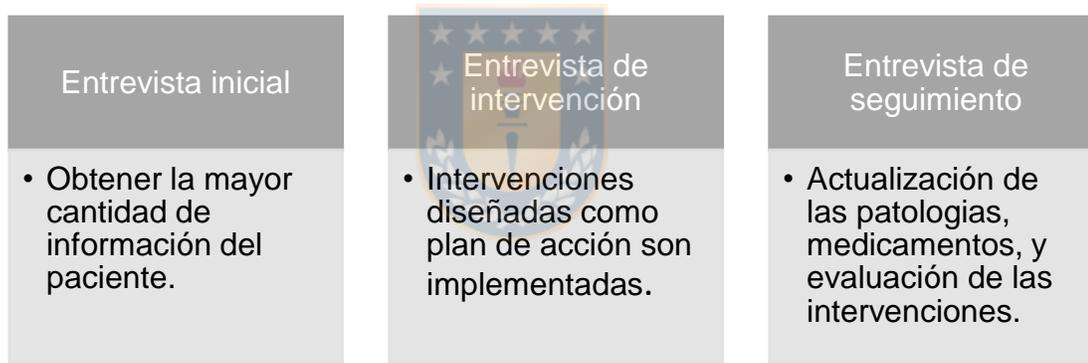


Ilustración 3-3: Objetivos de las entrevistas de POLARIS.

El QF registró los PRM que encontró anotándolos en la Ficha de seguimiento farmacoterapéutico, las cuales completó en la entrevista inicial y final (entrevista de seguimiento) del PAF.

Para clasificar los PRM por severidad se hizo una modificación del algoritmo NCC MERP (Forrey, Pedersen, & Schneider, 2007). Además, se adaptó a la

realidad chilena de atención primaria (Anexo 7), del cual se obtuvieron los siguientes niveles de severidad:

- PRM Mayor: Considerado cuando el PRM impidió la toma de una determinada terapia farmacológica.
- PRM Significante: Cuando era necesario la derivación a otro profesional de la salud para resolución del PRM.
- PRM Menor: Considerado cuando solo era necesario realizar educación para resolución del PRM.

3.6 Determinación de adherencia farmacológica

Para evaluar la adherencia global a la terapia durante el SFT se ocuparon los registros del test de adherencia (Anexo 2) que el PAF tiene en su protocolo. Este test consta de 4 preguntas, que se responden con un sí o con un no. Si las respuestas eran todas negativas el paciente se considera adherente.

El QF aplicó el test en la entrevista inicial y final, para visualizar la adherencia durante el programa.

Para determinar el porcentaje de pacientes adherentes al inicio y al final se utilizó la siguiente ecuación:

$$\% \text{ Pacientes Adherentes} = \frac{\text{Pacientes Adherentes}}{\text{Total de pacientes del programa}} \times 100$$

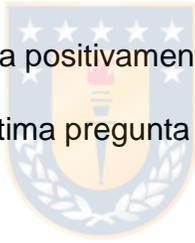
Ilustración 3-4: Porcentaje de pacientes adherentes.

3.7 Determinación del grado de satisfacción usuaria

La satisfacción usuaria se evaluó mediante el análisis de una encuesta (Anexo 6) aplicada a los pacientes que aceptaron el SFT, tras ser dados de alta del programa.

La encuesta comprendía de 10 preguntas generales, evaluando aspectos tales como el trato recibido por parte del profesional, si resolvió dudas sobre sus medicamentos y enfermedades, si recomendaría el programa a otros pacientes descompensados, entre otras.

Por cada pregunta contestada positivamente se asignaba 1 punto llegando a un máximo de 9, ya que en la última pregunta el paciente evaluaba con nota de 1 a 7 el PAF.



El grado de satisfacción se clasificó por puntos como:

- Bueno (7-9 puntos): Se cumplieron plenamente las necesidades y expectativas del usuario.
- Regular (4-6 puntos): Se cumplieron medianamente las necesidades y expectativas del usuario.
- Malo (1-3 puntos): No se cumplieron las necesidades y expectativas del usuario.

Los pacientes fueron contactados mediante llamado telefónico con la finalidad de obtener su percepción sobre el PAF.

3.8 Análisis estadístico

Los datos fueron registrados y codificados en una base de datos utilizando el programa Microsoft Office Excel 2016®. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva.

3.9 Resumen de la metodología utilizada en el estudio

La siguiente ilustración describe el resumen de la metodología usada en el estudio:



Ilustración 3-5: Resumen de la metodología usada en el estudio.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Caracterización de la muestra

Se analizaron los datos obtenidos del SFT que se realizó durante los meses de abril a octubre del año 2019, el cual contó con 20 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión.

4.1.1 Distribución por edad y sexo

La edad promedio de la población estudiada fue de $61,9 \pm 8,4$ años, donde, un 80% corresponde a sexo femenino. La siguiente ilustración muestra la distribución por edad y sexo de los pacientes en estudio.

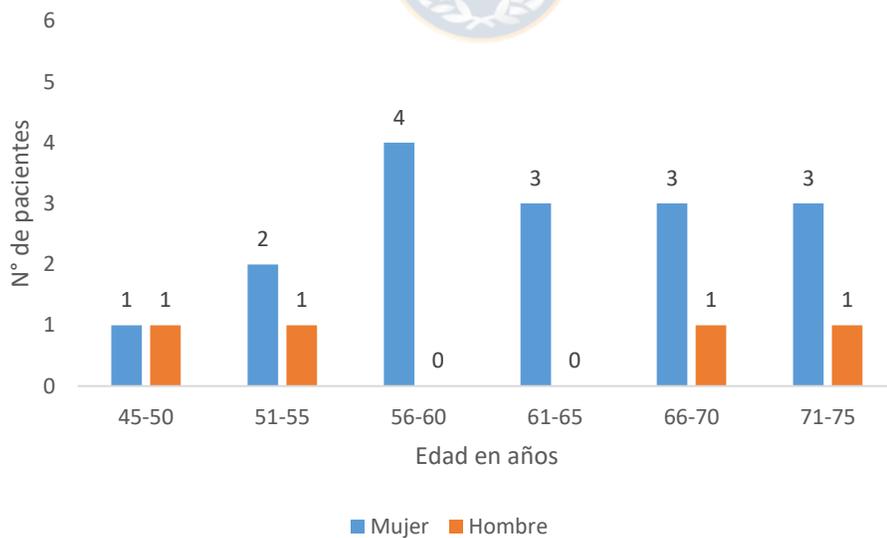


Ilustración 4-1: Distribución de pacientes por edad y sexo (n = 20).

La gran mayoría de la población corresponde a sexo femenino, lo cual podría reflejar una mayor preocupación por su salud, además, según la encuesta Casen publicada el año 2017, señala que el 96,9% de la población chilena se encuentra afiliada a un sistema provisional de salud, y al diferenciar la cifra por sexo durante el periodo analizado (2006 a 2015), las mujeres presentan cifras superiores de coberturas (Ministerio de Desarrollo Social, 2017).

4.1.2 Nivel educacional de los pacientes

De los pacientes que estuvieron en el programa un 40% (8) presentó un nivel educacional de 8°básico hacia abajo, un 55% (11) tuvo algún grado de estudio de nivel medio, y un 30% (6) de la población terminó la enseñanza media, solo un 5% (1) no tuvo ningún tipo de estudio (Ilustración 4-2).

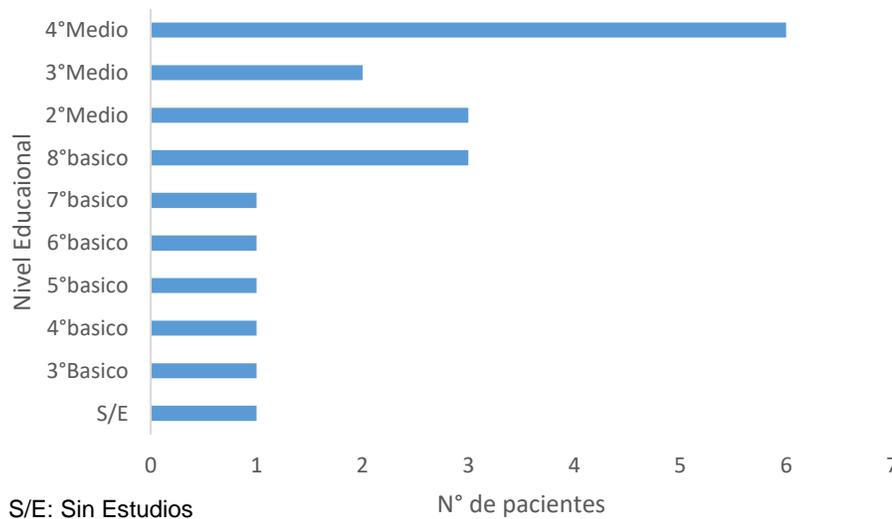


Ilustración 4-2: Nivel educacional (n = 20).

El nivel educacional de la población es importante de analizar, debido a que un nivel de estudio más alto permitiría una mayor conciencia sobre las enfermedades y la importancia de sus tratamientos. Además, esta descrito en la literatura que al conocer la distinta escolaridad se pueden permitir adoptar formas distintas de educar al paciente con el fin de sacar el máximo provecho a las atenciones realizadas (Vandenhede et al., 2015).

4.1.3 Características mórbidas

En la tabla 4-1 se muestran las características mórbidas de los pacientes que estuvieron en el SFT, en donde destacó un bajo consumo de tabaco y un alto nivel de sedentarismo. Además, cuando se evaluó el nivel nutricional, a través del Índice de Masa corporal (IMC), más de la mitad de los pacientes resultó obeso.

Tabla 4-1: Características mórbidas de los pacientes

Características	Pacientes n (%)
Tabaquismo	
Si	1 (5)
No	19 (95)
Consumo de alcohol	
Si	5 (25)
No	15 (75)
Sedentario	
Si	17 (85)
No	3 (15)
Estado Nutricional	
Normal	2 (10)
Sobrepeso	6 (30)
Obeso	12 (60)

Normal: IMC 18,5-24,9; Sobrepeso: IMC 25-29,9; Obeso: IMC 30-39,9

La ENS 2016-2017 estableció que el porcentaje de usuarios fumadores y que consumen alcohol son 33,3% y 11,7% respectivamente, valores que difieren de los resultados en este trabajo (5% y 25%, respectivamente).

En la ENS 2016-2017 la cantidad de usuarios sedentarios a nivel nacional es de un 86,7%, resultado muy similar al de nuestro trabajo (85%), y, en relación al estado nutricional, el 39,9% de la población es sobrepeso, y un 31,2% obeso, resultados que difieren de la población del programa (30% y 60%, respectivamente). Las diferencias en los resultados se podrían deber por el número de pacientes reclutados.

4.1.4 Generalidades de las atenciones

Los pacientes completaron 3 sesiones cada uno, teniendo un total de 60 atenciones durante el SFT, donde el mayor porcentaje correspondió a visitas domiciliarias (81,7%). Las atenciones en box tuvieron una duración promedio de 30 minutos y las visitas domiciliarias una duración de 1 hora.

El promedio de los Problemas de Salud (PS) de los pacientes fue de $4,6 \pm 1,4$, donde, los más frecuentemente fueron la HTA, DM2 y DLP. El promedio de medicamentos fue de $6,4 \pm 2,0$ siendo los más frecuentes metformina, losartán y atorvastatina. La tabla 4-2 muestra un resumen de las atenciones.

Tabla I : Generalidades de las atenciones

Total de atenciones	60
Visitas domiciliarias	49
Tiempo total en visitas domiciliarias	49 horas
Atenciones en Box	11
Tiempo total en box	5,5 horas
Promedio de PS por paciente	4,6 ± 1,4
Promedio de medicamento por paciente	6,4 ± 2,0

Los datos de promedio de PS y de medicamentos por paciente son similares a distintos estudios, los cuales muestran la relación proporcional entre edad y comorbilidades, relacionándose a distintas enfermedades de carácter crónico, pluripatológico, pérdida de autonomía, discapacidad y tendencia a la polimedicación (Ramos Cordero & Pinto Fontanillo, 2015).

4.1.5 Derivaciones realizadas

Durante las atenciones del SFT se realizaron derivaciones a otros profesionales sanitarios. Los pacientes derivados fueron un total de 13, debido a distintos problemas que fue encontrando el QF, ya sea ajustes de terapias farmacológicas, educación de insulino terapia, mala alimentación, entre otras.

La siguiente ilustración representa el número de derivaciones a los distintos profesionales.

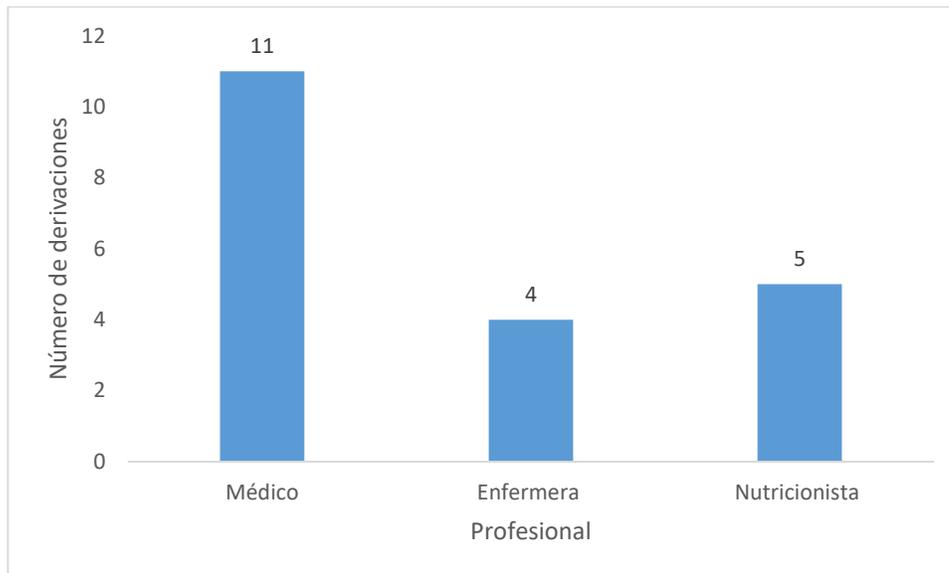


Ilustración 4-3: Derivaciones a otros profesionales (n = 20).

En relación a las derivaciones realizadas, es importante tener en cuenta el apoyo multiprofesional para llegar a compensar a los pacientes, proporcionando una atención integral y colaborativa entre los diferentes profesionales. En la Orientación Técnica Cardiovascular del año 2017 se establece que el QF contribuye a la compensación de enfermedades crónicas, formando parte del equipo cardiovascular (Ministerio Salud, 2017).

El mayor número de derivaciones se realizó a profesional médico. La colaboración entre Farmacéuticos y Médicos puede ayudar a mejorar los resultados clínicos de los pacientes (Polgreen et al., 2015).

4.2 Problemas relacionados con medicamentos

4.2.1 Determinación de prevalencia y promedio de PRM

Los PRM detectados en la entrevista inicial fueron 47, en donde un 100% de los pacientes tenía una prevalencia de al menos 1 PRM y el promedio obtenido fue de $2,3 \pm 0,9$ PRM por paciente.

En un estudio realizado en la región de Los Ríos se mostró que la prevalencia de PRM era de un 100% en una muestra de 30 individuos, y el promedio de PRM era de 3 por persona (Contreras, C. 2018).

Una de las razones de las diferencias encontradas en el número de PRM se podría deber a los distintos métodos por el cual estos se detectaron, ya que en el estudio de la región de Los Ríos se realizó a través del método IASER.

Estudios muestran que durante la detección de PRM pueden haber variaciones debido a la población objetivo, la experiencia del farmacéutico que realiza la revisión, el grado de participación del paciente, el acceso a los registros médicos y factores relacionados con el paciente, tales como la edad, el número de enfermedades, número de medicamentos y condiciones de vida (Chau et al., 2016).

4.2.2 Análisis de los PRM detectados por tipo

En la tabla 4-3 se muestra el número y porcentaje de PRM encontrados en la entrevista inicial y final. El QF clasificó los PRM detectados según el RNM al cual estaban asociados. Los PRM al inicio fueron agrupados mayoritariamente en la categoría de efectividad, seguido por necesidad y seguridad respectivamente. En cambio, en la última entrevista destacó que el mayor porcentaje correspondió a necesidad, seguido de efectividad y finalmente seguridad.

Los medicamentos que más PRM causaron fueron omeprazol e insulina, por uso no adecuado y administración errónea, principalmente. No obstante, el PRM más prevalente fue incumplimiento.

Tabla II : Clasificación PRM detectados (n = 55)

Resultado Negativo de Medicación	PRM entrevista inicial n(%)	PRM entrevista final n(%)
Necesidad	9(19,2)	4(50)
Efectividad	34(72,3)	3(37,5)
Seguridad	4(8,5)	1(12,5)

Existe un estudio en un CESFAM de Chile en el que se detectó mayoritariamente RNM de efectividad con un 32% (Cárdenas, J. 2014). El valor anterior es mucho más bajo en comparación al de este trabajo, pero en el estudio el método de clasificación de PRM es distinto, ya que utilizó el Método Dáder.

Si bien hay más trabajos publicados en relación a los PRM en Chile, la mayoría son en pacientes hospitalizados, en donde la efectividad no es el principal problema, debido a que la administración de medicamentos va por parte del profesional de salud. Esto se ejemplifica en un estudio realizado en pacientes adultos mayores, donde el principal RNM es de necesidad el cual agrupa el mayor porcentaje de PRM con un 47,5% (Lobos, J. 2016).

4.2.3 Análisis de los PRM según severidad

En la clasificación de severidad de los PRM se encontró que inicialmente la gran mayoría fue clasificada con severidad menor, es decir, pudo ser resuelto con educación. En la ilustración 4-4 se observa la distribución porcentual de la gravedad de los PRM.

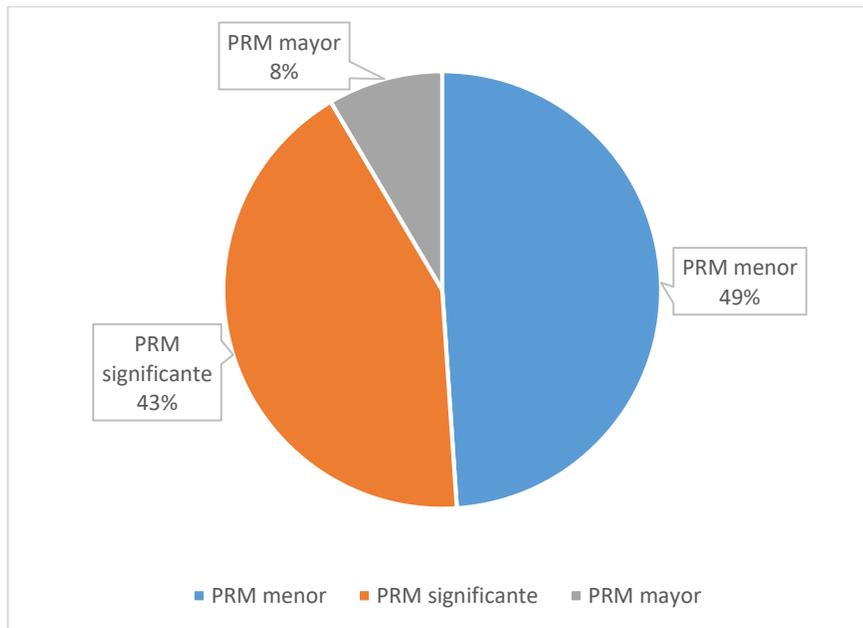


Ilustración 4-4: Distribución de la severidad de los PRM detectados (n = 47).

Existen estudios que evalúan la severidad de los PRM, pero con distintos tipos de clasificaciones y, además, no son en atención primaria, sino que, en otros niveles de atención más complejas, por ejemplo, hay un estudio en adultos mayores hospitalizados en un servicio de medicina interna que evalúa la gravedad de los PRM (Villagra, C. 2017).

Este trabajo se realizó mediante una adaptación del algoritmo de National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC-MERMP), que corresponde a errores de medicación, y no a PRM, adaptándose además a la realidad chilena de atención primaria, pudiendo, de esta manera, convertirse en un sesgo en la clasificación de la severidad de los PRM.

4.3 Determinación adherencia farmacológica

Se analizó la adherencia del SFT mediante test aplicados, en donde la población no adherente en la primera entrevista fue de un 85% (17). La pregunta con más respuestas positivas fue “¿Alguna vez olvida tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?”. Al finalizar el seguimiento el porcentaje de pacientes adherentes fue de un 80% (16) como se muestra en la ilustración 4-5.

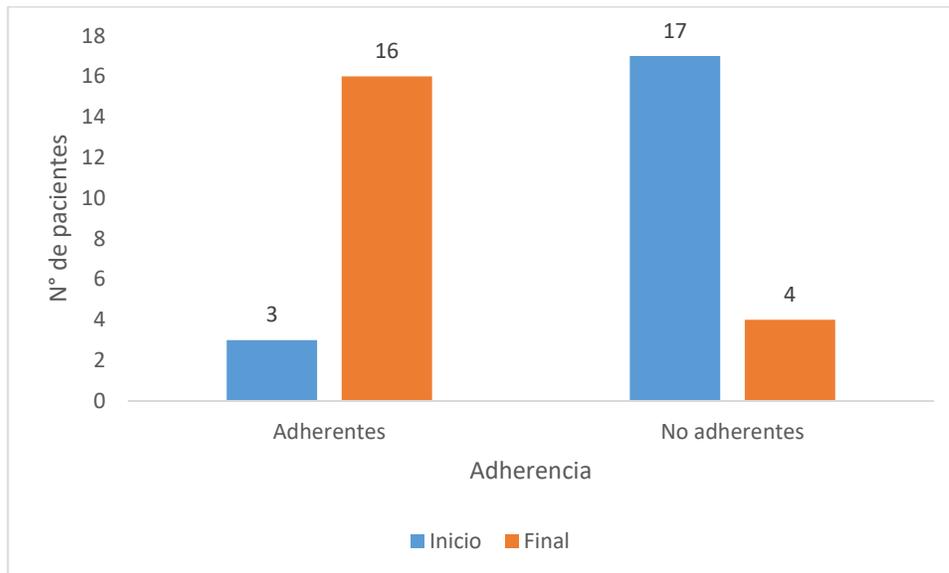


Ilustración 4-5: Adherencia de los pacientes (n = 20).

La población no adherente sujeta a SFT en un inicio era de un 85%, mientras que en un estudio realizado en un CESFAM en la comuna de San Pedro de la Paz la no adherencia resultó ser de un 71,2% (Veliz-Rojas, Mendoza-Parra, & Barriga, 2015). La diferencia de valores puede justificarse debido al mayor número de participantes que fueron 257, además la población en el estudio incluía pacientes entre 18 y 60 años de edad, no considerando la población adulto mayor.

En nuestro trabajo la edad promedio de la población es de 62 años considerando también pacientes adultos mayores.

Muchos estudios relatan que mantener la adherencia a la medicación en pacientes con enfermedades crónicas es complejo, especialmente al tratarse de

enfermedades cardiovasculares (Abegaz, Shehab, Gebreyohannes, Bhagavathula, & Elnour, 2017).

La no adherencia a la medicación lleva a un menor control de estas patologías crónicas, llegando a ser unos de los principales problemas a resolver. Múltiples estudios muestran que ésta se asocia a mayores complicaciones médicas, peor calidad de vida relacionadas con salud, y aumento de las atenciones médicas (Khayyat, Khayyat, Hyat Alhazmi, Mohamed, & Hadi, 2017).

La validez del test de adherencia se visualiza a través del alfa de Cronbach, que consiste en un coeficiente que sirve para medir la fiabilidad de una escala de medida. Este establece que para que un resultado sea confiable su valor debe ser mayor a 0,7.

Si bien se ocupó el test para medir la adherencia farmacológica, su confiabilidad es bastante cuestionable, ya que diversos estudios han mostrado valores de alfa de Cronbach bastante divididos, llegando desde valores bajos (0.36) hasta altos (0.86) (Beyhaghi, Reeve, Rodgers, & Stearns, 2016).

4.4 Determinación del grado de satisfacción usuaria

La encuesta de satisfacción usuaria (Anexo 6) se analizó una vez terminado el SFT. En donde el promedio de notas otorgado por los pacientes fue de $6,8 \pm 0,5$.

La totalidad de la población estudiada lo calificó como bueno, de esta forma, presentando un alto grado de satisfacción.

La evidencia señala que la opinión de los usuarios es fundamental para evaluar los programas que se están incorporando, más aún cuando estos son nuevos y forman parte de una reforma en salud (Oliva & Hidalgo, 2004).

Todo esto nos permite modificar y mejorar las deficiencias, además reforzar las fortalezas desde la perspectiva de los pacientes.



5. CONCLUSIÓN

Este es uno de los primeros trabajos en evaluar el proceso de atención farmacéutica en un CESFAM, basado en la Guía de Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico en APS

La prevalencia de pacientes con al menos un PRM detectado es de un 100%, y el promedio de PRM por paciente es de $2,3 \pm 0,9$. Los tipos de PRM que más se repitieron son de efectividad con un 72,3% y, en segundo lugar, los de necesidad con un 19,2%. En cuanto a la severidad de los PRM un 49% fue clasificado como menor, un 43% como significativo, y un 8% como mayor.

La adherencia farmacológica en los pacientes del programa era de un 15%, y una vez finalizado el seguimiento este aumento a un 80%.

La satisfacción usuaria es clasificada como buena por la totalidad de los pacientes, además de calificar el programa con una nota promedio de $6,8 \pm 0,5$.

Finalmente, si bien el programa fue evaluado de buena manera, sería de interés tener futuros estudios basados en la metodología POLARIS que permitan conocer la realidad de los PRM a nivel nacional en Atención Primaria.

6. GLOSARIO

- Adherencia a la medicación: proceso en el que el paciente toma la medicación como se le ha prescrito.
- Adherencia terapéutica: grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación en los hábitos de vida, se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario.
- CESFAM: centro de salud familiar que proporciona cuidados básicos en la salud, con acciones de promoción, prevención, curación, tratamiento, cuidados domiciliarios y rehabilitación en salud; y atienden en forma ambulatoria.
- Comorbilidades: término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona. Pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro.
- Paciente descompensado: disolución del equilibrio que el cuerpo llega a sufrir durante un periodo de tiempo específico, al enfrentar una enfermedad o trastorno.
- Errores de medicación (EM): cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor.
- Factores de riesgo cardiovasculares: características, exposiciones o enfermedades que aumentan la probabilidad de sufrir una enfermedad cardiovascular (ECV), promoviendo el desarrollo y la progresión de la aterosclerosis.
- POLARIS: programa de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), que se está realizando en centros de Atención Primaria de Salud (APS) de Chile, con pacientes adultos mayores polimedicados pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular (PSCV)
- Problemas relacionados con medicamentos (PRM): aquellas situaciones que en el proceso de uso de medicamentos causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación.

- Reacción adversa a medicamentos(RAM): respuesta a un medicamento, nociva y no intencionada, que se produce con su administración a las dosis normalmente usadas en humanos con fines de diagnóstico, profilaxis o tratamiento de una enfermedad o para modificar una función fisiológica.
- Resultados negativos de medicación (RNM): resultados en la salud del paciente no adecuados al objetivo de la farmacoterapia y asociados al uso o fallo en el uso de medicamentos.



7. BIBLIOGRAFÍA

Abegaz, T. M., Shehab, A., Gebreyohannes, E. A., Bhagavathula, A. S., & Elnour, A. A. (2017). Nonadherence to antihypertensive drugs a systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 96(4), e5641. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000005641>

Allemann, S. S., Van Mil, J. W. F., Botermann, L., Berger, K., Griese, N., & Hersberger, K. E. (2014). Pharmaceutical care: The PCNE definition 2013. *Int J Clin Phar*, 36(3), 544–555. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11096-014-9933-x>.

Beyhaghi, H., Reeve, B. B., Rodgers, J. E., & Stearns, S. C. (2016). Psychometric Properties of the Four-Item Morisky Green Levine Medication Adherence Scale among Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study Participants. *Value Health*, 19(8), 996–1001. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.07.001>

Bruzzo, S., Henriquez, J., & Velasco, C. (2018). Radiografía del gasto de bolsillo en salud en Chile: una mirada desagregada. *CEP*. 478, 1-15. Disponible en: https://www.cepchile.cl/cep/site/docs/20181023/20181023161058/pder491_abenitez.pdf

Cárdenas, J. (2014). *Programa de Atención Farmacéutica a pacientes diabéticos tipo II*. Trabajo de grado. Facultad de Ciencias. Universidad Austral, Valdivia. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2014/fcc266i/doc/fcc266i.pdf>

Chau, S. H., Jansen, A. P. D., van de Ven, P. M., Hoogland, P., Elders, P. J. M., & Hugtenburg, J. G. (2016). *Int J Clin Pharm*, 38(1), 46–53. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11096-015-0199-8>

Comité de consenso. (2007). Tercer Consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM). *Ars Pharmaceutica*, 48(1), 5-7. Disponible en: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ipgg/assistencia-farmaceutica/tercerconsensodegranadasobreproblemasrelacionadosconmedicamentosprmyresultadosnegativosasociadosalamedicacionrnm.pdf>

Conde, C. A., Aquerreta, I., Eslava, A. O., Zamarbide, O. G., & Deiró, J. G. (2006). Impacto clínico y económico de la incorporación del farmacéutico residente en el equipo asistencial. *Farm Hosp*, 30(5), 284-290. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1130-6343\(06\)73992-7](https://doi.org/10.1016/S1130-6343(06)73992-7)

Contreras, C. (2018). *Problemas relacionados con medicamentos en pacientes mayores de 60 años atendidos en los centros de salud familiar (CESFAM) municipales en la ciudad de Valdivia*. Trabajo de grado, Facultad de Ciencias, Universidad Austral, Valdivia. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2018/fcc764p/doc/fcc764p.pdf>

Cutler, David M., & Wendy Everett. (2010). "Thinking Outside the Pillbox - Medication Adherence as a Priority for Health Care Reform." *N Engl J Med*, 362(17), 1553–1555. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/nejmp1002305>

Faus Dáder, M. (2018). 20 años del Dáder. *Ars Pharm*, 59(2) 4-5. Disponible en: <https://revistaseug.ugr.es/index.php/ars/article/view/8088/6969>

Forrey, R. A., Pedersen, C. A., & Schneider, P. J. (2007). Interrater agreement with a standard scheme for classifying medication errors. *Am J Health Syst Pharm*, 64(2), 175–181. Disponible en: <https://doi.org/10.2146/ajhp060109>

Ibarra, O., Ramón, B., & Verdugo, M. (2017). *Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento*. Badalona. Disponible en:

https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Adherencia2017/libro_ADHERENCIA.pdf

Khayyat, S. M., Khayyat, S. M. S., Hyat Alhazmi, R. S., Mohamed, M. M. A., & Hadi, M. A. (2017). Predictors of medication adherence and blood pressure control among Saudi hypertensive patients attending primary care clinics: A cross-sectional study. *PLoS One*, *12*(1), e0171255. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171255>

Kolandaivelu, K., Leiden, B. B., O'gara, P. T., & Bhatt, D. L. (2014). Non-adherence to cardiovascular medications. *Eur Heart J*, *35*(46), 3267-3276. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehu364>

Lobos, J. (2016). *Seguimiento y optimización de la farmacoterapia en pacientes adultos mayores hospitalizados en una unidad geriátrica de agudos*. Trabajo de grado, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas, Universidad de Chile, Santiago. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/141717/Seguimiento-y-optimizacion-de-la-farmacoterapia-de-pacientes-adultos-mayores-hospitalizados.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Maher, R. L., Hanlon, J., & Hajjar, E. R. (2014). Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opin Drug Saf*, *13*(1), 57–65. Disponible en: <https://doi.org/10.1517/14740338.2013.827660>

Ministerio de Desarrollo social (2017). *Informe de análisis de estadísticas para el monitoreo de equidad de género, en base a la serie de datos de Encuesta Casen*. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Informe_analisis_estadisticas_monitoreo-equidad_genero.pdf

Ministerio de Salud (2011). *Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década*. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

Ministerio de Salud (2014). *Fondo de farmacia para enfermedades crónicas no transmisibles en atención primaria*. Disponible en: <https://www.araucanianorte.cl/images/PDF-WORD/Res-Ex-1187-Programa-FOFAR-2015-27112014.pdf>

Ministerio de Salud (2017). *Encuesta Nacional de Salud 2016-2017*. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf

Ministerio de Salud (2017). *Orientación Técnica Programa de Salud Cardiovascular*. Disponible en: <http://familiarcomunitaria.cl/FyC/wpcontent/uploads/2018/05/Programa-de-salud-cardiovascular.-MINSAL-Chile-2017.pdf>

Ministerio de Salud (2018). *Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico en APS*. Disponible en: <https://www.sccoquimbo.cl/gob-cl/documentos/files/inred/farmacia/28-05-2018/Atencion%20Farmaceutica%20y%20SFT%20en%20APS%202018.pdf>

Ministerio de Salud (2019). *Orientación técnica programa fondo de farmacia para enfermedades crónicas no transmisibles en atención primaria*. Disponible en : <https://farmaciassc.files.wordpress.com/2019/07/orientacion-tc389cnica-fofar-2019-final-v3-002.pdf>

Oliva, C., & Hidalgo, C. G. (2004). Satisfacción Usuaria: Un Indicador de Calidad del Modelo de Salud Familiar, Evaluada en un Programa de Atención de Familias en Riesgo Biopsicosocial, en la Atención Primaria. *Psykhé*, 13(2), 173-186. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/s0718-22282004000200013>

Organización Mundial de la Salud. *Enfermedades Cardiovasculares*. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

Plaza, C. (2018). Evaluación del impacto de los Servicios Farmacéuticos Asistenciales: Programa POLARIS. *Ars Pharmaceutica*, 59(2), 8. Disponible en: <https://revistaseug.ugr.es/index.php/ars/article/view/8088/6969>

Polgreen, L. A., Han, J., Carter, B. L., Ardery, G. P., Coffey, C. S., Chrischilles, E. A., & James, P. A. (2015). Cost-Effectiveness of a Physician-Pharmacist Collaboration Intervention to Improve Blood Pressure Control. *Hypertension*, 66(6), 1145–1151. Disponible en: <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.115.06023>

Ramos Cordero, P., & Pinto Fontanillo, J. A. (2015). Las personas mayores y su salud: Situación actual. *Av Odontostomatol*, 31(3), 107–116. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/s0213-12852015000300001>

Vandenheede, H., Deboosere, P., Espelt, A., Bopp, M., Borrell, C., Costa, G., ... Mackenbach, J. P. (2015). Educational inequalities in diabetes mortality across Europe in the 2000s: the interaction with gender. *Int J Public Health*, 60(4), 401–410. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00038-015-0669-8>

Veliz-Rojas, L., Mendoza-Parra, S., & Barriga, O. A. (2015). Therapeutic adherence in users of a cardiovascular health program in primary care in Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 32(1), 51–57. Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2015.321.1574>

Vergara Mardones, H. (2011). *Fármacos, salud y vida: las armas y metas de la farmacia*. Chile. Disponible en: http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/121456/libroHernan_Vergara.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Villagra, C. (2017). *Determinación de problemas relacionados a medicamentos en adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina interna de un hospital de alta complejidad*. Trabajo de grado. Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas. Universidad de Chile, Santiago. Disponible en:
<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/169839/Determinacion-de-problemas-relacionados-a-medicamentos-en-adultos-mayores-hospitalizados-en-el-servicio-de-medicina-interna.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



8. ANEXOS

Anexo N°1: Ficha de seguimiento farmacoterapéutico

ANEXO N°1: FICHA DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO

I. ANTECEDENTES GENERALES

Nombre paciente: _____ Sexo: _____
N° R.U.T. _____ Edad: _____
Establecimiento: _____ Nivel educacional: _____
Ocupación: _____ Alergias: _____

PROBLEMA DE SALUD			MEDICAMENTOS					EVALUACIÓN		
Inicio	PS	Controlado Si/No	*Preocupación	Inicio	Fármaco	Pauta prescrita	Pauta usada	RNM		PRM
								N	E	S
										n°

*Preocupación: P=poco, R=regular, B=bastante.

N° total de medicamentos prescritos:

PRM

1. Administración errónea del medicamento
2. Contraindicación
3. Dosis, pauta y/o duración no adecuada
4. Duplicidad
5. Incumplimiento
6. Interacciones
7. Errores en la prescripción

PRM

8. Problemas de salud que afectan al tratamiento
9. Probabilidad de efectos adversos
10. Problema de salud insuficientemente tratado
11. Fármaco no más adecuado dentro de la misma familia/grupo.
12. Uso de fármaco no adecuado
13. Precaución/Riesgo
14. otros (Especificar)

Anexo N°2: Test de adherencia

Test de Adherencia	
1. En las última semana ¿algunas vez ha olvidado tomar los medicamentos	
2. ¿Toma medicamentos a otra hora de la indicada?	
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomarlos?	
4. Si alguna vez le sientan mal ¿deja tomarlos?	
RESULTADO ¿Paciente adherente?	
*Adherente si responde en forma negativa las 4 preguntas.	



Anexo N°3: Planilla de derivaciones

ADMISION FICHA:

Tipo Consulta: _____

Fecha: _____

Hora: _____

Nombre Profesional: _____

Box N°

Imp. Schuffeneeger, F.Fax 2386079, Cuzco

Nombre del(a) Responsable _____

Anexo N°4: Hoja de registro visita domiciliaria

Estado de entorno a la llegada	
Entorno familiar y vulnerabilidad social	
Entrega de herramientas (pastillero, partidor, horario magnético, calendario administración insulinas).	
Estado de bolsa térmica y unidad refrigerante.	
Factores de riesgo	
Almacenamiento de medicamentos.	
Medicamentos si uso o vencidos.	
Otros medicamentos no prescritos en el CESFAM.	
Estado de insulinas.	
Almacenamiento de insulinas.	
Técnica de administración de insulinas.	
Presión arterial.	
Glicemia capilar.	
Educación.	
Terapia farmacológica prescrita.	

Anexo N°5: Planilla de seguimiento farmacoterapéutico

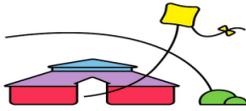
Sexo		
Parámetros relevantes y consumo de sustancias	Peso (kg)	
	Talla (cm)	
	Índice de masa corporal (kg/m ²)	
	Circunferencia cintura (cm)	
	Tabaquismo si/no	
	Alcohol	
	Consumo de otras sustancias	
Valor inicial HbA1C		
Numero de Problemas de Salud (PS)		
Numero de fármacos que toma		
¿Paciente adherente? Si/No		
Motivo de la no adherencia	No quiere	
	No puede	
Numero de entrevistas (Cantidad de sesiones con el paciente)		
Número de Atenciones Farmacéuticas en domicilio		
Principal RNM detectado (Necesidad-efectividad-seguridad)		
Intervenciones (Según tipo de intervención) **		
Las intervenciones fueron comunicadas de la siguiente	Escrita y verbal con paciente Si/No	

manera	Escrita y verbal con médico Si/No	
	Escrita y verbal con el resto de equipo de salud Si/No	
¿Se realizaron derivaciones? ¿A qué profesionales?	Médico	
	Enfermera	
	Nutricionista	
	Podólogo	
	Psicólogo	
	Otro	
Resultado de la intervención	Aceptada	
	No aceptada	
RNM resuelto Si/No		
Valor Final HbA1C		
¿Paciente adherente? Si/No		

**Tipo de intervenciones:

- 1.- Bajar/subir dosis
- 2.- Suspender/Iniciar Tratamiento
- 3.-Cambiar por alternativa terapéutica/Cambiar horario
- 4.-Educación al paciente/familia/cuidador
- 5.-Otro

Anexo N°6: Encuesta de Satisfacción Usuaría



“Encuesta De Satisfacción Usuaría Del Programa De Atención Farmacéutica Del CESFAM Villa Nonguén”

Responda las preguntas relacionadas con el programa de atención farmacéutica marcando con una x en la casilla correspondiente:

1.- ¿Considera que el trato recibido por parte del profesional fue el apropiado?
 Si No

2. ¿Resolvió dudas relacionadas con sus medicamentos?
 Si No

3. ¿Le entregaron información de cómo prevenir la progresión de sus patologías?
 Si No

4. ¿Le explicaron las complicaciones de no tratar sus patologías?
 Si No

5. ¿Sus dudas e inquietudes fueron resueltas de manera oportuna?
 Si No

6. ¿Considera que el servicio entregado es necesario para ayudar a controlar sus patologías?
 Si No

7. ¿Recomendaría el programa de Atención Farmacéutica a otros pacientes descompensados?

Si

No

8. ¿Recibió información acerca de hábitos de vida saludables?

Si

No

9. ¿Pudo resolver dudas relacionadas con sus enfermedades?

Si

No

10. ¿Con qué nota evaluaría el programa de atención farmacéutica? (De 1 a 7)



Anexo N°7: Algoritmo de índice de categorización de errores de medicación

NCC-MERP modificado para PRM y adaptado para APS

