



# Universidad Austral de Chile

Facultad de Ciencias  
Escuela de Química y Farmacia

**PROFESOR PATROCINANTE:** Ana Maria Piddo M.  
**INSTITUCIÓN:** Farmacias Cruz Verde S.A

**PROFESOR CO-PATROCINANTE:** Lorenzo Villa Z.  
**INSTITUTO:** Farmacia  
**FACULTAD:** Ciencias

**“EVALUACIÓN COMPARATIVA DE UN PROGRAMA PILOTO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DESARROLLADO EN UN CENTRO MÉDICO CON UNO DESARROLLADO EN FARMACIA COMUNITARIA”.**

Tesis de Grado presentada como parte de los requisitos para optar al Título de Químico Farmacéutico.

**ENY MACCARENA DEL PILAR ORÓSTICA AGUILAR**

VALDIVIA-CHILE

2007

*Con mucho cariño dedico este trabajo a mi madre, Silvia,  
por creer siempre en mí y apoyarme en todo momento,  
gracias a ella he podido llegar a ser lo que soy.*

## AGRADECIMIENTOS

Esta tesis es resultado del trabajo realizado en Farmacias Cruz Verde S.A., agradezco a ellos el desarrollo de este tema, de manera muy especial a todas aquellas personas que hicieron posible mi desempeño y desarrollo como futuro profesional en dicha institución.

De forma muy especial agradezco a mi profesora patrocinante, Q.F. Ana María Piddo por su constante dedicación, cariño, amistad, preocupación y apoyo para el buen desarrollo y término de esta tesis.

Al profesor co-patrocinante Q.F. Lorenzo Villa y al profesor informante Dr. Humberto Dölz por su buena voluntad y valiosa ayuda prestada durante el desarrollo de este trabajo.

A todos los pacientes entrevistados que accedieron a participar de este estudio, por su buena disposición y reconocimiento hacia mi trabajo.

A Guido H., mi novio, por estar a mi lado y apoyarme siempre, por su paciencia y por el amor que me ha entregado desde el momento en que lo conocí.

A mi amiga Carolina A., por ayudarme y apoyarme en los momentos menos esperados, por tu valiosa ayuda en la culminación de esta tesis.

A mis amigos María Paz C., Viviana A., Juan Pablo G., Carla N., Evelyn Sch., Jorge V., por la linda amistad que me han brindado, por todo el apoyo y ayuda que recibí en nuestra época de estudiantes y por los buenos momentos que hemos compartido.

A mis amigas Anita María C. y Soledad M. por su constante apoyo y ánimo que me han brindado desde que las conocí.

Por último, la culminación de este esfuerzo lo agradezco a mi madre, tía, primas, tía Cery y familiares, en reconocimiento a todo el apoyo, esfuerzo, energía y amor que me brindaron durante toda esta etapa de mi vida.

## INDICE

	Página
<b>1. RESUMEN</b>	1
1.1 Summary	2
<b>2. INTRODUCCIÓN</b>	3
2.1 Generalidades de la atención farmacéutica	3
2.2 Problemas relacionados con los medicamentos (PRM)	5
2.2.1 Clasificaciones de los problemas relacionados con los medicamentos	6
2.3 Clasificaciones de la atención farmacéutica	6
2.3.1 Atención farmacéutica global	7
2.3.2 Atención farmacéutica en grupos de riesgo	8
2.4 Implicancias económicas de la atención farmacéutica	9
2.5 Patologías crónicas	10
2.5.1 Hipertensión arterial	11
2.5.2 Clasificación de la presión arterial	12
2.6 Enfoque de la Atención Farmacéutica en Chile y en Farmacias Cruz Verde	12
<b>3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	14
<b>4. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS</b>	15
<b>5. OBJETIVO GENERAL</b>	15
5.1 Objetivos específicos	15
<b>6. MATERIALES Y MÉTODOS</b>	16
6.1 Diseño del programa	16
6.2 Muestra	17
6.3 Selección del establecimiento	17
6.3.1 Centro médico	18
6.3.2 Local de farmacia	18

6.4	Selección de pacientes	18
6.4.1	Centro médico	18
6.4.2	Local de farmacia	19
6.5	Plan de trabajo	20
6.5.1	Pauta para desarrollar el programa de atención farmacéutica	20
6.5.2	Recolección de datos	23
6.5.3	Análisis estadístico	23
6.5.4	Instrumentos a utilizar	23
6.5.5	Parámetros evaluados	24
6.5.5.1	Presión arterial	24
6.5.5.2	Glicemia	25
6.5.5.3	Cumplimiento y conocimiento del tratamiento farmacológico	25
6.5.5.4	Evaluación del seguimiento farmacológico	26
<b>7.</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>27</b>
7.1	RESULTADOS CENTRO MÉDICO VIDA INTEGRAL MAIPÚ	27
7.1.1	Población estudio	27
7.1.2	Distribución de pacientes según sexo	27
7.1.3	Distribución de pacientes según edad	27
7.1.4	Distribución de pacientes según sistema de salud	28
7.1.5	Distribución de patologías encontradas en centro médico	30
7.1.6	Detección de problemas relacionados con medicamentos (PRM)	30
7.1.7	Distribución por tipo de PRM	31
7.1.8	Solución de PRM	32
7.1.9	Posibles causas de PRMs	34
7.2	CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS, CM VIDA INTEGRAL MAIPÚ	35
7.2.1	Población estudio	35
7.2.2	Distribución de pacientes hipertensos según sexo	35
7.2.3	Distribución de pacientes hipertensos según edad	36
7.2.4	Distribución de pacientes según sistema de salud	36
7.2.5	Análisis de pacientes hipertensos en CM	37
7.2.5.1	Antecedentes familiares	37
7.2.5.2	Tratamiento farmacológico de la hipertensión	38
7.2.5.3	Otros medicamentos utilizados	40

7.2.5.4 Parámetros evaluados	42
<b>7.3 RESULTADOS PACIENTES HIPERTENSOS EN FARMACIAS CRUZ VERDE</b>	<b>52</b>
7.3.1 Población estudio	52
7.3.2 Distribución de pacientes según sexo	52
7.3.3 Distribución de pacientes según edad	52
7.3.4 Distribución de pacientes según sistema de salud	53
7.3.5 Análisis de pacientes hipertensos en FCV	54
7.3.5.1 Antecedentes familiares	54
7.3.5.2 Tratamiento farmacológico de la hipertensión	55
7.3.5.3 Otros medicamentos utilizados	57
7.3.5.4 Parámetros evaluados	59
<b>7.4 PERCEPCIÓN DEL PAF POR PARTE DE LOS PARTICIPANTES</b>	<b>69</b>
<b>7.5 EVALUACIÓN COMPARATIVA DE LOS RESULTADOS</b>	<b>74</b>
7.5.1 Participación en un PAF	74
7.5.2 Rango de edad	74
7.5.3 Sistema de salud	74
7.5.4 Tratamiento farmacológico	75
7.5.5 Evolución del seguimiento farmacoterapéutico	75
7.5.6 Conocimiento del tratamiento farmacológico	75
7.5.7 Cumplimiento del tratamiento farmacológico	76
7.5.8 Debilidades y fortalezas de un PAF	76
<b>8. DISCUSIÓN</b>	<b>80</b>
<b>9. CONCLUSIONES</b>	<b>88</b>
<b>10. PROYECCIÓN DEL TRABAJO</b>	<b>89</b>
<b>11. LITERATURA CITADA</b>	<b>90</b>
<b>12. ANEXOS</b>	<b>93</b>

## 1. RESUMEN

La Atención Farmacéutica **(AF)** es la práctica en la cual, el Profesional Químico Farmacéutico adquiere responsabilidades sobre el resultado clínico de los pacientes, mediante el seguimiento de la farmacoterapia.

En este estudio se diseñaron, implementaron y compararon entre sí, dos programas de Atención Farmacéutica con la finalidad de colaborar en la efectividad del tratamiento, prevenir, detectar y resolver problemas relacionados con medicamentos. El estudio se realizó en el Centro Médico **(CM)** Vida Integra y en el local CV 053 de Farmacias Cruz Verde. Participaron un total de 172 pacientes, 142 pertenecientes al CM y 30 al local de farmacia. De los pacientes del CM se escogió un grupo de 46 con HTA para comparar con los 30 del local de farmacia, también con HTA, y en cada caso, se dividieron en dos grupos, un grupo intervenido que participó en el programa y un grupo control que recibió consejos farmacéuticos mínimos. Se detectaron 34 PRM en los 46 pacientes del CM, de los cuales un 71 % fueron resueltos, y 20 PRM en los 30 pacientes del local de farmacia, solucionándose un 60%. Del total de 54 PRM que afectaron al 71% de los pacientes, se pudo observar que los PRM más frecuentes fueron el PRM 6 *“Paciente usa un medicamento que le provoca una Reacción Adversa al Medicamento (RAM)”* y el PRM 4 *“Paciente usa un medicamento en dosis y/o pauta menor a la que necesita”*. La aplicación del programa tuvo como resultado diferencias significativas entre los grupos intervenidos versus los grupos control en ambos escenarios, en relación a los valores de presión arterial, así como el conocimiento y cumplimiento del tratamiento farmacológico.

## 1.1 SUMMARY

Pharmaceutical Care is the practice in which the Pharmacist has responsibilities over the clinical outcomes of the patients, throughout the follow-up of the pharmacotherapy.

In this study, two Pharmaceutical Care Programs were designed, implemented and compared with the aim of contribute to the effectiveness of the Therapy, prevent, discover and solve drug-related problems (DRP). This study was held in the "Vida Integra" Medical Center (MC) and in the "Cruz Verde" community pharmacy (drugstore CV053). A total number of 172 patients were included, 142 of them from the MC and 30 from the drugstore. From the MC patients, it was selected a group of 46 patients, the hypertensive ones, with the purpose of compare them with the 30 patients from the drugstores, all of them hypertensive. Each group was divided into 2 subgroups: one participated in the program and received pharmaceutical intervention; the other was the control-group, which received only minimal basic pharmaceutical counseling.

34 DRP were found in the 46 patients from the MC, 71% of which were solved and 20 DRP in the 30 patients from the drugstore, 60% of which were solved. From this total of 54 DRP that involved 71% of the patients, it was observed that the most frequent DRP was the DRP N°6 "the patient uses a medication that produces an adverse drug reaction" and the DRP N°4 "the patient uses a medication in a lower dosage than the needed". This Program had as a result significant differences between intervened groups and the control groups in both scenarios, regarding the arterial pressure level, as well as in the knowledge and compliance of the pharmacologic treatment.

## 2. INTRODUCCIÓN

### 2.1 Generalidades de la Atención Farmacéutica

El buen uso de los medicamentos podría resolver múltiples problemas que están fundamentalmente relacionados con falta de información en lo que se refiere a sus indicaciones, efectividad y seguridad. Una solución para este importante problema es la implementación de Programas de Atención Farmacéutica.

La Atención Farmacéutica (**AF**) es un concepto de práctica profesional en el que el paciente es el principal beneficiario de las acciones del Farmacéutico. (Faus y Martínez, 1999; OMS, 1995). Es la práctica farmacéutica en donde el Profesional Químico Farmacéutico adquiere responsabilidades sobre el resultado clínico de los pacientes. Este concepto se desarrolló en Estados Unidos a principios de 1992, con el diseño de un Modelo Práctico de Atención Farmacéutica Global, cuyo objetivo fue demostrar que el papel del farmacéutico asistencial es válido para luchar contra el mal uso de los medicamentos; luego se ha difundido especialmente en España, Canadá y diferentes países incluyendo el nuestro.

La definición más ampliamente conocida de Atención Farmacéutica (Pharmaceutical Care) se desarrolló a partir de un trabajo publicado en 1989 por los profesores Hepler y Strand de las Universidades de Florida y Minnesota respectivamente, que señalan que la AF “Es la provisión responsable del tratamiento farmacológico con el propósito de alcanzar unos resultados concretos que mejoren la calidad de vida de cada paciente. Estos resultados son, curación de la enfermedad, eliminación o reducción de la sintomatología del paciente, interrupción o reducción del proceso patológico, prevención de una enfermedad o de una sintomatología” (Hepler y Strand, 1999).

De acuerdo a lo anterior, el concepto de AF comprende *Responsabilidad* en la provisión y resultados de la terapia farmacológica en los pacientes e *Integración* de todos los aspectos relacionados con la eficacia y seguridad de los tratamientos, tales como, selección, prescripción, dispensación, administración y seguimiento, entre otros.

La Organización Mundial de la Salud (**OMS**) definió en 1993 la atención farmacéutica como "el compendio de las actitudes, los comportamientos, los compromisos, las inquietudes, los valores éticos, las funciones, los conocimientos, las responsabilidades y las destrezas del farmacéutico en la prestación de la farmacoterapia, con el objeto de lograr resultados terapéuticos definidos en la salud y la calidad de vida de las personas" (OMS, 1995).

El máximo organismo de la salud entiende que atención farmacéutica es

"el compendio de práctica profesional en el que el paciente es el principal beneficiario de las acciones del farmacéutico".

Trasladada a la práctica cotidiana, la atención farmacéutica es la directa interacción del farmacéutico con el paciente con el propósito de prevenir y solucionar los problemas relacionados con los medicamentos y demás productos terapéuticos. La Atención Farmacéutica reúne todas aquellas acciones encaminadas a garantizar el buen uso de los fármacos, entre las cuales destacan:

- ☞ Incidir en la mejor decisión clínica minimizando riesgos, maximizando efectividad y eficiencia, mediante las actividades de apoyo al equipo de salud, especialmente a los médicos.
- ☞ Incidir sobre la accesibilidad al producto prescrito.
- ☞ Mejorar la adherencia del paciente al tratamiento.

- ☞ Educar al paciente sobre la forma correcta de administración de los medicamentos y sobre el manejo y control de su enfermedad.
- ☞ Garantizar junto con el médico el mejor resultado posible de la terapia con la monitorización del tratamiento.
- ☞ Evaluar el resultado de las terapias. (Segú *et al*, 2000).

## **2.2 Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM)**

Asimismo, en el proyecto de investigación sobre un Modelo Práctico de Atención Farmacéutica Global (Proyecto Minnesota, 1992), en el que participaron más de 50 Farmacéuticos y cuyo objetivo fue demostrar que el papel del farmacéutico asistencial es válido para luchar contra el mal uso de los medicamentos, se destaca que para que la AF pueda ser llevada a cabo, se necesita de una estrecha relación con el paciente, que permita un trabajo en conjunto, ya que, uno de los aspectos más importantes de las actividades de la Atención Farmacéutica se relaciona con la identificación, prevención y resolución de problemas relacionados con el uso de medicamentos (**P.R.M.**), de forma continua, sistematizada y documentada a fin de obtener resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente (Cipolle *et al*, 2000; Faus y Martínez, 1999).

Un Problema Relacionado con los Medicamentos (PRM) es un problema de salud, entendido 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.

Esto implica, a su vez, tres funciones primordiales, que son: 1) identificación de PRM potencial y real; 2) resolver PRM reales y 3) prevenir PRM potenciales (Hepler y Strand, 1999).

### 2.2.1 Clasificación de Problemas Relacionados con los Medicamentos

Los PRM se han clasificado de acuerdo a diversos criterios, siendo uno de los más usados en el ámbito mundial, el del Consenso de Granada de 1998, sobre la base de **necesidad**, **efectividad** y **seguridad** del medicamento.

Así, dependiendo de la **necesidad** de indicación de un medicamento pueden surgir diferentes tipos de PRM:

**PRM 1 - el paciente no usa un medicamento que necesita.**

**PRM 2 - el paciente usa un medicamento que no necesita.**

Si la conclusión es que el medicamento se necesita, se debe analizar la **efectividad** para el paciente, surgiendo nuevos PRM, tales como:

**PRM 3 - el paciente usa un medicamento al que no responde**

**PRM 4 - el paciente usa un medicamento en dosis y/o pauta menor a la que necesita.**

Posterior a ello se debe analizar la **seguridad** del medicamento, surgiendo PRM, tales como:

**PRM 5 - el paciente usa un medicamento en dosis y/o pauta mayor a la que necesita.**

**PRM 6 - el paciente usa un medicamento que le provoca una Reacción Adversa al Medicamento (RAM).**

### 2.3 Clasificaciones de la Atención Farmacéutica

Como resultado de la evolución del concepto de AF, esta puede clasificarse en dos modalidades:

- Atención Farmacéutica Global: corresponde al modelo propuesto por Strand; Comprehensive Pharmaceutical Care (**CPHC**)

☞ Atención Farmacéutica en Grupos de Riesgo (enfermos crónicos, ancianos, polimedicados, etc.): corresponde al modelo propuesto por Hepler; Therapeutics Outcomes Monitoring (**TOM**).

### **2.3.1 Atención Farmacéutica Global:**

Se refiere al seguimiento que el Farmacéutico hace de todos los tratamientos con medicamentos que lleven a cabo aquellos pacientes que deseen participar en el programa. Este seguimiento se hace con dos propósitos:

- A. Conseguir los objetivos terapéuticos previstos al implantar el tratamiento por prescripción médica, por indicación farmacéutica o por automedicación asistida.
- B. Evitar posibles reacciones adversas o de toxicidad.

Para llevar a la práctica un Programa de Atención Farmacéutica Global es necesario realizar una serie de pasos:

- a) Convencer al paciente de los beneficios que para su calidad de vida va a representar el llevar a cabo, junto con un farmacéutico, un programa de Atención Farmacéutica Global.
- b) Abrir una ficha fármaco terapéutica del paciente, donde se recojan junto a datos generales (edad, sexo, enfermedades, etc.), la medicación que en todo momento reciba ese paciente, con objeto de evitar reacciones adversas.
- c) Planificar junto al paciente los objetivos terapéuticos que se desean conseguir.
- d) Hacer el seguimiento de la farmacoterapia e intervenir para que sus objetivos terapéuticos se alcancen y no aparezcan efectos adversos o tóxicos.

- e) Evaluar los resultados obtenidos para asegurar que se han conseguido los objetivos propuestos y tomar las medidas oportunas que permitan alcanzarlo.

Es básico evaluar y documentar los resultados obtenidos.

### **2.3.2 Atención Farmacéutica en Grupos de Riesgo:**

Se refiere a la modalidad que se centra en controlar la farmacoterapia en pacientes con enfermedades crónicas o en situaciones especiales, que requieran la utilización de medicamentos durante largos períodos o de por vida y que en muchos casos necesitan además una educación sanitaria para sobrellevar su enfermedad. Tales son los casos de pacientes asmáticos, diabéticos, hipertensos, polimedicados o que necesitan ser tratados con medicamentos potencialmente tóxicos como anticancerígenos, anticoagulantes, estupefacientes, etc. Los puntos que son necesarios para llevar a cabo esta modalidad son:

- a) Decidir con qué tipo o tipos de pacientes se realizará la Atención Farmacéutica **(AF)**. Los programas de AF en grupos de riesgo tienen la ventaja de permitir trabajar con pocos pacientes y con un problema de salud bien definido. Esto permite adquirir de manera progresiva, las habilidades y destrezas que se necesitan en AF.
- b) Adquirir conocimientos claros y amplios sobre la patología de los pacientes elegidos y sobre su farmacoterapia.
- c) Identificar a los pacientes candidatos a participar en el PAF.
- d) Obtener y mantener la ficha del paciente, para ello será necesario programar con el paciente una serie de citas periódica para completar datos.
- e) Educar al paciente sobre aquellos aspectos de su enfermedad que sea necesario que él conozca, sobre su tratamiento y sobre hábitos saludables que mejoren su calidad de vida.

- f) Planificar los objetivos terapéuticos que se desean conseguir.
- g) Hacer un seguimiento del tratamiento farmacológico del paciente.
- h) Intervenir cuando surja situaciones que puedan afectar al curso de su enfermedad, tomando decisiones de pautas a seguir o remitiéndole al médico cuando sea necesario.
- i) Evaluar los resultados obtenidos y tomar decisiones dependiendo del sentido de los mismos.

La evaluación de los resultados es el punto crucial de la AF. Sin esta evaluación todo el proceso no tiene sentido, y el farmacéutico debe de ser consciente de su responsabilidad en el logro de resultados terapéuticos definidos (Faus and Martínez, 1999).

#### **2.4 Implicancias económicas de la Atención Farmacéutica**

De acuerdo a lo antes mencionado, la Atención Farmacéutica contribuye al uso seguro y más económico de los medicamentos, produciendo resultados positivos y una mejora en la atención de salud, permitiendo solucionar los problemas relacionados con los medicamentos mediante la acción en colaboración con el médico tratante.

Internacionalmente el manejo de la atención farmacéutica se ha centrado en estudios tanto en el ámbito de farmacia asistencial, considerando los ingresos y hospitalizaciones, como también en el ámbito de farmacia comunitaria o privada. Las experiencias se han orientado a ver la aplicación de la atención farmacéutica en dos áreas: detección de los problemas relacionados a medicamentos especialmente en el tratamiento de las enfermedades crónicas y en la reducción de costos en salud (Carvacho, 2002).

Numerosos estudios han demostrado que el uso inadecuado de los medicamentos conlleva a un aumento del gasto en salud, aumento en el número de visitas al médico, aumento de la duración de la hospitalización, entre otras.

En Estados Unidos mueren más de 100.000 personas al año a causa de medicamentos bien prescritos y correctamente dispensados (Machuca, 2002).

En España 20% de los pacientes que ingresan por las puertas de urgencia de los hospitales lo hacen por algún problema relacionado con medicamentos (Machuca, 2002; Cipolle *et al*, 2000).

Los costos que supone el incumplimiento de los tratamientos farmacológicos en ingresos hospitalarios, nuevas consultas y pérdida de horas de trabajo llegan en España a una cantidad económica similar al 40% de lo que se invierte en medicamentos (Machuca, 2002).

Otros estudios demuestran que el 40% de los pacientes mejoraron gracias a la provisión de AF, el 50% permaneció igual o estable y el 10% empeoró (Cipolle *et al*, 2000). Los resultados indican que el 90% de los problemas de salud están estables o mejoraron gracias a la provisión de Atención Farmacéutica. Esto representa una sustancial mejoría en la productividad de la sanidad que no puede conseguirse sin la Atención Farmacéutica (Cipolle *et al*, 2000).

## **2.5 Patologías Crónicas**

Las enfermedades crónicas son aquellas que permanecen de por vida en el paciente ya que no tienen cura definitiva. Sin embargo, pueden mantenerse bajo control con un buen tratamiento farmacológico. Entre las enfermedades crónicas más comunes están: Hipertensión arterial, Diabetes, Asma, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Dislipidemias, entre otras.

La principal causa de mortalidad y una fuente importante de morbilidad en Chile, la constituyen las enfermedades del aparato circulatorio, que en el año 1996 dieron cuenta de un 27,1% de la mortalidad general.

De acuerdo a la realidad de nuestro país y al aumento de patologías crónicas, se han puesto en marcha programas de AF en grupos de riesgo, a través de la cual se controla la farmacoterapia en pacientes con enfermedades crónicas, que requieren la utilización de medicamentos durante largos períodos o de por vida y que en muchos casos necesitan además una educación sanitaria para sobrellevar su enfermedad (Faus and Martínez, 1999).

### **2.5.1 Hipertensión Arterial:**

La hipertensión arterial se puede definir como la elevación persistente y/o crónica de las presiones arteriales sistólica y diastólica. La OMS la define como la elevación crónica en las arterias de la presión sistólica, diastólica o de ambas. Los síntomas propios de la hipertensión son casi inexistentes, la mayoría de ellos son secundarios y corresponden a la afección visceral que ésta ya ha producido sobre algunos órganos (retina, riñón, cerebro y corazón) (Mark , 1999).

Tiene una prevalencia entre 10 y 25% de la población adulta y tiene un importante impacto en salud pública. En el tratamiento se pueden utilizar medicamentos tales como, los diuréticos, bloqueadores beta adrenérgicos, bloqueadores de los receptores de angiotensina, bloqueadores de los canales de calcio e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (Mark, 1999).

De hecho, la disminución de la prevalencia de hipertensión arterial debido a tratamiento antihipertensivo, se acompaña de una significativa reducción de la mortalidad cardiovascular

La hipertensión arterial constituye uno de los factores de riesgo de mayor importancia tanto para la enfermedad coronaria como para la enfermedad cerebrovascular, principales componentes de la morbimortalidad cardiovascular.

### **2.5.2 Clasificación de la Presión Arterial:**

En nuestro país el Ministerio de Salud adoptó los criterios para la evaluación de la hipertensión de la clasificación del Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of Blood Pressure según lo siguiente:

Clasificación JNC-VII de la presión arterial en adultos mayores de 18 años.

<b>Clasificación</b>	<b>PA sistólica (mmHg)</b>	<b>PA Diastólica (mmHg)</b>
Normal	<120	<80
Prehipertensión	120-139	80-89
Estado 1 Hipertensión	140-159	90-99
Estado 2 Hipertensión	≥160	≥100

(JNC-VII, 2003)

La meta del tratamiento de la hipertensión arterial (HTA) es lograr y mantener cifras de presión arterial inferiores a 140 / 90 mmHg y contribuir así a reducir la mortalidad y los eventos mórbidos asociados a esta condición, además de controlar y modificar otros factores de riesgo cardiovascular.

### **2.6 Enfoque de la Atención Farmacéutica en Chile y en Farmacias Cruz Verde**

La atención Farmacéutica en Chile, si bien se conoce desde hace más de diez años, se ha aplicado mayormente en el ámbito asistencial, en la detección de reacciones adversas a medicamentos (Carvacho, 2002). En el ámbito de la farmacia

comunitaria (privada) la primera iniciativa en la aplicación de la atención farmacéutica se realizó en el año 1997 entre una cadena de Farmacia y la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas de la U. de Chile (Carvacho, 2002), teniendo como objetivo el desarrollar un programa de atención farmacéutica destinado a realzar el papel del farmacéutico como un actor importante en la salud de las personas. Posteriormente, alianzas con universidades extranjeras hicieron que se aprovechara la capacidad académica y la experiencia para realizar seminarios e investigaciones y un plan piloto para aplicar en un número determinado de farmacias, lo que permitió afirmar que la aplicación del programa podría fortalecerse en el futuro (Carvacho, 2002).

En el caso de Farmacias Cruz Verde, el año 2000 se planteó como nuevo desafío el incorporar el Programa de Atención Farmacéutica como respaldo al desarrollo de su misión “dar una excelente calidad de atención y servicio a los clientes”, siendo la salud de cada uno de ellos el objetivo de la empresa y de los profesionales que en ella trabajan. Para esto se firmó convenio con la Universidad de Valencia, pioneros en investigaciones y desarrollo del Programa de Atención Farmacéutica en Europa. Esto permitió que los profesionales contaran con los conocimientos, una metodología estándar (método DADER), que permitiría que la calidad de la atención y seguimiento fármacoterapéutico sea uniforme a lo largo de la cadena de Farmacias Cruz Verde.

El Programa implementado en Farmacias Cruz Verde se llevó a cabo entre el año 2000 y 2002 aproximadamente. Al principio fue exitoso, sin embargo no estuvo exento de inconvenientes y paulatinamente fue debilitándose, principalmente por la imposibilidad de dedicación exclusiva por parte de los Químicos Farmacéuticos, puesto que era muy demandante de tiempo. Finalmente el Programa de Atención

Farmacéutica quedó sólo en aquellos locales en que había mayor interés y tiempo disponible.

El debilitamiento del Programa de Atención Farmacéutica de Farmacias Cruz Verde coincidió con la disminución de esta actividad en otras cadenas de Farmacia, es decir, se produjo un fenómeno nacional.

En el año 2004 en farmacias Cruz Verde se produce un resurgimiento de la Atención Farmacéutica, pero, esta vez dentro de un contexto más comercial, como un servicio adicional ofrecido por la cadena en el marco de un convenio con una Institución de Salud, (Isapre).

### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El objetivo de este estudio es aplicar este tipo de programa como un Plan Piloto en uno de los Centros Médicos Vida Integra perteneciente a Isapre Banmédica, y en base a los resultados obtenidos, definir la forma de continuar desarrollándolo, lo cual significa expandir el Programa a otros Centros Médicos Vida Integra.

Los beneficios para la Isapre, que han sido demostrados por estudios realizados en otros países, guardan relación con la disminución de los gastos en salud. Se ha demostrado un ahorro importante, mayor al 20%, al prevenir problemas derivados de la farmacoterapia. Entre otros beneficios, se ha demostrado una reducción de las tasas de ingreso hospitalario y de duración de hospitalización, reducción de licencias médicas, visitas a urgencia (Cipolle *et al*, 2000)

Los beneficios para las Cadenas de Farmacias, están basados en la posibilidad de firmar convenios con Isapres al entregar este servicio profesional. Farmacias Cruz Verde se podría beneficiar siendo un “Elemento diferenciador” puesto que, el sólo

hecho de ofrecer un Programa que no ofrecen otras cadenas permitiría tener mayores ventajas competitivas.

#### **4. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS**

La intervención del Químico Farmacéutico en la farmacoterapia de los pacientes, a través de un Programa de Atención Farmacéutica (**PAF**) contribuye al uso seguro y eficiente de los medicamentos, permitiendo prevenir y/o solucionar los Problemas Relacionados con los Medicamentos, en colaboración con el médico tratante.

#### **5. OBJETIVO GENERAL**

Diseñar, implementar y comparar un Programa de Atención Farmacéutica en pacientes que frecuenten un Centro Médico y en pacientes de una Farmacia Comunitaria, con el objetivo de colaborar en la efectividad del tratamiento, prevenir, detectar y resolver Problemas Relacionados con Medicamentos.

##### **5.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- ☞ Realizar un seguimiento del tratamiento farmacológico de los pacientes con el propósito de poder prevenir, detectar y resolver problemas relacionados con los medicamentos
- ☞ Evaluar el grado de conocimiento y cumplimiento del tratamiento farmacológico, antes y después de aplicar el PAF

- ☞ Evaluar la percepción de los participantes de un Programa de Atención Farmacéutica (Médicos y Pacientes)

- ☞ Conocer debilidades y fortalezas comparativas de un Programa de Atención Farmacéutica en un Centro Médico y en una Farmacia Comunitaria.

## 6. MATERIALES Y MÉTODOS

### 6.1 Diseño del programa.

- ☞ Se realizó un estudio prospectivo, en un grupo de pacientes que frecuentan un Centro Médico y una farmacia comunitaria perteneciente a la cadena de Farmacias Cruz Verde.

- ☞ En ambos casos, los pacientes que participaron en el PAF fueron voluntarios. En el Centro Médico fueron derivados por el médico (Anexo N° 1) y en algunos casos desde la recepción del establecimiento (Anexo N° 2). En el local de Farmacia, fueron pacientes que acudieron a realizar algún control en el Servicio de enfermería de dicho local (Anexo N° 3).

- ☞ En el caso específico del Centro Médico, el grupo de pacientes elegidos presentaron como característica el tener diversas patologías (previamente definidas). Una vez realizado el estudio con estos pacientes se seleccionó a un subgrupo de ellos que fueron aquellos que presentaron la patología mayoritaria del grupo (Hipertensión Arterial), con la finalidad de posteriormente, compararlos con pacientes que presenten dicha patología, pero, en un local de Farmacias Cruz Verde.

- ☞ Los pacientes se dividieron al azar en dos grupos, un **grupo intervenido** que participa en el programa de atención farmacéutica y un **grupo control** que recibe consejos farmacéuticos mínimos.

☞ Dependiendo del grupo (control o intervenido), se citaron a los pacientes a posteriores entrevistas, cuyo horario se fija de común acuerdo, siendo un total de 4 entrevistas en el grupo intervenido, manteniendo un periodo de 30 días entre cada sesión realizada, excepto el grupo control, a quienes solamente se les entrevista al inicio y final del PAF. Para la realización de las entrevistas existe un cronograma de actividades preestablecido (Anexo N° 4). Cuando era necesario, se efectuaron sesiones extraordinarias con la finalidad de resolver consultas o dudas de ciertos pacientes.

☞ Como primero se realiza el estudio en el Centro Médico y posteriormente en el local de Farmacias Cruz Verde, la duración de este estudio fue de 1 año, durante los años 2004 y 2005.

## **6.2 Muestra.**

Para determinar la muestra, primero se consideró a una comuna de la Región Metropolitana con el mayor número de atenciones promedio mensual en el Centro Médico en convenio.

## **6.3 Selección del establecimiento.**

Se eligieron el Centro Médico VidalIntegra Maipú, perteneciente a Isapre Banmédica, ubicado en Avda. Los Pajaritos #2833, lugar que cuenta con las condiciones necesarias para desarrollar el Programa de Atención Farmacéutica y el local CV 053 de Farmacias Cruz Verde S.A. ubicado en Avda. Los Pajaritos #1920, lugar que cuenta con una Estación de Enfermería, todo esto, con la finalidad de poseer un espacio físico con la implementación necesaria para realizar Atención Farmacéutica, ambos ubicados en la comuna de Maipú, en la ciudad de Santiago.

### 6.3.1 Centro Médico

Una vez seleccionada la comuna y Centro Médico, se constituyó la muestra de este estudio por los usuarios que consultaron en el Centro Médico durante los meses de Mayo – Julio de 2004.

El número total de personas ingresadas en el estudio se obtuvo al final de estos meses de captación de usuarios.

### 6.3.2 Local de farmacia

Una vez finalizada la etapa en el Centro Médico, se procedió a iniciar el estudio en el local de farmacia. Para determinar la muestra de pacientes se consideraron aquellos pacientes que consultaron por medicamentos o por controles de Presión Arterial, Glicemia, entre otros, en Farmacias Cruz Verde en los meses de Diciembre 2004 - Enero 2005.

## **6.4 Selección de pacientes**

### 6.4.1 Centro Médico

La selección se realizará entre aquellos pacientes – clientes que asistan a un control médico durante los meses de Mayo - Julio 2004, según manifiesten los siguientes criterios:

#### Criterios de inclusión:

Pacientes de ambos sexos

Pacientes mayores de 18 años

Pacientes con alguna de las siguientes enfermedades crónicas, tales como, Diabetes, Dislipidemias, Hipertensión Arterial, Insuficiencia cardiaca, ó,

Pacientes con alguna de las siguientes enfermedades respiratorias, tales como, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), ó Asma.

#### 6.4.2 Local de farmacia

La selección se efectuó entre aquellos pacientes que asistieron a la estación de enfermería del local Cv 053 de Farmacias Cruz Verde, en los meses de Diciembre 2004 - Enero 2005, aplicando los siguientes criterios:

##### Criterios de inclusión:

Pacientes mayores de 18 años

Pacientes que presenten Hipertensión Arterial

Pacientes que reciban medicamentos antihipertensivos

Los criterios de exclusión, tanto en pacientes pertenecientes al centro médico como para aquellos pertenecientes a farmacias Cruz Verde son los que se detallan:

##### Criterios de exclusión:

Mujeres embarazadas

Pacientes con problemas de comunicación

Pacientes que requieren de otras personas para su cuidado.

Pacientes que no habiten en la ciudad de Santiago

Pacientes que no tengan un teléfono de contacto

La distribución de los pacientes al grupo intervenido o al grupo control se realizó al azar.

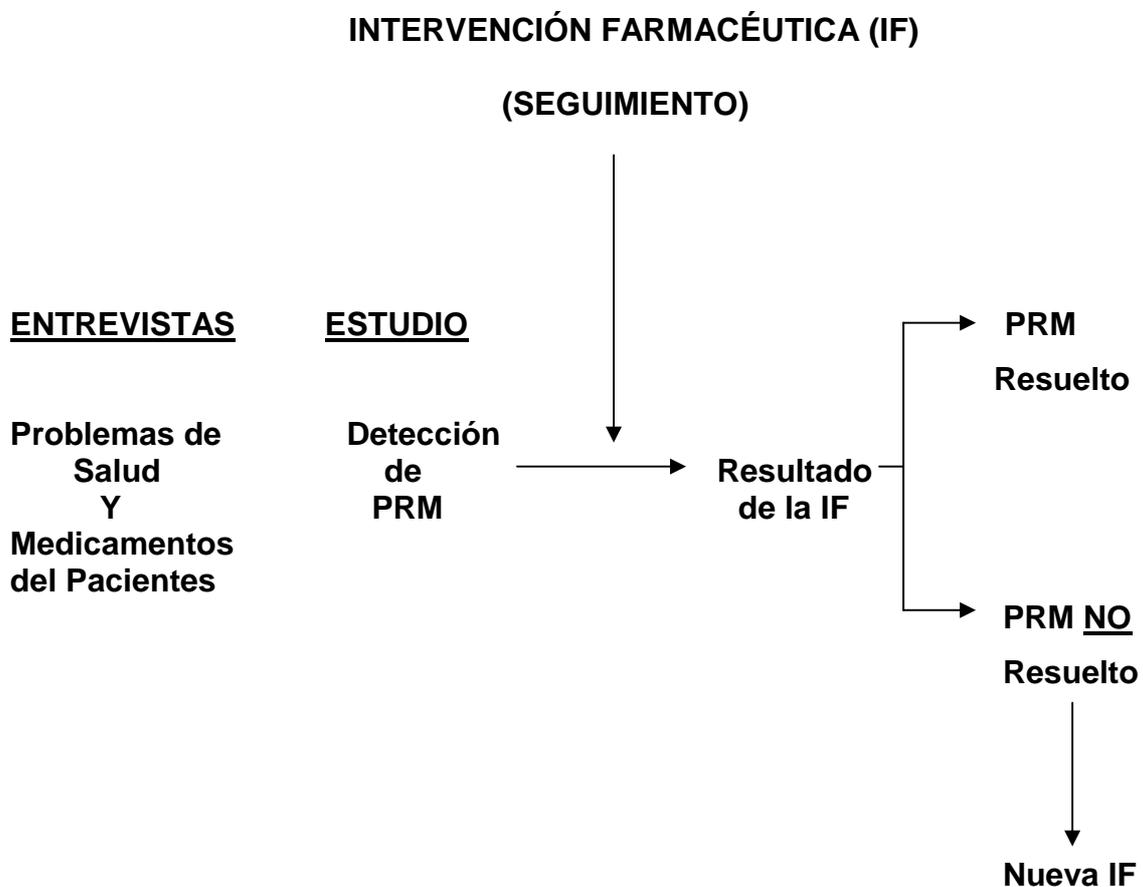
## 6.5 PLAN DE TRABAJO

☞ Se procede a la recopilación de información y revisión de material bibliográfico

☞ Con objetivo de poder adquirir información puntual y general, sobre cuál es y cómo tiene lugar el uso de medicamentos por el paciente, además de obtener y registrar datos que faciliten la identificación de los problemas relacionados con los medicamentos (**PRM**) que hayan existido, puedan existir en el momento actual o se puedan prevenir con la intervención, se realizarán entrevistas (Anexo N° 4), con el correspondiente seguimiento farmacoterapéutico, según la siguiente pauta:

### 6.5.1 PAUTA PARA DESARROLLAR EL PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA (PAF)

#### MÉTODO DÁDER ADAPTADO



## I ETAPA: ENTREVISTAS

1. Registrar problemas de salud → Escuchar y registrar sin interrupción
2. Obtener información de los medicamentos que el paciente utiliza
3. Obtener más información sobre problemas de salud y/o medicamentos que permita identificar PRM
4. Registrar datos necesarios para el seguimiento del paciente → identificación, teléfono, médico, otros
5. Informar al paciente que se estudiará su caso, con el objetivo de detectar y solucionar los PRM que se manifiesten.

**Citar a entrevistas posteriores, según corresponda a Grupo  
Intervenido o Grupo Control**

Buscar información objetiva, actualizada y completa → utilizar asesoría del SIM (Servicio de Información de Medicamentos) de Farmacias Cruz Verde y analizar el caso.

### Procedimiento de Análisis

En el caso de que se detecten problemas relacionados con la farmacoterapia, se debe evaluar cada medicamento de acuerdo a la Clasificación de PRM según el Consenso de Granada, España, de 1998.

### Análisis de cada Medicamento

1. ¿Es Necesario para nuestro paciente?

¿Existe un problema de salud del paciente para el que sea útil el medicamento?

(especialmente en caso de automedicación)

- SI
- NO → no lo necesita P.R.M 2

2. ¿Es Efectivo en nuestro paciente? Evaluar basándose en la variación de parámetros específicos de control de la patología.

- SI → se está controlando o solucionando el Problema de salud del paciente
- NO → el paciente continúa con el Problema de salud:

¿Es problema de dosis?

- NO → no responde P.R.M 3
- SI → subdosificación P.R.M 4

3. ¿Es Seguro en nuestro paciente?

- SI → no existe riesgo de evento adverso asociado al medicamento.
- NO → existe riesgo de evento adverso (ya sea manifestado o no)

¿Es problema de dosis?

- SI → sobredosificación P.R.M 5
- NO → evento adverso P.R.M 6  
a dosis adecuada

AL TÉRMINO DEL ANÁLISIS DE TODOS LOS MEDICAMENTOS:

ÚLTIMA PREGUNTA: ¿existe algún problema de salud del paciente que no esté resuelto o en tratamiento y que requiera de algún medicamento?

- SI → necesita farmacoterapia P.R.M 1
- NO

\* En caso de esquema fármaco terapéutico para un mismo problema de salud:

- se debe analizar *Necesidad* y *Efectividad* en conjunto
- la *Seguridad* se analiza por separado para cada medicamento del esquema.

#### 6.5.2 Recolección de datos.

La recolección de información se efectuó gracias a la entrevista personal, con la ayuda de fichas para dicha recolección (Anexo N° 5) y encuestas (Anexo N° 6 y 7) durante las entrevistas con los pacientes y médicos, que sirvieron para registrar datos personales y de parámetros de salud existentes.

#### 6.5.3 Análisis estadístico

Se realizaron estadísticas descriptivas de la muestra en ambos grupos. Las variables de ambos grupos (control e intervenido) fueron: presión arterial sistólica (PAS), presión arterial diastólica (PAD) y cumplimiento del tratamiento farmacológico. Se les aplicó la prueba estadística no paramétrica de suma de rangos de Wilcoxon para datos no pareados, realizados por el programa GraphPad Prism versión 4.00.

#### 6.5.4 Instrumentos a utilizar

Cada sesión se realizará en un box u oficina de atención o en la Estación de Enfermería (según sea el caso) donde se cuenta con los elementos necesarios, ya sea:

Esfigmomanómetro de columna de Mercurio (Anexo N° 8)

Equipo Accutrend GCT (Roche) (Anexo N° 9)

Fichas para recopilar los datos de los pacientes (Anexo N° 5)

Encuestas (Anexo N° 6 y 7)

Tarjeta resumen de medicamentos (Anexo N° 10, 11 y 12)

Material promocional, como afiches, volantes y pendones (Anexo N° 13)

Fuentes de revisión bibliográfica,

Acceso al *SIM* (Servicio de Información de Medicamentos de Farmacias Cruz Verde), que cuenta con una amplia base de datos.

☞ Cuando se detecta alguna reacción Adversa a medicamentos (RAM), se procede a notificarla en la ficha de Notificación de sospecha de reacción adversa a medicamentos (RAM) que entrega el *CENIMEF* (Anexo N° 14)

☞ Se efectúa una intervención, cuando se actúa para intentar solucionar un **PRM**, para ello, las intervenciones pueden ser: del QF dirigida al paciente, del QF dirigida al médico a través del paciente ó mediante una carta dirigida al médico tratante.

Cada vez que sea necesario una intervención se sigue un protocolo preestablecido (Anexo N° 17).

#### 6.5.5 Parámetros evaluados

##### 6.5.5.1 Presión arterial.

☞ En el desarrollo del plan de Atención farmacéutica efectuada en pacientes hipertensos del Centro Médico (n = 46) y el local CV 053 de Farmacias Cruz Verde (n = 30) , para una correcta medición de la Presión Arterial, se utilizó un esfigmomanómetro de columna de mercurio y se siguió además un protocolo (AF en HTA, 1999) (Anexo N° 18)

☞ El farmacéutico debe explicar a los pacientes el significado de los valores de la presión arterial y el pulso cardíaco, y advertirlos sobre la necesidad de controlarse periódicamente.

☞ Se consideró como disminución de presión arterial, a una baja absoluta mayor a 2 mmHg en la presión diastólica y sistólica entre la primera y última sesión.

### 6.5.5.2 Glicemia

Según se estimó conveniente, a un determinado número de pacientes se midió la glicemia con el equipo Accutrend GCT del laboratorio Roche, utilizando como límites los que se indican en la tabla que sigue (García *et al*, 1996)

Tabla N° 1: Clasificación del índice de glicemia

<b>Glicemia mg/dl</b>	<b>Bueno</b>	<b>Aceptable</b>	<b>Malo</b>
Ayunas	80 – 115	116 – 140	> 140
Post-prandial	80 – 140	141 – 180	> 180

### 6.5.5.3 Cumplimiento y conocimiento del tratamiento farmacológico

Los datos para medir el cumplimiento del tratamiento como el conocimiento de la enfermedad se analizaron gracias a encuestas, las que posteriormente se transformaron en puntajes, según se menciona:

#### a) Cumplimiento del Tratamiento

Para poder evaluar el cumplimiento del tratamiento farmacológico de los pacientes, se utilizó un método indirecto, que consiste en una **escala visual análoga (EVA)** la que está graduada de 1 a 10, siendo el 10 el grado mayor de adherencia al tratamiento y 0 corresponderá a una nula adhesión a la terapia (Anexo N°15). Con esta escala los pacientes autocalificaron su cumplimiento en cuanto a dosis, administración y frecuencia de su tratamiento.

Se define a una persona cumplidora de su tratamiento, aquella que califica con nota final mayor o igual a 7 (Pacheco, 2003).

#### b) Conocimiento del Tratamiento

El grado de conocimiento de la terapia utilizada se determina considerando aspectos como, nombre del medicamento, razón de indicación del medicamento, frecuencia,

dosis, duración del tratamiento, almacenamiento, reacción adversa a medicamentos (RAM), (Anexo N° 16). A cada aspecto medido se le asigna un punto, considerándose como un grado de conocimiento malo cuando el paciente logra entre 0 y 3,5 puntos, regular cuando logra entre 3,5 y 5,5 puntos, bueno cuando logra entre 5,5 y 7 puntos, (Pacheco, 2003).

#### 6.5.5.4 Evaluación del seguimiento farmacológico

El propósito del seguimiento es determinar los resultados de la farmacoterapia del paciente, compararlos con las metas terapéuticas y determinar la efectividad y seguridad de la farmacoterapia y el estado actual del paciente, para lo cual se evaluaron los resultados de la siguiente manera (Cipolle *et al*, 2000):

Resuelto	—————▶	metas alcanzadas, terapia <u>completa</u>
Estable	—————▶	metas alcanzadas, continuar terapia
Mejoría	—————▶	se está progresando, continuar terapia
Mejoría parcial	—————▶	se ha progresado, se requieren <u>ajustes</u> menores
Sin mejoría	—————▶	aún no hay progreso, continuar terapia
Empeorado	—————▶	Deterioro de salud, <u>ajustar</u> la terapia
Fracaso	—————▶	Metas no alcanzadas, iniciar <u>nueva</u> terapia
Fallecido	—————▶	Paciente fallece mientras recibía terapia

## 7. RESULTADOS

### 7.1 Resultados Centro Médico VidalIntegra Maipú

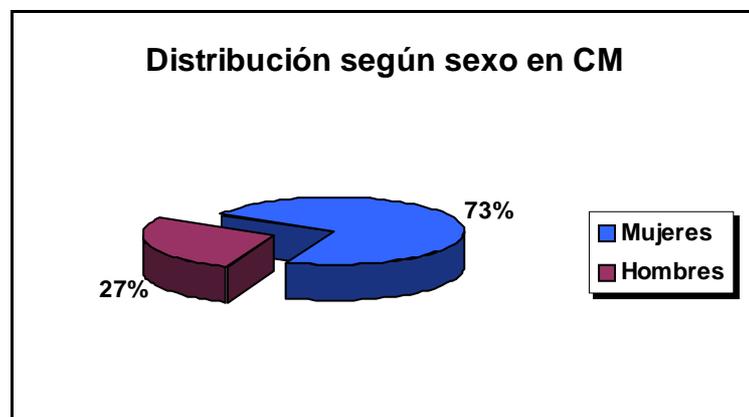
#### 7.1.1 Población estudio:

En la etapa inicial de este estudio, se realizó un *primer análisis* a pacientes incorporados en el PAF del Centro Médico (**CM**) VidalIntegra Maipú. Éstos suman un total de **142** pacientes, los cuales presentaban diversas patologías, y con el objeto poder conocer sus principales características, se clasificaron de la siguiente manera:

#### 7.1.2 Distribución de pacientes según sexo:

Al analizar la distribución según sexo, encontramos que 103 pacientes corresponden a sexo femenino (73%) y 39 pacientes a sexo masculino (27%).

Gráfico N° 1: Distribución por sexo, pacientes CM VidalIntegra Maipú



#### 7.1.3 Distribución de pacientes según edad:

El promedio de edad de la población estudiada en el centro médico, es de  $42 \pm 23$  años. Un 30.2% de ésta (43 pacientes) tiene menos de 30 años, seguido de un 19,7%, correspondiente al rango de edad entre los 31 y 40 años (Tabla n° 2).

Tabla n° 2: Distribución por edad, pacientes CM VidalIntegra Maipú

<b>Edad</b>	<b>Nº de pacientes</b>	<b>Porcentaje</b>
Menos de 30	43	30.2%
31 – 40	28	19.7%
41 – 50	12	8.5%
51 – 60	24	16.9%
61 – 70	12	8.5%
71 – 80	21	14.8%
81 y más	2	1.4%
<b>Total</b>	<b>142 pacientes</b>	<b>100%</b>

#### **7.1.4 Distribución de pacientes según Sistema de Salud:**

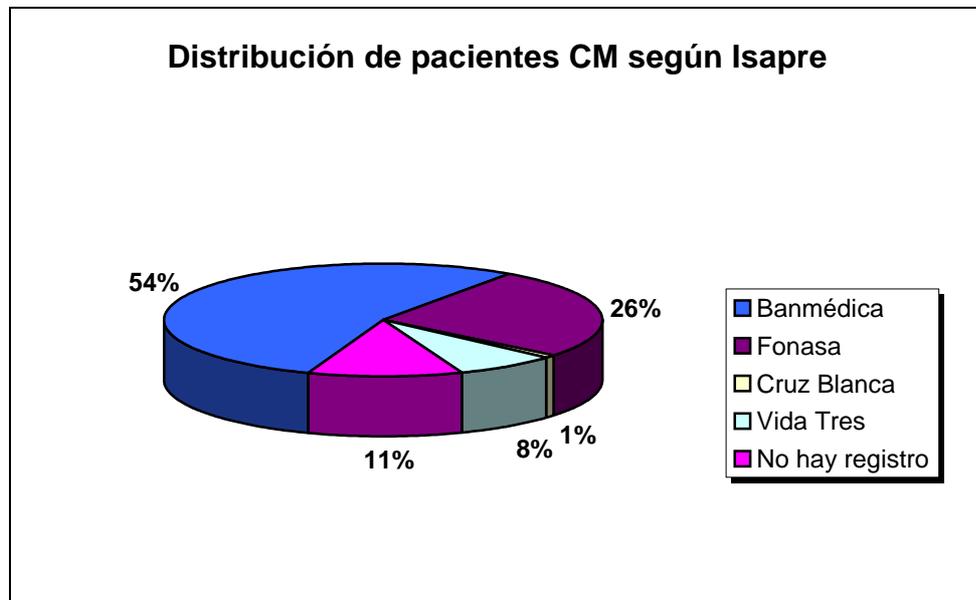
Del total de 142 pacientes incorporados en el Programa de Atención Farmacéutica en el CM VidalIntegra Maipú, se pudo observar que la mayor parte de ellos son beneficiarios de Isapre Banmédica (54%), seguido de un 26% de pacientes que son beneficiarios de Fonasa (Tabla n° 3 y gráfico n° 2).

Tabla nº 3: Distribución por sistema de salud, pacientes CM VidalIntegra Maipú

<b>Sist. de salud</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
Banmédica	77	54,2%
Cruz Blanca	1	0.7%
Fonasa	37	26.0%
Vida Tres	11	7,8%
No hay registro	16	11,3%
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100</b>

Gráfico nº 2: Distribución por sistema de salud, pacientes CM VidalIntegra

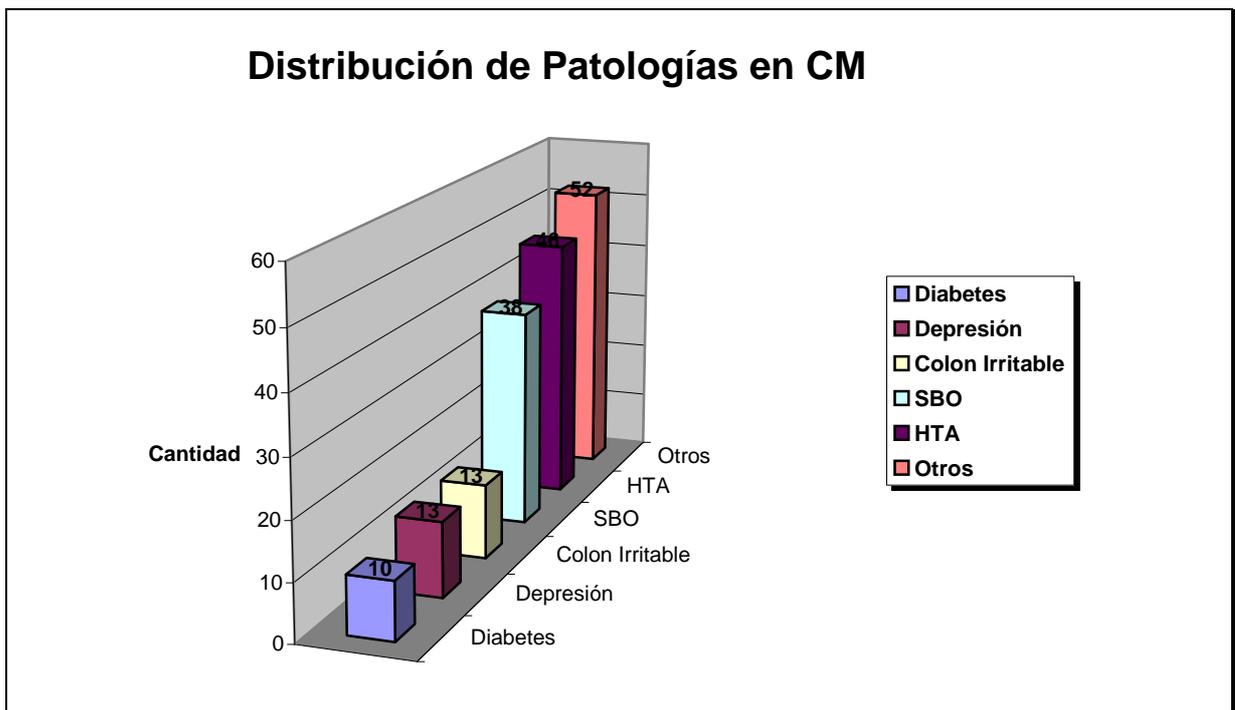
Maipú



### 7.1.5 Distribución de patologías encontradas en CM Vida integra Maipú

Se pudo observar que la mayor cantidad de pacientes pertenecientes al PAF del CM (n = 46), presentan Hipertensión Arterial, seguido de Síndrome Bronquial Obstructivo (SBO) (n = 38).

Gráfico n° 3: Distribución del total de patologías en CM VidaIntegra Maipú

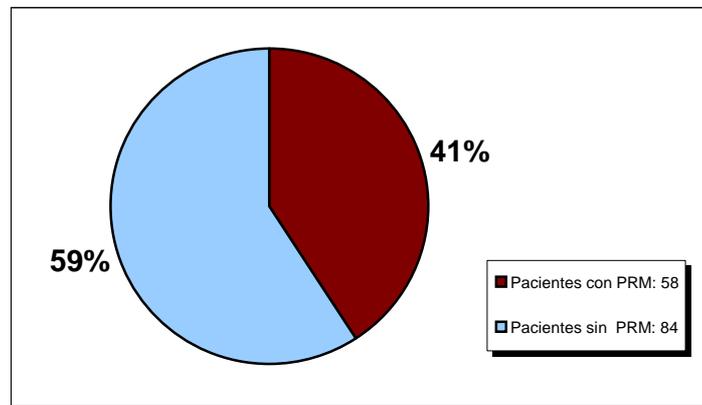


("Otros" corresponde a patologías agudas, tales como, Amigdalitis, Faringitis, Sinusitis, entre otras).

### 7.1.6 Detección de problemas relacionados con medicamentos (PRM):

Del total de 142 pacientes que recibieron Atención Farmacéutica, se analizaron los PRM encontrados de acuerdo a la *Clasificación del Consenso de Granada de 1998*, encontrándose que 58 pacientes, es decir, el 41% experimentó al menos 1 problema relacionado con los medicamentos (PRM) (Gráfico n° 4).

Gráfico N° 4: Porcentaje de pacientes que presentaron al menos 1 PRM en CM  
VidaIntegra Maipú



#### 7.1.7 Distribución por tipo de PRM:

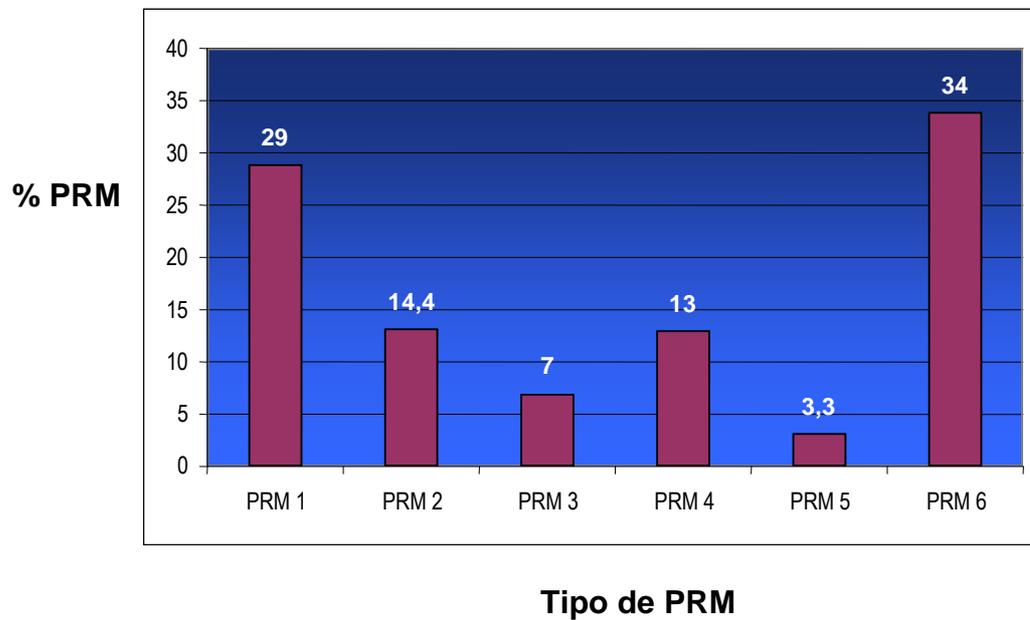
Los 58 pacientes (41%) experimentaron un total de 90 PRM. Al analizar la distribución de éstos por tipo, los PRM que más se repitieron fueron los **PRM 6** (*el paciente usa un medicamento que le provoca una Reacción Adversa*): 34%; **PRM 1** (*el paciente no usa un medicamento que necesita*): 29% y **PRM 2** (*el paciente usa un medicamento en dosis y/o pauta menor a la que necesita*): 14,4%. (Tabla N° 4 y gráfico n° 5).

Tabla N° 4:” Distribución por tipo de PRMs detectados”

Tipo de PRM	Nº de PRM Detectados	%
1	26	29
2	14	14.4
3	6	7

<b>4</b>	11	13
<b>5</b>	3	3.3
<b>6</b>	31	34
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

Gráfico n° 5: “Distribución de PRM encontrados en CM Vida Integra Maipú”



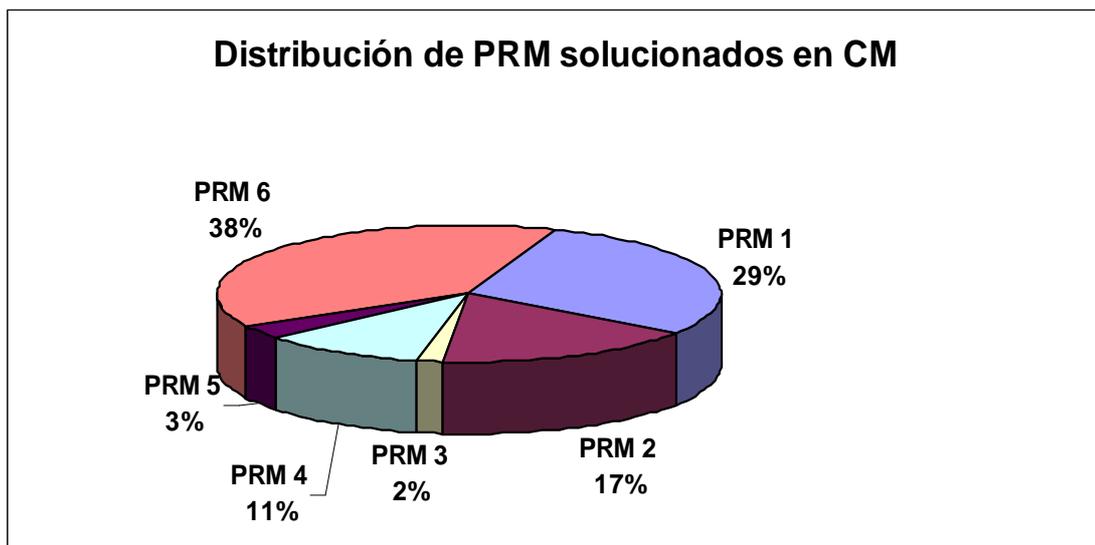
#### **7.1.8 Solución de Problemas Relacionados con los Medicamentos:**

En relación a los casos solucionados, podemos observar que de los 90 PRM encontrados, se pudieron solucionar 65, lo que corresponde a un 72% (Tabla N° 5 y gráfico n° 6), solucionándose en mayor proporción el PRM 6 (38%), seguido del PRM 1 (29%)

Tabla N° 5: "Distribución de PRM solucionados en CM Vida Integra Maipú"

Tipo de PRM		Nº de Casos Encontrados	Nº de Casos Solucionados
Necesidad	1	26(29%)	19(29%)
	2	13(14.4%)	11(17%)
Efectividad	3	6(7%)	1(2%)
	4	11(12%)	7(11%)
Seguridad	5	3(3.3%)	2(3%)
	6	31(34%)	25(38%)
<b>Total</b>		<b>90(100%)</b>	<b>65(72%)</b>

Gráfico N° 5: Distribución de PRM solucionados en CM VidaIntegra Maipú



### 7.1.9 Posibles causas de PRMs:

En la tabla N° 6 podemos observar la frecuencia de las posibles causas que originaron PRMs, en donde 15 pacientes con PRM 6 manifestaron como principal causa una reacción idiosincrásica al medicamento.

Tabla N° 6: “Posibles causas que originaron PRM”

Tipo de PRM	Nº	%	Causas
1	26	29	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente no puede tragar el medicamento (6)</li> <li>• Alto costo del producto (10)</li> <li>• Condición de salud requiere farmacoterapia (5)</li> <li>• Paciente prefiere no utilizar el medicamento (5)</li> </ul>
2	13	14.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No existe indicación de salud válida (12)</li> </ul>
3	6	7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponible medicamento más efectivo (6)</li> </ul>
4	11	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia de administración inadecuada (8)</li> <li>• Duración de tratamiento inadecuado (3)</li> </ul>
5	3	3.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia de administración inadecuada (3)</li> </ul>
6	31	34	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reacción alérgica (2)</li> <li>• Efecto no es deseable (14)</li> <li>• Reacción idiosincrásica al medicamento (15)</li> </ul>

## **7.2 Características de los pacientes hipertensos, CM Vidaintegra**

### **Maipú**

#### **7.2.1 Población estudio:**

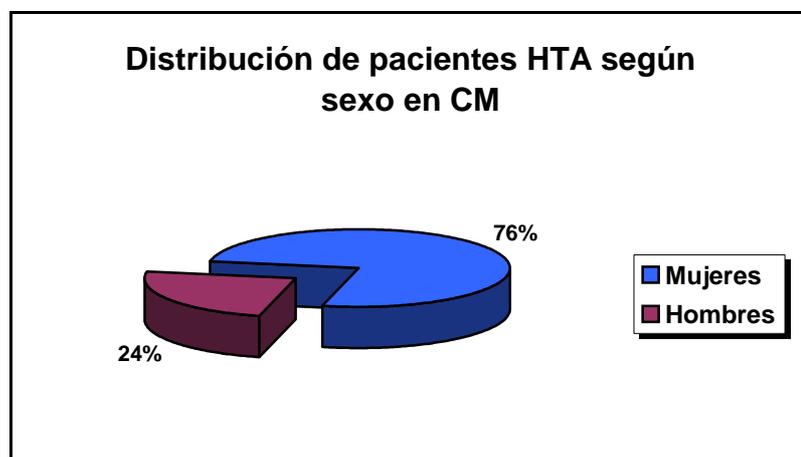
Teniendo en consideración que en la primera etapa de este estudio la patología preponderante fue Hipertensión Arterial, se seleccionó esta patología para realizar el posterior PAF en Farmacia Comunitaria, de modo tal de poder establecer una comparación entre ambos Programas.

Los pacientes con hipertensión en el CM (**n = 46**), a su vez se dividieron al azar en grupos control (24 pacientes) y en grupos intervenidos (22 pacientes), entendiéndose como *grupo control* aquellos pacientes que solamente reciben consejos farmacéuticos mínimos y como *grupo intervenido* aquellos pacientes que participaron durante todo el programa de atención farmacéutica.

#### **7.2.2 Distribución de pacientes hipertensos según Sexo:**

De los pacientes hipertensos pertenecientes al Centro Médico (**n = 46**), 35 (76%) corresponden a sexo femenino y 11 (24%) corresponden a sexo masculino (Gráfico nº 6).

Gráfico Nº 6: Distribución según sexo de pacientes HTA, en CM



### **7.2.3 Distribución de pacientes hipertensos según edad:**

El promedio de edad de la población estudiada, fluctúa entre los  $62 \pm 11$  años para los pacientes hipertensos del CM (Tabla nº 7).

Tabla nº 7: “Distribución según rango de edad de pacientes HTA, en CM”

<b>Edad</b>	<b>Nº de pacientes</b>
30 – 40	1
41 – 50	5
51 – 60	16
61 - 70	8
71 – 80	15
81 y más	1
<b>Total</b>	<b>46 pacientes</b>

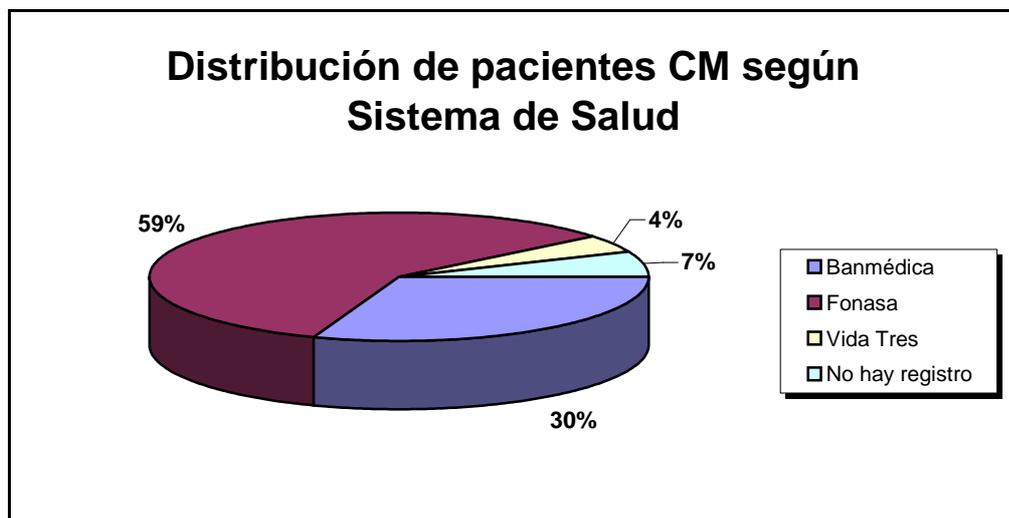
### **7.2.4 Distribución de pacientes según Sistema de Salud:**

Del total de pacientes incorporados en el Programa de Atención Farmacéutica, se observó que la mayor parte de ellos son beneficiarios de Fonasa (un 58.70%), seguido de un 30.43% de pacientes que son beneficiarios de Isapre Banmédica (Tabla nº 8 y gráfico nº 8).

Tabla nº 8: Distribución según Sistema de Salud de pacientes HTA, en CM

Sist. de salud	Cantidad	Porcentaje
Banmédica	14	30,4 %
Fonasa	27	58,7 %
Vida Tres	2	4,3 %
No hay registro	3	6,5 %
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Gráfico Nº 7: Distribución según Sistema de Salud de pacientes HTA, en CM



### 7.2.5 Análisis de pacientes hipertensos en CM VidalIntegra Maipú

Al analizar a estos pacientes (n = 46) se encontró lo siguiente:

#### 7.2.5.1 Antecedentes familiares:

Los antecedentes familiares constituyen un factor de riesgo de gran importancia en todas las patologías cardiovasculares.

Se observó que de la totalidad de los pacientes que forman el estudio 32 de ellos (70%) tenían antecedentes familiares de hipertensión arterial.

Dentro del grupo intervenido 16 de ellos (73 %) poseen antecedentes familiares de hipertensión arterial, y dentro del grupo control 16 de ellos (67%) poseen estos antecedentes.

Tabla N° 9: “Antecedentes familiares de HTA en grupo intervenido y grupo control”

<b>Antecedentes familiares</b>	Grupo Intervenido	(%)	Grupo Control	(%)	Total	(%)
Con antecedentes	16	73	16	67	32	70
Sin antecedentes	4	18	4	16	8	17
No sabe	2	9	4	16	6	13

#### 7.2.5.2 Tratamiento farmacológico de la hipertensión:

##### a) Clasificación de la terapia antihipertensiva en ambos grupos:

Se pudo determinar que del total de pacientes hipertensos que pertenecen al CM (n = 46), el mayor porcentaje (63%) recibía monoterapia antihipertensiva y el porcentaje restante recibía politerapia antihipertensiva (37%).

Tabla N° 10: Tipo de terapia antihipertensiva

<b>Tipo de Terapia</b>	Grupo Intervenido	(%)	Grupo Control	(%)	Total	(%)
Monoterapia	14	64	15	62	29	63
Politerapia	8	36	9	38	17	37
Total	22	100	24	100	46	100

**b) Medicamentos utilizados**

En relación a los medicamentos utilizados, la mayor cantidad de pacientes utilizaba Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), como Enalapril, tanto el grupo intervenido (7 pacientes) como el grupo control (9 pacientes) (Tabla nº 11 y 12)

Tabla nº 11: Medicamentos antihipertensivos utilizados en grupo intervenido.

<b>Grupo farmacológico</b>	<b>Nº de Pacientes</b>
Bloqueador B adrenérgico	8
Antagonista de Angiotensina II	3
Diurético	6
Inhibidor de la ECA	9
Bloqueador de canales de calcio	3

Tabla nº 12: Medicamentos antihipertensivos utilizados en grupo control

<b>Grupo farmacológico</b>	<b>Nº de Pacientes</b>
Bloqueador B adrenérgico	4
Antagonista de Angiotensina II	2

Diurético	2
Inhibidor de la ECA	13
Bloqueador de canales de calcio	4

### 7.2.5.3 Otros medicamentos utilizados

Además del tratamiento farmacológico para la hipertensión, es de gran importancia llevar un control de los otros medicamentos usados en forma regular, para así poder prevenir o detectar algún PRM. Por este motivo se registraron estos datos como información complementaria.

Tabla N° 13: Otros medicamentos utilizados por los pacientes hipertensos en CM

Medicamento	Grupo Control		Grupo Intervenido		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
AAS	13	54	11	50	24	<b>52</b>
ACO	1	4	-	-	1	<b>2</b>
Vit. y minerales	5	21	4	18	9	<b>20</b>
Antitusivos	6	25	4	18	10	<b>22</b>
Laxantes	3	13	2	9	5	<b>11</b>
Metamizol	3	13	-	-	3	<b>7</b>
Ibuprofeno	2	8	2	9	4	<b>9</b>
Paracetamol	8	33	6	27	14	<b>30</b>
Hierbas y prep. naturales	4	18	4	18	8	<b>17</b>

Con los datos antes registrados, gracias a entrevistas realizadas, de un total de 82 medicamentos utilizados en 46 pacientes, se detectaron 46 medicamentos automedicados en el grupo intervenido en las 4 sesiones y 36 medicamentos en el grupo control entre la primera y última sesión.

Tabla N° 14: Frecuencia en el número de pacientes que se automedicaron

Entrevistas	Grupo Control		Grupo Intervenido	
	Nº de pacientes	%	Nº de pacientes	%
1ª	12	50	15	68
2ª	-	-	6	27
3ª	-	-	6	27
4ª	8	33	3	14

Tabla N° 15: Medicamentos automedicados por pacientes hipertensos en CM.

Medicamento	Grupo Control		Grupo Intervenido		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
AAS	13	54	11	50	24	52
Antitusivos	4	17	2	9	6	13
Laxantes	3	13	2	9	5	11
Metamizol	3	13	-	-	3	7
Ibuprofeno	2	8	2	9	4	9
Paracetamol	6	25	4	18	10	22
Ergotamina/Cafeína/	2	8	2	9	4	9

Metamizol						
Hierbas y prep. naturales	4	17	4	18	8	<b>17</b>

Se observa que 24 pacientes pertenecientes al grupo control se automedicaron en alguna oportunidad AINES, siendo el de mayor consumo (54%) el ácido acetil salicílico; en el caso de los pacientes del grupo control 17 pacientes alguna vez se automedicaron con AINES, encontrándose que al igual que en los pacientes intervenidos, el AINES de mayor consumo fue el ácido acetil salicílico (50%).

#### **7.2.5.4 Parámetros evaluados**

##### **a) Presión arterial:**

Se evaluó el parámetro presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD) en los pacientes del grupo intervenido y del grupo control durante la primera y última entrevista (Tabla N° 16), de manera de así poder determinar si luego de la intervención informativa en aquellos pacientes sometidos al programa, éstas disminuían o no y ver como se comportaba este parámetro en pacientes que pertenecían al grupo control.

Tabla N° 16: Promedio de PA sistólica y PA diastólica en ambos grupos

Grupo	PA sistólica Inicial $\pm$ Ds	PA diastólica inicial $\pm$ Ds	PA sistólica Final $\pm$ Ds	PA diastólica Final $\pm$ Ds
Intervenido	145.0 $\pm$ 13.0	92.8 $\pm$ 13.7	133.8 $\pm$ 8.2	80.2 $\pm$ 7.9
Control	142.3 $\pm$ 12.9	89.9 $\pm$ 11.2	144.1 $\pm$ 15.4	87.5 $\pm$ 10.1

Según el análisis estadístico realizado a ambos grupos, nos muestran que los grupos eran similares al inicio del programa, puesto que no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la medición inicial de presión arterial sistólica ( $p = 0.3963$ ) y diastólica ( $p = 0.5603$ ).

Los resultados obtenidos del grupo intervenido entre la primera y última entrevista, mostraron una disminución estadísticamente significativa del parámetro presión arterial sistólica ( $p < 0.0001$ ) (Gráfico N° 8), al igual que en la presión arterial diastólica ( $p = 0.0009$ ) (Gráfico N° 9). En el grupo control, estas diferencias no alcanzaron a ser estadísticamente significativas entre PA sistólica en la primera y última entrevista ( $p = 0.7393$ ) (Gráfico N° 10), ocurriendo lo mismo con la PA diastólica ( $p = 0.1876$ ) (Gráfico N° 11).

Gráfico N° 8: Variaciones en la PA sistólica en grupo intervenido

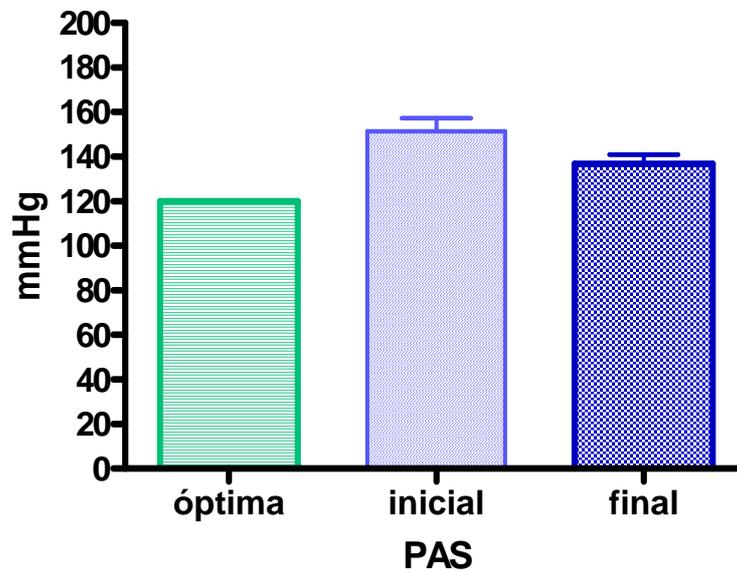


Gráfico N° 9: Variaciones en la PA diastólica en grupo intervenido

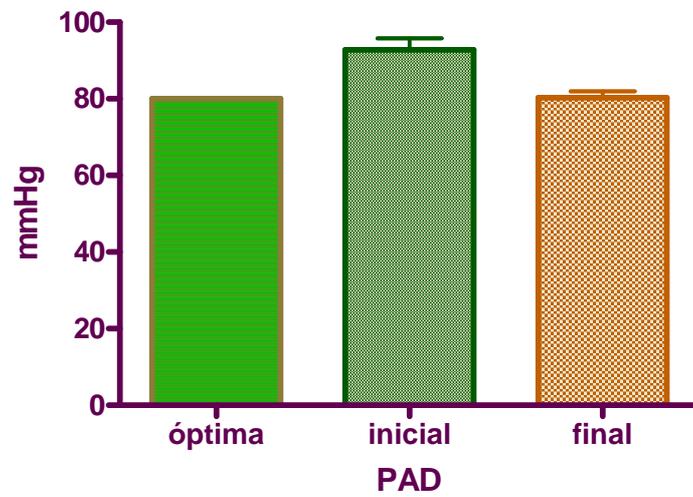


Gráfico N° 10: Variaciones en la PA sistólica en grupo control

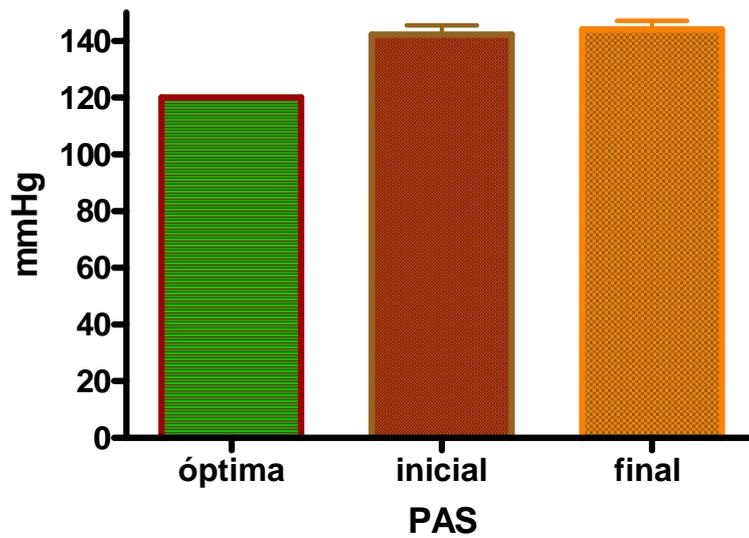
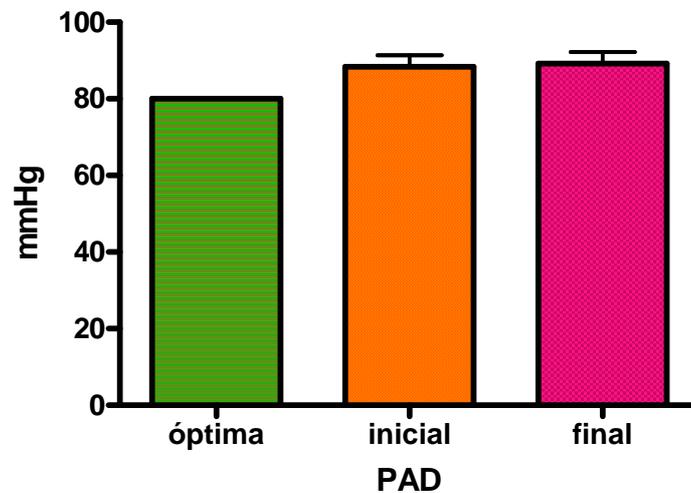


Gráfico N° 11: Variaciones en la PA diastólica en grupo control



Cabe mencionar que mientras en el grupo intervenido en todos los pacientes disminuyó la PAS, en el grupo control hubo 10 pacientes en que la PAS aumentó y en 5 pacientes no se manifestaron variaciones.

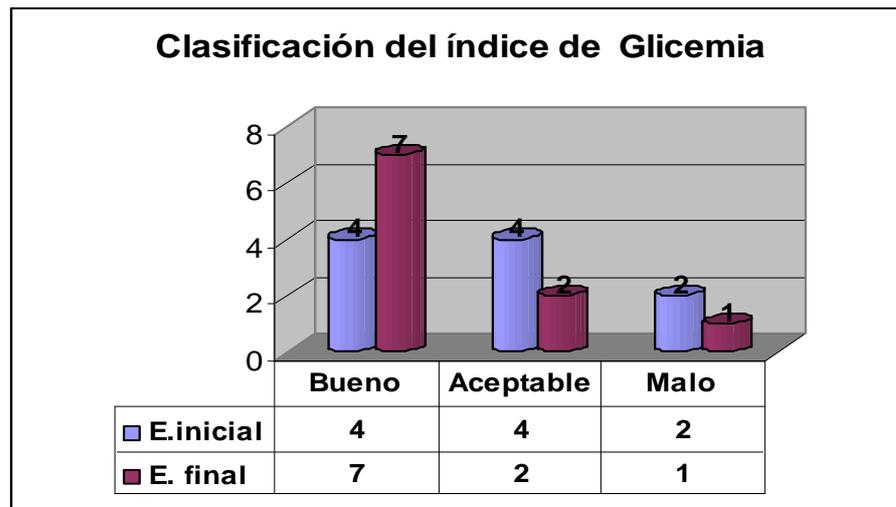
Además se observó que, en 3 pacientes del grupo intervenido y en 5 pacientes del grupo control, la PAD al finalizar las entrevistas era superior a la inicial, cabe destacar que 19 pacientes correspondientes al grupo de pacientes intervenidos bajaron su PAD y 9 pacientes del grupo control no manifestaron variaciones en dichas presiones.

### **b) Glicemia**

Por ser la Diabetes Mellitus considerada como un factor de riesgo cardiovascular, se realizaron mediciones de glicemia sólo en casos necesarios, así los parámetros evaluados fueron de aquellos pacientes pertenecientes al grupo intervenido, puesto que solamente 10 pacientes presentaban esta enfermedad y ellos pertenecían a este grupo.

La medición se efectuó a 10 pacientes tomando en consideración los límites estipulados en la tabla N° 1, los resultados obtenidos (gráfico N° 12) muestran que no hubo diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0.1878$ ) pero sí una tendencia a la disminución de los niveles de glicemia.

Gráfico N° 12: Clasificación de glicemia al inicio y final de las entrevistas



E: Entrevista

### c) Detección de problemas relacionados con los medicamentos (PRM)

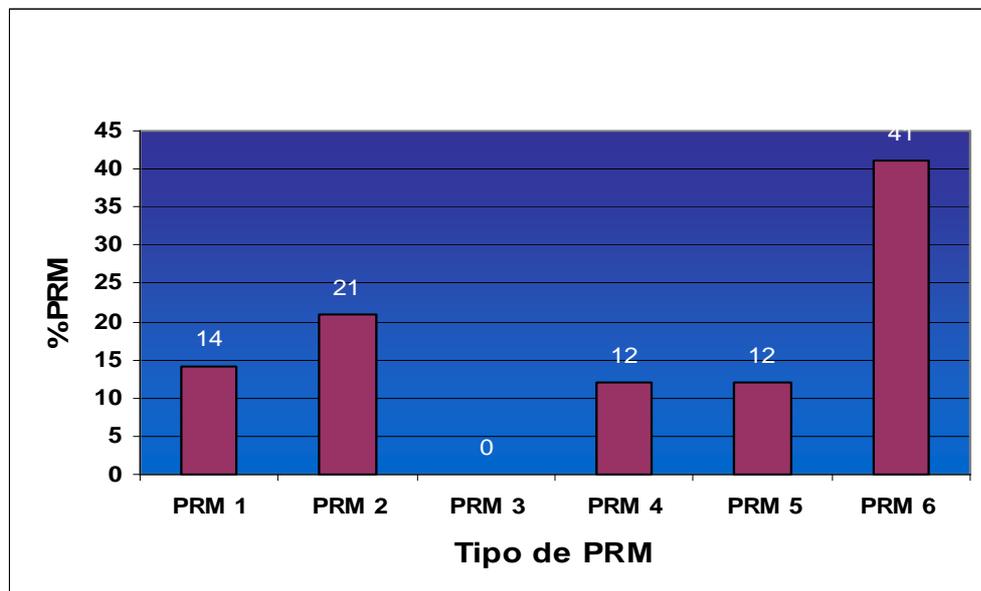
Se analizaron los PRM en los 46 pacientes hipertensos pertenecientes al CM encontrándose un total de 34 PRM (74%), de los cuales, el más frecuente fue el **PRM 6** (*el paciente usa un medicamento que le provoca una Reacción Adversa*) (41%), seguido del **PRM 2** (*el paciente usa un medicamento que no necesita*) (21%) (Tabla n° 17 y gráfico n° 13).

Tabla nº 17: Distribución de PRM en pacientes hipertensos en CM

PRM	Cantidad	%
PRM 1	5	14
PRM 2	7	21
PRM 3	-	-
PRM 4	4	12
PRM 5	4	12
PRM 6	14	41
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

Gráfico nº 13: Distribución de PRM en 46 pacientes hipertensos, CM VidalIntegra

Maipú



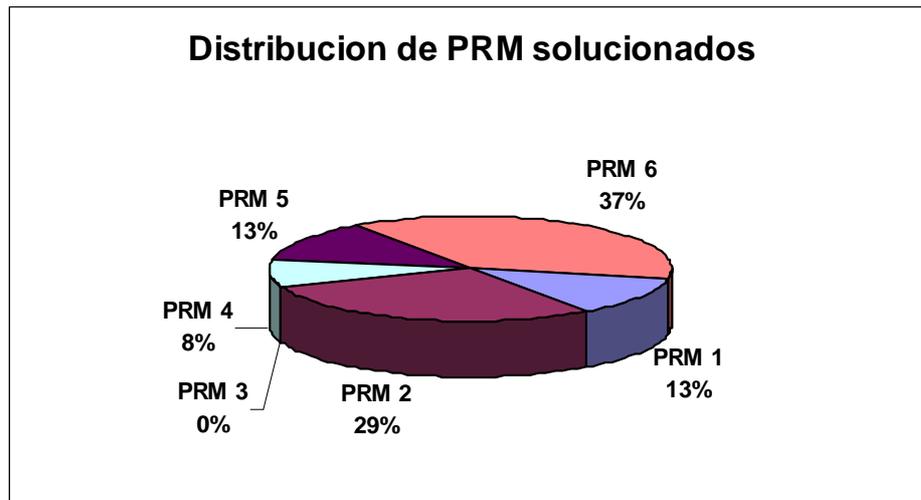
**c.1) Solución de Problemas Relacionados con los Medicamentos:**

En relación a los casos solucionados podemos observar que de los 34 PRM encontrados, se pudieron solucionar 24, lo que corresponde a un 71% (Tabla N° 18, gráfico n° 14), solucionándose en mayor proporción el PRM 6 (38%).

Tabla n° 18: Distribución de PRMs solucionados en pacientes hipertensos del CM

PRM	Grupo Intervenido				Grupo Control			
	Detectados	%	Solucionados	%	Detectados	%	Solucionados	%
1	1	5	1	7	4	31	2	22
2	4	19	4	27	3	23	3	33
3	0	0	0	0	0	0	0	0
4	2	9	1	7	2	15	1	11
5	2	9	1	7	2	15	2	22
6	12	57	8	53	2	15	1	11
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Gráfico N° 14: Distribución de PRM solucionados en pacientes hipertensos CM



### c.2) Posibles causas de PRMs:

En la tabla N° 19 podemos observar la frecuencia de las posibles causas que originaron PRMs, en donde 12 pacientes con PRM 6 manifestaron como principal causa una reacción idiosincrásica al medicamento.

Tabla N° 19: "Posibles causas que originaron PRM"

Tipo de PRM	Nº de pacientes	%	Causas
1	5	15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alto costo del producto (2)</li> <li>• Paciente prefiere no utilizar el medicamento (3)</li> </ul>
2	7	21	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No existe indicación de salud válida (7)</li> </ul>
3	0	0	
4	4	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia de administración inadecuada (4)</li> </ul>
5	4	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia de administración inadecuada (4)</li> </ul>

6	14	41	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reacción alérgica (2)</li> <li>• Reacción idiosincrásica al medicamento (12)</li> </ul>
---	----	----	--

**d) Conocimiento del tratamiento farmacológico**

El grado de conocimiento del tratamiento farmacológico que tuvieron los pacientes luego de haber sido sometidos al PAF, se observa en la tabla N° 20, donde se aprecian las diferencias en cuanto al conocimiento entre la entrevista inicial y final en ambos grupos.

Tabla N° 20: Conocimiento promedio en ambos grupos

Grupo estudio	Conocimiento inicial $\pm$ DS	Conocimiento final $\pm$ DS	Diferencia en el conocimiento
Intervenido	4.3 $\pm$ 0.6	5.9 $\pm$ 0.7	1.6
Control	4.1 $\pm$ 0.8	5.3 $\pm$ 0.6	1.2

**e) Cumplimiento del tratamiento farmacológico**

El cumplimiento del tratamiento farmacológico se evaluó tanto en pacientes del grupo intervenido como grupo control, utilizando un método indirecto de Escala visual Análoga (EVA) (Anexo N° 15).

Al realizar el análisis estadístico se observa que inicialmente entre ambos grupos no había diferencia significativa ( $p = 0.6439$ ), pero al finalizar si hubo diferencias entre ambos grupos ( $p < 0.0001$ ).

Los resultados en cuanto a las variaciones en el grado del cumplimiento del tratamiento farmacológico, se observan en la tabla N° 21. En el grupo intervenido podemos observar que fue el más cumplidor ya que el puntaje de la autoevaluación aumentó en  $2.72 \pm 1.27$  puntos, mientras que en el grupo control no hubieron variaciones significativas  $0.38 \pm 0.88$  puntos.

Tabla N° 21: Cumplimiento del tratamiento en pacientes HTA

EVA Grupo Intervenido				EVA Grupo Control		
Pacientes	E. inicial	E. final	$\Delta$	E. inicial	E. final	$\Delta$
1	5	8	3	3	4	1
2	5	7	2	5	4	-1
3	4	6	2	4	4	0
4	4	6	2	3	5	2
5	4	5	1	4	4	0
6	3	7	4	2	3	1
7	6	9	3	3	5	2
8	4	8	4	3	3	0
9	4	7	3	3	4	1
10	3	7	4	5	5	0
11	3	8	5	3	4	1
12	4	4	0	4	3	-1
13	3	6	3	4	4	0
14	4	7	3	5	5	0
15	2	5	3	4	4	0
16	3	6	3	4	4	0
17	4	6	2	5	5	0
18	5	7	2	4	3	-1
19	5	8	3	6	6	0
20	3	7	4	4	4	0
21	3	7	4	4	5	1
22	4	4	0	5	5	0

23	-	-	-	2	4	2
24	-	-	-	4	5	1
<b>Promedio</b>	<b>3.86</b>	<b>6.59</b>	<b>2.72</b>	<b>3.88</b>	<b>4.25</b>	<b>0.38</b>
<b>DS</b>	<b>0.94</b>	<b>1.29</b>	<b>1.27</b>	<b>0.99</b>	<b>0.79</b>	<b>0.88</b>

**G. Intervenido** n = 22

**G. Control** n = 24

## 2<sup>da</sup> Evaluación

### **7.3 Resultados pacientes hipertensos en Farmacias Cruz Verde**

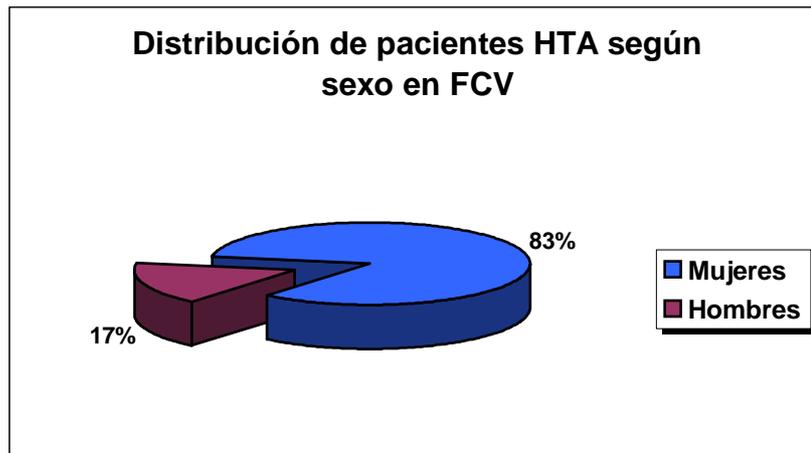
#### **7.3.1 Población estudio**

En esta etapa, se invitaron a participar a 50 pacientes. De éstos finalmente un número de 30 personas asistió a las primeras entrevistas, de los cuales, 15 pertenecieron al grupo control y 15 pacientes al grupo intervenido.

#### **7.3.2 Distribución de pacientes según sexo:**

En los pacientes pertenecientes a Farmacia Cruz Verde (n = 30), 25 (83%) corresponden a sexo femenino y 5 (17%) corresponde a sexo masculino.

Gráfico N° 16: Distribución por sexo, pacientes hipertensos en FCV



### **7.3.3 Distribución de pacientes según edad:**

Las edades de los pacientes estudiados en el local CV 053 de Farmacias Cruz Verde, fluctúa en  $62 \pm 11$  años. (Tabla nº 22).

Tabla nº 22: Distribución por rango de edad, pacientes hipertensos FCV

<b>Edad</b>	<b>Cantidad</b>
30 – 40	1
41 – 50	3
51 – 60	8
61 - 70	12
71 – 80	5
81 y más	1
<b>Total</b>	<b>30</b>

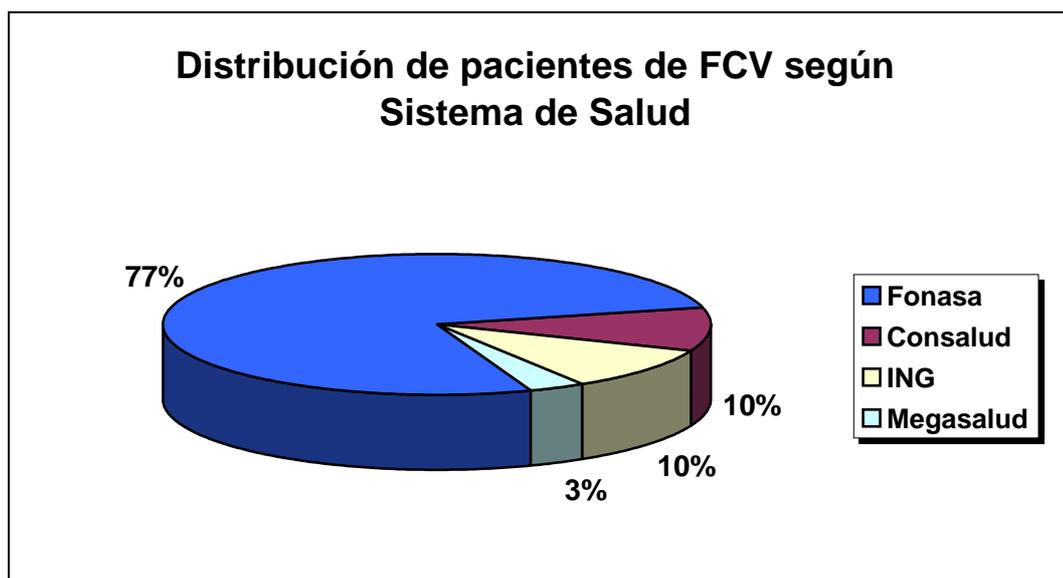
### 7.3.4 Distribución de pacientes según Sistema de Salud:

Del total de pacientes incorporados en el Programa de Atención Farmacéutica efectuado en el local CV 053 de Farmacias Cruz Verde, se pudo observar que el mayor porcentaje de ellos (77%), son beneficiarios de Fonasa, y el porcentaje restante (23%), son beneficiarios de diferentes Isapres. (Tabla nº 23 y gráfico nº 17)

Tabla nº 23: Pacientes según Sistema de salud en FCV

<b>Sist. de salud</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
Fonasa	23	77%
Consalud	3	10%
ING	3	10%
Megasalud	1	3%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Gráfico Nº 17: Distribución según sistema se salud



### **7.3.5 Análisis de pacientes hipertensos FCV**

Al analizar a estos pacientes (n =30) se encontró lo siguiente:

#### **7.3.5.1 Antecedentes familiares**

Considerando que los antecedentes familiares constituyen un factor de riesgo importante en las patologías cardiovasculares, se observó que del total de pacientes que conforman este análisis 19 de ellos (63%), tenían antecedentes familiares de HTA.

Dentro del grupo intervenido 10 de ellos (67%) poseen antecedentes familiares de hipertensión arterial, y dentro del grupo control 9 de ellos (60%) poseen estos antecedentes (Tabla N° 24).

Tabla N° 24: “Antecedentes familiares de HTA en grupo intervenido y grupo control”

<b>Antecedentes familiares</b>	Grupo Intervenido	(%)	Grupo Control	(%)	Total	(%)
Con antecedentes	10	67	9	60	19	63
Sin antecedentes	3	20	2	13	5	17
No sabe	2	13	4	27	6	20

#### **7.3.5.2 Tratamiento farmacológico de la hipertensión:**

##### **a) Clasificación de la terapia antihipertensiva en ambos grupos:**

Se pudo determinar que del total de pacientes hipertensos que pertenecen a FCV (n = 30), el mayor porcentaje (80%) recibía monoterapia antihipertensiva y el porcentaje restante recibía politerapia antihipertensiva (20%).

Tabla N° 25: Tipo de terapia antihipertensiva

<b>Tipo de Terapia</b>	Grupo Intervenido	(%)	Grupo Control	(%)	Total	(%)
Monoterapia	10	67	14	93	24	80
Politerapia	5	33	1	7	6	20
Total	15	100	15	100	30	100

#### **b) Medicamentos utilizados**

En relación a los medicamentos utilizados, en el grupo intervenido la mayor cantidad de pacientes utilizaba Bloqueador B adrenérgico, como *Atenolol* (6 pacientes) y en el grupo control el medicamento más utilizado fue el IECA *Enalapril* (6 pacientes) (Tabla n° 26 y 27).

Tabla n° 26: Medicamentos antihipertensivos utilizados en grupo intervenido.

<b>Grupo farmacológico</b>	<b>N° de Pacientes</b>
Bloqueador B adrenérgico	8
Antagonista de Angiotensina II	4
Diurético	1
Inhibidor de la ECA	4

Bloqueador de canales de calcio	3
------------------------------------	---

Tabla nº 27: Medicamentos antihipertensivos utilizados en grupo control

Grupo farmacológico	Nº de Pacientes
Bloqueador B adrenérgico	5
Antagonista de Angiotensina II	1
Diurético	-
Inhibidor de la ECA	8
Bloqueador de canales de calcio	1

### 7.3.5.3 Otros medicamentos utilizados

Además del tratamiento farmacológico para la hipertensión, es de gran importancia llevar un control de los otros medicamentos usados en forma regular, para así poder prevenir o detectar algún PRM. Por este motivo se registraron un resumen de estos datos (Tabla Nº 28) como información complementaria.

Tabla Nº 28: Otros medicamentos utilizados por los pacientes hipertensos en FCV

Medicamento	Grupo Control		Grupo Intervenido		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%

AAS	8	53	9	60	17	<b>57</b>
Omeprazol	3	20	6	40	9	<b>30</b>
Estrógenos conjug.	3	20	4	27	7	<b>23</b>
Vit. y minerales	9	60	10	67	19	<b>63</b>
Paracetamol	9	60	9	60	18	<b>60</b>
Med. Adelgazar	1	7	4	27	5	<b>17</b>
Relaj. Musc.	6	40	6	40	12	<b>40</b>
Antidepresivos	2	13	4	27	6	<b>20</b>

Con los datos antes registrados, gracias a entrevistas realizadas, se pudo obtener que de un total de 121 medicamentos utilizados en 30 pacientes, se detectaron 55 medicamentos automedicados en el grupo intervenido en las 4 sesiones y 20 medicamentos en el grupo control entre la primera y última sesión.

Tabla Nº 29: Frecuencia en el número de pacientes que se automedicaron

Entrevistas	Grupo Control		Grupo Intervenido	
	Nº de pacientes	%	Nº de pacientes	%
1ª	11	73	14	93
2ª	-	-	10	67
3ª	-	-	10	67

4 <sup>a</sup>	8	53	6	40
----------------	---	----	---	----

Tabla N° 30: Medicamentos automedicados por pacientes hipertensos

Medicamento	Grupo Control		Grupo Intervenido		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
AAS	6	40	7	47	13	<b>43</b>
Omeprazol	2	13	3	30	5	<b>17</b>
Vit y minerales	5	33	8	53	13	<b>43</b>
Paracetamol	8	53	8	53	16	<b>53</b>
Med Adelgazar	1	7	4	27	5	<b>17</b>
Relajantes musc.	6	40	6	40	12	<b>40</b>

#### **7.3.5.4 Parámetros evaluados**

##### **a) Presión arterial:**

Se evaluó el parámetro presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD) en los pacientes del grupo intervenido y del grupo control pertenecientes a FCV durante la primera y última entrevista (Tabla N° 31), para poder determinar si luego de la intervención informativa en aquellos pacientes sometidos al programa, éstas disminuían o no y ver como se comportaba este parámetro en pacientes que pertenecían al grupo control.

Tabla N° 31: Promedio de PA sistólica y PA diastólica en ambos grupos

Grupo	PA sistólica Inicial $\pm$ Ds	PA diastólica inicial $\pm$ Ds	PA sistólica Final $\pm$ Ds	PA diastólica Final $\pm$ Ds
Intervenido	146.8 $\pm$ 11.4	92.5 $\pm$ 11.3	136.8 $\pm$ 15.8	80.5 $\pm$ 7.0
Control	137.1 $\pm$ 13.6	88.4 $\pm$ 11.4	136.7 $\pm$ 14.0	89.2 $\pm$ 11.5

Según el análisis estadístico realizado a ambos grupos, nos muestran que dichos grupos eran similares al inicio del programa, puesto que no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la medición inicial de presión arterial sistólica ( $p = 0.1099$ ) y diastólica ( $p = 0.2958$ ).

Los resultados obtenidos del grupo intervenido entre la primera y última entrevista, mostraron una disminución estadísticamente significativa del parámetro presión arterial sistólica ( $p = 0.0002$ ) (Gráfico N° 18), al igual que en la presión arterial diastólica ( $p = 0.0003$ ) (Gráfico N° 19). En el grupo control, estas diferencias no alcanzaron a ser estadísticamente significativas entre PA sistólica en la primera y última entrevista ( $p = 0.5186$ ) (Gráfico N° 20), ocurriendo lo mismo con la PA diastólica ( $p = 0.7695$ ) (Gráfico N° 21).

Gráfico N° 18: Variaciones en la PA sistólica en grupo intervenido

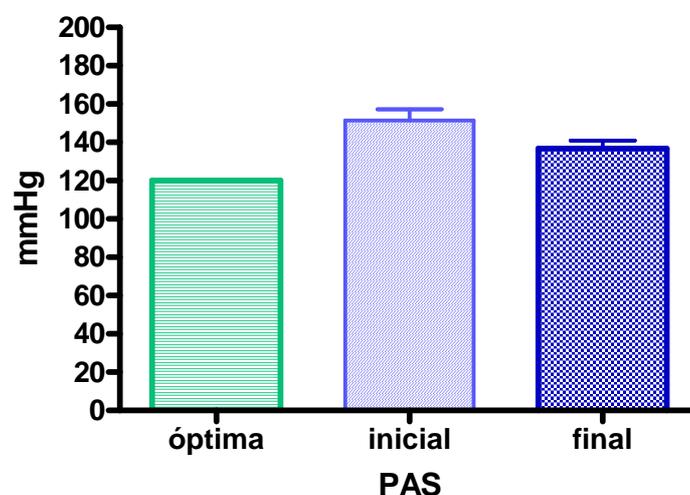


Gráfico N° 19: Variaciones en la PA diastólica en grupo intervenido

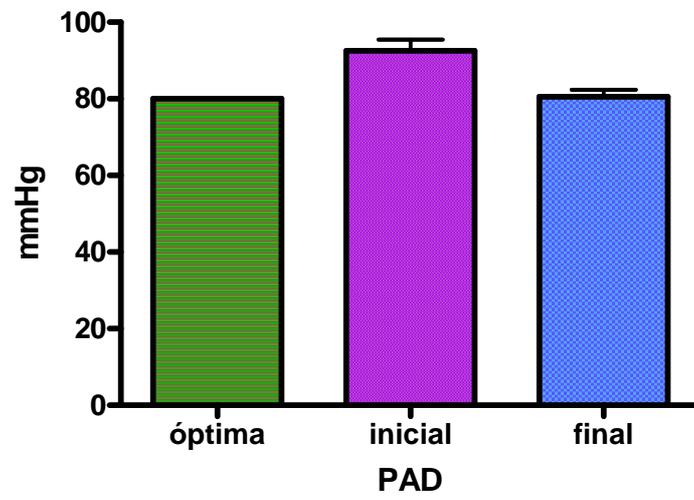


Gráfico N° 20: Variaciones en la PA sistólica en grupo control

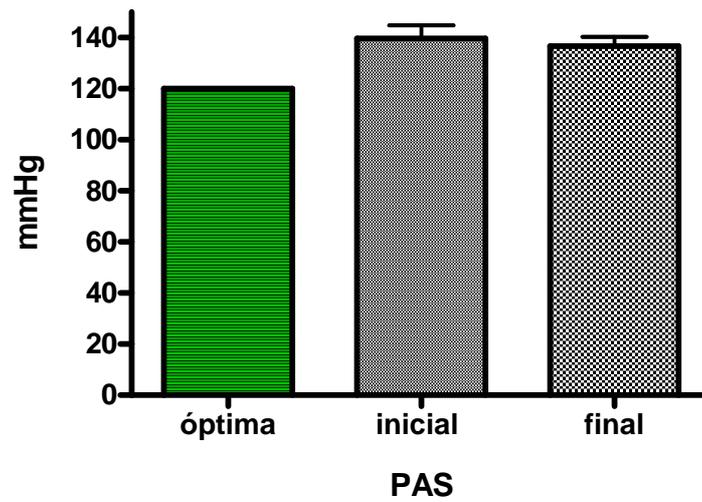
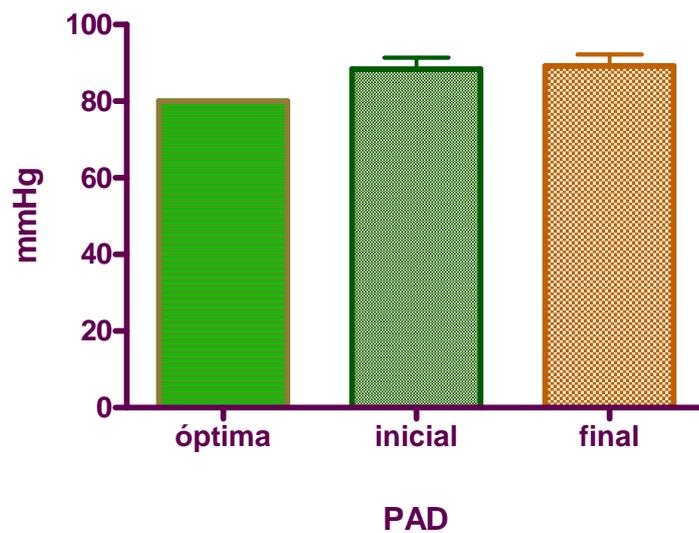


Gráfico N° 21: Variaciones en la PA diastólica en grupo control



Se puede apreciar que, mientras en el grupo intervenido 2 pacientes mantuvieron el mismo rango de PAS y el resto de los pacientes (13) disminuyó dicha presión, en el grupo control hubo 7 pacientes que disminuyeron este parámetro y en 3 pacientes no se manifestaron variaciones.

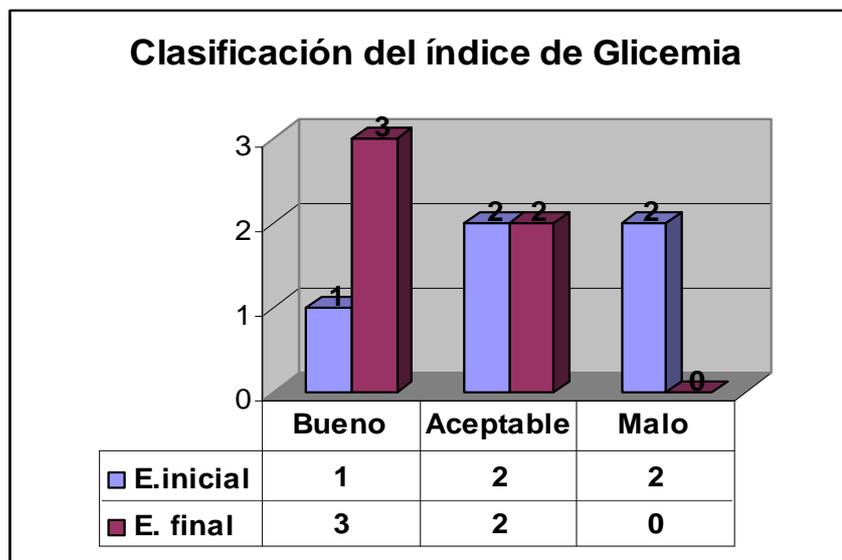
Además, en el grupo intervenido sólo 2 pacientes mantuvieron sus parámetros de PAD sin variaciones y en el grupo control fueron 5, en cambio, 13 pacientes del grupo intervenido manifestaron bajas en su PAD y en el grupo control ningún paciente bajó su PAD, sí aumentaron dicho parámetro 6 pacientes.

### **b) Glicemia**

Por ser la Diabetes Mellitus considerada como un factor de riesgo cardiovascular, se realizaron mediciones de glicemia sólo en casos necesarios, así los parámetros evaluados fueron de aquellos pacientes que presentaban esta enfermedad

La medición se efectuó a 8 pacientes tomando en consideración los límites estipulados en la tabla N° 1, los resultados obtenidos (gráfico N° 22) muestran que no hubo diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0.1979$ ), pero sí una tendencia en cuanto a la disminución de los niveles de glicemia.

Gráfico N° 22: Clasificación de glicemia al inicio y final de las entrevistas



E = Entrevistas

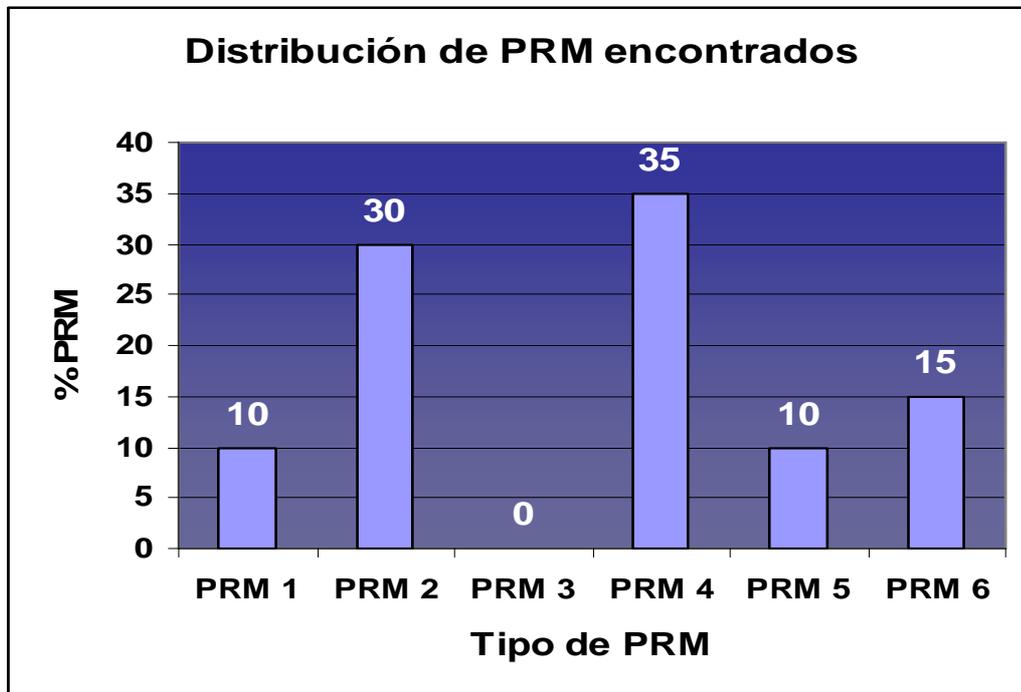
**c) Detección de problemas relacionados con los medicamentos (PRM)**

Se analizaron los PRM en los 30 pacientes hipertensos pertenecientes a FCV encontrándose un total de 20 PRM (67%), de los cuales, el más frecuente fue el **PRM 4** (*el paciente usa un medicamento en dosis menor a la necesaria*) (35%), seguido del **PRM 2** (*el paciente usa un medicamento que no necesita*) (30%) (Tabla nº 32 y gráfico nº 23).

Tabla nº 32: Distribución de PRM encontrados en pacientes hipertensos en CM

<b>PRM</b>	<b>Cantidad</b>	<b>%</b>
PRM 1	2	10
PRM 2	6	30
PRM 3	-	-
PRM 4	7	35
PRM 5	2	10
PRM 6	3	15
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Gráfico n° 23: Distribución de PRM encontrados en 30 pacientes hipertensos,  
Farmacias Cruz Verde



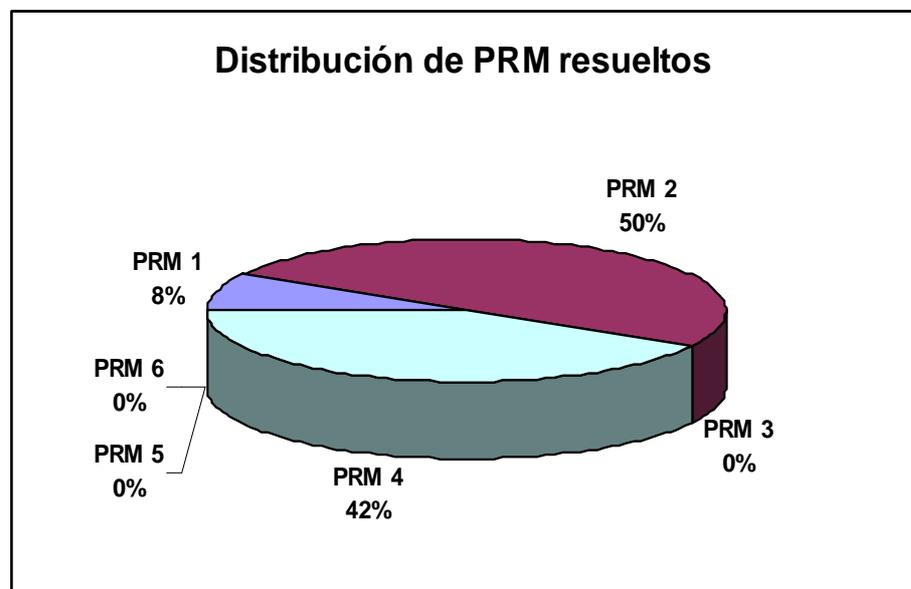
**c.1) Solución de Problemas Relacionados con los Medicamentos:**

En relación a los casos solucionados podemos observar que de los 20 PRM encontrados, se pudieron solucionar 12, lo que corresponde a un 60% (Tabla N° 33, gráfico n° 24), solucionándose en mayor proporción el PRM 2 (50%).

Tabla nº 33: Distribución de PRMs solucionados en pacientes hipertensos de FCV

PRM	Grupo Intervenido				Grupo Control			
	Detectados	%	Solucionados	%	Detectados	%	Solucionados	%
1	2	15	1	12	0	0	0	0
2	4	31	4	50	2	29	2	50
3	0	0	0	0	0	0	0	0
4	4	31	3	38	3	43	2	50
5	1	8	0	0	1	14	0	0
6	2	15	0	0	1	14	0	0
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

Gráfico N° 24: Distribución de PRM resueltos en pacientes hipertensos FCV



### c.2) Posibles causas de PRMs:

En la tabla N° 34 podemos observar la frecuencia de las posibles causas que originaron PRMs, en donde 7 pacientes con PRM 4 manifestaron como principal causa “frecuencia de administración inadecuada”.

Tabla N° 34: “Posibles causas que suscitaron PRM”

PRM	Nº	%	Causa Posible
1	2	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alto costo del producto (1)</li> <li>• Paciente prefiere no utilizar el medicamento (1)</li> </ul>
2	6	30	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No existe indicación de salud válida (6)</li> </ul>
3	-	-	-
4	7	35	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia de administración inadecuada (7)</li> </ul>
5	2	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia de administración inadecuada (2)</li> </ul>
6	3	15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reacción idiosincrásica al medicamento (3)</li> </ul>

### d) Conocimiento del tratamiento farmacológico

El grado de conocimiento del tratamiento farmacológico que tuvieron los pacientes luego de haber sido sometidos al PAF, se observa en la tabla N° 35, en donde se aprecian las diferencias en cuanto al conocimiento entre la entrevista inicial y final en ambos grupos.

Tabla N° 35: Conocimiento promedio en ambos grupos

Grupo estudio	Conocimiento inicial $\pm$ DS	Conocimiento final $\pm$ DS	Diferencia en el conocimiento
Intervenido	4.8 $\pm$ 0.6	6.0 $\pm$ 0.9	1.2
Control	4.7 $\pm$ 1.1	5.1 $\pm$ 0.7	0.4

**e) Cumplimiento del tratamiento farmacológico**

El cumplimiento del tratamiento farmacológico se evaluó tanto en pacientes del grupo intervenido como grupo control, utilizando un método indirecto de Escala visual Análoga (EVA) (Anexo N° 15). Los resultados en cuanto a las variaciones se observan en la tabla N° 36.

Al realizar el análisis estadístico se observa que inicialmente entre ambos grupos no había diferencia significativa ( $p = 0.9097$ ), pero al finalizar si hubo diferencias entre ambos grupos ( $p = 0.0002$ ).

En el grupo intervenido podemos observar que fue el más cumplidor ya que el puntaje de la autoevaluación aumentó en  $2.73 \pm 1.39$  puntos, mientras que en el grupo control no hubieron variaciones significativas  $0.20 \pm 0.86$  puntos.

Tabla Nº 36: Cumplimiento del tratamiento en pacientes HTA

EVA Grupo Intervenido				EVA Grupo Control		
Pacientes	E. inicial	E. final	$\Delta$	E. inicial	E. final	$\Delta$
1	5	8	3	3	4	1
2	5	7	2	5	4	-1
3	6	9	3	3	5	2
4	4	8	4	3	3	0
5	4	7	3	3	4	1
6	3	7	4	5	5	0
7	3	8	5	3	4	1
8	4	4	0	4	3	-1
9	3	6	3	4	4	0
10	4	7	3	5	5	0
11	4	6	2	5	5	0
12	5	7	2	4	3	-1
13	5	8	3	6	6	0
14	3	7	4	4	5	1
15	4	4	0	5	5	0
<b>Promedio</b>	<b>4.13</b>	<b>6.87</b>	<b>2.73</b>	<b>4.12</b>	<b>4.33</b>	<b>0.20</b>
<b>DS</b>	<b>0.92</b>	<b>1.40</b>	<b>1.39</b>	<b>0.98</b>	<b>0.89</b>	<b>0.86</b>

## 7.4 Percepción del PAF por parte de los participantes

Con el objetivo de poder evaluar la percepción de los médicos y pacientes participantes del Programa de Atención Farmacéutica, se realizaron encuestas a los Médicos que participaron en el Centro Médico VidalIntegra (Anexo N° 6), así como también, a los pacientes se les realizó una breve encuesta al finalizar el PAF (Anexo N° 7).

Los resultados de dichas encuestas se resumen de la siguiente manera:

### a) Resumen encuesta a Médicos:

#### 1. ¿Qué entiende por Programa de Atención Farmacéutica (PAF)?

Un programa de apoyo que complementa y profundiza la información al paciente	Programa de apoyo al paciente y médico en cuanto a clarificar la receta médica y como herramienta terapéutica y sus alcances	Asesoría para los médicos tratantes y para los enfermos	Programa de apoyo al tratamiento médico, dirigido al pacientes con fines de optimizar el tratamiento farmacológico
Orientación por especialistas para los pacientes respecto al uso de fármacos	Programa orientado a pacientes y médicos tratantes, con beneficios en términos de orientación, educación y control de terapias con medicamentos	Es un reforzamiento especializado de un QF a la labor del médico, en cuanto a la farmacoterapia del paciente	Programa destinado a entregar información acerca de medicamentos a los pacientes
Es un programa de apoyo a la atención médica que consiste en una consulta al QF para revisar o monitorizar la prescripción médica, el cumplimiento de la terapia y evitar el mal uso de medicamentos	Es un programa complementario a la atención médica, que consiste en informar al paciente todo lo que respecta a los medicamentos prescritos		

## 2. ¿Qué beneficios tiene el PAF para el paciente?

Resolver dudas generalmente en forma posterior a la sorpresa inicial del tratamiento	Está explícito en la respuesta a la primera pregunta	Reforzar aprendizaje sobre uso de medicamentos, finalidades, cumplimiento, deber de asistir a controles, evitar interacciones nocivas a medicamentos	Aprovechar al máximo cada fármaco y lograr mejor adhesión al tratamiento
Ordenar sus medicamentos y prevenir errores de administración	Orientación – control – evitar interacciones – adecuación en ingesta	El paciente logra entender mejor su tratamiento, los efectos colaterales del medicamento. Se refuerzan las indicaciones médicas	Entender el objetivo de su tratamiento
Evitar reacciones adversas, reforzar la indicación médica y la buena respuesta terapéutica	Mayor información de sus medicamentos que la mayoría de las veces no la entrega el médico, como una correcta forma de uso, algunos efectos adversos, etc.		

## 3. ¿Qué beneficios tiene el PAF para usted?

Que el paciente use su tratamiento en la forma indicada	Estrecho contacto con la QF para lograr aunar esfuerzos de información y optimizar el uso de los medicamentos	Conocer mejor interacciones, acción de medicamentos nuevos, fácil acceso a información personalizada	Optimizar mis indicaciones, reforzarlas
Seguridad de que todos los medicamentos van a ser administrados como corresponda	Seguridad en el correcto cumplimiento de las indicaciones – permite reforzar indicaciones – ayuda profesional ante polimedición o uso de fármacos poco habituales	Ayuda a la labor del médico	Recibir feed-back sobre los tratamientos empleados (uso de dosis correcta, interacciones medicamentosas)
Ayuda al paciente a una mejor adherencia al tratamiento	Tiempo - información sobre interacciones. Información sobre contraindicaciones		

## 4. ¿Cree necesario este Programa? ¿Por qué?

Es útil, aunque esto es mucho mejor en al grupo adulto	Sí. Se ha abandonado en las farmacias el alcance de la prescripción y su correcta transcripción para el paciente	Muy útil para los pacientes y los profesionales	Sí, el paciente se siente mejor atendido, puede aclarar sus dudas
Sí, porque orientado a grupos como adulto mayor es muy útil	Sí, por todos los beneficios que proporciona	Sí, por que lo encuentro bueno, ayuda a los pacientes y médicos	Es muy útil
Sí, pero me da la sensación de estar siendo "examinado" por alguien externo a la relación médico - paciente	Sí, porque en realidad por tiempo y desconocimiento uno no tiene toda la información sobre los medicamentos		

## 5. ¿Qué tipo de pacientes derivaría al PAF?

Pacientes que deban recibir medicamentos por períodos mayores a 2 semanas o que reciban muchos medicamentos	Todos los que lo requieran	Pacientes es tratamientos prolongados y/o con polifármacos	Los pacientes que muestren interés por conocer más acerca de su tratamiento
Pacientes con más de 2 medicamentos, pacientes que intuyo no cumplirán la terapia	Monitorización o seguimiento de casos complejos, pacientes crónicos, polimedcados y con medicamentos complejos	Principalmente pacientes crónicos como hipertensos, diabéticos, asmáticos, etc.	Pacientes crónicos, pacientes con múltiples patologías, pacientes con medicamentos cuya posología requiera alguna técnica especial
Adultos mayores y con enfermedades crónicas	Pacientes polimedcados y pacientes con múltiples patologías		

6. ¿En que forma le gustaría recibir información de los resultados del PAF en sus pacientes?

Indirectamente los paciente me expresan su satisfacción por el esfuerzo conjunto mío y de la QF	Mensualmente	En un informe o por mail	No
Confidencial y como sugerencia	e-mail, por teléfono	A través de la QF, conversando con ella directamente	Personalmente, con fichas
Por e-mail de manera mensual	De manera confidencial		

7. ¿Hay algún tema en particular o grupo terapéutico sobre el cual le gustaría recibir información?

Cuando lo he necesitado lo he solicitado, con una excelente respuesta	Desearía estar informado en antihipertensivos, antiarrítmicos, antibióticos y mucolíticos	Costo de los medicamentos	Interacciones, posibles RAM
Mecanismo de acción de medicamentos, efectos adversos, efectividad comparativa entre un medicamento y otro	Medicamentos y lactancia, medicamentos y embarazo	ACO, TRH, Antibióticos en lactancia y embarazo	Medicamentos y lactancia

Cabe mencionar que las especialidades de los médicos participantes en esta encuesta eran: Pediatría, Ginecología, Neurología, Psiquiatría, Atención Primaria Infantil, Atención Primaria Adultos, Broncopulmonar Infantil.

**b) Resumen encuesta a pacientes:**

Al finalizar las entrevistas a los pacientes del grupo intervenido se les realizó una encuesta para así poder evaluar la percepción de éstos participantes en un PAF.

1. ¿Qué significa para Ud. el Programa de atención farmacéutica (PAF)?

El 70% respondió alternativa "c" Programa de información sobre el uso correcto de los medicamentos + un seguimiento de su terapia, cabe mencionar que los 22 pacientes del grupo intervenido del Centro Médico respondieron de manera correcta; 19% respondió alternativa "b" Programa de información sobre el uso correcto de los medicamentos.

2. ¿Qué beneficios tiene para usted este programa?

Se puede decir que la mayor parte de los participantes concluyeron que es un servicio que ayuda a mantener e informar sobre el correcto uso de los medicamentos.

3. ¿Tiene dudas con respecto a algún (os) de sus medicamentos?

27 % respondió Sí y 73% respondió No

4. ¿Considera que después de este programa ha aprendido más sobre sus medicamentos?

El 100% de los pacientes respondió afirmativamente

5. ¿Considera que su enfermedad está bajo control después de éste Programa?

El 89% respondió que Sí y el 11 % respondió negativamente

6. ¿Con qué nota calificaría usted el programa de atención farmacéutica?

Con calificación 7 fueron el 86% de los pacientes y con nota 6 el 14% de los pacientes

## **7.5 Evaluación comparativa de los resultados**

### **7.5.1 Participación en un PAF**

Al evaluar el grado de abandono que manifiestan los participantes de un PAF, podemos comparar que en el estudio efectuado en el Centro Médico ningún paciente abandonó dicho programa, pudiéndose continuar con dichos pacientes desde el inicio hasta el final de las entrevistas, en cambio, no sucedió lo mismo en el local de Farmacias Cruz Verde ya que, de 50 pacientes invitados a participar el 40% no continuó en el PAF, quedándonos solamente con el 60% de ellos desde el inicio hasta el final de las entrevistas (30 pacientes).

### **7.5.2. Rango de edad**

Al comparar las edades de nuestros pacientes hipertensos en ambos escenarios tenemos un promedio de 62 años, siendo en el Centro Médico el rango de edad prioritario entre 51 – 60 años y en Farmacias Cruz Verde entre 61 – 70 años

### **7.5.3 Sistema de Salud**

Al comparar este ítem, vemos que en el CM aproximadamente un 86% de los pacientes son beneficiarios de Fonasa y de Isapre Banmédica, lo cual era esperables, puesto que el CM pertenece a dicha Isapre; en cambio, en FCV el grupo de pacientes mayoritariamente perteneces a Fonasa (77%) en contra de un 23% que pertenecen a algún tipo de Isapre.

#### **7.5.4 Tratamiento farmacológico**

Los pacientes del CM principalmente consumían medicamento de marca (60%) en comparación con los pacientes de FCV en donde el 63% de los pacientes consumían medicamentos genéricos.

#### **7.5.5 Evolución del seguimiento farmacoterapéutico**

En el CM se pudieron solucionar el 71% de los PRM encontrados, estando por ende los pacientes en un estado de “Estable” en su patología; en FCV se pudieron resolver el 60% de los PRM encontrados, estando el paciente en un estado actual (referente a su patología) de “Estable”.

#### **7.5.6 Conocimiento del tratamiento farmacológico**

El nivel de conocimiento obtenido en pacientes hipertensos que pertenecen al CM como a FCV, podemos observar que el grado de conocimiento varió de regular a bueno y al finalizar las entrevistas ningún paciente estaba en el nivel malo.

Nivel de Conocim.	Centro Médico				Farmacias Cruz Verde			
	E. inicial	%	E. final	%	E. Inicial	%	E. final	%
<b>Malo</b>	9	20	0	0	10	33	0	0
<b>Regular</b>	37	80	25	54	20	67	18	60
<b>Bueno</b>	0	0	21	46	0	0	12	40
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>100</b>

En ambos escenarios, la diferencia en el conocimiento obtenido entre la entrevista inicial y final en el grupo intervenido fue mayor a 1.

### 7.5.7 Cumplimiento del tratamiento farmacológico

Los grados de cumplimiento del tratamiento farmacológico en ambos grupos de estudio fueron en considerable aumento, los cuales se visualizan de la siguiente manera:

<b>Nivel de cumplimiento</b>	<b>Centro Médico</b>	<b>%</b>	<b>Farmacias CV</b>	<b>%</b>
Aumento	29	63	18	60
Mantención	14	30	9	30
Disminución	3	7	3	10
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

### 7.5.8 Debilidades y fortalezas de un PAF

A modo de poder evaluar y comparar diferentes características de un programa de atención farmacéutica en dos escenarios diferentes y poder visualizar las debilidades y fortalezas que presentan, se desarrolló un análisis FODA al trabajo, el cual se muestra de la siguiente manera:

#### **FORTALEZAS**

<b>Centro Médico</b>	<b>Farmacia Comunitaria</b>
Existen profesionales Q.F. competentes para desarrollar un programa de Atención Farmacéutica.	Existen profesionales Q.F. competentes para desarrollar un programa de Atención Farmacéutica.
Se desarrollaron protocolos para poder realizar la Atención Farmacéutica	Se desarrollaron protocolos para poder realizar la Atención Farmacéutica
Capacidad de interacción del profesional Q.F.	Capacidad de interacción del profesional Q.F.

con el paciente, gracias al respeto y confianza que los Médicos y pacientes tienen en estos profesionales.	con el paciente, gracias al respeto y confianza que los clientes - pacientes tienen en estos profesionales.
Permanentemente se fortalece la gestión con los Médicos y pacientes, basándose en la calidad de un servicio personalizado.	Se busca permanentemente fortalecer la gestión con los clientes - pacientes, basándose en la calidad de los productos, así como brindar un servicio personalizado.
Existe buena coordinación, interacción e integración con el resto de los profesionales y estructuras del sistema de salud, puesto que al estar situados en las dependencias de un Centro Médico, se puede consultar de inmediato y analizar en conjunto cualquier duda referente a la prescripción dada.	Existe una buena accesibilidad y proximidad de este tipo de programas a los pacientes, dado por la distribución y cantidad de locales existentes en la cadena.
	La cadena de Farmacias Cruz Verde S.A. ha sido pionera en la implementación de un PAF.

### OPORTUNIDADES

<b>Centro Médico</b>	<b>Farmacia Comunitaria</b>
Dado el entorno económico del mercado actual, un PAF puede ser una nueva forma de negocio, cambiando el paradigma nacional de venta de medicamentos por uno de Atención Farmacéutica integral	La cadena de Farmacias Cruz Verde S.A. ha sido pionera en la implementación de un PAF, contando así, con la suficiente antigüedad y experiencia en el rubro.

De poderse implementar un oportuno sistema de detección e información de Reacciones Adversas a Medicamentos, se podrían prevenir variados PRM que afectan a la población de hoy.	De poderse implementar un oportuno sistema de detección e información de Reacciones Adversas a Medicamentos, se podrían prevenir variados PRM que afectan a la población de hoy.
--	--

### DEBILIDADES

<b>Centro Médico</b>	<b>Farmacia Comunitaria</b>
No hay un conocimiento por parte de los Médicos, Profesionales de la salud y pacientes, de la existencia de este concepto.	No hay un conocimiento por parte de los Médicos, Profesionales de la salud y pacientes, de la existencia de este concepto.
Este tipo de programas, que proporciona beneficios para la empresa y para los clientes, debe estar orientado dentro de un proceso de planificación, a largo plazo, puesto que los beneficios no son inmediatos, debiéndose proyectar por lo menos a 12 meses, para así poder evaluar diferentes parámetros, como por ejemplo, la disminución en los gastos hospitalarios, entre otras.	Hay poca disponibilidad de tiempo del Q.F. para poder desarrollar en forma eficiente la AF, debido a las funciones de carácter comercial como farmacéuticas que se deben cumplir dentro de los locales.
Si la Atención Farmacéutica se da como un servicio gratuito, para la empresa es un gasto, no es un beneficio directo.	No en todos los locales existe un espacio apropiado para poder desarrollar una adecuada Atención Farmacéutica.
	Si la Atención Farmacéutica se da como un servicio gratuito, para la empresa es un gasto, no es un beneficio directo.

## AMENAZAS

<b>Centro Médico</b>	<b>Farmacia Comunitaria</b>
Existencia de atención farmacéutica poco desarrollado en otras cadenas de farmacias, pero susceptibles a mejorar.	Existencia de atención farmacéutica poco desarrollado en otras cadenas de farmacias, pero susceptibles a mejorar.
Por el hecho que ésta práctica profesional no es ampliamente conocida, el cuerpo Médico puede malinterpretar el concepto de Atención Farmacéutica, viéndolo como fiscalización a la farmacoterapia prescrita.	Por el hecho que ésta práctica profesional no es ampliamente conocida, el cuerpo Médico puede malinterpretar el concepto de Atención Farmacéutica, viéndolo como fiscalización a la farmacoterapia prescrita.
El paciente también puede malinterpretar este servicio, pensando que se le brindará un diagnóstico y tratamiento gratuito.	El paciente también puede malinterpretar este servicio, pensando que se le brindará un diagnóstico y tratamiento gratuito.

## 8. DISCUSIÓN

Durante el desarrollo del Programa de Atención Farmacéutica en el centro médico Vida Integra Maipú y en el local CV 053 de Farmacias Cruz Verde, en ambos grupos se observó que del total de pacientes en estudio el porcentaje de mujeres fue alto, con un 74%. Esto podría deberse a que por lo general son las mujeres y en especial las dueñas de casa, las que asisten con mayor frecuencia a consultas médicas y farmacias comunitarias, ya sea para controles médicos, comprar sus propios medicamentos o de sus familiares; en comparación con la poca cantidad de hombres participantes del estudio, lo que se puede deber a que ellos manifestaron no tener tiempo por razones de tipo laboral. Esto también se ve reflejado por otros estudios (Alvarez, 2003; Borenstein, 2003).

La evolución demográfica y los avances en farmacología han dado lugar a profundos cambios en la estructura por edades en la población y en los patrones de morbilidad y mortalidad. Con la erradicación de enfermedades transmisibles, el peso de la morbilidad se ha desplazado hacia las enfermedades crónicas, cuya incidencia es especialmente grave en personas mayores, y cuya terapia incluye tratamientos complejos, continuos y muchas veces costosos (Carvacho, 2002).

La edad promedio de la población hipertensa estudiada fue de  $62.66 \pm 11.72$  años. Se observó (tabla N° 7 y N° 22) que los pacientes mayores de 50 años fueron 66 (86%), mientras que los pacientes menores de 50 años fueron 10 (14%). Diversos estudios informan que la presión arterial se incrementa con la edad en ambos sexos, siendo más prevalente entre hombres que entre mujeres, pero éstas, luego de la etapa postmenopáusica pueden alcanzar e incluso superar la prevalencia de hipertensión arterial entre los varones (Contreras, 2000).

Del total de pacientes hipertensos, tanto en el centro médico como en el local de farmacias Cruz Verde, el 67% señaló tener antecedentes familiares de HTA (tabla N° 9 y N° 24), cabe mencionar que el 16% desconocía tener estos antecedentes (tabla N° 9 y N° 24). Esta situación se pudo deber a que ellos no sabían o no se acordaban si sus familiares más cercanos sufren o sufrieron de dicha enfermedad. Se sabe que la frecuencia de HTA aumenta significativamente cuando se tienen familiares de primer grado hipertensos, es así que de padres a hijos se transmite una tendencia o predisposición a desarrollar cifras elevadas de presión arterial (Hawkins, 1999).

Referente al tipo de tratamiento antihipertensivo, el mayor porcentaje (70%) recibe monoterapia antihipertensiva, ya sea, aquellos pacientes pertenecientes al centro médico, (63%) (Tabla N° 10) como aquellos que pertenecen al local de farmacias Cruz Verde (80%) (Tabla N° 25).

Los medicamentos antihipertensivos prescritos a los pacientes en estudio, están de acuerdo a las recomendaciones existentes, en el sentido que se debe privilegiar la monoterapia antihipertensiva (Escobar *et al*, 2002), para así evitar futuros problemas de incumplimiento del tratamiento farmacológico, factor que afecta principalmente a pacientes de edad avanzada; cuanto menor es el número de medicamentos prescritos, mayor es la adhesión del paciente al programa de tratamiento (Monge *et al*, 1991)

En lo que respecta a los medicamentos antihipertensivos que recibían los pacientes en estudio, en aquellos pertenecientes al centro médico, el más utilizado fue el Enalapril de 10 mg (16 pacientes, 35%).

En el grupo de pacientes del local de farmacia, al igual que en el CM, el medicamento más utilizado fue el Enalapril de 10 mg (6 pacientes, 20%), antecedentes que concuerdan con otros estudios de Atención Farmacéutica realizada por Pacheco (2003) y Tapia (2004). La literatura, además, avala ampliamente el uso de I-ECA en la HTA, siendo bien tolerados en pacientes con enfermedades concomitantes como la diabetes (Moser, 1999).

Estudios recientes demuestran que siguen siendo los diuréticos y en especial las tiazidas, medicamentos básicos en la terapia antihipertensiva en muchos estudios clínicos, siendo estos los primeros que deben utilizarse para este fin. Sin embargo, un estudio australiano de PA en hombres blancos reportó resultados favorables utilizando un régimen de I-ECA en comparación con diuréticos (JNC – VII, 2003).

Al analizar los otros fármacos consumidos por los pacientes, se observa que el grupo más utilizado fueron los AINES, siendo el de mayor uso el ácido acetilsalicílico, tanto en el centro médico (52%) como en el local de farmacia (57%). Esto coincide con lo publicado en otros trabajos, donde la prescripción médica con este tipo de medicamentos es frecuente en pacientes de edad avanzada con patología cardiovascular (Sanhueza *et al*, 1993).

En relación a los parámetros clínicos que se evaluaron, se observa en un comienzo, en los pacientes hipertensos pertenecientes al centro médico que no existían diferencias estadísticamente significativas en la medición de la presión arterial sistólica ( $p = 0.3963$ ) y diastólica ( $p = 0.5603$ ). Al analizar los resultados obtenidos entre la primera y última entrevista en los pacientes pertenecientes al grupo intervenido, muestran una disminución estadísticamente significativa de la presión arterial sistólica ( $p < 0.0001$ ) (gráfico N° 8), al igual que en la presión arterial

diastólica ( $p = 0.0009$ ) (gráfico N° 9); no sucediendo lo mismo con los pacientes del grupo control, en donde se obtuvieron valores de PAS de ( $p = 0.7393$ ) (gráfico N° 10) y PAD de ( $p = 0.1876$ ) (gráfico N° 11).

Situación similar se manifestó en los pacientes hipertensos pertenecientes al local de farmacia, donde ambos grupos nos muestran que eran similares al inicio del programa, puesto que no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la medición inicial de presión arterial sistólica ( $p = 0.1099$ ) y diastólica ( $p = 0.2958$ ). Es así como los resultados obtenidos del grupo intervenido entre la primera y última entrevista, mostraron una disminución estadísticamente significativa del parámetro presión arterial sistólica ( $p = 0.0002$ ) (Gráfico N° 18), al igual que en la presión arterial diastólica ( $p = 0.0003$ ) (Gráfico N° 19). En el grupo control, estas diferencias no alcanzaron a ser estadísticamente significativas entre PA sistólica en la primera y última entrevista ( $p = 0.5186$ ) (Gráfico N° 20), ocurriendo lo mismo con la PA diastólica ( $p = 0.7695$ ) (Gráfico N° 21).

Esto se logra gracias a la información verbal entregada a los pacientes, referente a su enfermedad, factores de riesgo cardiovascular y sobre su medicación (Pacheco, 2003).

En lo que respecta a la medición del parámetro glicemia a un reducido grupo de pacientes, los resultados no fueron estadísticamente significativos, pero sí se manifestó una tendencia a la disminución de los niveles e glicemia. Esta situación pudo deberse al poco número de pacientes analizados (18 pacientes en total).

Se observó automedicación en una entrevista inicial en el 68% de los pacientes pertenecientes al centro médico y en el 93% de los pacientes del local de farmacia, hecho que podría representar un factor de riesgo en el tratamiento antihipertensivo,

debido a las interacciones, efectos adversos, reacciones alérgicas que se suscitaron. Esta situación se observó revertida al finalizar las entrevistas, manifestándose un porcentaje de automedicación de 14% y 40% tanto para los pacientes del centro médico y del local de farmacia, respectivamente.

La demanda de información por el paciente sobre la farmacoterapia, es una actividad en la que rápidamente se establece una comunicación farmacéutico-paciente que permite la detección de PRM; por tal motivo, es el Farmacéutico el que detecta el mayor número de PRM.

En este estudio se detectaron 34 PRM en los 46 pacientes del centro médico, de los cuales un 71 % fueron resueltos, y 20 PRM en los 30 pacientes del local de farmacia, solucionándose un 60%. Estos PRM se resolvieron gracias a las intervenciones farmacéuticas, en donde se evaluaron los problemas que existían en torno al tratamiento e informándose sobre aquellos temas necesarios, con el objetivo de resolver aquellos PRM detectados.

Del total de 54 PRM que afectaron al 71% de los pacientes, se pudo observar que los PRM más frecuentes fueron el PRM 6 "*Paciente usa un medicamento que le provoca una Reacción Adversa al Medicamento (RAM)*", y el PRM 4 "*Paciente usa un medicamento en dosis y/o pauta menor a la que necesita*". El paciente detecta principalmente PRM producidos por RAM, lo cual es lógico ya que el paciente consulta por un efecto adverso que le ha sucedido. (Carvacho, 2002)

De esta manera, los resultados dan cuenta que la efectividad de un programa de atención farmacéutica, posibilitan la supervisión adecuada de la terapia farmacológica del paciente, lográndose una disminución de los PRM, reafirmando lo que ha ocurrido en otros estudios (Borenstein, 2003).

En cuanto a las posibles causas que suscitaron PRMs, se manifestó principalmente el hecho de que “no existe indicación de salud válida” para que el paciente consuma dicho medicamento, así como “frecuencia de administración inadecuada” del medicamento. Esto puede deberse a que en un alto porcentaje de pacientes se detectó automedicación, razón por la cual, no conocían el uso y dosificación correcta del medicamento.

La evaluación del conocimiento del tratamiento farmacológico en pacientes pertenecientes al centro médico varió de regular a bueno, sucediendo lo mismo en pacientes pertenecientes al local de farmacia y al finalizar las entrevistas ningún paciente estaba en el nivel malo. En ambos lugares, la diferencia manifestada en el conocimiento obtenido entre la entrevista inicial y final fue considerable, obteniéndose mejores resultados en los pacientes pertenecientes al grupo intervenido en comparación con el grupo control, pero, mostrándose mejores resultados con los pacientes del local de farmacia. Esto puede deberse a que los pacientes del local de farmacia acuden con mayor frecuencia a este lugar, ya sea para la compra de sus medicamentos o porque presentaban algún malestar o dolencia, razón por la cual se dirigían a controlar su presión en la farmacia, lugar en donde además, nos realizaban consultas referente a su tratamiento; pudiéndose de esta manera mejorar dicho parámetro.

Situación similar se observa al analizar el cumplimiento del tratamiento farmacológico, puesto que, si bien el método utilizado fue una escala visual análoga (EVA), el mejoramiento del cumplimiento al final del programa fue mayor en los pacientes del grupo intervenido en ambos lugares, así como este nivel de

cumplimiento aumentó en un 63% en pacientes del centro médico y aumentó en un 60% en pacientes del local de farmacia.

Esta situación se pudo deber a que los pacientes del grupo intervenido recibían una continua información referente a sus medicamentos. Los resultados concuerdan con la literatura, en donde se señala que existe una relación directa entre el grado de conocimiento y cumplimiento del tratamiento (Sanhueza *et al*, 1993).

Al estudiar la percepción de los participantes en un programa de atención farmacéutica, vemos que este tipo de actividad es muy bien evaluada por parte de los pacientes, ya que el 100% de ellos respondió que después de este programa ha aprendido más sobre sus medicamentos y el 86% de los pacientes la calificó con nota 7.0. Cabe destacar que de los pacientes que no calificaron al programa con nota 7.0, daban como razón a que ellos esperaban algún tipo de tarjeta de descuento en su compra en farmacias Cruz Verde, o algún beneficio como muestras médicas gratis.

Por parte del cuerpo médico participante en este programa, se obtuvo un alto grado de aceptación y entendimiento de la actividad, aunque algunos médicos manifestaron la sensación de estar siendo “examinados” por alguien externo a la relación médico-paciente, se pudo establecer que es de gran beneficio para los pacientes, ya que se pueden resolver dudas que generalmente se presentan en forma posterior a la sorpresa inicial del tratamiento; y también es beneficioso para ellos, ya que ayuda en la labor del Médico en cuanto a que se optimiza y refuerza las indicaciones que ellos dan.

Mejores resultados se obtienen al lograr estrechar los vínculos entre el Químico Farmacéutico y el médico tratante, realizando esfuerzos conjuntos en beneficio del tratamiento del paciente (Dual de Viñeta, 1999).

Al comparar las debilidades y fortalezas de un programa de atención farmacéutica, vemos que la principal debilidad es que no hay un conocimiento por parte de los médicos, profesionales de la salud y pacientes de la existencia de este tipo de actividad; situación que se ve revertida con la implementación y aplicación de este tipo de programas. En cuanto a su principal fortaleza, se ve que corresponde a la existencia de profesionales Químicos Farmacéuticos competentes para desarrollar esta actividad, así como, la buena accesibilidad y proximidad de locales de farmacia existentes en el país, para así desarrollar este tipo de programas.

## 9. CONCLUSIONES

📖 La implementación del programa de Atención Farmacéutica produjo diferencias significativas en los grupos intervenidos de ambos lugares (centro médico y local de farmacia), consiguiéndose un mejor control de la presión arterial sistólica y diastólica, lo que significa una notable disminución del riesgo cardiovascular de estos pacientes.

📖 Los resultados dan cuenta que la efectividad global de un programa de atención farmacéutica, posibilita la supervisión adecuada de la terapia farmacológica del paciente, lográndose una disminución de los problemas relacionados con los medicamentos.

📖 El impacto de las sesiones informativas fueron exitosas, en lo que respecta al nivel de conocimiento y cumplimiento del tratamiento farmacológico de los pacientes; demostrándose así el efecto que tienen este tipo de programas en el buen cumplimiento del tratamiento.

📖 Los pacientes perciben de manera positiva los programas de atención farmacéutica, aunque en un cierto grado, igual esperan que se les de algún tipo de descuento o beneficio en su tratamiento.

📖 Gracias a un seguimiento de la farmacoterapia de los pacientes en un centro médico y en una farmacia comunitaria, se pudo establecer que los objetivos se cumplieron, ya que, se logró colaborar en la efectividad del tratamiento, prevenir, detectar y resolver Problemas Relacionados con Medicamentos.

## 10. PROYECCIONES

📖 Incorporar un programa de atención farmacéutica en convenio con Isapres, serviría como método de expansión y como método de fidelización de clientes.

📖 Gracias a este trabajo se puede proyectar que tanto los centros médicos como las farmacias comunitarias, son lugares propicios para realizar programas de atención farmacéutica, ya sea por la información de calidad entregada por el profesional a los pacientes, como también por la detección y prevención oportuna de problemas relacionados con los medicamentos.

## LITERATURA CITADA

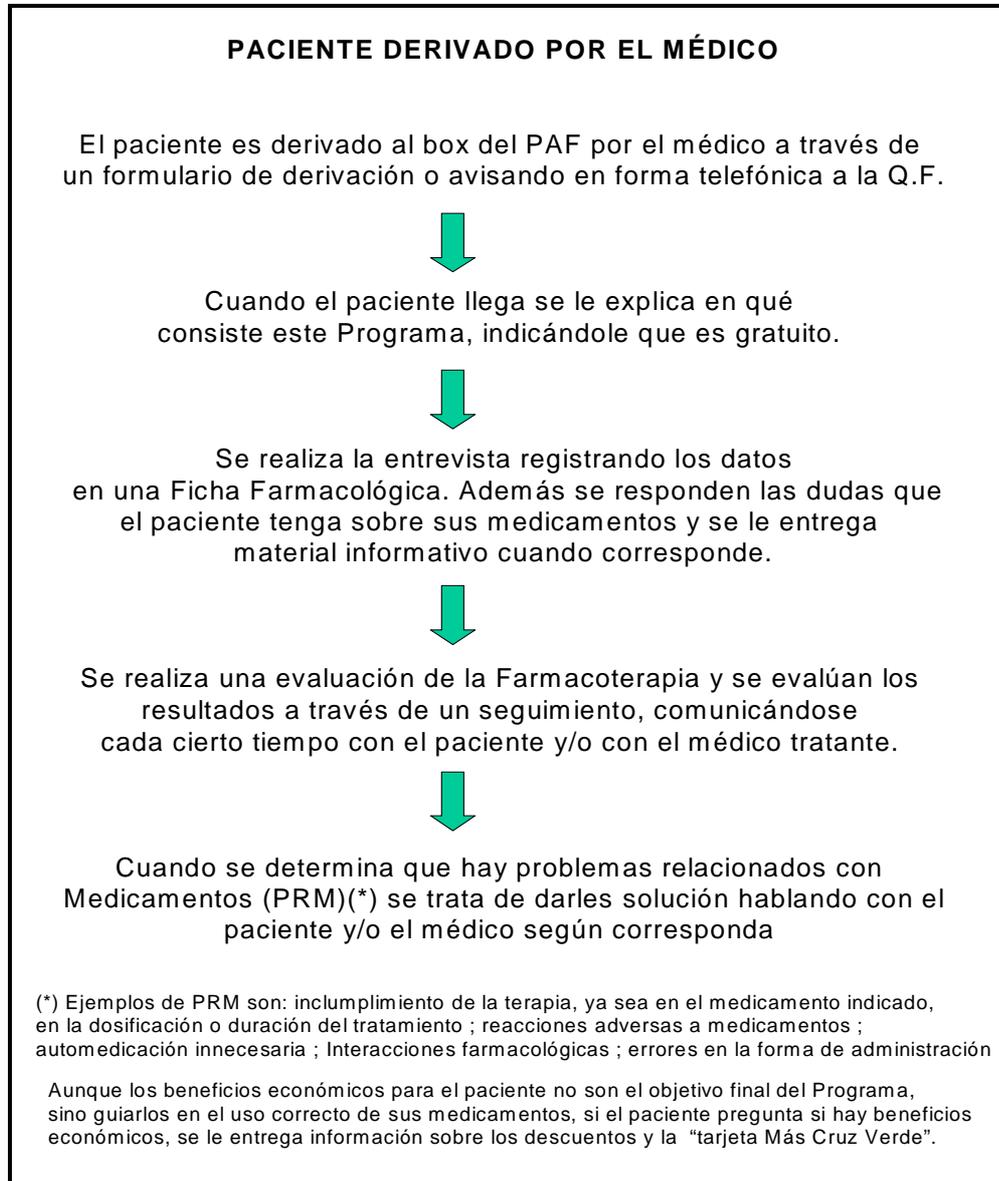
- 📖 Álvarez, P. (2003) “Programa de atención farmacéutica en pacientes diabéticos en farmacia comunitaria”. Tesis, Escuela de Química y Farmacia, Facultad de Ciencias, Univ. Austral de Chile.
- 📖 Astorga, M (2004) “Desarrollo y aplicación de un programa de atención farmacéutica cardiovascular en una empresa”. Tesis, Departamento de Farmacia, Facultad de Química, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- 📖 Botey, P., Pajeras, C., Farrera, M. (2000) Hipertensión y Cardiopatía Hipertensiva. En: Farreras – Rozman Medicina interna. 14 Ed. Vo. 1, Hartcourt S.A., Madrid España: 665 – 87.
- 📖 Carvacho, L. (2002) “Programa de Atención Farmacéutica como medio de fidelización de clientes para Farmacias Cruz Verde S.A.” Tesis MBA, Facultad de Cs. Económicas y Administrativas. Univ. de Valparaíso de Chile.
- 📖 Cipolle, R., Strand, L., Morley, P. (2000) El ejercicio de la Atención Farmacéutica. McGraw-Hill, Madrid, 352 pp.
- 📖 Cipolle, R., Strand, L., Morley, P., Frakes, M. (2000) Resultados del ejercicio de la Atención Farmacéutica. Pharm Care Esp., 2, 94-106.
- 📖 Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. (1999) Pharm Care Esp., 1, 107-112.
- 📖 Contreras, R. (2000) Programa informativo – educativo a pacientes hipertensos arteriales, identificados como poco adherentes a su tratamiento y que son atendidos en el Hospital Regional de Valdivia. Tesis, Escuela de Química y Farmacia, Facultad de Ciencias, Univ. Austral de Chile.

- 📖 Faus, M.J. and Martínez, F. (1999) La atención farmacéutica en farmacia comunitaria: evolución de conceptos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para su puesta en marcha. *Pharm Care Esp.*, 1, 52-61.
- 📖 Guía Clínica Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más. 1st Ed. Santiago: Minsal, 2005.
- 📖 Hawkins, D., Bussey, H., Prisant, M. (1999) Hypertension . En Dipiro (ed) *Pharmacotherapy. A Pathophysiologic Approach. Fourth Edición.* p:131-152. Appleton & Lange, Stamford, Connecticut.
- 📖 Hepler Ch, Strand L, (1999) Oportunidades y responsabilidades en la Atención Farmacéutica. *Rev. Pharm Care Esp.*, 1,35-47.
- 📖 Lobato P. y col., (2000): "Estrategia, Viabilidad e Implicaciones Económicas De La Atención Farmacéutica ", Estudio para el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid.
- 📖 Machuca M, Martínez F, Faus MJ. Informe farmacéutico - médico según la metodología Dáder para el seguimiento del tratamiento farmacológico. *Pharmaceutical Care España* 2000; 2: 358 - 363
- 📖 Mark, H. B (1999) Trastornos cardiovasculares. En: *El Manual Merck.* (10ª ed.) Harcourt S.A., Madrid. 1635 – 1654.
- 📖 Ministerio de Salud. "Normas Técnicas de Hipertensión Arterial", 1995. Programa de Salud del Adulto.
- 📖 Monge, C., Martínez, P. *et al* (1991) Cumplimiento del régimen terapéutico: utilidad de un sistema informatizado de prescripción repetida de fármacos. *Rev. De la O.F.I.L.*, 1 (3); 161 – 164.

- 📖 Moser, M. (1999) Tratamiento Clínico de la Hipertensión. 2º Ed. Intersistemas, S.A, México, D.F. p: 119.
- 📖 Organización Mundial de la Salud. Informe de la reunión de la OMS en Tokio, Japón, en 1993 (1995) El papel del farmacéutico en el sistema de atención de la salud. *Ars Pharmaceutica*. 36:2, 285 - 292.
- 📖 Pacheco, S (2003) Implementación y evaluación de un programa de atención farmacéutica en pacientes hipertensos en farmacia comunitaria. Tesis, Escuela de Química y Farmacia, Facultad de Ciencias. Univ. Austral de Chile.
- 📖 POLITICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS (2004), Posición del Colegio de Químico Farmacéuticos y Bioquímicos de Chile A.G.  
<http://www.colegiofarmaceutico.cl/files/politicamedicamentos.doc>
- 📖 Sanhueza, A.M., Domecq, C., Pinilla, E. y Apud, J.P. (1993) Evaluación del impacto en pacientes ambulatorios que consumen analgésicos, antipiréticos y antiinflamatorios no esteroidales. *Rev de la O.F.I.L.*, 3 (6); 381 – 389.
- 📖 Segú *et al* (2000) Los servicios farmacéuticos desde la perspectiva asistencial. *Pharm Care Esp*. 2, 223 – 258
- 📖 The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med* 1997; 157:2413-2427
- 📖 The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection; Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *JNC 7, Hypertension*, 2003; 42:1206-1252.

# **ANEXOS**

## Anexo N° 1: "Paciente derivado por el Médico"



## Anexo N° 2: "Paciente derivado desde Recepción"

### **PACIENTE DERIVADO DESDE RECEPCIÓN**

Cuando el paciente llega al Box del PAF lo primero que se le pregunta es si le interesa conocer en qué consiste este Programa, indicándole que es gratuito.



Sólo si el paciente acepta se le describe el Programa y se le pregunta si está tomando actualmente algún medicamento



Posteriormente se realiza la entrevista registrando los datos en una Ficha farmacológica.



Después de que el paciente es atendido por el médico se completan los datos necesarios de la ficha, ya sea comunicándose con el médico o solicitando al paciente que pase al box antes de irse.

Aunque los beneficios económicos para el paciente no son el objetivo final del Programa, sino guiarlos en el uso correcto de sus medicamentos, si el paciente pregunta si hay beneficios económicos, se le entrega un informativo sobre los descuentos y una "tarjeta Más Cruz Verde".

## Anexo N° 3: "Paciente derivado hacia Estación de Enfermería"

**PACIENTE DERIVADO A ENFERMERÍA**

**El paciente llega a un local de Farmacia, siendo derivado a la enfermería**



Cuando el paciente llega a la Estación de Enfermería se le pregunta si le interesa conocer en qué consiste este Programa, indicándole que es gratuito.



Sólo si el paciente acepta se le describe el Programa y se le pregunta si está tomando actualmente algún medicamento



Posteriormente se realiza la entrevista registrando los datos en una Ficha farmacológica.

Aunque los beneficios económicos para el paciente no son el objetivo final del Programa, sino guiarlos en el uso correcto de sus medicamentos, si el paciente pregunta si hay beneficios económicos, se le entrega un informativo sobre los descuentos y una "tarjeta Más Cruz Verde".

Anexo N° 4: “Entrevistas a pacientes incorporados en el Programa de Atención Farmacéutica” (Cronograma)

**1ª Entrevista**

**Grupo Control:**

- Se explica en qué consiste un PAF, indicándoles que es gratuito
- Ingreso de datos del paciente (Nombre, edad, teléfono, parámetros clínicos, entre otras)
- Se determina el grado de conocimiento y cumplimiento de su tratamiento farmacológico utilizando una Escala visual análoga (EVA).
- Se determina la existencia de PRMs
- Se responden dudas y consultas
- Se cita a una siguiente entrevista
- Agradecimientos e invitación a continuar participando en el PAF

**Grupo Intervenido:**

- Se explica en qué consiste un PAF, indicándoles que es gratuito
- Ingreso de datos del paciente (Nombre, edad, teléfono, parámetros clínicos, entre otras)
- Se entregan consejos generales para el cuidado de su enfermedad, de manera verbal.
- Se solicita traiga o anote todos los medicamentos que está utilizando, así como exámenes y recetas médicas.
- Se responden dudas y consultas
- Se cita a una siguiente entrevista dentro del próximo mes en curso

- Se agradece e invita a continuar participando en el PAF

## **2ª Entrevista**

### **Grupo Intervenido:**

- Se completa la ficha del paciente con nuevos parámetros clínicos
- Se determina el grado de conocimiento y cumplimiento de su tratamiento farmacológico, utilizando una Escala visual análoga
- Se detecta y analiza la existencia de PRMs, realizando las debidas intervenciones farmacéuticas.
- Se responden dudas y consultas
- Se cita a una siguiente entrevista dentro del próximo mes en curso

## **3ª Entrevista**

### **Grupo Intervenido:**

- Se completa la ficha del paciente con nuevos antecedentes y parámetros clínicos que pueda aportar
- Se entrega información sobre PRMs
- Se refuerzan las medidas indicadas por el Médicos y se dan consejos generales para el cuidado de su enfermedad, de manera verbal, y se entrega información referente a alguna situación particular de cada paciente.
- Se responden dudas y consultas
- Se cita a una siguiente entrevista dentro del próximo mes en curso

## **Entrevista Final**

### **Grupo Control:**

- Se vuelve a determinar el grado de conocimiento y cumplimiento de su tratamiento farmacológico utilizando una Escala visual análoga
- Se realiza la evaluación del Programa de Atención Farmacéutica
- Se informa sobre el grado de avance al paciente
- Se agradece la participación en el PAF y se invita a seguir controlando su presión arterial periódicamente

### **Grupo Intervenido:**

- Se finaliza la recolección de información
- Se vuelve a determinar el grado de conocimiento y cumplimiento de su tratamiento farmacológico utilizando una Escala visual análoga
- Se realiza la evaluación del Programa de Atención Farmacéutica
- Se informa sobre el grado de avance al paciente
- Se agradece la participación en el PAF y se invita a seguir controlando su presión arterial periódicamente

## Anexo N° 5: "Ficha para recopilar datos"



N° Ficha:

Fecha:

### Ficha Clínica Programa de Atención Farmacéutica Farmacias Cruz Verde

#### I.-Datos Personales

Nombre Paciente  
Médico tratante  
Diagnóstico

Edad  
Teléfono  
Isapre  
R.U.T.

#### MEDICAMENTOS

Nombre Comercial	Posología	Duración tratamiento	Tiempo de Uso	composición o grupo terapéutico	Rx

Problemas de Salud que manifiesta el paciente al momento de la visita

Opinión del paciente acerca de su tratamiento (Cómo se siente)

Actitudes del paciente (¿Se olvida tomar los medicamentos?, ¿Los toma siempre a la misma hora?, ¿Ha modificado las dosis por su cuenta?)

#### OTROS DATOS RELEVANTES

Alergias y/o RAM :

Hábitos:

Antecedentes familiares:

#### PRM sospechados y sus probables causas




## Anexo N° 6: "Encuesta efectuada a Médicos"

ENCUESTA A MÉDICOS CENTRO MÉDICO VIDA INTEGRAL MAIPÚ		
1	¿Qué entiende por Programa de Atención Farmacéutica (PAF)?	
2	¿Qué beneficios tiene el PAF para el paciente?	
3	¿Qué beneficios tiene el PAF para usted?	
4	¿Cree necesario este Programa? ¿por qué?	
5	¿Qué tipo de pacientes derivaría al PAF?	
6	¿En qué forma le gustaría recibir información de los resultados del PAF en sus pacientes?	
7	¿Hay algún tema en particular o grupo terapéutico sobre el cual le gustaría recibir información farmacológica (ej. Interacciones, mecanismo de acción, etc.)? (*)	
8	Sugerencias	

(\*) El Servicio de Información de Medicamentos de Farmacias Cruz Verde cuenta con las siguientes bases de datos:

1. MICROMEDEX: Drugdex Drug Evaluation
2. Facts and Comparisons. Drug Interaction Facts
3. USP DI Vol I – Drug Information for the Health Care Professional
4. USP DI Vol II – Advice for the patient
5. Martindale. The Extra Pharmacopeia
6. PRVademecum en CD

*¡Gracias!*

*Q.F. Ana María Páddo*



**“ENCUESTA A PACIENTES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACEUTICA”**

1.- ¿Qué significa para Ud. el Programa de Atención Farmacéutica?

- a) Programa de descuentos.
- b) Programa de Información sobre el uso correcto de los Medicamentos.
- c) Programa de información sobre el uso correcto de los medicamentos + un seguimiento de su terapia.
- d) No sé.

Otros:.....  
.....  
.....

2.- ¿Qué beneficios tiene para Ud. este Programa:

.....  
.....  
.....

3.- Tiene dudas con respecto a algún (os) de sus medicamentos:

SI  NO

4.- Considera que después de este Programa ha aprendido más sobre sus medicamentos

SI  NO

5.- Considera que su enfermedad está bajo control después de éste Programa

SI  NO

6.- Con qué nota calificaría usted el programa de atención farmacéutica

1 2 3 4 5 6 7

Muchas Gracias!!!

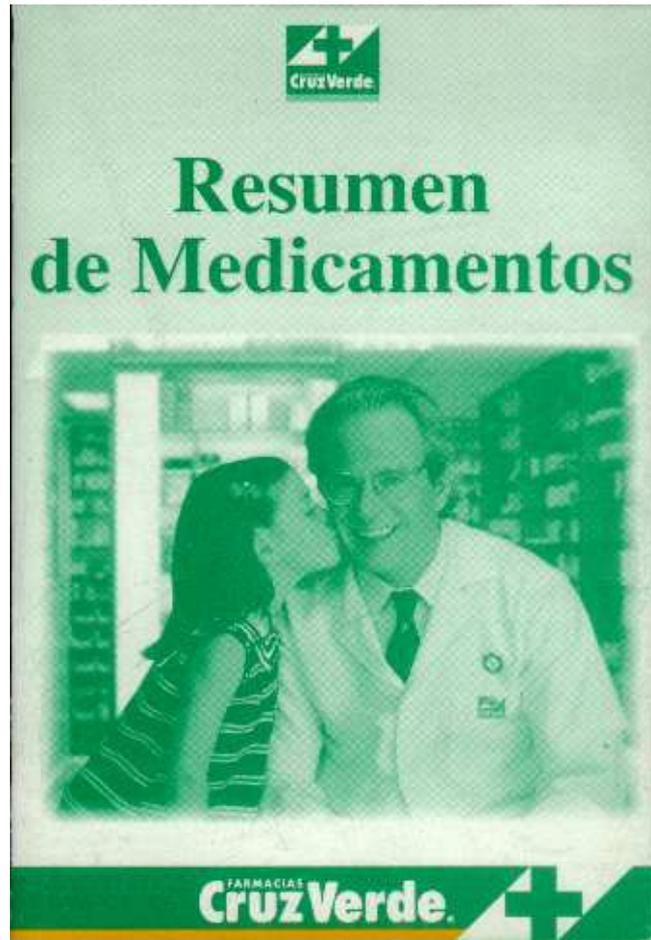
Anexo N° 8: Esfigmomanómetro de mercurio



Anexo N° 9: Equipo Accutrend GCT



Anexo N° 10: Tarjeta de Resumen de Medicamentos (Tapa)



## Anexo N° 10: Tarjeta de resumen de medicamentos (Interior)

<b><u>DATOS IMPORTANTES</u></b>	<b><u>Grupo Sanguíneo:</u></b>
Nombre: _____	<b>Alergias:</b>
Dirección: _____	Penicilina <input type="checkbox"/>
Teléfono: _____	Sulfas <input type="checkbox"/>
Médico: _____	Acido Acetil Salicílico <input type="checkbox"/>
Teléfono: _____	Yodo <input type="checkbox"/>
Farmacéutico: _____	otros: _____
Teléfono: _____	_____
<b><u>En caso de emergencia</u></b>	_____
<b><u>por favor avise a:</u></b>	Patologías: _____
Nombre: _____	_____
Teléfono: _____	_____
Parentesco: _____	_____

*Para poder darle un buen servicio de seguimiento de su tratamiento farmacológico, le solicitamos que cada vez que usted adquiera*

*un nuevo medicamento avise a su Farmacéutico para que lo agregue a su historial farmacológico*

*Usted es muy importante para lograr el máximo beneficio de sus medicamentos*

**Recuerde que en  
Farmacias Cruz Verde  
estamos preocupados de su salud.**



**LLEVE SIEMPRE  
CON USTED  
ESTE REGISTRO**

**¡¡LE SERA UTIL!!**

**Preocúpese de  
que estén anotados  
todos los medicamentos  
que usted utiliza, sean  
recetados por su médico  
o de venta libre**

● Le ayudará a cumplir con su tratamiento.

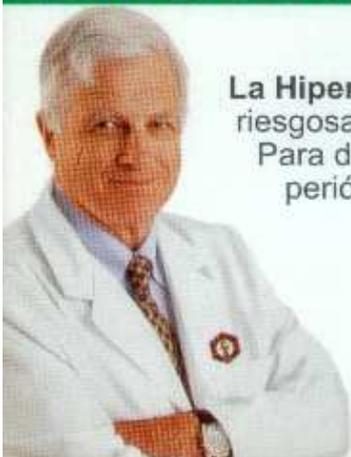
● Informará a su médico sobre los medicamentos que usted está utilizando, especialmente si usted va a más de un médico.

● Tiene información útil para casos de emergencia.

● Su farmacéutico le ayudará a ingresar correctamente sus nuevos medicamentos.

## Anexo N° 11: Tarjeta de Control de Presión Arterial (Tapa)

## Carnet Control de Presión



**La Hipertensión** no controlada es riesgosa y no presenta síntomas. Para detectarla, debe tomarse periódicamente la presión.



### Consejos que ayudan a normalizar su presión

- 1 No consuma más de una cucharadita de sal diaria.
- 2 Consuma verduras y frutas.
- 3 Reduzca el consumo de carnes rojas.
- 4 Evite el cigarrillo.
- 5 Evite medicamentos que eleven la presión.

Consulte con su Químico Farmacéutico Cruz Verde





Anexo N° 12: Tarjeta de control de glicemia (Tapa)

**Carnet Control de Glicemia y Colesterol**



*Para controlar su Glicemia  
debe tomar sus medicamentos y  
seguir todas las indicaciones  
de su médico.*

**FARMACIA DE VERDAD**  
**PARMACIAS Cruz Verde.** 

**Consejos que ayudan a normalizar  
el Colesterol y Glicemia**

- 1** Tome siempre sus medicamentos a la hora indicada por el médico.
- 2** Siga las indicaciones de alimentación específica para solucionar su problema de salud.
- 3** Haga ejercicios periódicamente.

**Consulte con su Químico Farmacéutico Cruz Verde**

**PARMACIAS Cruz Verde.** 



Anexo N° 13: Material promocional



**Programa de Atención Farmacéutica**

**¿Dudas sobre sus Medicamentos?**

- ▶ ¿Cómo lo debo tomar?
- ▶ ¿Cuántas veces al día y por cuanto tiempo?
- ▶ ¿Qué efectos molestos puedo sentir?
- ▶ ¿Hay algún alimento que debería evitar?
- ▶ ¿Tiene contra indicaciones?

**Farmacias Cruz Verde** ofrece en forma gratuita un **Programa de Atención Farmacéutica** para orientarlo en el uso correcto de sus medicamentos.  
(Sólo pacientes Centro Médico Vida Integra Maipú)

Pregunte en Recepción por el Químico Farmacéutico



**ELLA PUEDE JUGAR AL DOCTOR, USTED NO.**

**No se automedique. Consulte con su médico.**

Un consejo 



**Programa de Atención Farmacéutica**

- ¿Qué molestias puedo sentir con este medicamento?
- ¿Esta tableta la puedo partir?
- ¿Puedo tomar juntos 2 o más medicamentos?

 **VIDA INTEGRAL** 

Salvo indicación expresa del médico, no se debe ingerir alcohol durante el tratamiento. Consulte con el médico para mayor información.

Por daños ni robos al interior del recinto

## Anexo N° 14: Ficha Notificación de RAM

 <b>GOBIERNO DE CHILE</b> <small>MINISTERIO DE SALUD  INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA DE CHILE</small> <b>Centro Nacional de Información de Medicamentos  y Farmacovigilancia CENIMEF Fax: 239 87 60</b>							
<b>NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS (RAM)</b> <small>(NOTA: LA IDENTIDAD DEL INFORMANTE, DEL PACIENTE E INSTITUCIÓN SON CONFIDENCIALES)</small>							
NOMBRE DEL PACIENTE		N° DE FICHA	EDAD	M	SEXO F	PESO	TALLA
FECHA DE INICIO RAM		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
IDESCRIPCIÓN DE LA REACCION ADVERSA (Incluidos datos de Laboratorio):							
FÁRMACO (S) SOSPECHOSO (S)		DOSIS DIARIA Y VIA DE ADMINISTRACION		FECHA		RAZON DE USO	
				INICIO	TERMINO		
FÁRMACOS CONCOMITANTES							
TRATAMIENTO (DE LA REACCION ADVERSA):							
RESULTADO:							
RECUPERADO	<input type="checkbox"/>	DESCONOCIDO	<input type="checkbox"/>	FATAL	<input type="checkbox"/>		
NO RECUPERADO	<input type="checkbox"/>	EN EVOLUCION	<input type="checkbox"/>	FECHA MUERTE	<input type="text"/>		
SECUELAS:	SI: <input type="checkbox"/>	NO: <input type="checkbox"/>					
DESCRIBIR:							
COMENTARIOS (EJ: ANTECEDENTES CLINICOS RELEVANTES, ALERGIAS, EXPOSICIÓN PREVIA A ESTE FÁRMACO Y EVOLUCION)							
INFORMADO POR:							
MEDICO	<input type="checkbox"/>	QUÍMICO FARMACÉUTICO	<input type="checkbox"/>	ENFERMERA	<input type="checkbox"/>	OTRO PROF. <input type="checkbox"/>	
NOMBRE:							
DIRECCIÓN:			TELÉFONO:				
ESTABLECIMIENTO:			FAX: FECHA:				



Anexo N° 17: Intervenciones farmacéuticas para resolver un PRM

**PARA TODOS LOS PRM → EDUCACIÓN SANITARIA (cuando corresponda)**

- PRM 1 Reafirmar la necesidad de utilizar el medicamento prescrito (en caso de que el paciente no esté siguiendo las indicaciones médicas)  
Solicitar evaluación médica de la necesidad de medicamento
- PRM 2 Suspender el uso de medicamento automedicado  
Solicitar evaluación médica de la necesidad de suspender el medicamento o reemplazarlo por otro.
- PRM 3 Informe a Médico para evaluación y posible cambio de medicamentos
- PRM 4 Enfatizar el cumplimiento de la posología indicada  
Ajustar horario de uso de medicamentos  
Informe a Médico para evaluación y posible cambio de dosis y/o pauta (Intervalo de administración)
- PRM 5 Enfatizar el cumplimiento de la posología indicada  
Ajustar horario de uso de medicamentos  
Informe a Médico para evaluación y posible cambio de dosis y/o pauta (Intervalo de administración)
- PRM 6 Suspender el uso del medicamento automedicado  
Informe a Médico para evaluar riesgo – beneficio y tratamiento de la reacción adversa si corresponde.

## Anexo N° 18: Protocolo para medir la presión arterial en la farmacia

1. Verificar que el paciente no haya fumado tabaco, ni tomado café, té, mate, o alcohol antes de la medición.
2. Seleccionar el aparato adecuado y asegurarse de que esté correctamente calibrado.
3. Constatar el cero del aparato. En el caso del esfigmomanómetro de mercurio verificar que la aguja o el nivel de mercurio desciendan rápido cuando se abre totalmente la válvula de salida.
4. Colocar la abrazadera en forma correcta. Debe realizarse en forma cuidadosa y sin dejar pliegues. El borde inferior debe ubicarse a 2 o 3 cm. del pliegue del codo. Los tubos deben ubicarse en la parte interna del brazo.
5. Colocar al paciente en la posición correcta. Sentado confortablemente, brazo inmóvil colocado a la altura del corazón, libre de ropa, apoyado sobre la mesa, distendido y con la palma abierta hacia arriba. El paciente no debe hablar durante la determinación, tampoco se le debe hablar.
6. Colocar el estetoscopio. Palpar la arteria braquial y colocar sobre ella la membrana del estetoscopio, cuidando de no establecer contacto entre membrana y abrazadera.
7. Insuflar rápidamente
8. Ubicar los ojos a la altura del indicador.
9. Desinflar a un ritmo de 3 mmHg/seg.
10. Leer la presión sistólica, que está dada por la aparición del primer sonido Korotkoff.

11. Leer la presión diastólica, que está dada por la desaparición del último sonido Korotkoff. Si éste permanece audible hasta llegar al cero de la escala, el valor estará dado por la lectura cuando los sonidos se tornan apagados con atenuación significativa del comienzo.
12. Repetir el procedimiento a partir del punto 10, después de 2 minutos, y promediar los valores obtenidos para lograr un valor final. Ante cualquier irregularidad en el procedimiento o duda sobre los valores obtenidos, aguardar 5 minutos y repetir el procedimiento en forma completa.
13. Registrar los valores obtenidos en el libro y ficha correspondientes, y entregar una copia de los valores al paciente.