

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACÉUTICAS
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍA FARMACÉUTICAS
Farmacia Asistencial

Profesor Patrocinante:
Mg. Q. F. Marcela Pezzani

Directores de Memoria:
Q. F. Zunny Valenzuela
S. S. M. Norte
Dr. Leandro Biagini
Megasalud

**IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE ATENCIÓN
FARMACÉUTICA PARA PACIENTES HIPERTENSOS
EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.**

**MEMORIA DE TESIS PARA OPTAR
AL TÍTULO DE QUÍMICO
FARMACÉUTICO**

EDUARDO DELGADO FUENTES

Santiago, Chile
2008

Siendo niño sentencí: "...fantasmas son aquellos que pasan por la vida sin ser vistos".

A mis abuelos, que continúan a mi lado como el primer día, que no permitieron me convirtiera en otro fantasma...

AGRADECIMIENTOS

Esta memoria nunca hubiera sido posible sin la colaboración directa o indirecta de muchas personas, que con sus ánimos, amistad, consejos o cariño aportaron un granito de arena en la culminación de la misma.

En primer lugar, agradezco a mis padres y a mi familia por ser y estar siempre, por su apoyo continuo, sus palabras de aliento, por no perder nunca la confianza en mí, y sobre todo, por haberme permitido alzar el vuelo...

A mi familia en Chile, a la tía Rosa, a la nana, a Yerko, a Mary, al tata, a la tía Juana, al tito... por soportarme, por estar a mi lado estos años, por acogerme en sus casas, en sus vidas, por permitirme ser uno más de ellos...

A la profesora Marcela Pezzani, por su guía incomparable.

A la profesora Rosemarie Mellado, por su palabra precisa.

A la Q. F. Zunny Valenzuela, por su confianza.

Al Dr. Leandro Biagini, por su experiencia.

Al personal del CESFAM "Alberto Bachelet", y en especial a Ana Soto, por su comprensión, apoyo y fuerza incomparables.

Al profesor Hernán Chavéz, por sus consejos.

A todos mis amigos, colegas y futuros colegas, por su ánimo.

En fin, gracias a todos los que quizás haya olvidado agradecer particularmente, pero que guardan un lugar especial en mi corazón.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
ÍNDICE GENERAL.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS.....	v
ÍNDICE DE FIGURAS.....	vi
ÍNDICE DE ANEXOS.....	vi
RESUMEN.....	ix
SUMMARY.....	xi
I. INTRODUCCIÓN	
1.1 Antecedentes generales.....	1
1.2 Hipótesis.....	4
1.3 Objetivo general.....	4
1.4 Objetivos específicos.....	4
II. MATERIALES Y MÉTODOS	
2.1 Infraestructura.....	5
2.2 Selección de la muestra.....	5
2.3 Instrumentos utilizados.....	7
2.4 Definición de los outcomes.....	9
2.5 Análisis estadístico.....	9
2.6 Indicadores.....	10
2.7 Metodología del Plan de Atención Farmacéutica.....	10
III. RESULTADOS.....	12
IV. DISCUSIÓN.....	32
V. CONCLUSIONES.....	36
VI. REFERENCIAS.....	38

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2.1	Metodología del PAF.....	10
Tabla 3.2	Caracterización sociodemográfica del grupo intervenido y el grupo control.....	14
Tabla 3.3	Medicamentos prescritos al grupo intervenido y al grupo control.....	17
Tabla 3.4	Resultados de las encuestas de conocimientos sobre la patología y los medicamentos aplicadas al grupo intervenido al inicio y al final del PAF.....	19
Tabla 3.5	Resultados de las encuestas de calidad de vida aplicadas al inicio y al final del PAF al grupo intervenido.....	20
Tabla 3.6	Resultados de las encuestas de adherencia al tratamiento aplicadas al inicio y al final del PAF al grupo intervenido (Test de Morisky-Green-Levine).....	21
Tabla 3.7	Resultados de las medidas de PA en el grupo intervenido al inicio y al final del PAF.....	22
Tabla 3.8	Resultados de las medidas de PA en el grupo control al inicio y al final del PAF.....	22
Tabla 3.9	Comparación de los resultados de las medidas de PA en el grupo intervenido y el grupo control al inicio y al final del PAF.....	22
Tabla 3.10	PRM detectados en el grupo intervenido según la clasificación de Hepler y Strand durante la realización del PAF.....	24
Tabla 3.11	PRM resueltos en el grupo intervenido según la clasificación de Hepler y Strand durante la realización del PAF.....	27

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 3.1	Definición de la muestra.....	13
------------	-------------------------------	----

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I	Consentimiento informado.
Anexo II	Ficha Farmacoterapéutica del paciente.
Anexo III	Cuestionario “Patologías y Medicamentos”.
Anexo IV	Pauta “Evaluación General del paciente”.
Anexo V	Cuestionario “Calidad de Vida (CHAL)”.
Anexo VI	Cuestionario “Valoración del Grado de Cumplimiento (Test de Morisky-Green-Levine)”.
Anexo VII	Folleto con Información de Medicamentos.
Anexo VIII	Ficha de Seguimiento de Medicaciones.
Anexo IX	Folleto de Recomendaciones al paciente con polifarmacia.
Anexo X	Láminas Educativas.
Anexo XI	Tríptico “Consejos para la utilización de sus medicamentos”.
Anexo XII	Tríptico “Consejos para mejorar su salud cardiovascular”.

RESUMEN

La Atención Farmacéutica es el ejercicio profesional que implica la interacción directa entre el farmacéutico y el paciente en la cual ambos se comprometen a trabajar conjuntamente para alcanzar una meta terapéutica y tiene como objetivos fundamentales entregar una farmacoterapia efectiva; identificar, prevenir y resolver problemas relacionados con el uso de medicamentos y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Esto condujo a implementar un Plan de Atención Farmacéutica para pacientes ambulatorios hipertensos en un Centro de Atención Primaria en Salud y evaluar el uso de medicamentos de estos pacientes, con el fin de mejorar la efectividad y la seguridad de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

El diseño del Plan incluyó la elaboración de material educativo, la utilización de material didáctico y la realización de encuestas.

En la realización del mismo se introdujo un grupo control para comparar estadísticamente si los resultados obtenidos eran significativos o no.

Al analizar los resultados obtenidos del Plan se observó un aumento en los conocimientos generales obtenidos por los pacientes de sus patologías y medicamentos, además se consiguió incrementar la adherencia al tratamiento del grupo intervenido y tanto los pacientes del grupo intervenido como del grupo control disminuyeron sus valores de presión arterial. En los primeros la presión sistólica varió de 157,37 a 137,26 mmHg y la presión diastólica de 88,58 a 81,05 mmHg, mientras en los del segundo grupo la presión sistólica varió de 156,47 a 150,16 mmHg y la presión diastólica de 89,91 a 86,62 mmHg.

Se podría concluir que el programa fue efectivo ya que se cumplieron todos los objetivos planteados en este Plan lo cual pudo verificarse al finalizar el seguimiento y se lograron diferencias estadísticamente significativas con el grupo control en las variables más relevantes.

SUMMARY

“Implementation of a Pharmaceutical Care Plan for hipertensive ambulatory patients in Primary Attention in Health”

Pharmaceutical Care is the professional exercise that implies the direct interaction between the pharmacist and the patient in which both are committed to work jointly to reach a therapeutic goal and has like main targets to give an effective farmacoterapia; to identify, to prevent and to solve problems related to the medicine use and to improve the quality of life of the patients.

This lead to implement a Pharmaceutical Care Plan for hypertensive ambulatory patients in a Center of Primary Attention in Health and to evaluate the medicine use of these patients, with the purpose of to improve the effectiveness and the security of the pharmacological and nonpharmacological treatments.

The design of the Plan included the elaboration of educative material, the use of didactic material and the accomplishment of surveys.

In the accomplishment of the same a control group introduced itself to compare statistically if the obtained results were significant or no.

When analyzing the obtained results of the Plan an increase in the general knowledge obtained by the patients of its pathologies and medications was observed, in addition **it** was able to increase the adhesion to the treatment of the taken part group and the patients of the group taken part as of the control group diminished its values of arterial pressure. In the first, systolic pressure varied from 157,37 to 137,26 mmHg and the diastolic pressure from 88,58 to 81,05 mmHg, while in those of the second group the systolic pressure varied from 156,47 to 150,16 mmHg and the diastolic pressure from 89,91 to 86,62 mmHg. These results had statistically significant differences.

It would be possible to be concluded that the program was effective since all the objectives raised in this Plan were fulfilled which could verify when finalizing the pursuit and statistically significant differences with the control group were obtained in the most excellent variables.

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes generales.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en los países desarrollados y en Chile en ambos sexos. Distintas investigaciones ^(1,2,3,4) señalan que son una de las principales causas de morbilidad en el adulto. Además, constituyen una gran carga económica para el individuo, su familia y la sociedad, considerando que la mayoría de los que se enferman requerirán atención médica especializada en servicios clínicos de alta complejidad tecnológica ⁽⁵⁾.

Estudios observacionales iniciados hacia mediados del siglo pasado como el Framingham ⁽⁶⁾, permitieron identificar una serie de factores relacionados directamente con la ECV denominados factores de riesgo cardiovascular (FR CV). La puesta en marcha de medidas de intervención y la mayor eficacia de éstas ha permitido ir reduciendo progresivamente los mismos y todas las guías, nacionales e internacionales, actualmente utilizadas destacan la importancia del control de estos FR CV ^(7,8).

En nuestro país, un tercio de la población adulta muere cada año por enfermedades al corazón. Chile presenta una mortalidad cardiovascular creciente en términos porcentuales, pero estable en sus tasas ajustadas por edad. El comportamiento futuro dependerá de la prevalencia y grado de control de los FR CV en la población ⁽⁹⁾.

Así, la evidencia científica ⁽⁵⁾ ha demostrado que gran parte de las ECV son evitables a través de la prevención y control de los FR CV. Entre los FR CV modificables se encuentra la hipertensión arterial (HTA), una patología muy frecuente, y que ocupa uno de los primeros lugares de causa de consulta en el nivel primario ⁽⁵⁾.

En todos los pacientes hipertensos se aconsejan medidas no farmacológicas que pueden controlar la HTA o reducir el número de fármacos antihipertensivos. La decisión de iniciar el tratamiento farmacológico requiere la consideración de varios aspectos: grado de hipertensión, presencia de lesiones orgánicas debidas a HTA y valoración del riesgo CV ⁽¹⁰⁾.

Según las estadísticas ⁽¹¹⁾, casi el 90% de los casos de hipertensos son primarios, esenciales o idiopáticos, es decir que sus causas son desconocidas, mientras que el 10% restante se denomina hipertensión secundaria y sus causas pueden ser determinadas como el empleo de algunos medicamentos. Cerca del 25% de los adultos mayores de 18 años padecen HTA, mientras que en los mayores de 65 años ese porcentaje se eleva al 50%. Además, se sabe que es más común en los hombres que en las mujeres y en los individuos de raza negra que entre los blancos.

La prevención de la HTA y sus complicaciones constituye el punto más importante representando un desafío, debido a que el 35% de la mortalidad en Chile tiene relación directa a enfermedades y complicaciones derivadas de la HTA. La detección a tiempo de la enfermedad contribuye a su tratamiento precoz y más efectivo ya que cerca del 40% de los hipertensos desconoce su condición ⁽¹¹⁾.

La HTA es una de las 62 patologías GES ⁽¹²⁾ en la que mayor incumplimiento terapéutico se registra como consecuencia de su carácter asintomático. La mayoría de los pacientes no sufren molestias, la enfermedad puede progresar solamente hasta que ocurren algunas de sus graves complicaciones a nivel del corazón, el cerebro o el riñón. El abandono al tratamiento por parte de los pacientes puede tener múltiples causas: los efectos adversos, los regímenes de administración complicados, los cambios en las terapias y la falta de educación sanitaria sobre la enfermedad que padecen ⁽¹³⁾. Es precisamente el alto grado de incumplimiento lo que hace que el seguimiento farmacoterapéutico sea de especial interés en el caso de la HTA.

En un estudio realizado aplicando el método Dáder se concluyó que el incumplimiento sería el primer problema relacionado con medicamentos (PRM) alcanzando el 60,74% del total de PRM encontrados ⁽¹⁴⁾, por lo que se hace necesario la implementación de un Programa de Atención Farmacéutica (PAF) en Atención Primaria en Salud (APS) con el objeto de medir y mejorar el cumplimiento tanto del tratamiento farmacológico como del no farmacológico.

Medidas no farmacológicas

Estas medidas incluyen fundamentalmente cambios del estilo de vida del paciente, es decir la adopción de estilos de vida saludables que han demostrado ser efectivos en reducir la PA ⁽¹⁵⁾. Entre las medidas no farmacológicas se encuentran la reducción de peso, seguimiento de una dieta para detener la HTA, la reducción de sodio, la realización de actividad física, el consumo moderado de alcohol y dejar el hábito de fumar.

Tratamiento farmacológico

Los fármacos antihipertensivos no sólo deben disminuir de forma efectiva los valores de PA, también deben presentar un perfil de seguridad favorable, evitar el agravamiento de la enfermedad y reducir la morbimortalidad CV ⁽¹⁶⁾. Los medicamentos que se emplean en el control de la HTA son los diuréticos, los betabloqueadores, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), los bloqueadores del receptor de angiotensina II AT1 (BRA), los antagonistas del calcio y los bloqueadores alfa ^(17,18).

El Químico Farmacéutico es un profesional apoyo y de información de gran utilidad para los pacientes. Por esta razón se deben generar instancias para crear un acercamiento entre el paciente y el profesional, permitiendo que éste juegue un rol decisivo en el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes, enfatizando su labor en aquellos casos en que el paciente por determinadas razones no es adherente a su tratamiento o presenta PRM al seguirlo.

Estudios realizados en pacientes hipertensos en Portugal en farmacia comunitaria empleando PAF, muestran una reducción significativa de la PA en el grupo de intervención, no viéndose esto en el grupo control ⁽¹⁹⁾.

La implementación de un PAF en pacientes hipertensos ambulatorios de APS en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) "Alberto Bachelet" tiene como perspectiva no sólo mejorar su calidad de vida relacionada con su salud sino también disminuir costos para el paciente, su familia y la sociedad.

1.2 Hipótesis

La implementación de un PAF dirigido al grupo de pacientes con HTA descompensados, mejora el cumplimiento de los tratamientos, la calidad de vida del paciente y logra mejores resultados en su salud general.

1.3 Objetivo general

Mejorar la efectividad y la seguridad de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos implementando un PAF para pacientes ambulatorios hipertensos en un Centro de APS.

1.4 Objetivos específicos

- a. Caracterizar los pacientes hipertensos descompensados incorporados en el estudio y sus terapias.
- b. Evaluar el grado de cumplimiento de los tratamientos.
- c. Establecer intervenciones.
- d. Caracterizar uso de medicamentos.
- e. Identificar problemas con la farmacoterapia.
- f. Mejorar la calidad de vida relacionada con la salud.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 Infraestructura

Se realizó en un espacio físico diferenciado que constituyó el área de trabajo y que dispuso de sala de espera y consulta.

Cada intervención tuvo un plazo no inferior a los 15 ni superior a los 25 minutos por paciente.

2.2 Selección de la muestra

SELECCIÓN GRUPO INTERVENIDO

La selección se efectuó entre los pacientes que asistían regularmente al CESFAM “Alberto Bachelet”, presentaran alguna patología asociada a la HTA y cumplieran con los criterios de inclusión del total de 623 pacientes descompensados identificados en el registro actual del Centro. Los pacientes decidieron acudir al Plan de forma voluntaria.

SELECCIÓN GRUPO CONTROL

La selección se efectuó entre los pacientes que asistían regularmente al CESFAM “Alberto Bachelet”, presentaran alguna patología asociada a la HTA y no hayan sido incluidos en la muestra de 623 pacientes hipertensos descompensados. Estos pacientes además debían cumplir con algunos criterios de inclusión excepto el participar del PAF. Los pacientes incluidos en este grupo se seleccionaron de forma tal que cumplieran con características de edad y sexo similares al grupo intervenido.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes:

- Ambos sexos.
- Mayores de 18 años.
- Hipertensos.
- Descompensados.
- Que acudan de forma regular al CESFAM.
- Que deseen participar del PAF.

Se considerarán pacientes hipertensos descompensados aquellos cuya presión arterial sea mayor a la presión normal alta, o sea, presión sistólica igual o superior a los 140 mmHg y/o presión diastólica igual o mayor a 90 mmHg ^(20,21,22,23).

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes:

- Analfabetos.
- Con enfermedades sensoriales o cognitivas.
- Con patologías asociadas.

2.3 Instrumentos utilizados

- Sistema informático en conexión con la red del Consultorio para poder acceder a la información clínica disponible de la misma.
- Equipo digital para medir la presión arterial.
- Consentimiento informado (Anexo I).
- Fichas de recolección de datos y registro de la actividad. Todos los datos obtenidos quedaron registrados adecuadamente formando la ficha farmacoterapéutica del paciente donde se añadieron las intervenciones y los resultados clínicos derivados (Anexo II).
- Cuestionario de patología y medicamentos (encuestas de entrada y salida) para evaluar la progresión del paciente (Anexo III).
- Pauta de evaluación general del paciente (Anexo IV).
- Cuestionario de calidad de vida (CHAL) ^(24,25,26) (Anexo V).
- Cuestionario de valoración del grado de cumplimiento (Test de Morisky-Green-Levine) ^(27,28,29,30) (Anexo VI).
- Material didáctico para la educación sanitaria del paciente y su familia (Anexos VII-XII).

CONSENTIMIENTO INFORMADO (Anexo I)

Todos los pacientes que desearon participar del PAF firmaron este documento donde se comprometían a entregar información verídica y se establecía que esta sería confidencial y que podían abandonar el mismo en el momento que lo desearan.

FICHA FARMACOTERAPEÚTICA DEL PACIENTE (Anexo II)

En esta ficha se recogieron los datos que permitieron confeccionar la Tabla de Caracterización de los Pacientes (Tabla 3.2). Estos datos caracterizaron sociodemográficamente al paciente, sus antecedentes familiares, sus hábitos, su estado de salud, los profesionales que lo derivaban y los medicamentos que utilizaba para su posología.

ENCUESTA DE ENTRADA Y SALIDA (CUESTIONARIO DE PATOLOGÍA Y MEDICAMENTOS) (Anexo III)

Si el paciente cumplía con los criterios de selección y aceptaba participar del PAF se aplicaba un Cuestionario de patología y medicamentos.

La Encuesta constaba de 8 preguntas, 5 abiertas y 3 de alternativas. Los resultados se midieron puntuando las respuestas correctas con 1 y a las incorrectas con 0. No se consideraron respuestas parcialmente satisfactorias.

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL (CHAL) (Anexo V)

El CHAL consta de 55 preguntas divididas en dos segmentos: estado de ánimo (EA), de 36 preguntas, y manifestaciones somáticas (MS), de 19. La respuesta a las preguntas se obtiene mediante una escala de Likert de cuatro opciones de respuesta (no, en absoluto; sí, algo; sí, bastante; sí, mucho) que puntúan de 0 (mejor nivel de salud) a 3 (peor nivel de salud) y permiten obtener una puntuación para cada uno de los segmentos y una puntuación global. Los resultados obtenidos se midieron al inicio y al final del PAF y se observó si existía una disminución de la puntuación (mejora en la calidad de vida).

CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO (TEST DE MORISKY-GREEN-LEVINE) (Anexo VII) ⁽²⁷⁾

El cuestionario consta de cuatro preguntas cerradas, con respuestas de "SI" o "NO". Para considerar un buen cumplimiento la respuesta de todas las preguntas deben ser adecuadas, en caso contrario el paciente se considerará incumplidor o no adherente.

2.4 Definición de los outcomes

EDUCACIÓN: Se considerarán pacientes educados por el PAF si al finalizar el mismo se obtiene una mejora de un punto promedio por paciente.

CALIDAD DE VIDA: Se considerarán pacientes con una calidad de vida mejorada si los valores promedio obtenidos al principio del PAF tanto para el EA como para las MS disminuyen en la encuesta final en 5 puntos promedio.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: Se considerarán adherentes al tratamiento si al final del PAF hay al menos un 25% de pacientes más que cumplen con el mismo.

PREVENCIÓN DE PRM: Se considerarán prevenidos los PRM si se logra en más de un 70% de los mismos.

PACIENTES COMPENSADOS: Se considerarán pacientes hipertensos compensados aquellos cuya presión no supere la presión normal, o sea, una presión sistólica inferior a 130 mmHg y una presión diastólica menor a 85 mmHg (22,23).

Se definió la compensación de los pacientes como el outcome primario.

2.5 Análisis estadístico

Para el análisis estadístico se calculó el promedio y la desviación estándar para variables continuas y porcentaje para variables categóricas.

Se realizó un análisis descriptivo, se utilizaron pruebas t y chi cuadrado para las variables continuas y categóricas, respectivamente. El análisis se realizó con STATA 7.0 y Microsoft Office Excel 2007, considerando una diferencia estadísticamente significativa con un valor de $p < 0,05$.

2.6 Indicadores

Se midieron los siguientes indicadores de proceso y de resultado:

- Tiempo promedio de participación de los pacientes en el PAF
- Mejora en el cumplimiento terapéutico
- Mejora en la calidad de vida relacionada con la salud del paciente
- Mejora en los conocimientos del paciente
- Detección y solución de PRM de los pacientes incluidos en el PAF
- Mejora en los valores de PA en los pacientes intervenidos

2.7 Metodología del Plan de Atención Farmacéutica

Todos los pacientes que aceptaron participar del PAF siguieron la siguiente metodología por sesiones (Tabla 2.1):

Tabla 2.1. Metodología del PAF.

TIEMPO (DÍA)	0	15	30	60	90
SESIÓN	1	2	3	4	5
OBJETIVOS	Recolectar datos del paciente. Detectar FR CV. Detectar posibles PRM.	Evaluar calidad de vida del paciente. Resolver PRM. Detectar posibles PRM.	Educar al paciente. Resolver PRM. Detectar posibles PRM.	Educar al paciente. Resolver PRM. Detectar posibles PRM.	Evaluar conocimientos adquiridos por el paciente. Evaluar cumplimiento del tratamiento. Evaluar mejora en la calidad de vida. Resolver PRM.
ACCIONES	Invitación para participar en el PAF. Explicación de objetivos de su participación en el plan.	Recolección de fichas de seguimiento. Aplicación del "Cuestionario de calidad de vida del paciente hipertenso".	Recolección de fichas de seguimiento. Charla inicial respecto de su patología e ingesta de medicamentos.	Recolección de fichas de seguimiento. Charla final respecto de su patología e ingesta de medicamentos.	Recolección de fichas de seguimiento. Aplicación de "Cuestionario de conocimientos sobre su patología y

	Entrega y firma de "Consentimiento informado".	Entrega de "Folleto de recomendaciones al paciente" y de "Folleto con información de sus medicamentos".	Respuesta a inquietudes del paciente y su familia.	Respuesta a inquietudes del paciente y su familia.	tratamiento". Aplicación del test de Morisky-Green-Levine.
	Llenado de datos para la ficha del paciente.	Explicación del material entregado.	Intervención en caso de PRM.	Intervención en caso de PRM.	Aplicación del "Cuestionario de calidad de vida del paciente hipertenso".
	Aplicación de "Cuestionario de conocimientos sobre su patología y tratamiento".	Charla sobre la importancia de la adherencia al tratamiento.	Entrega de "Ficha de seguimiento de medicaciones".	Entrega de "Ficha de seguimiento de medicaciones".	Respuesta a inquietudes del paciente y su familia.
	Pauta para evaluar estado general del paciente.	Respuesta a inquietudes del paciente y su familia.	Invitación para participar en 30 días en la cuarta sesión.	Invitación para participar en 30 días en la quinta y última sesión.	Intervención en caso de PRM.
	Aplicación del test de Morisky-Green-Levine.	Intervención en caso de PRM.			Agradecimiento al paciente por su participación en el PAF.
	Entrega de "Ficha de seguimiento de medicaciones".	Entrega de "Ficha de seguimiento de medicaciones".			
	Entrega de trípticos sobre ECV y sobre medicamentos.	Invitación para participar en 15 días en la tercera sesión.			
	Invitación para participar en 15 días en la segunda sesión.				

III. RESULTADOS

GRUPO INTERVENIDO Y GRUPO CONTROL

Se entrevistaron 105 pacientes y 98 (93,33%) fueron incluidos al PAF, de los cuales 75 eran mujeres (76,53%). De los 7 pacientes excluidos, 2 hombres y 5 mujeres, 2 no accedieron a participar del PAF, ambos del sexo femenino, y los restantes no acudieron a las citas siguientes (Figura 3.1).

Los pacientes incluidos se encontraban al iniciarse el estudio entre las edades de 34 y 87 años con una edad promedio de $66,51 \pm 1,19$ años.

Se conformó un grupo control con 98 pacientes, de igual número de hombres y mujeres que el grupo intervenido.

Los pacientes del grupo control se encontraban al iniciarse el estudio entre las edades de 33 y 88 años con una edad promedio de $66,48 \pm 1,21$ años, valores similares a los obtenidos para los pacientes intervenidos (Tabla 3.2).

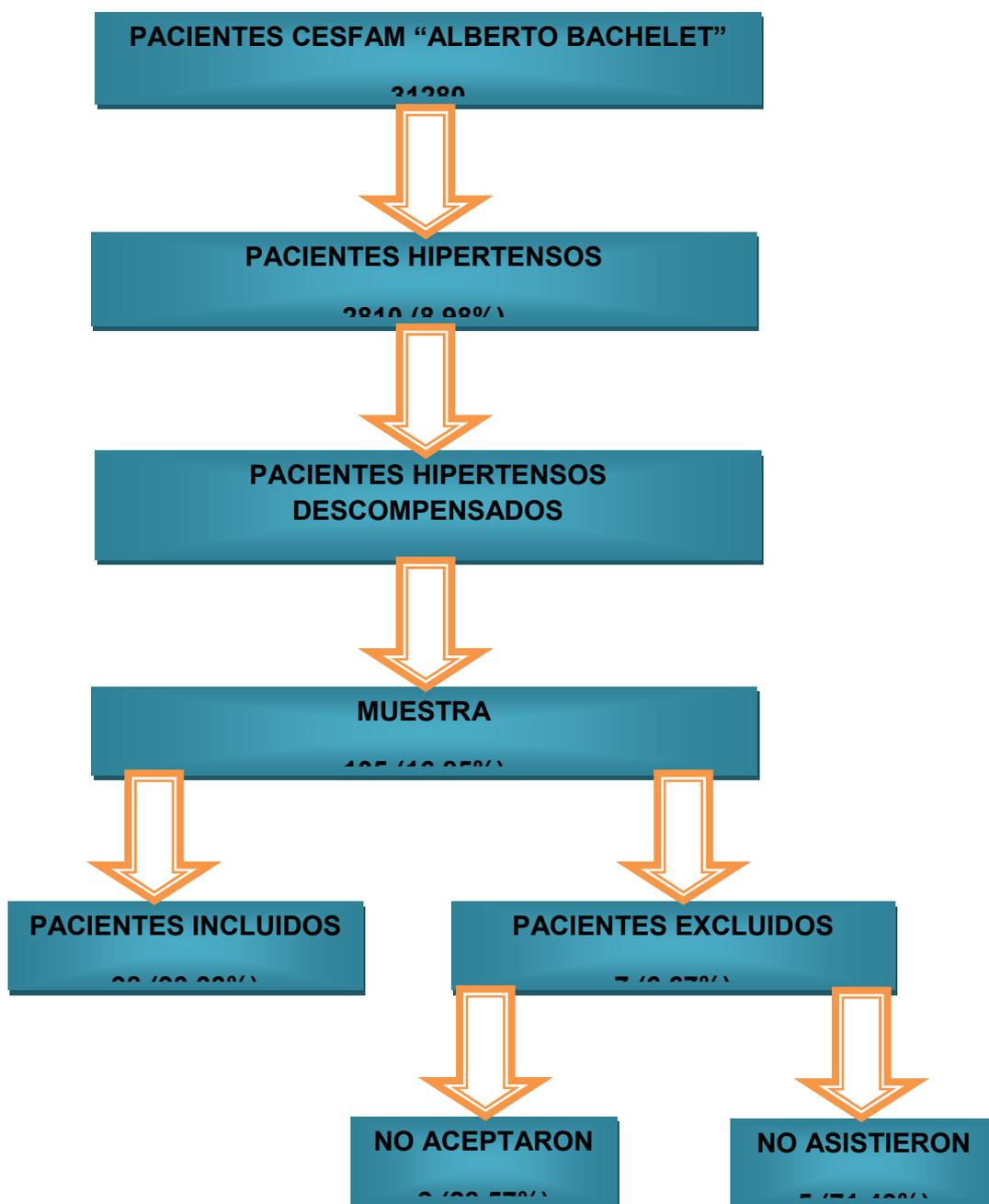


FIGURA 3.1. Definición de la muestra

Tabla 3.2. Caracterización sociodemográfica del grupo intervenido y el grupo control.

CARACTERISTICA		GRUPO INTERVENIDO (n=98)		GRUPO CONTROL (n=98)		p*
		n	%	n	%	
PROMEDIO DE EDAD		66,51 ± 1,19		66,48 ± 1,21		0,99
NIVEL DE ESCOLARIDAD	BÁSICA	68	69,39	74	75,51	0,46
	MEDIA	27	27,55	23	23,47	
	SUPERIOR	3	3,06	1	1,02	
HÁBITOS	ALCOHOLISMO	8	8,16	9	9,18	0,8
	SEDENTARISMO	67	68,37	75	76,53	0,2
	DIETA	56	57,14	67	68,37	0,1
	TABAQUISMO	9	9,18	9	9,18	1
ANTECEDENTES FAMILIARES	HTA PATERNO	26	26,53	25	25,51	0,13
	HTA MATERNO	51	52,04	47	47,96	
	DM PATERNO	8	8,16	13	13,27	
	DM MATERNO	50	51,02	58	59,18	
	OTRAS PATERNO	7	7,14	4	4,08	
	OTRAS MATERNO	11	11,22	6	6,12	
MEDICAMENTOS PRESCRITOS		2,97 ± 0,62		3,05 ± 0,60		0,44
IDENTIFICACIÓN LABORAL	DEPENDIENTE	24	24,49	31	31,63	0,38
	INDEPENDIENTE	9	9,18	7	7,14	
	CESANTE	1	1,02	2	2,04	
	JUBILADO	10	10,2	8	8,16	
	DUEÑA DE CASA	54	55,1	50	51,02	

*Se aplicó el t de Student para las variables continuas y y chi cuadrado para las variables categóricas.

MATERIAL EDUCATIVO

Todos los pacientes recibieron los siguientes materiales:

- Folleto con información de medicamentos (anexo VII).
- Folleto de seguimiento de medicaciones (anexo VIII).
- Folleto de recomendaciones al paciente con polifarmacia (anexo IX).
- Láminas educativas (anexo X).
- Tríptico "Consejos para la utilización de sus medicamentos" (anexo XI).
- Tríptico "Consejos para mejorar su salud cardiovascular" (anexo XII).

NIVEL DE ESCOLARIDAD

Entre el grupo intervenido y el control no se observaron diferencias estadísticamente significativas con relación al nivel de escolaridad alcanzado por los pacientes. El mayor número de pacientes tanto del grupo intervenido como del grupo control presentaban una educación primaria completa o incompleta, 68 (69,39%) pacientes en el caso del grupo intervenido y 74 (75,51%) pacientes en el grupo control (Tabla 3.2).

HÁBITOS DE VIDA

Entre el grupo intervenido y el grupo control no existen diferencias estadísticamente significativas con relación a los hábitos de vida de los pacientes. El sedentarismo y el seguimiento de la dieta son los dos hábitos que se presentan con mayor regularidad en ambos grupos (Tabla 3.2).

ANTECEDENTES FAMILIARES

Entre el grupo intervenido y el grupo control no existen diferencias estadísticamente significativas con relación a los pacientes con antecedentes familiares de alguna ECV. En ambos grupos podemos observar que los antecedentes maternos de HTA y DM conocidos son los que más prevalecen (Tabla 3.2).

PREVISIÓN

Todos los pacientes, tanto los del grupo intervenido como del control, pertenecían a FONASA.

CONDICIONES DE VIDA

Entre el grupo intervenido y el grupo control no existen diferencias con relación a si los pacientes vivían solos o acompañados. En ambos casos 95 (96,94%) pacientes vivían acompañados.

IDENTIFICACIÓN LABORAL

Entre el grupo intervenido y el grupo control no existen diferencias estadísticamente significativas con relación al desempeño laboral de los pacientes. Cabe señalar que la mayor proporción de pacientes eran dueñas de casa en ambos grupos (Tabla 3.2).

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Entre el grupo intervenido y el grupo control no existen diferencias estadísticamente significativas con relación al número de medicamentos prescritos a los pacientes.

Los fármacos más comunes eran los antitrombóticos/antiplaquetarios, los diuréticos y los IECA.

El total de medicamentos prescritos fue de 291 para el grupo intervenido y de 299 para el grupo control. El número de fármacos promedio por paciente fue de $2,96 \pm 0,76$ medicamentos y para el grupo control de $3,05 \pm 0,66$ medicamentos, siendo similares en ambos casos (Tabla 3.3).

Tabla 3.3. Medicamentos prescritos al grupo intervenido y al grupo control.

MEDICAMENTOS		GRUPO INTERVENIDO (n=98)		GRUPO CONTROL (n=98)	
GRUPO TERAPEUTICO	FARMACO	n	%	n	%
ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS/ANTITROMBÓTICOS	ASPIRINA	88	89,8	82	83,67
DIURÉTICOS	HIDROCLOROTIAZIDA	61	62,24	56	57,14
	FUROSEMIDA	5	5,1	11	11,22
AHORRADORES DE POTASIO	ESPIRONOLACTONA	2	2,04	1	1,02
GLUCÓSIDOS	DIGOXINA	0	0	4	4,08
IECA	ENALAPRIL	71	72,45	68	69,39
BETA-BLOQUEADORES	ATENOLOL	30	30,61	32	32,65
	PROPANOLOL	5	5,1	9	9,18
BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO	NIFEDIPINO	10	10,2	14	14,29
	NITRENDIPINO	1	1,02	0	0
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA AT1	LOSARTÁN	17	17,35	19	19,39
	VALSARTÁN	1	1,02	0	0
NITRATOS	ISOSORBIDA DINITRATO	0	0	1	1,02
	NITROGLICERINA	0	0	2	2,04
TOTAL DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS		291		299	
X MEDIA ± D.E.		2,96 ± 0,76		3,05 ± 0,66	

PACIENTES COMPENSADOS Y PACIENTES DESCOMPENSADOS

Al final del PAF se observó que del total de pacientes intervenidos 51 lograron compensarse y en el grupo control 10 encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre el grupo intervenido y el grupo control con relación al número de pacientes compensados ($p < 0,0001$).

CUESTIONARIO DE PATOLOGÍA Y MEDICAMENTOS

Existen diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes compensados y descompensados en el grupo intervenido con relación a los resultados del cuestionario de Patología y Medicamentos tanto al inicio como al final del PAF (Tabla 3.4).

Esta encuesta no fue aplicada al grupo control.

Tabla 3.4. Resultados de las encuestas de conocimientos sobre la patología y los medicamentos aplicadas al grupo intervenido al inicio y al final del PAF.

GRUPO INTERVENIDO (n=98)**	ENCUESTA INICIAL																p*
	PREGUNTA 1		PREGUNTA 2		PREGUNTA 3		PREGUNTA 4		PREGUNTA 5		PREGUNTA 6		PREGUNTA 7		PREGUNTA 8		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
COMPENSADOS (n=51)	47	92,16	22	43,14	44	86,27	46	90,20	42	82,35	48	94,12	14	27,45	51	100,00	0,005
DESCOMPENSADOS (n=47)	42	89,36	7	14,89	33	70,21	36	76,60	34	72,34	37	78,72	11	23,40	45	95,74	
GRUPO INTERVENIDO (n=98)	ENCUESTA FINAL																p*
	PREGUNTA 1		PREGUNTA 2		PREGUNTA 3		PREGUNTA 4		PREGUNTA 5		PREGUNTA 6		PREGUNTA 7		PREGUNTA 8		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
COMPENSADOS (n=51)	51	100,00	46	90,20	49	96,08	46	90,20	48	94,12	50	98,04	43	84,31	51	100,00	0,011
DESCOMPENSADOS (n=47)	44	93,62	32	68,09	40	85,11	36	76,60	35	74,47	42	89,36	19	40,43	46	97,87	

*Se aplicó la t de Student para datos pareados empleando el resultado final para cada encuesta

**Se refiere al grupo intervenido analizado al final del PAF, siendo el grupo compensado y descompensado el observado al término del mismo

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN HTA (CHAL)

Existen diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes compensados y descompensados del grupo intervenido con relación al cuestionario de calidad de vida en su estado de ánimo y manifestaciones somáticas al inicio y al final del PAF (Tabla 3.5).

Este cuestionario no se aplicó al grupo control.

Tabla 3.5. **Resultados de las encuestas de calidad de vida aplicadas al inicio y al final del PAF al grupo intervenido.**

CALIDAD DE VIDA		COMPENSADOS	DESCOMPENSADOS	p
ESTADO DE ANIMO	INICIAL	30,63 ± 9,53	34,85 ± 6,86	0,039
	FINAL	24,00 ± 6,71	28,04 ± 7,36	0,021
MANIFESTACIONES SOMATICAS	INICIAL	26,16 ± 7,23	31,19 ± 6,53	0,003
	FINAL	21,08 ± 6,41	26,36 ± 6,97	0,002

AUTOCONTROL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Para que los pacientes conocieran y practicara autocontrol llevaron un registro diario de la toma de sus distintos medicamentos en su casa. Esto se realizó a través de una ficha (anexo VIII) diseñada para que fuese llenada por ellos. Esta ficha se entregó en cada sesión para que se llenara semanalmente y se les solicitó que fuesen guardadas y entregadas en la sesión siguiente para su posterior análisis.

CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO (TEST DE MORISKY-GREEN-LEVINE)

El cuestionario para evaluar la adherencia al tratamiento de los pacientes del grupo intervenido evidenció que tanto los pacientes compensados como los no compensados al final del PAF mejoraron su adherencia mostrando diferencias estadísticamente significativas entre el cuestionario aplicado al inicio y al final del Plan (Tabla 3.6).

Los pacientes del grupo control no realizaron este cuestionario.

Tabla 3.6. Resultados de las encuestas de adherencia al tratamiento aplicadas al inicio y al final del PAF al grupo intervenido (Test de Morisky-Green-Levine).

GRUPO INTERVENIDO (n=98)*	ADHERENCIA				p
	INICIAL		FINAL		
	n	%	n	%	
COMPENSADOS (n=51)	29	56,86	49	96,08	<0,0001
DESCOMPENSADOS (n=47)	24	51,06	33	70,21	0,0018

*Se refiere al grupo intervenido analizado al final del PAF, siendo el grupo compensado y descompensado el observado al término del mismo

PRESIONES ARTERIALES AL INICIO Y AL FIN DEL PAF

Las PA fueron medidas al inicio y al final del PAF a los pacientes del grupo intervenido y el grupo control y, en ambos casos se encontraron disminuciones tanto de la PAS como de la PAD.

En los pacientes intervenidos y en los del grupo control las diferencias entre la PAS inicial y la PAD fueron estadísticamente significativas (Tablas 3.7 y 3.8).

Tabla 3.7. Resultados de las medidas de PA en el grupo intervenido al inicio y al final del PAF.

CARACTERISTICA	INICIAL	FINAL	p
PRESIÓN SISTÓLICA	157,37 ± 1,64	137,26 ± 1,95	<0,0001
PRESIÓN DIASTÓLICA	88,58 ± 1,04	81,05 ± 1,00	<0,0001

Tabla 3.8. Resultados de las medidas de PA en el grupo control al inicio y al final del PAF.

CARACTERISTICA	INICIAL	FINAL	p
PRESIÓN SISTÓLICA	156,47 ± 1,43	150,16 ± 1,99	0,004
PRESIÓN DIASTÓLICA	89,91 ± 1,07	86,62 ± 0,80	0,003

Sin embargo, al comparar los resultados obtenidos para las medidas de PA entre los pacientes el grupo intervenido y el grupo control, se observó que aunque la PAS y la PAD inicial de ambos grupos no mostraron diferencias estadísticamente significativas, las PAS y PAD obtenidas al final del PAF si tuvieron diferencias estadísticamente significativas (Tabla 3.9).

Tabla 3.9. Comparación de los resultados de las medidas de PA entre el grupo intervenido y el grupo control al inicio y al final del PAF.

CARACTERISTICA	GRUPO INTERVENIDO	GRUPO CONTROL	p
PRESIÓN SISTÓLICA INICIAL	157,37 ± 1,64	156,47 ± 1,43	0,68
PRESIÓN DIASTÓLICA INICIAL	88,58 ± 1,04	89,91 ± 1,07	0,37
PRESIÓN SISTÓLICA FINAL	137,26 ± 1,95	150,16 ± 1,99	<0,0001
PRESIÓN DIASTÓLICA FINAL	81,05 ± 1,00	86,62 ± 0,80	0,0004

PRM PRESENTES Y POTENCIALES DETECTADOS

Durante el estudio se observó en el grupo intervenido un total de 236 PRM presentes y de 92 PRM potenciales según la clasificación de Hepler y Strand (Tabla 3.10).

“El paciente no recibe el medicamento” fue el PRM presente más frecuente (90).

“Las indicaciones no tratadas” y “El paciente no recibe el medicamento” fueron los PRM potenciales que más se observaron con una frecuencia de 32 en ambos casos.

En los hombres y las mujeres compensados y en las mujeres descompensadas el PRM presente más frecuente fue “El paciente no recibe el medicamento”, mientras en los hombres descompensados fue “Empleo de medicamentos sin indicación”.

En los hombres y las mujeres compensados, así como en los hombres compensados el PRM potencial detectado con más frecuencia fue “Indicaciones no tratadas”, mientras en las mujeres descompensadas el PRM presente más frecuente fue “El paciente no recibe el medicamento”.

Tabla 3.10. PRM detectados en el grupo intervenido según la clasificación de Hepler y Strand durante la realización del PAF.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS (PRM) SEGÚN CLASIFICACIÓN DE HEPLER Y STRAND		GRUPO INTERVENIDO (n=98)											
		COMPENSADOS (n=51)						DESCOMPENSADOS (n=47)					
		HOMBRES (n=15)		MUJERES (n=36)		TOTAL		HOMBRES (n=8)		MUJERES (n=39)		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Indicaciones no tratadas.	PRESENTE	1	1,96	4	7,84	5	9,80	2	4,26	9	19,15	11	23,41
	POTENCIAL	2	3,92	6	11,76	8	15,68	3	6,38	5	10,64	8	17,02
Selección de medicamento inadecuada.	PRESENTE	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2,13	1	2,13
	POTENCIAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dosis subterapéuticas.	PRESENTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	POTENCIAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
El paciente no recibe el medicamento.	PRESENTE	7	13,73	16	31,37	23	45,10	4	8,51	18	38,3	22	46,81
	POTENCIAL	1	1,96	2	3,92	3	5,88	2	4,26	11	23,4	13	27,66
Sobredosificación.	PRESENTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	POTENCIAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Reacciones adversas a medicamentos.	PRESENTE	1	1,96	11	21,57	12	23,53	2	4,26	8	17,02	10	21,28
	POTENCIAL	0	0	0	0	0	0	0	0	5	10,64	5	10,64
Interacciones de medicamentos.	PRESENTE	0	0	1	1,96	1	1,96	6	12,77	8	17,02	14	29,79
	POTENCIAL	0	0	0	0	0	0	2	4,26	2	4,26	4	8,52
Empleo de medicamentos sin indicación.	PRESENTE	0	0	2	3,92	2	3,92	7	14,89	10	21,28	17	36,17
	POTENCIAL	0	0	0	0	0	0	2	4,26	3	6,38	5	10,64

MANEJO DE LOS PRM

Las acciones generales realizadas para cada uno de los PRM presentes encontrados se señalan a continuación:

- Indicaciones no tratadas (32) ▶ acción▶▶ Se deriva al médico tratante (16)
- Selección de medicamento inadecuada (2) ▶ acción▶▶ Se conversa con el equipo médico y se sugieren alternativas (1)
- El paciente no recibe el medicamento (90) ▶ acción▶▶ Reforzamiento del cumplimiento de terapia (29)
- Reacciones adversas a medicamentos (44) ▶ acción▶▶ Se conversa con el equipo médico y se sugieren alternativas (17)
- Interacciones de medicamentos (30) ▶ acción▶▶ Se le indica que debe ingerir los medicamentos antes, con o después de los alimentos, o que debe cambiar los horarios en la toma de los mismos (12)
- Empleo de medicamentos sin indicación (38) ▶ acción▶▶ Se le sugiere suspender medicamento y consultar a un médico (10)

Además de estas indicaciones se les realizaron indicaciones específicas respecto de su patología y medicamentos que tuviesen relación con el PRM detectado.

Para los PRM potenciales se educó al paciente y su familia con el fin de prevenirlos.

PRM PRESENTES SOLUCIONADOS

Las indicaciones no tratadas fueron resueltas en 1 paciente hombre compensado (1,96%), 2 pacientes hombres descompensados (4,26%), 4 pacientes mujeres compensadas (7,84%) y 9 pacientes mujeres descompensadas (19,15%) (Tabla 3.11).

Se corrigió la selección de medicamento errónea en 1 paciente mujer descompensada (2,13%) (Tabla 3.11).

Recibieron medicamentos para tratar sus patologías 6 pacientes hombres compensados (11,76%), 2 pacientes hombres descompensados (4,26%), 14 pacientes mujeres compensadas (27,45%) y 7 pacientes mujeres descompensadas (14,89%) (Tabla 3.11).

Se solucionaron las RAM en 1 paciente hombre compensado (1,96%), 1 paciente hombre descompensado (2,13%), 9 pacientes mujeres compensadas (17,65%) y 6 pacientes mujeres descompensadas (12,77%) (Tabla 3.11).

Se evitaron las interacciones medicamentosas en 5 pacientes hombres descompensados (10,64%), 1 paciente mujer compensada (1,96%) y 6 pacientes mujeres descompensadas (12,77%) (Tabla 3.11).

En total, 4 pacientes hombres descompensados (8,51%), 1 paciente mujer compensada (1,96%) y 5 pacientes mujeres descompensadas (10,64%) dejaron de emplear medicamentos sin indicación (Tabla 3.11).

Tabla 3.11. PRM resueltos en el grupo intervenido según la clasificación de Hepler y Strand durante la realización del PAF.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS (PRM) RESUELTOS SEGÚN CLASIFICACIÓN DE HEPLER Y STRAND	GRUPO INTERVENIDO (n=98)							
	COMPENSADOS (n=51)				DESCOMPENSADOS (n=47)			
	HOMBRES (n=15)		MUJERES (n=36)		HOMBRES (n=8)		MUJERES (n=39)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Indicaciones no tratadas.	1	1,96	4	7,84	2	4,26	9	19,15
Selección de medicamento inadecuada.	0	0	0	0,00	0	0	1	2,13
Dosis subterapéuticas.	0	0	0	0,00	0	0	0	0
El paciente no recibe el medicamento.	6	11,76	14	27,45	2	4,26	7	14,89
Sobredosificación.	0	0	0	0,00	0	0	0	0
Reacciones adversas a medicamentos.	1	1,96	9	17,65	1	2,13	6	12,77
Interacciones de medicamentos.	0	0	1	1,96	5	10,64	6	12,77
Empleo de medicamentos sin indicación.	0	0	1	1,96	4	8,51	5	10,64

INDICADORES DE ACTIVIDAD

Con el objeto de medir los resultados obtenidos durante la realización del PAF se midieron los siguientes indicadores:

TIEMPO PROMEDIO QUE PARTICIPARON LOS PACIENTES EN EL PAF

1. Fórmula: $\frac{\sum(\text{Número de pacientes incluidos} \times \text{Número de meses seguidos})}{\text{Número de pacientes incluidos}}$
Numerador: Sumatoria del número de pacientes incluidos multiplicado por el número de meses de participación en el PAF
Denominador: Número de pacientes incluidos
Tipo de Indicador: de Proceso
Responsable de la Medición: Eduardo Delgado
Fuente de Información: Pacientes incluidos, tiempo de participación en el PAF
Objetivo del Indicador: Obtener el tiempo de participación promedio de los pacientes incluidos
Estándar: 4 meses por paciente
Resultado: $(42 \times 5 + 56 \times 4)/98 = 4,43$ meses por paciente

MEJORA EN EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

1. Fórmula: $\frac{(\text{Pacientes adherentes al final} - \text{Pacientes adherentes al inicio})}{\text{Número de pacientes incluidos en el PAF}} \times 100$
Numerador: Diferencia del número de pacientes que cumplen el test de Morisky-Green-Levine entre el final y el inicio del PAF
Denominador: Número de pacientes incluidos
Tipo de indicador: de Resultado
Responsable de la Medición: Eduardo Delgado
Fuente de Información: Datos obtenidos del Cuestionario de Valoración del Grado de Cumplimiento (test de Morisky-Green-Levine)
Objetivo del Indicador: Obtener el porcentaje de pacientes que se han adherido al tratamiento gracias al PAF
Estándar: 25%
Resultado: $(82 - 53)/98 \times 100 = 29,59\%$

MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE

1. Fórmula: Puntaje promedio al inicio – Puntaje promedio al final

Tipo de indicador: de Resultado

Responsable de la Medición: Eduardo Delgado

Fuente de Información: Datos obtenidos del Cuestionario de Calidad de Vida (CHAL)

Objetivo del Indicador: Obtener el puntaje promedio de mejora en la calidad de vida de los pacientes incluidos al PAF

Estándar: 5 puntos promedio

Resultado: $59,06 - 52,38 = 6,68$ puntos promedio

MEJORA DE LOS CONOCIMIENTOS DEL PACIENTE

1. Fórmula: Puntaje promedio al final – Puntaje promedio al inicio

Tipo de indicador: de Resultado

Responsable de la Medición: Eduardo Delgado

Fuente de Información: Datos obtenidos del Cuestionario de Patología y Medicamentos

Objetivo del Indicador: Obtener el puntaje promedio de mejora en los conocimientos sobre patología y medicamentos de los pacientes incluidos al PAF

Estándar: 1 punto promedio

Resultado: $6,92 - 5,70 = 1,22$ puntos promedios

DETECCIÓN Y SOLUCIÓN DE PRM DE LOS PACIENTES INCLUIDOS AL PAF

1. Fórmula: $\text{Número de PRM solucionados} / \text{Número de PRM detectados} \times 100$
Numerador: Promedio de PRM solucionados por paciente al final del PAF
Denominador: Promedio de PRM encontrados por paciente al inicio del PAF
Tipo de indicador: de Resultado
Responsable de la Medición: Eduardo Delgado
Fuente de Información: Datos obtenidos del paciente, clasificación de PRM según clasificación de Hepler y Strand
Objetivo del Indicador: Obtener el porcentaje de solución de los PRM encontrados en los pacientes incluidos al PAF
Estándar: 70%
Resultado: $85/118 \times 100 = 72,03\%$

MEJORA EN LOS VALORES DE PA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS

1. Fórmula: $\text{Número de pacientes compensados intervenidos al final del PAF} / \text{Número de pacientes incluidos} \times 100$
Numerador: Número de pacientes compensados al final del PAF incluidos en el mismo
Denominador: Número de pacientes incluidos
Tipo de indicador: de Resultado
Responsable de la Medición: Eduardo Delgado
Fuente de Información: Datos obtenidos de la medición de la PA en los pacientes incluidos
Objetivo del Indicador: Obtener el porciento de pacientes compensados intervenidos al final del PAF
Estándar: 40%
Resultado: $51/98 \times 100 = 52,04\%$

2. Fórmula: $\frac{\text{Número de pacientes compensados del grupo control al final del PAF}}{\text{Número de pacientes del grupo control}} \times 100$
Numerador: Número de pacientes compensados del grupo control al final del PAF
Denominador: Número de pacientes del grupo control
Tipo de indicador: de Resultado
Responsable de la Medición: Eduardo Delgado
Fuente de Información: Datos obtenidos del CESFAM
Objetivo del Indicador: Obtener el porcentaje de pacientes compensados del grupo control al final del PAF
Estándar: 15%
Resultado: $10/98 \times 100 = 10,20\%$

3. Fórmula: $\text{Porcentaje promedio de pacientes compensados del grupo intervenido} - \text{Porcentaje promedio de pacientes compensados del grupo control}$
Tipo de indicador: de Resultado
Responsable de la Medición: Eduardo Delgado
Fuente de Información: Datos obtenidos del CESFAM, datos obtenidos de la medición de la PA en los pacientes incluidos
Objetivo del Indicador: Obtener la diferencia porcentual de compensación entre los pacientes incluidos en el PAF y el grupo control
Estándar: 25%
Resultado: $52,04\% - 10,20\% = 41,84\%$

IV. DISCUSIÓN

Para lograr que los pacientes utilicen correctamente sus medicamentos no basta con explicarlo sólo en forma verbal, es fundamental la educación práctica y la presentación de material escrito (láminas educativas, folleto de recomendaciones al paciente, folleto con información de sus medicamentos) para la obtención de buenos resultados. Lo anterior lleva a destacar que el Químico Farmacéutico debe encontrarse capacitado para educar a los pacientes en el uso correcto de los medicamentos.

La ficha utilizada para la recolección de datos del paciente es una buena herramienta para poder visualizar en que ambiente están inmersos los pacientes que se incluyen en el programa de AF a implementar, del cual se pueden extrapolar datos muy importantes que brindan respuesta a los diferentes problemas encontrados.

Complementando la ficha de recolección de datos, también se utilizó una pauta de evaluación de estado general del paciente, que enfoca su objetivo hacia la detección de la periodicidad de los controles médicos; así como, a conocer en que lugares se atienden los pacientes intervenidos, entre otros.

Las características de la población incluida y control eran similares evidenciando signos de pertenecer a un sector clase media bajo, lo que se condice con la realidad del sector donde se efectuó el trabajo, siendo importante destacar que todos pertenecían a FONASA.

Con respecto a los hábitos de vida el sedentarismo se muestra como el FR CV más frecuente. La falta de tiempo e interés, y el trabajo doméstico son las razones argumentadas por los pacientes para no realizar actividad física. Por otra parte, más de la mitad de los pacientes asegura seguir la dieta recomendada por el nutricionista.

Los antecedentes familiares son un FR CV no modificable de gran importancia. En relación al padre y/o la madre se correlaciona de forma significativa, la prevalencia de HTA es superior entre familiares de hipertensos; lo que se demuestra en los resultados obtenidos, resultando más significativos los antecedentes maternos.

Los medicamentos prescritos se concentran fundamentalmente en 3 categorías: antiagregantes plaquetarios/antitrombóticos, diuréticos e IECA tanto en el grupo intervenido como en el grupo control. El antiagregante plaquetario/antitrombótico prescrito era la aspirina, presente en 88 prescripciones a pacientes intervenidos y en 82 en pacientes del grupo control; los diuréticos fueron la hidroclorotiazida y la furosemida, prescritos en 61 y 5 pacientes intervenidos y en 56 y 11 pacientes del grupo control, respectivamente; y el IECA prescrito fue el enalapril con 71 prescripciones en el grupo intervenido y 68 en el grupo control. Estos resultados eran esperados ya que todos los pacientes pertenecían al régimen de GES ⁽¹²⁾ y estos medicamentos se encuentran en la canasta que sugieren las Guías clínicas ⁽⁸⁾.

Al final del estudio en el grupo intervenido lograron compensarse 51 pacientes y en el grupo control 10, lo cual demuestra la relevancia de la realización del PAF. De la misma forma logró mejorarse sus conocimientos acerca de la patología y los medicamentos y su adherencia al tratamiento lo cual podría influir en estos resultados, y que podrían también haber repercutido en la mejora en la calidad de vida.

Para medir la adherencia y enseñar autocontrol a los pacientes intervenidos se les facilitó una ficha semanal para indicar si ingirieron o no sus medicamentos. Este folleto fue entregado por los pacientes en la última sesión. Estos resultados obtuvieron una mejoría paulatina llegando casi al completo llenado por parte de los pacientes. También en relación a este punto vemos que cambia en forma considerable la importancia de cumplir el tratamiento, factor que puede ser muy importante en pacientes hipertensos. Lo primordial en este programa fue mejorar puntos críticos en el cumplimiento de la terapia. Cabe señalar que es de suma importancia la mantención de este programa de apoyo constante al paciente con el fin de fidelizar el tratamiento y mejorarlo en el tiempo ⁽³¹⁾.

Todos los pacientes del grupo intervenido mostraron una PAS igual o superior a 140 mmHg y una PAD igual o superior a 90 mmHg en la primera sesión. En el caso del grupo control, según datos obtenidos de la Base de Datos del CESFAM, se mostraba la misma tendencia.

Ambos grupos parten con una PAS y una PAD inicial similar, sin embargo al finalizar el estudio las diferencias entre las PA de ambos grupos son estadísticamente significativas ($p < 0,0001$ y $p = 0,0004$ respectivamente).

Para la última sesión, se había logrado disminuir estos valores en la mayoría de los pacientes intervenidos, aunque no todos lograron compensarse. Cabe notar que en el grupo control muchos de los valores iniciales de PA se mantienen después de 5 meses de tratamiento.

Estudios realizados en pacientes hipertensos en Portugal en farmacia comunitaria empleando PAF, muestran una reducción muy significativa de la PA en el grupo de intervención, no viéndose esto en el grupo control ⁽²⁰⁾.

Se resolvieron algunos de los PRM encontrados (“Indicaciones no tratadas”, “Selección de medicamento inadecuada”, “El paciente no recibe el medicamento”, “Reacciones adversas a medicamentos”, “Interacciones de medicamentos” y “Empleo de medicamentos sin indicación”), y se instruyó al paciente y sus familiares, así como al personal sanitario para evitar los PRM potenciales. La resolución de los PRM no hubiera sido posible sin una correcta y constante comunicación con el equipo médico que en todo momento fue de inestimable ayuda.

No se realizó un ensayo clínico randomizado, introduciendo sesgos en el estudio. Los pacientes incluidos en el PAF participaron de forma voluntaria lo cual conlleva a que sean más cumplidores, sin embargo los pacientes del grupo control se seleccionaron a partir de una lista provista por el CESFAM de forma tal que no existieran diferencias de género y fueran semejantes los rangos etéreos.

Este es uno de los primeros estudios de AF desarrollados en Chile en APS, aunque aparecen publicados trabajos pero sólo en farmacias comunitarias ⁽³¹⁾. Es importante destacar que en Chile aún no están dadas las condiciones socioeconómicas que permitan desarrollar estos planes a futuro, y que es nuestra labor difundirlo, practicarlo y divulgarlo.

Estos resultados presentan al Químico Farmacéutico una importante oportunidad de cubrir esta necesidad social del incumplimiento farmacoterapéutico y PRM de los pacientes ya que su actividad profesional favorece el cumplimiento y en consecuencia se disminuirían problemas de salud ^(32,33,34). Además se ha demostrado que la presencia de PRM se asocia con más ingresos hospitalarios y, por ende, con mayores costos asociados con el uso de los fármacos ⁽³⁵⁾.

Los pacientes que padecen enfermedades crónicas muchas veces ven que su farmacoterapia no es efectiva, esto debido a que no siguen correctamente su tratamiento ya sea por olvido o desconocimiento. En muchas ocasiones su patología se agrava a pesar de adherirse al tratamiento, todo esto hace que muchos abandonen su terapia y recaigan con más gravedad. Por estas y otras razones es importante que el Químico Farmacéutico eduque constantemente al paciente sobre sus patologías, factores desencadenantes y función de los medicamentos, sólo así estos pacientes mantendrán controlada su enfermedad y mejorarán su calidad de vida ⁽³¹⁾.

V. CONCLUSIONES

En relación a los resultados obtenidos en el PAF aplicado a pacientes hipertensos descompensados en el CESFAM se puede concluir lo siguiente:

1. El PAF diseñado e implementado resultó ser efectivo ya que se lograron los objetivos propuestos.
2. Se observó una mejora en los parámetros evaluados en los pacientes intervenidos. Los pacientes, en promedio, lograron disminuir los valores de PA, lográndose incluso compensar a un gran porcentaje (52,04%) de ellos entre la primera y última sesiones en los 4 meses de seguimiento. En ambos grupos se observa un descenso de la PAS y PAD (20,1 y 7,5 mmHg respectivamente para el grupo intervenido y 6,3 y 3,3 mmHg respectivamente para el grupo control). Las diferencias estadísticamente significativas entre los valores de PA inicial y final del grupo intervenido y el grupo control demuestran que la intervención realizada fue efectiva.
3. Puede afirmarse que los programas de educación son importantes puesto que mejoran los niveles de concientización, tratamiento y control de la HTA. El conocimiento adquirido por los pacientes intervenidos podría haber sido un factor clave en la adherencia al tratamiento de los mismos.
4. El aporte realizado en la detección y resolución de PRM permitió la vinculación con otros profesionales de la salud, además de mejorar la calidad de vida de los pacientes y educarlos ante la presencia de potenciales PRM.
5. Los resultados obtenidos en la calidad de vida relacionada con salud fueron los esperados, pudiendo mejorarse en más de 6 puntos promedio respecto de los valores obtenidos inicialmente.
6. El Químico Farmacéutico debe prepararse adecuadamente para saber detectar FR CV en los pacientes que asesora, proveer información farmacológica adecuada, seguir el uso de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos y educar al paciente para el correcto autocuidado de su salud.
7. El Químico Farmacéutico debe integrarse al equipo de salud, y pedir la colaboración de los mismos para la mejor implementación del PAF, además debe derivar a los pacientes al profesional indicado cuando corresponda.

8. Para evaluar la aplicación futura de este plan es necesario implementarlo en forma piloto en otras comunas o regiones del país, con la finalidad de contar con un número mayor de pacientes con sus respectivas realidades socioeconómicas, para así poder dimensionar realmente el impacto que tendría una aplicación masiva.
9. Estudios como éste destacan la labor del Químico Farmacéutico, como un profesional de la salud cercano y accesible a los pacientes.

VI. REFERENCIAS

1. Icaza G, Leiva E, Vásquez M, Nuñez L, Mujica V, Alarcón M, Moyano E, Palomo I. "Perfil Cardiovascular de adultos entre 18 y 74 años de la ciudad de Talca, 2005". Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Talca. Programa de Investigación de Factores de Riesgo de Enfermedades Cardiovasculares. Talca, 7, 2005.
2. Campillo R, González A. "Morbilidad Cardiovascular en el Adulto Mayor". Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17(6):540-4.
3. Heather AL, Arch GM, Dana EK, Charles JE, Brent ME. "Prehypertension and Cardiovascular Morbidity". *Annals of Family Medicine* 2005; 3:294-9.
4. Bembibre R, García C, Santos M. "Evaluación de un Programa para la atención de pacientes con enfermedad cerebrovascular". Rev Cubana Med 2002; 41(1):20-4.
5. Artaza O. "Reorientación de los programas de Hipertensión y Diabetes". División de Rectoría y Regulación Sanitaria. Departamento de Programas de las Personas. 2002. www.redsalud.gov.cl/archivos/saludcardiovascular (consultado el día 20 de Julio de 2008).
6. Kannel WB, McGee D, Gordon T. "A general cardiovascular risk profile: the Framingham Study". Am J Cardiol. 1976; 38:46-51.
7. Gómez F, García de Vinuesa S, Goicoechea M, Luño J. "Hipertensión arterial y riesgo cardiovascular en el anciano". Nefrología. Vol. XXIV. Número Extraordinario (I). 2004:21-3.
8. www.redsalud.gov.cl/temas_salud/cardiovasculares.html (consultado el día 20 de julio de 2008).
9. Lanas ZF, Del Solar JA, Maldonado BM. "Prevalencia de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en una población de empleados chilenos". Rev Med Chile, 2003; 131(2):129-34.
10. "Hipertensión arterial: Diagnóstico fácil, control difícil". Farma-atención. Área Cardiovascular. 2003, Marzo: 8.
11. Lama TA, Oliva PL. "Conceptos actuales en hipertensión arterial". Rev Med Chile, 2001; 129(1):107-14.
12. Ministerio de Salud, 2008. Garantías Explícitas en Salud (GES) [en línea]. www.ministeriodesalud.cl (consultado el día 20 de julio de 2008).

13. "La hipertensión, una patología con un bajo grado de cumplimiento". *Farmacología y Atención Primaria. Área Cardiovascular*. 2003, Marzo: 8.
14. Flores L, Segura C, Quesada MS, Hall V. "Seguimiento Farmacoterapéutico con el Método Dáder en un grupo de pacientes con hipertensión arterial". *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(3):154-7.
15. "7° Informe del Comité Nacional Conjunto en Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial". *Hipertensión*. 2003; 42:1206-52.
16. Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC). Adaptación española de la Guía Europea de prevención cardiovascular. Guía de prevención cardiovascular en la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2004; 34(8):427-32
17. Neal B, MacMahon S, Chapman N. "Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs". *Lancet*, 2000; 356:1955-64.
18. Galiana J, Gil M. "Fármacos antihipertensores". En: Flores J. "Farmacología Humana". 1997; 3ª ed. Masson, Barcelona.
19. Garção J, Cabrita J. Evaluation of a Pharmaceutical Care Program for Hypertensive patients in rural Portugal. *J Am Pharm Assoc* 2002; 42(6): 858-64.
20. Faus MJ, Amariles P, Martínez-Martínez F. "Atención Farmacéutica: conceptos, procesos y casos prácticos". Grupo de Investigación de Atención Farmacéutica (CTS-131). Universidad de Granada. 2008:109.
21. Colectivo de autores. "Manual de diagnóstico y tratamiento". Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2002:191.
22. "Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure". The Sixth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC-VI). *Arch Intern Med* 1997; 157:413-46.
23. "World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension". *J Hypertens* 1993; 11:905-18.

24. Dalfó i Baqué A, Badia i Llach X, Roca-Cusachs A., Aristegui I, Roset M. "Validación del cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL) para su uso en España. Relación entre variables clínicas y calidad de vida". *Aten Primaria*. 2000; 26:70-85.
25. Dalfó i Baqué A, Badia i Llach X, Roca-Cusachs A. "Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL)". *Aten Primaria*. 2002; 15 de Febrero. 29(2):116-21.
26. Vinaccia S, Quiceno JM, Gómez A, Montoya LM. "Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve". *Revista Diversitas. Perspectivas en Psicología*. 2007; 3(2): 203-11.
27. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986; 24:67-74.
28. Prado C, Kupek E, Mion D. "Validity of four indirect methods to measure adherence in primary care hypertensives". *Journal of Human Hypertension*. 2007; 21:579-84.
29. Ingaramo RA, Vita NA, Bendersky M, Arnolt M, Bellido C, Piskorz D, Lindstrom O, Marigliano E, García AF, Manzur R, Hauad S, Donatto A, Santana M. "National study on compliance to treatment". *Am J Hypertens*. 2005; 18:88.
30. Tapia JA. "Adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo en el Hospital de Chaitén". Tesis presentada como parte de los requisitos para optar al grado de licenciado en Enfermería. Universidad Austral de Chile. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería. 2005.
31. Soto P. Diseño e Implementación de un Plan de atención farmacéutica en pacientes con asma en farmacia privada. Unidad de práctica para optar al título de Químico Farmacéutico. Universidad de Chile, 2003.
32. Jiménez E. Incumplimiento como causa de problema relacionado con medicamentos en el seguimiento farmacoterapéutico. Tesis doctoral, Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. España, 2003.
33. Faus MJ, Fernández-Llimós F. Problemas Relacionados con Medicamentos: como factores de riesgo. *Seguim. Farmacoter*. 2003; 1(3):147-8.

34. Aguas Y, De Miguel E, Fernández-Llimós F. El seguimiento farmacoterapéutico como innovación en las farmacias comunitarias de Badajoz (España). *Seguim. Farmacoter.* 2004; 3(1): 10-6.
35. McDonnell P, Jacobs M. Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions. *Ann Pharmacother* 2002; 36(9): 1331-6.

ANEXO I



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CS. QCAS Y FARMACÉUTICAS**

Santiago, de de 2008.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DECLARACIÓN DEL PACIENTE

1. Acepto libremente participar de este Programa de Atención Farmacéutica desarrollada en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) "Alberto Bachelet" y que es parte de una práctica realizada conjuntamente con la Universidad de Chile. Me explicaron claramente los objetivos y estoy de acuerdo con ellos.
2. Estoy en conocimiento que este servicio de Atención Farmacéutica es gratuito durante el tiempo que dure el estudio y que tengo la libertad de abandonarlo cuando lo estime conveniente.
3. Me comprometo a que toda la información entregada por mí sea fidedigna y entiendo que esta es confidencial y no podrá ser entregada a terceros sin mi autorización.

NOMBRE

R.U.T.....

FIRMA DEL PACIENTE

ANEXO II



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CS. QCAS Y FARMACÉUTICAS.**

FICHA FARMACOTERAPÉUTICA DEL PACIENTE N°....

Estos datos serán confidenciales y sólo se utilizarán para evaluar la aplicación futura de este plan de AF.

1. CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA.

Nombre..... Sexo M..... F.....
Edad..... Altura..... Peso.....
Teléfono.....
Dirección.....

2. CARACTERIZACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA.

EDUCACIÓN

Básica incompleta....	Básica completa....
Media incompleta....	Media completa....
Universitaria incompleta....	Universitaria completa....
Técnica incompleta....	Técnica completa....

AREA DE TRABAJO.

Dependientes.... Independiente.... Cesante.... Dueña de casa....

Otro....Cuál?.....

ACCESO A SALUD.

Fonasa A.... Fonasa B.... Fonasa C.... Fonasa D.... Isapre....

Otro.... ¿Cuál?.....

ANTECEDENTES FAMILIARES

Personas que viven con el paciente.

Padres.... Hijos.... Esposo(a).... Amigos.... Solo.... Otro ¿Cuál?.....

Vive como:

Propietario.... Arrendatario.... Allegado.... Otro.... ¿Cuál?.....

Animales presentes.

Si.... ¿Cuál?..... No.....

3. CARACTERIZACIÓN DE HÁBITOS

Alcohol.

Nunca.... Social 1-2 veces / mes.... Semanal 1-2 veces.... Diariamente....

Varias veces al día....

Ejercicio.

Nunca.... 1 vez al mes.... 1 vez por semana.... 3 o más veces por semana....

Diariamente....

Dieta.

Vegetariano.... Come de todo.... Otra.... ¿Cuál?.....

Cigarrillo.

No es fumador.... Ex fumador.... Fumador.... ¿Cuántos?.....

4. CARACTERIZACIÓN DE SALUD.

Patologías.

Hipertensión.... Diabetes.... Osteoporosis.... Obesidad.... Artritis....

Otra... ¿Cuál?.....

Alergias.

Chocolates.... Pasto.... Ácaros.... Pelos de animal....

Medicamentos.... ¿Cuál?..... Alimentos.... ¿Cuál?.....

Otro.... ¿Cuál?..... No presenta alergias....

Antecedentes familiares de alguna enfermedad crónica.

Si....	No....	¿Cuál?.....	Tipo de parentesco.....
		¿Cuál?.....	Tipo de parentesco.....
		¿Cuál?.....	Tipo de parentesco.....
		¿Cuál?.....	Tipo de parentesco.....
		¿Cuál?.....	Tipo de parentesco.....

5. DATOS DE LOS PROFESIONALES QUE DERIVAN AL PACIENTE.

Nombre.....	Profesión.....

6. MEDICAMENTOS INDICADOS.

MEDICAMENTO	POSOLOGÍA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	FECHA INICIO	FECHA FIN
1-				
2-				
3-				
4-				
5-				
6-				
7-				
8-				
9-				
10-				

ANEXO III



**CUESTIONARIO
PATOLOGÍAS Y MEDICAMENTOS**

Nombre: _____

N° ficha: _____

1- ¿Sabe qué enfermedad padece?

Sí....

No....

Si su respuesta es afirmativa, explique brevemente esta enfermedad.

2- ¿Sabe qué tratamientos existen para su enfermedad?

Sí....

No....

Si su respuesta es afirmativa, explique brevemente él o los tratamientos que conoce.

3- ¿Sabe qué complicaciones presenta su enfermedad?

Sí....

No....

Si su respuesta es afirmativa, explique brevemente

- 4- Respecto a las horas de toma de sus medicamentos:
- a- Son las horas indicadas por su médico tratante
 - b- Ingiere todos sus medicamentos a la misma hora, no respetando las horas indicadas por su médico
 - c- Ingiere los medicamentos en las horas que más le acomodan
 - d- Ingiere sus medicamentos en períodos regulares para todos ellos, es decir cada 8, cada 6 horas por ejemplo.
 - e- Otras horas no especificadas anteriormente. Indique_____
- 5- ¿Qué hace en caso de no realizar una toma de sus medicamentos?
- a- Toma todas sus medicamentos juntos
 - b- Salta la horas de tomas hasta su próximo horario
 - c- Toma hasta el próximo día y regulariza sus tomas
 - d- No toma su medicamento y consulta su medico
 - e- Consulta a su Químico Farmacéutico, o algún servicio telefónico de información de medicamentos
- 6- Señale si sus medicamentos los ingiere antes, durante o después de algún alimento o bebida (señale cuáles son los medicamentos):

Medicamento	ALIMENTOS		
	Antes	Con	Des.

- 7- Respecto a sus medicamentos, ¿sabe qué función cumple cada uno de ellos?

Sí _____

No _____

Si su respuesta es afirmativa, explique brevemente que funciones cumplen.

- 8- Respecto a su tratamiento, ¿cree qué es importante cumplir con él?

Sí _____

No _____

Explique brevemente por qué.

ANEXO IV



PAUTA EVALUACIÓN GENERAL DEL PACIENTE

Nombre: _____

N° ficha: _____

1- ¿Cuál es su regularidad de controles médicos?

- a- Una vez al mes
- b- Cada tres meses
- c- Cada seis meses
- d- Una vez por año
- e- Otra regularidad de controles. Indique _____

2- ¿En qué lugar se controla?

- a- Hospital público
- b- Hospital privado o clínica
- c- Consultorio
- d- Centro médico privado
- e- Otro lugar de control. Indique _____

3- El tiempo de diagnóstico de su enfermedad es:

- a - un mes
- b- tres meses
- c- seis meses
- d- un año
- e- más de un año. Indique _____

4- ¿Cree que necesita mayor orientación respecto de su tratamiento de medicamentos y orientación relacionadas con su enfermedad?

Sí _____

No _____

Si su respuesta es afirmativa, en cuáles al parecer le gustaría ser orientado.

ANEXO V



CUESTIONARIO

CALIDAD DE VIDA (CHAL)

Nombre: _____

N° ficha: _____

- | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. ¿Ha tenido dificultades para conciliar el sueño? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 2. ¿Ha tenido sueños que le asustan o le son desagradables? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 3. ¿Ha pasado noches inquietas o intranquilas? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 4. ¿Se despierta y es incapaz de volverse a dormir? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 5. ¿Se despierta cansado? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 6. ¿Ha notado que tiene con frecuencia sueño durante el día? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 7. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas que realiza habitualmente? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 8. ¿Ha tenido dificultades en llevar a cabo sus actividades habituales (trabajar, tareas domésticas, estudiar)? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 9. ¿Ha perdido interés en su apariencia y aspecto personal? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 10. ¿Ha tenido dificultades para continuar con sus relaciones sociales habituales? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

11. ¿Se ha sentido insatisfecho con sus relaciones personales? 0 1 2 3
12. ¿Le ha resultado difícil entenderse con la gente? 0 1 2 3
13. ¿Siente que no está jugando un papel útil en la vida? 0 1 2 3
14. ¿Se siente incapaz de tomar decisiones y empezar nuevas cosas? 0 1 2 3
15. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión? 0 1 2 3
16. ¿Tiene la sensación de que es incapaz de superar sus dificultades? 0 1 2 3
17. ¿Tiene la sensación de que la vida es una lucha continua? 0 1 2 3
18. ¿Se siente incapaz de disfrutar de sus actividades habituales de cada día? 0 1 2 3
19. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado? 0 1 2 3
20. ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido? 0 1 2 3
21. ¿Ha perdido la confianza en usted mismo y cree que no vale nada? 0 1 2 3
22. ¿Ve su futuro con poca esperanza? 0 1 2 3
23. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no vale la pena vivirse? 0 1 2 3

24. ¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida? 0 1 2 3
25. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo? 0 1 2 3
26. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo? 0 1 2 3
27. ¿Teme decir cosas a la gente por temor a hacer el ridículo? 0 1 2 3
28. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas? 0 1 2 3
29. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo? 0 1 2 3
30. ¿Ha notado flojedad en las piernas? 0 1 2 3
31. ¿Cree que tiende a caminar más lentamente en comparación con las personas de su misma edad? 0 1 2 3
32. ¿Ha padecido pesadez o dolor de cabeza? 0 1 2 3
33. ¿Ha notado sensación de inestabilidad, mareos o que la cabeza se le va? 0 1 2 3
34. ¿Le cuesta concentrarse en lo que hace? 0 1 2 3
35. ¿Ha sufrido visión borrosa? 0 1 2 3
36. ¿Ha notado dificultades al respirar o sensación de falta de aire sin causa aparente? 0 1 2 3
37. ¿Ha tenido dificultad al respirar andando sobre terreno llano en comparación con personas de su edad? 0 1 2 3
38. ¿Ha padecido sofocos? 0 1 2 3

39. ¿Se le han hinchado los tobillos? 0 1 2 3
40. ¿Han aparecido deposiciones sueltas o líquidas (diarrea)? 0 1 2 3
41. ¿Nota que ha tenido que orinar más a menudo? 0 1 2 3
42. ¿Ha notado tos irritante o picor en la garganta? 0 1 2 3
43. ¿Ha notado sequedad en la boca? 0 1 2 3
44. ¿Ha notado que la nariz se le tapa a menudo? 0 1 2 3
45. ¿Ha tenido con frecuencia ganas de vomitar o vómitos? 0 1 2 3
46. ¿Ha padecido picores en la piel o le ha salido alguna erupción? 0 1 2 3
47. ¿Se le han puesto los dedos blancos con el frío? 0 1 2 3
48. ¿Ha disminuido su apetito? 0 1 2 3
49. ¿Ha aumentado de peso? 0 1 2 3
50. ¿Ha notado palpitaciones frecuentemente? 0 1 2 3
51. ¿Ha tenido dolor de cabeza? 0 1 2 3
52. ¿Ha notado dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo? 0 1 2 3
53. ¿Ha notado dolor muscular (cuello, extremidades, etc.)? 0 1 2 3

54. ¿Ha notado sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo? 0 1 2 3

55. ¿Ha notado que su deseo sexual es menor de lo habitual? 0 1 2 3

ANEXO VI



CUESTIONARIO VALORACIÓN DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO (TEST DE MORISKY-GREEN-LEVINE)

Nombre: _____
N° ficha: _____

1- ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?

Sí _____

No _____

2- ¿Toma los fármacos a la hora indicada?

Sí _____

No _____

3- Cuando se encuentra bien ¿Deja alguna vez de tomarlo?

Sí _____

No _____

4- Si alguna vez le sientan mal ¿Deja de tomar la medicación?

Sí _____

No _____

ANEXO VII



FOLLETO CON INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS

Nombre del paciente				
Diagnóstico del paciente				
Medicamento	Posología diaria	Acción del medicamento	Interacciones	Precauciones
Observaciones:				

ANEXO VIII



FICHA DE SEGUIMIENTO DE MEDICACIONES

Medicamento	ALIMENTOS			LUN.			MAR.			MIER.			JUE.			VIE.			SAB.			DOM.		
	Antes	Con	Des.	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
	Antes	Con	Des.	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
	Antes	Con	Des.	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
	Antes	Con	Des.	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
	Antes	Con	Des.	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
	Antes	Con	Des.	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
	Antes	Con	Des.	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
	Antes	Con	Des.	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
	Antes	Con	Des.	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
	Antes	Con	Des.	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
SEMANA DEL.....AL.....																								

◀RECUERDA▶

- NO DEJES LOS MEDICAMENTOS AL ALCANCE DE LOS NIÑOS.
- TOMA LOS MEDICAMENTOS A SU HORA.
- SACA SOLO LOS MEDICAMENTOS QUE VAS A TOMAR.

SÍMBOLOS

- √ me tomé la dosis.
- X lo olvidé o no pude.
- / No la tomé porque me sentía mal

ANTE CUALQUIER DUDA O CONSULTA NO OLVIDES PREGUNTAR A TU MÉDICO O QUÍMICO FARMACÉUTICO.

ANEXO IX



FOLLETO DE RECOMENDACIONES AL PACIENTE CON POLIFARMACIA

- En primer lugar, evitar la autoprescripción y la automedicación tan frecuente entre nuestra población. En caso de necesitar algún medicamento de libre venta se recomienda consultar a su médico o al Farmacéutico de la farmacia a la cual concurra.
- Revisar periódicamente las prescripciones realizadas supervisándolas, debido principalmente a la larga duración de los tratamientos prescritos.
- Retirar medicamentos que hayan perdido su indicación (fecha de vencimiento) y que en ocasiones se siguen tomando.
- En caso de experimentar algún tipo de malestar en la toma de sus medicamentos o presentar algún síntoma posterior a este, consultar a su médico tratante o Farmacéutico más cercano.
- Respecto de las recomendaciones que han sido entregadas por su médico, se sugiere que sean anotadas para evitar su posterior olvido, por ejemplo su agenda.
- Asistir en forma periódica a sus controles médicos, para tener una necesaria y correcta medicación.
- Separar la toma de los medicamentos que podrían interactuar, ya sean entre ellos o con los alimentos.
- Guardar en lugares adecuados los medicamentos, para que ellos mantengan sus condiciones óptimas.
- Mantener cada uno de sus medicamentos en sus envases respectivos, ello con la finalidad de no confundirlos.
- Se pueden usar calendarios de medicación o asociar la toma de una medicación con una tarea rutinaria que le recuerde que fármaco debe tomar.

ANEXO X



LÁMINAS EDUCATIVAS

Nombre paciente:

Nº de ficha.....

I- ¿POR QUÈ SE PRODUCE SU ENFERMEDAD?

II- IMPORTANCIA Y CONSECUENCIAS DE SU ENFERMEDAD.

III- ¿QUÈ FINALIDAD TIENE SU TRATAMIENTO DE MEDICAMENTOS?

IV- ¿POR QUÈ ES IMPORTANTE TOMAR EN FORMA CORRECTA SUS MEDICAMENTOS?

V- RECOMENDACIONES PARA SU PATOLOGÍA Y MEDICACIÓN.

ANEXO XI

Tríptico



■ ■ ■

CUANDO CONSULTE A SU MEDICO O FARMACEUTICO NO OLVIDE DECIR

- ✓ Si tiene otros problemas de salud.
- ✓ Si toma medicamentos, incluso vitaminas, hierbas, o suplementos, etc.
- ✓ Si tiene otros problemas de salud que no se hayan resuelto.
- ✓ Si tiene problemas de cómo manejar su enfermedad.
- ✓ Si debe ir al médico que le explico suscritos para que ajuste el medicamento y la dosis de acuerdo a sus necesidades.
- ✓ Tómese el tiempo necesario para hacer cualquier consulta y preguntas de interés.

En ocasiones sus necesidades con los medicamentos que utiliza, y el efecto que se produce.



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE QUÍMICA Y FARMACIA

■ ■ ■

EDUARDO DELGADO FUENTES

ESTUDIANTE
QUÍMICA Y FARMACIA
UNIVERSIDAD DE CHILE



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE QUÍMICA Y FARMACIA

CONSEJOS PARA LA UTILIZACIÓN DE SUS MEDICAMENTOS



CESFAM "Alberto Bachelet"
I.M. Conchali

El uso de los medicamentos es importante para resolver los problemas de salud logrando que usted se sienta mejor, pero si los toma incorrectamente su efecto ya no será el mismo.

USE BIEN LOS MEDICAMENTOS

- ✓ Tome **TODOS** sus medicamentos, siguiendo **EXACTAMENTE** las instrucciones del médico, en cuanto a qué debe tomar, cómo, con qué frecuencia, y en qué cantidad.
- Si ha olvidado alguna dosis, no trate de reemplazarla consumiendo una doble.
- No deje de tomar el medicamento prescrito, o retirelo lo antes posible antes de hablar con el médico.
- ✓ No deje los medicamentos, aunque mejor los síntomas.
- ✓ Pregúntele de qué todos los que usan con salud sepan qué tratamiento está tomando y el horario de administración.

■ ■ ■



- ✓ Tome sus fármacos antes de las comidas, al menos una hora antes de empezar a comer.
- Después de las comidas, no se debe comer nada que debiera esperar dos horas.
- ✓ Tome su medicación con un vaso de agua.

■ ■ ■

Si el medicamento le ocasiona efectos secundarios, no actúe por su cuenta: consulte a su médico o farmacéutico. Le pediremos encontrar otros medicamentos que no le causen problemas y le permitan tener controlada su enfermedad.

RECUERDE

- No tome los medicamentos recetados u otros personas, aunque tenga la misma afección, ni recomende los suyos.

Haga que sus medicamentos se conviertan en parte de su rutina diaria tomándolos en el mismo horario cada día, por ejemplo al levantarse, y guárdelos en un lugar que usted sea con frecuencia, fuera del alcance de los niños.



ANEXO XII

Tríptico

NO LO OLVIDE

Dated mismo puede "trabaja" para conseguir una buena salud y calidad de vida.

Las medidas fundamentales son:

- Llevar una alimentación saludable (consumo menor grasas, disminuir el consumo de sal y azúcar).
- Realizar ejercicio y mantener un peso saludable.
- Tomar sus medicamentos, tal y como le ha indicado el médico.

Por último es muy importante controlar periódicamente su presión arterial, glúcidos y sus niveles de colesterol y lipoproteínas.





UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS
CARRERA DE QUÍMICA Y FARMACIA

Consejos para Mejorar su Salud Cardiovascular



EDUARDO DELGADO FUENTES
ESTUDIANTE
QUÍMICA Y FARMACIA
UNIVERSIDAD DE CHILE



CESFAM "Alberto Bachelet"
I.M. Conchalí

✓ REVISÉ SU PRESIÓN ARTERIAL

La presión arterial es el punto de partida de cualquier enfermedad cardiovascular.

✓ VIGILE SU COLESTEROL

El colesterol es la grasa que ayuda a dar estructura a las células de nuestro cuerpo. Sin embargo, cuando se acumula en las paredes de los vasos sanguíneos puede provocar problemas.

- Colesterol total: menor de 200 mg/dL
- Colesterol HDL: mayor de 60 mg/dL
- Colesterol LDL: menor de 130 mg/dL
- Triglicéridos: menor de 150 mg/dL

✓ CONTROLE SU DIABETES

La diabetes es una enfermedad que afecta al cuerpo humano.

- Diabetes tipo 2: menor de 70 mg/dL
- Diabetes tipo 1: menor de 120 mg/dL

¡CUIDE SU PESO!

Para controlar su peso es necesario tener un balance energético. Esto se logra cuando los alimentos que ingerimos aportan la energía necesaria para mantener el cuerpo funcionando.



¡HAGA EJERCICIO!

El ejercicio regular tiene muchos beneficios:

- Disminuye el riesgo de desarrollar la enfermedad cardiovascular.
- Mejora el control de los niveles de azúcar en personas diabéticas y reduce el riesgo de complicaciones por mala administración de insulina en personas prediabéticas.
- Ayuda a controlar la tensión arterial y disminuye el riesgo de enfermedad coronaria y enfermedad cerebrovascular.
- Disminuye el riesgo de cáncer de colon y de mama.

Además, puede sentirse mejor, mejorar el sueño, reducir el estrés y mejorar el estado de ánimo.

¡ALIMENTESE EN FORMA SANA Y EQUILIBRADA!

Las dietas de colesterol pueden afectar al sistema circulatorio y provocar problemas por el tipo de alimentos que ingerimos. Es importante:

- Consumir alimentos que contengan grasas saludables que son esenciales para el funcionamiento normal del cuerpo.