

UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACÉUTICAS  
DEPARTAMENTO DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA FARMACÉUTICA



Educación sanitaria en la adherencia al tratamiento de  
pacientes pediátricos con enfermedad inflamatoria intestinal  
del Hospital Dr. Exequiel González Cortés

Informe final de Internado en Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica para  
optar al Título de Química Farmacéutica

Josefa Constanza Chávez Esparza

Supervisora

Prof. Elena Vega

Universidad de Chile

Monitora

Q.F. Andrea Campos

Hospital Dr. Exequiel González Cortés

## Dedicatoria

*A mi familia, y especialmente a quienes admiro*

*Gloria y Chissel*

## **Agradecimientos**

A todos quienes trabajan en el servicio de Farmacia Ambulatoria del Hospital Dr. Exequiel González Cortés, por su dedicación, compromiso, y por sobre todo el cariño y acogida que me dieron.

A Andrea Campos por el tiempo de trabajo juntas, además de agradecer su amistad y todo lo aprendido.

A la profesora Elena Vega por la dedicación y el apoyo que da a sus alumnos.

A todos quienes me han acompañado en este camino, los nuevos y las de siempre. Gracias amigos por todo.

A Soda Stereo y Gustavo Cerati por acompañarme en tantas horas de estudio.

A Diego por su apoyo incondicional y fundamental en mi vida.

A mi madre y hermanos, gracias por hacer esto posible y por siempre acompañarme junto a mi Clara.

Finalmente quisiera agradecer a los pacientes y sus madres, quienes se dieron el tiempo de participar en este estudio y valorarlo.

## Tabla de Contenido

Dedicatoria .....	ii
Agradecimientos.....	iii
Tabla de Contenido .....	iv
Índice de Tablas .....	v
Índice de Figuras.....	vi
Índice de Anexos.....	vii
Abreviaturas .....	viii
Resumen.....	ix
Abstract.....	xi
Introducción.....	1
Objetivos .....	7
General .....	7
Específicos.....	7
Metodología.....	8
Tipo de estudio .....	8
Criterios de Inclusión.....	8
Criterios de Exclusión .....	8
Etapas.....	8
Resultados .....	14
Descripción sociodemográfica .....	14
Caracterización farmacoterapéutico.....	17
Adherencia a los tratamientos.....	19
Discusión.....	27
Conclusión.....	33
Bibliografía .....	35
Anexos .....	41

## Índice de Tablas

Tabla 1: Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes incluidos en el estudio (n=13).....	15
Tabla 2: Conocimientos y hábitos de los pacientes respecto a su tratamiento (n=13).....	16
Tabla 3: Número de pacientes adherentes y no-adherentes al inicio y final del estudio, según Escala Visual Análoga con respecto a mesalazina. (n=12) .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla 4: Número de pacientes adherentes y no-adherentes al inicio y final del estudio, según Escala Visual Análoga con respecto a azatioprina.....	24
Tabla 5: Número de participantes y su percepción sobre la intervención educativa. (n=13) .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla 6: Número de participantes por cada respuesta sobre los resultados percibidos. (n=13).....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

|

## Índice de Figuras

Figura 1: Flujograma de actividades realizadas durante el estudio..... 13

Figura 2: Flujograma de reclutamiento de pacientes durante el estudio ... **¡Error!**

### **Marcador no definido.**

Figura 3: Número de pacientes y sus terapias farmacológicas al inicio del estudio (n=13)..... 18

Figura 4: Número de pacientes respecto a la frecuencia de administración de mesalazina oral (n=12)..... 19

Figura 5: Número de pacientes clasificados como adherentes y no-adherentes al inicio y al final del estudio según test de Haynes Sackett. (n=13)..... 20

Figura 6: Número de pacientes y adherencia inicial y final a mesalazina oral, según test de Morisky Green. (n=12) ..... 22

## Índice de Anexos

Anexo 1: Ficha de recolección de datos.....	41
Anexo 2: Cuestionarios de adherencia a la medicación.....	44
Anexo 3: Trípticos de recomendaciones generales para pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.....	46
Anexo 4: Encuesta de satisfacción del servicio farmacéutico.....	50
Anexo 5: Autorización Memorándum del Servicio de Salud Metropolitano Sur.....	52
Anexo 6: Consentimiento informado.....	54



## **Abreviaturas**

AIJ: Artritis Idiopática Juvenil

AT: Adherencia Terapéutica

CU: Colitis Ulcerosa

EC: Enfermedad de Crohn

EII: Enfermedad Inflamatoria Intestinal

EVA: Escala Visual Análoga

HEGC: Hospital Dr. Exequiel González Cortés

HS: Haynes Sackett

MG: Morisky Green

OMS: Organización Mundial de la Salud

RM: Región Metropolitana

SSMS: Servicio de Salud Metropolitano Sur

## Resumen

**Introducción:** Aproximadamente, un 30% de los casos de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) a nivel mundial aparecen antes de los 20 años de edad, la mayoría en la adolescencia. La adherencia terapéutica (AT) en los niños y adolescentes con enfermedades crónicas oscila entre 43% y 100%, con un promedio de 58% en los países desarrollados.

**Objetivo:** Evaluar el efecto de actividades de educación sanitaria en la AT de pacientes pediátricos con EII.

**Metodología:** Con la elaboración de una base de datos a partir de información proporcionada por ficha clínica, se buscó reclutar a 20 pacientes con diagnóstico de colitis ulcerosa (CU) o enfermedad de Crohn (EC) del HEGC durante un periodo de 6 meses, quienes fueron caracterizados sociodemográfica y mórbidamente. El desarrollo de material educativo fue revisado por el equipo médico del Servicio y fue aplicado en 2 intervenciones, con periodicidad mayor o igual a 1 mes, junto a métodos indirectos para medir adherencia: cuestionarios Haynes Sackett (HS), Morisky Green (MG) y Escala Visual Análoga (EVA). Finalizando el estudio, se aplicó una encuesta de valoración del servicio farmacéutico para conocer la percepción de los participantes sobre las intervenciones y los resultados obtenidos.

**Resultados:** De un total de veinte pacientes, 7 declinan participar del estudio, mientras que 13 pacientes fueron reclutados. El total del grupo en estudio tenía diagnóstico de CU, con mayor proporción de sexo masculino (9/13) y en su mayoría adolescentes (12/13). Además, dos pacientes presentaban como comorbilidad AIJ. Según lo evaluado por el test HS, la percepción de los pacientes sobre su dificultad para seguir el tratamiento farmacológico mejoró en 4 de los 5 pacientes con problemas al inicio de la investigación. El cuestionario MG evidenció la mejora en adherencia en 3 de 4 pacientes incumplidores al inicio del estudio con respecto a mesalazina. Además, un paciente con terapia biológica y metotrexato oral mejora su cumplimiento finalizando el estudio. Según EVA, la mayoría de los pacientes en estudio se cataloga como “adherente” al inicio y final del estudio. Entre las dificultades referidas por los participantes para seguir el tratamiento se encuentran olvidos, múltiples horarios de administración, polifarmacia, incomodidad para seguir el tratamiento frente a

sus pares. Por su parte, en la encuesta de valoración del servicio farmacéutico los 13 participantes dicen estar satisfechos con las intervenciones recibidas y reconocen la importancia de tomar su medicación.

**Conclusión:** Luego de la educación realizada, cuatro participantes mejoraron la adherencia terapéutica a su tratamiento principal. Aunque la intervención pudo ser un factor contribuyente en la mejoría del cumplimiento terapéutico, no se pudo concluir que este aumento se debiera a la educación sanitaria.

## Abstract

**Introduction:** Approximately, 30% of worldwide cases of inflammatory bowel disease (IBD) appear before the age of 20, mostly in the adolescence. Children and adolescents with chronic diseases show an adherence to treatment (AT) between 43% and 100%, with an average of 58% in developed countries.

**Objective:** To assess the effect in adherence to treatment of health education activities in pediatric patients with IBD.

**Method:** A database with the information from clinical records was created to recruit 20 patients with ulcerative colitis (UC) or Crohn's disease (CD) during a six months period. Sociodemographic and morbid data were obtained. The development of educational material was reviewed by the medical team of the service and applied in two interventions with periodicity greater than or equal to 1 month also indirect methods were used to measure adherence: Haynes Sackett (HS), Morisky Green (MG) and Visual Analogue Scale (VAS) questionnaires. At the end of the study, a pharmacist service assessment survey was applied to know the participant's perception about the interventions and the obtained results.

**Results:** Of a total of twenty patients, 7 declined to participate in the study, while 13 patients were recruited. The total of the study group had a diagnosis of UC, with a higher proportion of males (9/13) and mostly adolescents (12/13). In addition, two patients had ASJ comorbidity. According the HS evaluation, patient's perception of their difficulty to follow the drug treatment improves in 4 of 5 patients with problems at the beginning of the investigation. The MG questionnaire shows adherence improvement in 3 of 4 patients which refers being non-compliant with mesalazine at the beginning of the study. In addition, a patient with biological therapy and oral methotrexate improves his compliance at the end of the study. According to VAS, patients were "adherents" at the beginning and at the end of the study. The difficulties to follow the treatment referred by the participants were omission, multiple schedules of administration, polypharmacy and discomfort to continue treatment in front of their peers. On the other hand, 13 participants said they were satisfied with the interventions received and recognized the importance of taking their medication.

**Conclusion:** After the education, four participants improved the therapeutic adherence to their main treatment. Although the intervention could be a contributory factor in the improvement of therapeutic compliance, it could not be concluded that this increase was due to health education.

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2003 elabora un informe donde se aborda la adherencia terapéutica (AT) en enfermedades crónicas como un problema de salud pública mundial. El objetivo de esto fue concientizar a los responsables de la formulación de políticas públicas nacionales de manera que se beneficie a los pacientes y a los sistemas de salud locales, mejorando los resultados en salud y la eficiencia económica<sup>1</sup>.

Uno de los análisis que recoge el informe de la OMS revela que, en los países desarrollados, el cumplimiento al tratamiento por parte de los pacientes con enfermedades crónicas es de sólo el 50% y los datos disponibles señalan que el cumplimiento es todavía mucho menor en los países en desarrollo<sup>2</sup>.

En relación con el concepto AT podemos encontrar dos principales términos, *cumplimiento (compliance)* y *adherencia (adherence)*. El término cumplimiento se define como *“el grado en que el paciente sigue las **instrucciones médicas**”*. Sin embargo, en el año 2001, en la reunión de expertos de la OMS sobre Adhesión, se concluye que el término “instrucciones” coloca al paciente en un rol pasivo y sumiso mientras que la expresión “médicas” resulta insuficiente como descriptor para la gama de intervenciones que se realizan en las enfermedades crónicas<sup>3,4</sup>.

Una alternativa es definir el cumplimiento combinando las definiciones de Haynes<sup>5</sup> y Rand<sup>6</sup> resultando en *“el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación del estilo de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”*.

Sin embargo, en esa misma reunión se hace hincapié en diferenciar el cumplimiento de la adherencia, ya que esta última requiere del consentimiento del paciente para estas recomendaciones, es decir, un rol activo en las decisiones sobre los cuidados de su salud.

Por otra parte, autores como *DiMatteo* y *DiNicola* definen de manera acertada el término adherencia como “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado”<sup>7</sup>. A pesar de lo anterior, ambos términos se utilizan con frecuencia como sinónimos y para los fines de este estudio se utilizarán como conceptos equivalentes<sup>8,9</sup>.

En el marco de la AT a enfermedades crónicas podemos encontrar las Enfermedades Inflamatorias Intestinales. Este grupo de patologías se caracteriza por producir inflamación del tubo digestivo de etiología multifactorial y que, a largo plazo, pueden asociarse a manifestaciones extra intestinales o a otras enfermedades asociadas a la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII). Existen dos clasificaciones principales dentro de la EII que son la colitis ulcerosa (CU) y enfermedad de Crohn (EC), ambas de curso crónico con brotes de actividad inflamatoria<sup>10</sup>.

La CU fue descubierta por el médico Dr. Wilks ya en el siglo XIX<sup>11</sup>, caracterizada por afectar exclusivamente a la mucosa del colon con extensión variable, generalmente de predominio distal, de forma continua. La EC fue descrita de manera oficial en un artículo en el año 1932 por el médico Dr. Crohn<sup>12</sup>, y se caracteriza por ser un trastorno inflamatorio crónico transmural que puede afectar cualquier segmento del tracto gastrointestinal desde la boca hasta el ano con carácter discontinuo.

En el último tiempo se ha descrito un aumento de la prevalencia e incidencia de la EII en el mundo, principalmente en países industrializados y junto con ello se ha visto un aumento de estas enfermedades en países donde su frecuencia era muy baja<sup>13</sup>.

Algunos posibles factores que explican este aumento son los cambios en los estilos de vida y factores ambientales, que incluyen la industrialización, higiene, dieta occidental, crecimiento económico y transición de una comunidad rural a urbana. Otro factor a considerar es la mejoría en las herramientas diagnósticas<sup>14</sup>. La mayor prevalencia de EII a nivel mundial fue descrita en Canadá (248/100.000 habitantes para CU y 319/100.000 habitantes para EC) y Europa (505/100.000 habitantes para CU en Noruega), por el contrario, Asia presenta la menor prevalencia de EII (0,1-6,3/100.000 habitantes)<sup>15</sup>.

En países en vías de desarrollo de América central y Suramérica existen escasos estudios epidemiológicos en los cuales también se ha descrito un aumento de la incidencia de estas patologías. En Chile existe limitada bibliografía en esta materia, sin embargo, algunos trabajos sugieren que el número de casos de personas con EII a nivel local va en aumento<sup>13,16</sup>.

Cabe destacar que los datos entregados anteriormente hacen referencia al paciente adulto, sin embargo, en el paciente pediátrico se estima que aproximadamente a nivel mundial el 30% de los casos de EII se diagnostican antes de los 20 años, constituyéndose como una de las enfermedades digestivas más importantes que enfrenta la gastroenterología infantil<sup>17</sup>.

La AT en enfermedades crónicas por los niños y adolescentes oscila entre 43% y 100%, con un promedio de 58% en los países desarrollados y varios estudios



han indicado que los adolescentes se adhieren menos al tratamiento que los niños más pequeños<sup>18,19</sup>.

En Chile, no se encontraron trabajos en el área pediátrica que estimen la adherencia al tratamiento en Enfermedad Inflamatoria Intestinal ni las posibles intervenciones para modificar el cumplimiento a la terapia farmacológica deficiente.

Es difícil establecer un patrón del paciente no cumplidor ya que pueden ser muchos los factores que lo afectan, por lo que se deben tomar varias medidas que faciliten el cumplimiento al tratamiento. Las medidas que pueden llevarse a cabo pueden ser informar al paciente de su enfermedad y de la necesidad o no de tratamiento; indicar pautas terapéuticas sencillas y adaptadas a su rutina diaria; enseñar el uso de las formas farmacéuticas prescritas; recetas personalizadas; realizar un seguimiento terapéutico<sup>20</sup>.

También, se han incorporado otras herramientas haciendo uso de las nuevas tecnologías, como son las aplicaciones para celular que avisan puntualmente de cada toma e identifican a la perfección las medicinas y sus dosis para ese momento del día, como también la utilización de los sistemas MEMS que registran la apertura del envase<sup>21</sup>.

Las intervenciones anteriormente mencionadas se sitúan en el ámbito de Educación Sanitaria, y ya en el año 1969 se presentaron las primeras ideas esenciales que encierran el concepto de educación para la salud.

Según la OMS *“La educación sanitaria se basa en inducir a las personas a adoptar y mantener las costumbres de una vida sana, a utilizar razonablemente los servicios sanitarios puestos a su disposición y también a tomar decisiones,*

*individual y colectivamente, para mejorar su estado de salud y el del medio en que habitan*<sup>22</sup>.

Por lo tanto, la educación sanitaria es un instrumento que ayuda a los individuos a adquirir un conocimiento científico de los problemas y comportamientos útiles para conseguir el objetivo en su salud<sup>23</sup>.

En general, lo más básico e importante para conseguir una buena adherencia al tratamiento es que el paciente sepa para qué se ha de tomar los medicamentos prescritos; qué medicamento debe tomar; cuándo y cómo se los tiene que tomar y hasta cuándo se los tiene que tomar<sup>20</sup>.

Además, se debe procurar que el paciente participe en el cuidado de su salud y en la planificación del tratamiento, y que sea consciente de las metas propuestas, aunque muchas veces deba cambiar su estilo de vida para lograrlas. Por lo tanto, un paciente no puede cumplir bien el tratamiento, o adherirse a él, si no tiene información sobre su enfermedad y la pauta terapéutica a seguir, adecuada y suficiente<sup>20</sup>.

Las intervenciones para aumentar el cumplimiento terapéutico deben llevarse a cabo por parte de todos los profesionales sanitarios que intervengan en el proceso de tratamiento del paciente, es decir, médicos, farmacéuticos, enfermeros, psicólogos<sup>24</sup>.

El papel que puede desempeñar el químico farmacéutico es importante ya que a través de su actuación profesional se puede subsanar cualquier deficiencia en la correcta comprensión o interpretación de las instrucciones aportadas por el médico. Así, deberá insistir en la importancia de un buen cumplimiento del tratamiento, remarcando los beneficios y las limitaciones de la farmacoterapia

proporcionando la educación sanitaria necesaria para garantizar que el paciente haga un correcto uso de toda su medicación<sup>25-27</sup>.

Teniendo presente la relevancia que tiene la AT en los resultados en salud y cuáles son las posibles intervenciones que pueden afectar el cumplimiento, en este trabajo se pretendió evaluar el impacto de la educación sanitaria proporcionada por el químico farmacéutico en la adherencia al tratamiento en pacientes pediátricos con EII del hospital Dr. Exequiel González Cortés (HEGC).

## **Objetivos**

### **General**

Evaluar el efecto de actividades de educación sanitaria en la adherencia terapéutica (AT) de pacientes pediátricos con enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital Dr. Exequiel González Cortés.

### **Específicos**

- Caracterizar sociodemográfica y mórbidamente a los pacientes, y cuidador principal, en estudio.
- Describir la farmacoterapia de los participantes del estudio.
- Comparar la adherencia terapéutica antes y después de la intervención educativa.
- Identificar los factores que afectan el cumplimiento al tratamiento por parte de los participantes del estudio.
- Evaluar la satisfacción del servicio farmacéutico recibido por el grupo intervenido.

## **Metodología**

### **Tipo de estudio**

Estudio prospectivo, de intervenciones, mediante actividades educativas y su influencia sobre la AT en pacientes pediátricos con EII, de junio a noviembre de 2017.

Para efectos de análisis se clasificará según edad del paciente, siendo niño todo aquel <10 años y adolescente aquel que se encuentra entre los 10 y 19 años<sup>28</sup>.

### **Criterios de Inclusión**

- Ser pacientes del Hospital Dr. Exequiel González Cortés con EII y tener hasta 18 años de edad.
- Aceptar participar del estudio firmando consentimiento informado.

### **Criterios de Exclusión**

- Paciente y/o cuidador principal con deterioro cognitivo.

### **Etapas**

1° La población de estudio se identificó mediante información proporcionada por ficha clínica del sistema informático Trakcare® del HEGC.

Los datos extraídos fueron edad, diagnóstico, previsión, teléfono de contacto de padres o cuidador principal, prescripción médica. Con ellos se creó una base de datos en Microsoft Excel.

**2°** La ficha de recolección de datos se diseñó para ser aplicada en una primera entrevista con el fin de recabar información sobre diferentes tópicos relevantes en la elaboración de material educativo como también para el análisis posterior a la intervención sanitaria.

La ficha de recolección de datos se adjunta en el Anexo 1 y contiene los siguientes apartados:

Primer ítem: Referido a los datos generales o socio demográficos del paciente y del padre o cuidador principal.

Segundo ítem: Referido al conocimiento sobre el tratamiento prescrito, dosis y pauta de medicación (lo que fue posteriormente contrastado con la información extraída de la ficha clínica), hábitos asociados al cumplimiento del tratamiento, herramientas utilizadas para la toma de medicamentos, conocimiento sobre eventos adversos, interacción con alimentos e interacción entre medicamentos, automedicación y medidas no farmacológicas. Por último, se realizó una pregunta abierta sobre la necesidad de alguna herramienta que ayude a mejorar la toma de medicamentos como también alguna intervención que pueda mejorar la calidad de vida del paciente.

**3°** En base a fuentes bibliográficas e información proporcionada por la ficha de recolección de datos se confeccionaron 2 trípticos como material educativo. Esta herramienta buscó reforzar, mantener o mejorar adherencia y la toma adecuada de los medicamentos indicados, esto hace referencia también a horarios apropiados, manipulación apropiada, eventos adversos posibles, entre otros factores<sup>25-27</sup>.

El material fue revisado, estandarizado y aprobado por el equipo multidisciplinario compuesto por el médico gastroenterólogo, químico farmacéutico, nutricionista, enfermera y psicólogo, para ser aplicado en este grupo de pacientes.

#### 4° Educación sanitaria

##### Primera intervención

Educación sanitaria referente a los fármacos utilizados en su tratamiento, recomendaciones generales, acción terapéutica, eventos adversos, horarios de administración y almacenamiento correcto. (Anexo 3)

##### Segunda intervención

Educación sanitaria acerca de la patología del paciente, ya sea CU o EC, y medidas no farmacológicas, fortaleciendo la información entregada por los profesionales tratantes (Anexo 3).

Cada intervención se realizó de manera individual a cuidador principal y paciente pediátrico con periodicidad mayor o igual a un mes. Asimismo, al inicio de cada sesión educativa se aplicaron 3 test de adherencia a la medicación: cuestionario Haynes-Sackett (HS), cuestionario de adherencia a la medicación Morisky-Green (MG) traducido al español y Escala Visual Análoga (EVA)<sup>29-34</sup>. (Anexo 2)

El cuestionario HS valora la dificultad percibida por el paciente para seguir el tratamiento. Esta técnica se basa en preguntar al paciente sobre su nivel de cumplimiento al tratamiento y consta de 2 partes. En la primera, se evita

interrogar de forma directa al paciente sobre la toma de medicación, se intenta crear un ambiente adecuado de conversación, y se le comenta al paciente la dificultad para tomar la medicación mediante la siguiente frase: “la mayoría de los pacientes tienen dificultades en tomar todos sus comprimidos”.

Posteriormente, en la segunda parte del test se realiza la siguiente pregunta: ¿tiene usted dificultades en tomar los suyos? Si la respuesta es afirmativa, el paciente es incumplidor y si responde que no, entonces se insistirá preguntando ¿cómo los toma?: todos los días, muchos días, algunos días, pocos días o rara vez. Finalmente, se realiza una tercera pregunta y se recoge lo que el paciente mencione sobre la siguiente reflexión: Muchas personas tienen dificultad en seguir los tratamientos, ¿por qué no me comenta cómo le va a usted? Sí el paciente reconoce que tiene dificultad en alguna de las tres preguntas, se considera incumplidor.

El cuestionario MG traducido es rápido de aplicar y fácilmente puntuable por el entrevistador; es uno de los más ampliamente utilizados y está validado en un amplio rango de patologías crónicas. Este test consiste en una serie de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del paciente respecto al cumplimiento, además presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento.

La Escala Visual Análoga se utiliza para estimar la autopercepción del paciente sobre su adherencia.

Para cada uno de los medicamentos que toma, se le pide al paciente indicar *“cuál es el porcentaje en el que usted considera que se encuentra su cumplimiento con respecto a cada uno de ellos durante el último mes (4 semanas), donde 100% significa que usted tomó todas las dosis del*



*medicamento, 50% la mitad de las dosis y 0% significa que no ha tomado el medicamento”.*

Todo paciente con autopercepción <80% se clasificó como no-adherente, mientras que los pacientes con autopercepción ≥80% se clasificaron como adherentes<sup>32,35</sup>.

**5°** La encuesta de valoración del servicio farmacéutico se construyó con el fin de conocer la opinión de cada paciente y su cuidador principal a cerca de las intervenciones recibidas y los resultados obtenidos<sup>36,37</sup>. (Anexo 4)

Este material fue estandarizado, revisado y aprobado por 10 químicos farmacéuticos del HEGC.

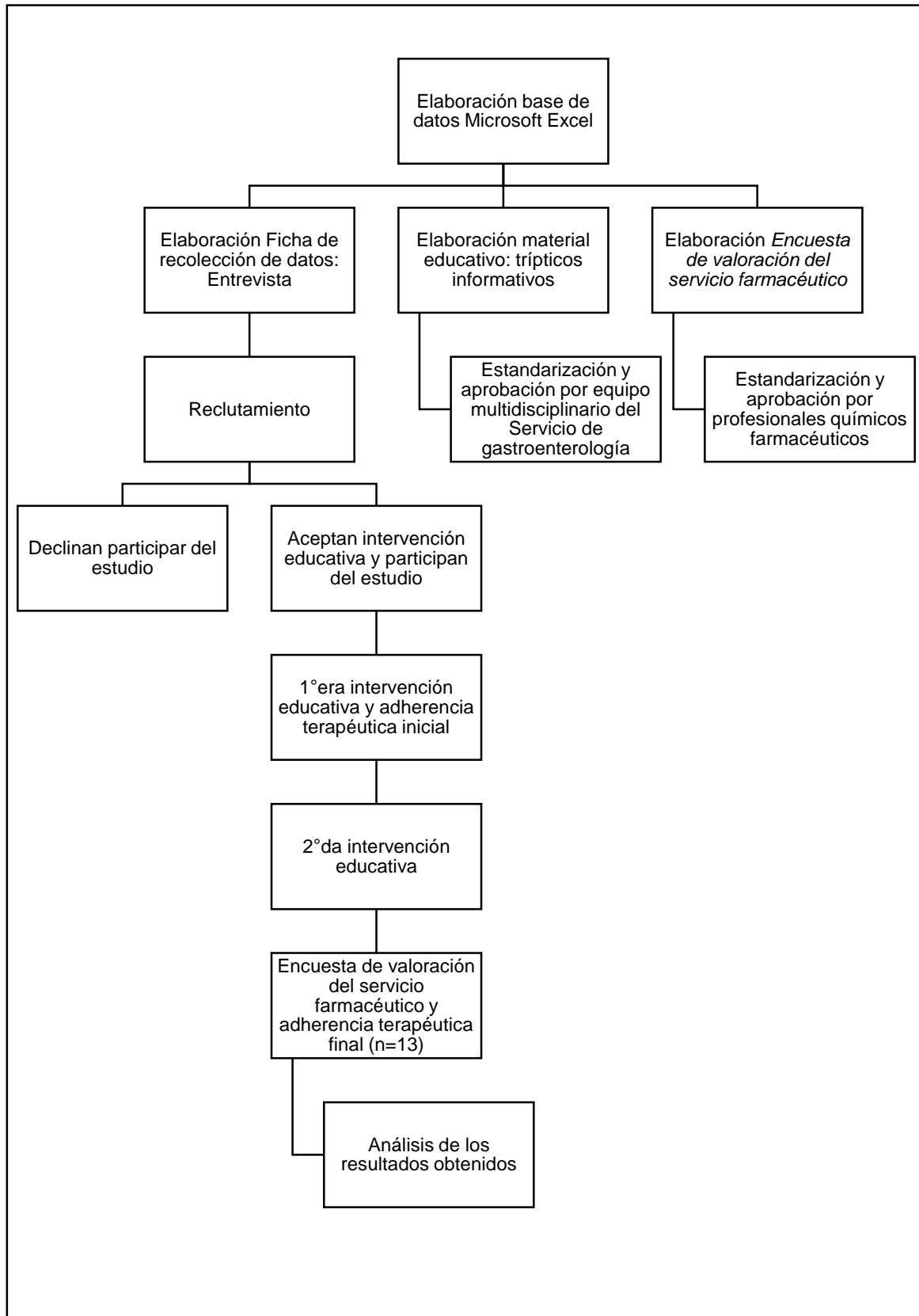
**6°** El análisis descriptivo de los resultados obtenidos a través de los cuestionarios de adherencia a la medicación y de la encuesta de valoración del servicio farmacéutico, es llevado a cabo finalizando el ciclo de 4 intervenciones.

Consideraciones éticas:

El proyecto fue autorizado por el comité de ética del Servicio de Salud Metropolitano sur (SSMS) (Anexo 5). Además, se solicitó consentimiento informado a los pacientes y/o cuidador principal para la participación en las intervenciones sanitarias. (Anexo 6)

Toda la información se codificó y se agrupó a los fines que no fuera posible individualizar a los pacientes, dando cumplimiento a lo establecido en el artículo N°12 de la ley N°20.584<sup>38</sup>.

Figura 1. Flujograma de actividades realizadas durante el estudio.



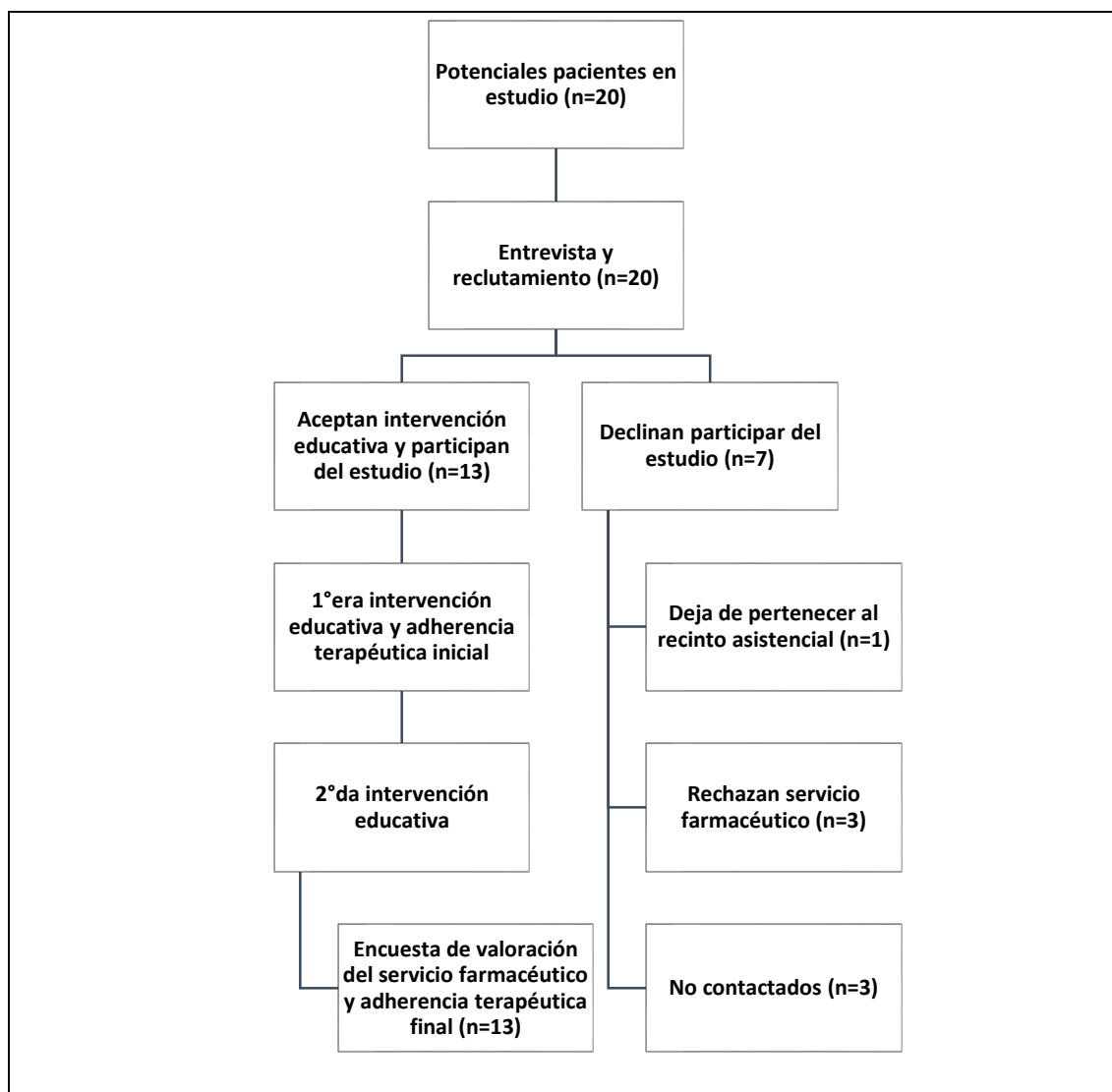
## Resultados

### Descripción sociodemográfica

Los potenciales participantes del estudio fueron aquellos con diagnóstico de CU o EC que se atendieron en el HEGC durante un periodo de 6 meses comprendido entre junio y noviembre de 2017.

A continuación, en la Figura 2 se detalla el proceso de selección de pacientes y el número de ellos en cada etapa del estudio.

**Figura 2. Flujograma de reclutamiento de pacientes durante el estudio.**



En la Tabla 1 se detallan las características sociodemográficas y los datos clínicos de los pacientes con EII en estudio, como también del cuidador principal.

**Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes incluidos en el estudio (n=13).**

a) Características sociodemográficas			
Característica Paciente		Característica Cuidador	
Sexo	Nº	Sexo	Nº
Mujer	4	Mujer	12
Hombre	9	Hombre	1
Previsión	Nº	Escolaridad Cuidador	Nº
Fonasa A	5	Sin escolaridad	0
Fonasa B	6	≤8 años	1
Fonasa C	0	9-12 años	10
Fonasa D	2	>12 años	2
Edad (años)	Nº	Edad (años)	Nº
0-4	0	20-19	1
5-9	1	30-39	4
10-14	7	40-49	7
15-18	5	≥50	1
Domicilio	Nº	Parentesco	Nº
RM	12	Madre	11
Región VI	1	Padre	1
		Abuelo (a)	1
b) Datos clínicos del paciente con Enfermedad Inflamatoria Intestinal			
Clasificación	Nº	Otras patologías	Nº
Colitis Ulcerosa	13	Artritis idiopática juvenil (AIJ)	2
Enfermedad de Crohn	0	No presentan	11

Para los fines de este estudio, 1 paciente fue clasificado como niño y 12 como adolescentes.

La información extraída desde la Ficha de Recolección de Datos acerca de los conocimientos, hábitos y necesidades de los pacientes se resume en la Tabla 2 donde se muestra cada pregunta con respuesta cerrada y el número de pacientes y/o cuidador principal que responde.

**Tabla 2: Conocimientos y hábitos de los pacientes respecto a su tratamiento (n=13).**

Cuestionario	SI	NO
¿Conoce su tratamiento?	13	0
¿Conoce los eventos adversos de los medicamentos indicados?	1	12
¿Conoce la interacción entre alimentos y los medicamentos indicados?	0	13
¿Conoce la interacción entre los medicamentos que utiliza?	1	12
¿Le da medicamentos a su hijo(a) sin indicación médica?	0	13
¿Utiliza terapias complementarias?	0	13
¿Conoce la importancia de tomar sus medicamentos?	13	0

Durante la entrevista se realizaron 2 preguntas abiertas para conocer las posibles herramientas que pueden mejorar la toma de medicamentos como también la calidad de vida del paciente.

Para la pregunta ¿Qué necesita usted o su hijo o hija para mejorar la toma de medicamentos? la respuesta más frecuente fue la necesidad de pastillero, expresada principalmente por el cuidador principal, ya que refiere facilitar el transporte de medicamentos.

Para la pregunta ¿Qué necesita su hijo o hija para mejorar su calidad de vida? Las respuestas más frecuentes fueron la necesidad de educación y comunicación con el colegio. Esto fue expresado mayoritariamente por el cuidador principal, ya que refieren necesitar apoyo para que el paciente logre un rol activo en su autocuidado.

### **Caracterización farmacoterapéutica**

Para la elaboración de material educativo se analizó la farmacoterapia utilizada por los pacientes en estudio.

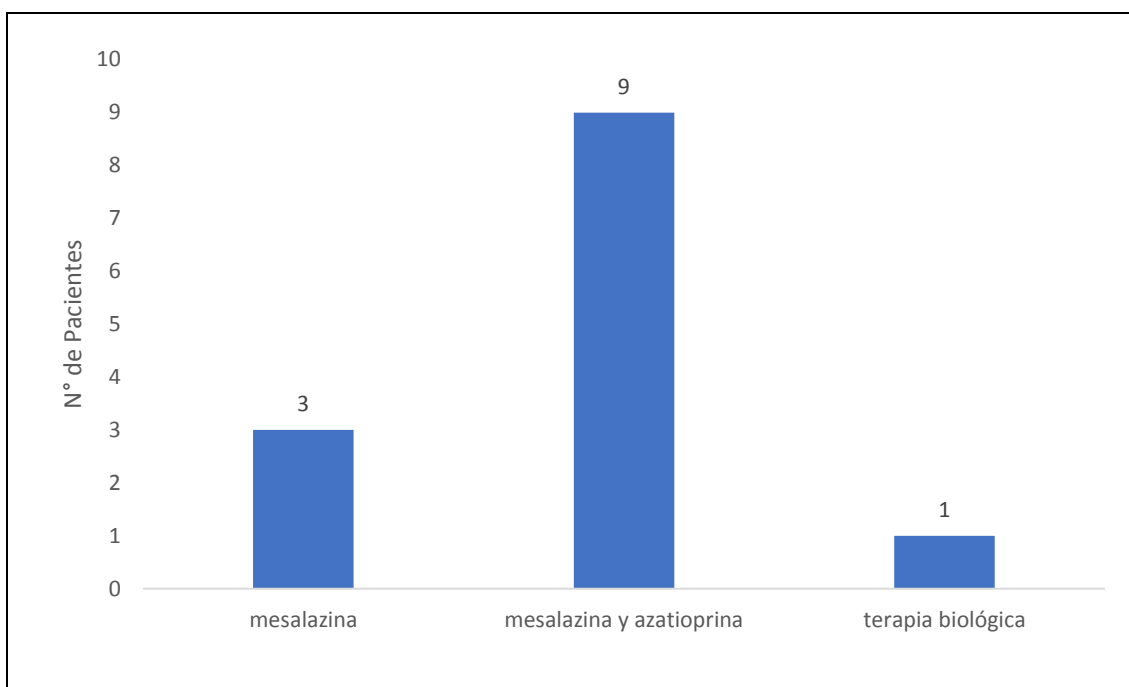
Los tratamientos indicados siguen las pautas clínicas sugeridas por la Sociedad Española de Gastroenterología<sup>39</sup> y que están determinados por el grado de actividad y extensión de la enfermedad, no obstante, la mayoría de los fármacos utilizados en la EII pediátrica han sido adaptados a partir de la experiencia en adultos, con la única modificación de su adecuación al peso del niño.

Los fármacos utilizados habitualmente para el manejo de EII como terapia de mantención de la remisión son:

- ✓ aminosalicilatos: mesalazina, sulfasalazina.
- ✓ inmunomoduladores: azatioprina, 6-mercaptopurina.
- ✓ anticuerpos anti factor de necrosis tumoral (anti-TNF): infliximab y adalimumab.

A continuación, en la figura 3 se muestran las terapias farmacológicas indicadas a los pacientes en estudio.

**Figura 3. Número de pacientes y sus terapias farmacológicas al inicio del estudio (n=13).**



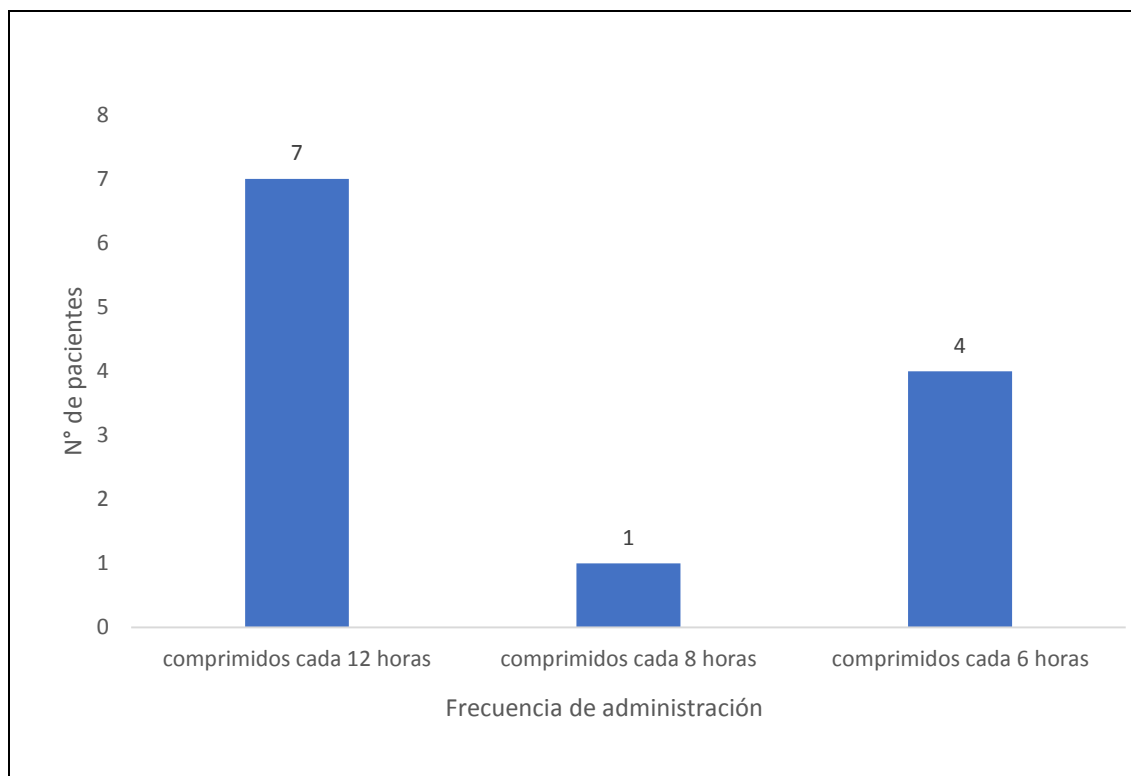
Las formulaciones presentes en el arsenal farmacológico del HEGC con respecto a mesalazina son:

- mesalazina 500 mg comprimidos con recubrimiento entérico (Mecolzine®)
- mesalazina 400 mg comprimidos con recubrimiento entérico (Asacol®)

Además, mesalazina presenta dosis y frecuencia de administración muy variable según severidad del caso, variando entre 30-50mg/Kg/día repartida en 2 a 3 tomas<sup>41</sup>.

La figura 4 presenta la frecuencia de administración de mesalazina oral al comienzo del estudio prescrita para 12 pacientes.

**Figura 4. Número de pacientes respecto a la frecuencia de administración de mesalazina oral (n=12).**



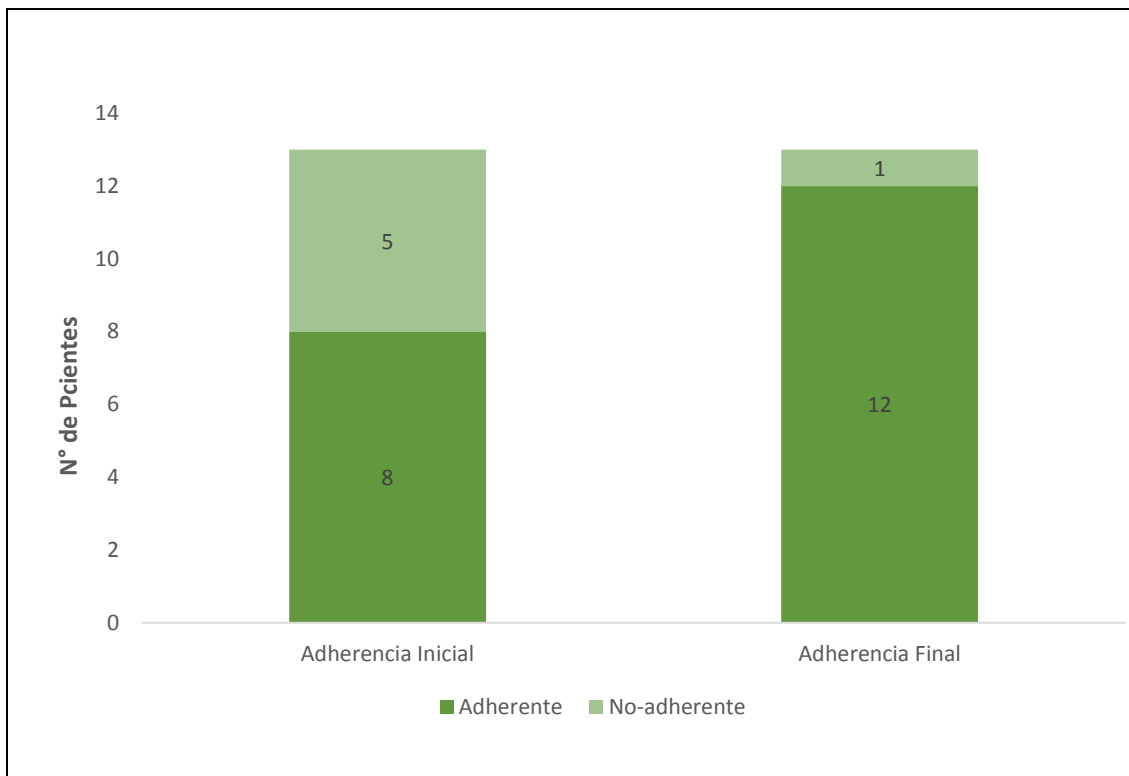
Sin embargo, durante el proceso de estudio un paciente con frecuencia de administración inicial de comprimidos cada 6 horas, cambió su pauta de administración a comprimidos cada 12 horas, manteniendo la dosis total diaria.

### **Adherencia a los tratamientos**

En relación con los resultados en adherencia, el cuestionario Haynes Sackett valora la dificultad percibida por el paciente para seguir el tratamiento farmacológico y hace una evaluación general sobre su cumplimiento. En la figura 5 se muestran los resultados de la aplicación de este test.



**Figura 5. Número de pacientes clasificados como adherentes y no-adherentes al inicio y al final del estudio según test de Haynes Sackett (n=13).**



Los 5 pacientes no-adherentes al inicio del estudio, es decir, que refieren tener dificultades para seguir su tratamiento, son clasificados como adolescentes.

Dentro del grupo de pacientes no-adherentes, uno de ellos tiene indicación de terapia biológica por su AIJ activa. Este recibe adalimumab y metotrexato oral como tratamiento principal.

Entre las dificultades referidas por los pacientes para seguir el tratamiento se encuentran:

- Olvidos (5/13)
- Múltiples horarios de administración (4/13)
- Polifarmacia (1/13)
- Incomodidad para seguir el tratamiento frente a sus pares (1/13)

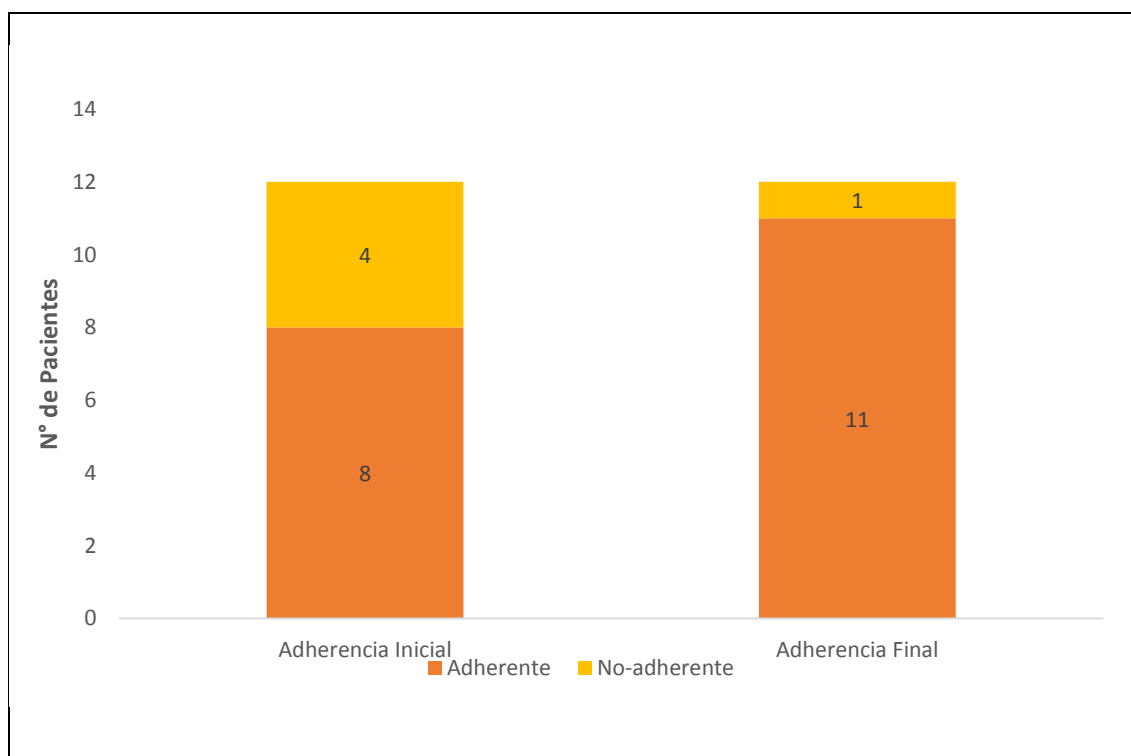
La percepción de los participantes sobre su dificultad para seguir el tratamiento, una vez finalizado el estudio, mejoró en cuatro de los cinco pacientes.

El participante que persistió con dificultades utilizaba 7 medicamentos por día y manifestó tener inconvenientes en seguir el esquema de tratamiento. Sin embargo, la adherencia al tratamiento principal mejoró al finalizar el estudio, siendo este tratamiento adalimumab y metotrexato oral.

El cuestionario Morisky Green es dicotómico y cualquier respuesta en el sentido de no cumplimiento considera al paciente como no-adherente.

Este cuestionario se aplicó por cada medicamento indicado, no obstante, para los fines de este estudio se consideraron los resultados de adherencia a la terapia de mesalazina oral, azatioprina oral, adalimumab y metotrexato oral.

**Figura 6. Número de pacientes y adherencia inicial y final a mesalazina oral, según test de Morisky Green (n=12).**



De los 8 pacientes que refieren ser cumplidores con su tratamiento, 5 de ellos recibían los comprimidos cada 12 horas. Mientras que, de los 4 pacientes catalogados como no-adherentes 2 pacientes recibían este esquema.

Del grupo de pacientes que se catalogan como no-adherentes a mesalazina por el test MG, y tal como se menciona anteriormente, uno de ellos cambió de pauta de administración de comprimidos cada 6 horas a comprimidos cada 12 horas durante el periodo de estudio.

Este cambio en la frecuencia de administración se debía a la dificultad que refiere tener el paciente para seguir la pauta indicada, lo que se ve reflejado en los cuestionarios de adherencia aplicados. En consecuencia, el médico

gastroenterólogo modificó la frecuencia de administración para mejorar cumplimiento al tratamiento manteniendo la dosis diaria.

De los pacientes con terapia de azatioprina oral, 7 se catalogaron como adherentes y 2 no-adherentes. Los pacientes inicialmente adherentes mantuvieron el cumplimiento hasta finalizar el estudio.

No obstante, durante el tiempo de investigación se suspendió la indicación de azatioprina a uno de los dos pacientes no-adherentes. Al identificar la falta de adherencia a mesalazina oral y su causa, se informó al gastroenterólogo quien decidió que la mejor intervención era reforzar la adherencia del paciente al tratamiento de primera línea. Si luego de esta intervención el paciente no presentaba mejora clínica, se debería evaluar la necesidad de reiniciar la terapia con azatioprina.

Por otra parte, el paciente que se catalogó como no-adherente al inicio del estudio se mantiene en dicha clasificación hasta finalizar el estudio, evaluado con el cuestionario MG.

Según lo aportado por el test MG, el paciente que recibe terapia biológica se clasificó como adherente al inicio del estudio para adalimumab, condición que mantuvo hasta finalizar el estudio. Sin embargo, se catalogó como no-adherente al inicio del estudio para metotrexato oral, condición que cambió en la evaluación final.

La Escala Visual Análoga permitió conocer la apreciación que tiene cada paciente con respecto al cumplimiento de su tratamiento.

En este trabajo fueron analizados los porcentajes obtenidos para mesalazina oral, azatioprina oral, adalimumab y metotrexato oral.

Las siguientes tablas muestran los resultados obtenidos al inicio y final de las intervenciones:

**Tabla 3. Número de pacientes adherentes y no-adherentes al inicio y final del estudio, según Escala Visual Análoga con respecto a mesalazina (n=12).**

Categorización	Inicio	Final
Adherente $\geq 80\%$	11	12
No adherente $< 80\%$	1	0

**Tabla 4. Número de pacientes adherentes y no-adherentes al inicio y final del estudio, según Escala Visual Análoga con respecto a azatioprina.**

Categorización	Inicio (n=9)	Final (n=8)
Adherente $\geq 80\%$	8	8
No adherente $< 80\%$	1	0

Cabe destacar que el resultado obtenido, resumido en la Tabla 4, no evidencia variaciones en la percepción de la adherencia de los participantes según EVA, no obstante, el número de pacientes con indicación de azatioprina disminuyó con respecto al inicio, por la razón antes explicada.

El paciente que utilizaba adalimumab mantuvo el 100% de cumplimiento autopercebido hasta finalizar el estudio. Mientras que el porcentaje de cumplimiento a metotrexato oral inicial aumentó de 60% a 100% al finalizar el estudio. Por lo tanto, finalizó siendo adherente para adalimumab y metotrexato oral según cuestionario EVA.

### **Valoración de las intervenciones educativas**

La encuesta de satisfacción elaborada se aplicó a los 13 participantes del estudio. Los resultados obtenidos se relacionan con la opinión acerca de las intervenciones educativas y la información entregada.

**Tabla 5. Número de participantes y su percepción sobre la intervención educativa (n=13).**

<i>Qué le pareció la actividad educativa e información entregada sobre:</i>	<i>Muy Malo</i>	<i>Malo</i>	<i>Regular</i>	<i>Bueno</i>	<i>Muy Bueno</i>
Los medicamentos que utiliza o podría utilizar	0	0	0	3	10
La enfermedad y las recomendaciones a seguir				3	10

La opción que más manifestaron los participantes del estudio con respecto al servicio recibido estaba entre “buena” y “muy buena”, por lo tanto, el total de 13 pacientes y cuidador principal se encuentran conformes con la atención recibida.

Además, la tabla 6 refleja que la totalidad de los participantes dicen haber mejorado su conocimiento tanto farmacológico como de la enfermedad, mejorado la manera en que utilizaban los medicamentos, mejorado su estado de salud, y aprendido la necesidad e importancia de cumplir con el tratamiento prescrito.

**Tabla 6: Número de participantes por cada respuesta sobre los resultados percibidos (n=13).**

<i>Las intervenciones me sirvieron para:</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
Conocer información que desconocía	13	0
Reafirmar o corregir la información que ya tenía	13	0
Mejorar mi conocimiento sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico	13	0
Mejorar mi conocimiento sobre la enfermedad	13	0
Mejorar mi estado de salud, entendiendo que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de dolencia o enfermedades.	13	0
Aprender sobre la necesidad de cumplir con el tratamiento prescrito por mi médico tratante	13	0
Mejorar la manera en que utilizo los medicamentos	13	0

## Discusión

Este trabajo evaluó la adherencia terapéutica de pacientes pediátricos con EII antes y después de las intervenciones educativas. Estas fueron realizadas por la interna de Química y Farmacia, supervisada por un QF y en el marco de un equipo interdisciplinario.

Esta investigación hizo una aproximación de los determinantes en la falta de cumplimiento terapéutico de un grupo pequeño de pacientes pediátricos con EII, lo que pudo respaldarse con bibliografía disponible. Estos factores pudieron ser abordados por educaciones sanitarias, siendo estas un apoyo a la atención habitual y una herramienta a disposición de los pacientes y cuidador principal que requirieron de asistencia para mejorar sus conocimientos y cumplimiento al tratamiento.

Por lo tanto, entre las fortalezas de este estudio se destaca el entorno clínico. Esto permitió reconocer elementos que en un contexto real podrían dificultar la adherencia al tratamiento de pacientes pediátricos con EII y los conocimientos que podrían reforzarse para modificarla.

La muestra en estudio estaba conformada en su totalidad por pacientes con diagnóstico de CU. Este resultado difiere de otras investigaciones que reflejan la tendencia a mayor predominio de EC que CU en pacientes pediátricos de países desarrollados. Además, el grupo de estudio tuvo mayor proporción de participantes de sexo masculino, aunque otros trabajos revelan que no existe prevalencia de sexo en pacientes pediátricos con respecto a CU<sup>40,42-45</sup>.

La EII se considera como un trastorno sistémico ya que pueden aparecer signos y síntomas extraintestinales. En el grupo de estudio dos pacientes presentaron como comorbilidad AIJ, en concordancia a la literatura que define la afectación



articular como la manifestación extraintestinal más común en pacientes pediátricos con EII y que puede afectar entre el 16 y 33% de los pacientes en el momento del diagnóstico o durante el seguimiento<sup>46</sup>.

En relación a la terapia farmacológica, mesalazina fue el medicamento más utilizado, seguido de la terapia conjunta a azatioprina. Este resultado está determinado por la utilización de guías clínicas internacionales que proponen como tratamiento de mantención de primera línea el empleo de salicilatos por la eficacia y seguridad demostrada<sup>39</sup>.

En este estudio la adherencia se midió mediante métodos indirectos. Aunque no son más fiables que los métodos directos, tienen la ventaja de ser sencillos, baratos y pueden reflejar la conducta y los problemas con la medicación que presentan los pacientes. Además, para obtener mejores resultados la combinación de métodos indirectos podría aumentar la sensibilidad en la detección de la AT<sup>30-33</sup>.

Entre las ventajas de los cuestionarios utilizados se sabe que el test HS es uno de los más sencillos, económicos y con escasos requisitos de nivel sociocultural de los participantes. Si el paciente es incumplidor es un método fiable y de alto valor predictivo positivo con especificidad aceptable, aunque tiene un bajo valor predictivo negativo tendiendo a subestimar al buen cumplidor y sobrestima el no cumplimiento, además de ser poco sensible<sup>47</sup>.

Los resultados aportados por el cuestionario HS muestran que la falta de adherencia al tratamiento del grupo en estudio es similar a lo que podemos encontrar en la literatura sobre el cumplimiento en EII, y tal como en otras enfermedades crónicas, la falta de adherencia al tratamiento varía entre 38 y 66% en niños con EII.<sup>Error! Marcador no definido.</sup>

De igual modo, el test MG posee las mismas ventajas y desventajas que el test HS, sin embargo, este cuestionario además proporciona información sobre la causa del incumplimiento<sup>48</sup>. Los resultados de adherencia obtenidos por ambos cuestionarios al inicio del estudio fueron similares, y proporcionaron información sobre las razones del incumplimiento a la terapia.

Según el cuestionario MG con respecto a mesalazina, 11 de los 12 pacientes finalizan siendo cumplidores. Este resultado cobra relevancia en los pacientes que están en remisión clínica, ya que los adolescentes asintomáticos al “sentirse bien”, presentan dudas sobre la necesidad o eficacia del medicamento por desinformación<sup>48</sup>.

En el caso del paciente que mejoró su adherencia a metotrexato después de las intervenciones educativas según el test MG, se esperaría que mejore sus resultados clínicos al reducir esta la inmunogenicidad de medicamentos anti-TNF<sup>10</sup>.

Los resultados obtenidos por el test EVA no son concordantes con los obtenidos por los otros cuestionarios. El incumplimiento involuntario no se puede medir con esta herramienta, y los pacientes pueden, por lo tanto, sobreestimar su adherencia al tratamiento<sup>34</sup>. En contraste, el test MG valora si el paciente adopta actitudes correctas en relación con la terapia, siendo su concepto de cumplimiento estricto y no incluye pacientes con un cumplimiento medio, por lo que es posible esperar que estos dos cuestionarios no hayan sido concordantes<sup>49</sup>.

Por lo tanto, la falta de un método directo para medir la adherencia, como sería la detección de mesalazina y sus metabolitos en orina, podrían derivar en la infravaloración o en la sobreestimación de la adherencia<sup>50</sup>.

El esquema de administración de mesalazina fue la principal dificultad referida por los pacientes. El tratamiento de múltiples dosis diarias con múltiples comprimidos por dosis se presenta en, a lo menos, 6 de los 13 participantes del estudio. Este factor es importante ya que coincide con los determinantes en la falta de adherencia propuestos por otros trabajos, tanto en adultos como en pediatría. Algunos estudios han evaluado comparativamente la adherencia a la dosificación de una vez al día, siendo esta tan efectiva como la misma dosis diaria administrada en tomas divididas<sup>51, 52</sup>.

La adolescencia es otro factor que afecta la adherencia al tratamiento. De los 13 pacientes incluidos en el estudio, 12 eran adolescentes. Revisiones sistemáticas estiman que los pacientes adolescentes constituyen la mayoría de los casos de EII en pediatría y que además adhieren menos al tratamiento que los niños más pequeños<sup>17, 53</sup>.

Los factores anteriormente expuestos se suman para complejizar la situación de los adolescentes ya que algunos refirieron tener dificultades con el tamaño del comprimido para tragar la medicación, como también tener problemas por la complejidad del régimen de dosificación diaria, produciéndose olvidos involuntarios<sup>Error! Marcador no definido..</sup>

La falta de adherencia fue más frecuente en pacientes polimedicados. Entre los participantes del estudio se encontraron 2 pacientes con comorbilidad, utilizando 5 o más medicamentos diarios lo que pudo interferir en el deficiente cumplimiento presentado al inicio del estudio<sup>53</sup>. Además, la etapa de desarrollo fisiológico en estos pacientes puede verse afectada por la EII, por lo mismo, frecuentemente se requieren fármacos para contrastar el déficit nutricional, aumentándose así la farmacoterapia<sup>17</sup>.

En relación a las intervenciones educativas, aunque existe evidencia que respaldan los buenos resultados de la educación, sugieren que debe ser una medida continua en el tiempo y combinada con otras herramientas para obtener mejores resultados<sup>54-56</sup>.

Por medio de la encuesta de satisfacción aplicada, los pacientes valoraron las intervenciones educativas como una herramienta que mejoró el conocimiento sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico<sup>26,57</sup>. No obstante, el resultado pudo presentar sesgos de aceptación social, ya que al no ser anónima los participantes pudieron sentirse inclinados por una respuesta u otra.

A pesar de los buenos resultados obtenidos, no es posible afirmar que la mejoría del cumplimiento se deba a la educación sanitaria como factor contribuyente, ya que durante el periodo de estudio hubo cambio en la frecuencia de administración de medicamentos en un paciente, y como se indicó la influencia de este factor ha sido estudiado por la repercusión en la adherencia en pacientes.<sup>58</sup>

La principal debilidad de esta investigación es el tamaño de muestra reducido, lo que no permite extender los resultados obtenidos a otros grupos de pacientes con EII.

Además, los resultados pudieron verse afectados por el contexto no controlado del estudio, cambios en la frecuencia de administración, suspensión de medicamentos en el esquema de tratamiento y la heterogeneidad entre los participantes dificultándose el análisis de la educación sanitaria como factor modificador en la adherencia terapéutica.

Actualmente, no existen datos oficiales que permitan determinar el número real de pacientes pediátricos con EII atendidos en Chile. Sin embargo, diferentes centros asistenciales han realizado estudios basados en datos históricos de pacientes adultos haciendo una aproximación para la caracterización demográfica y clínica de esta población en el medio local<sup>13,16,41</sup>.

En relación a la anterior, no se encontraron trabajos de cohorte histórica de prevalencia e incidencia en pacientes con EII del HEGC, por lo que no es posible decir que el grupo estudiado represente a la población pediátrica chilena con esta patología.

Por consiguiente, esta investigación revela la importancia de la caracterización de este tipo de pacientes en inminente aumento. Además, la diversidad de factores que influyó en el cumplimiento terapéutico del grupo reducido de pacientes demuestra la complejidad de la patología, y, por lo tanto, la relevancia para abordarlos en estudios posteriores.

## Conclusión

En el presente trabajo se desarrollaron intervenciones educativas en pacientes pediátricos con enfermedad inflamatoria intestinal a fin de evaluar su influencia en la adherencia a sus tratamientos farmacológicos.

El grupo de estudio intervenido representa a más de la mitad de los pacientes diagnosticados con enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa, bajo terapia farmacológica específica, del Hospital Dr. Exequiel González Cortés (13/20), constatado a través de ficha clínica del sistema informático Trakcare®.

Los participantes fueron, en mayor proporción, de sexo masculino (9/13), adolescentes (12/13) y residentes en la RM (12/13).

Clínicamente, todos se encontraron en fase de remisión y dos pacientes presentaron como comorbilidad artritis idiopática juvenil. Respecto a los cuidadores, doce eran de sexo femenino y diez de ellos tenían escolaridad entre 9 y 12 años.

Previo a las intervenciones educativas, se constataron falencias en el entendimiento de los participantes sobre efectos adversos, acción terapéutica, y conocimientos prácticos en cuanto a los medicamentos indicados. En el transcurso del estudio se realizaron, al menos, dos sesiones educativas y se entregaron los trípticos que contenían información acerca de la farmacoterapia, eventos adversos, fisiopatología de la enfermedad y recomendaciones no farmacológicas.

Luego de la educación realizada, cuatro pacientes mejoraron la adherencia terapéutica a su tratamiento principal, aunque no se pudo concluir que este aumento fuera por esta intervención.

Esta investigación revela algunos factores en la falta de adherencia en la CU como son el tratamiento con múltiples dosis diarias, polifarmacia y adolescencia. A su vez, la encuesta de valoración del servicio farmacéutico señaló que la intervención educativa fue un factor contribuyente en la consolidación de conocimientos y reafirmó en los pacientes la necesidad de cumplir con el tratamiento prescrito.

El reducido grupo en estudio no permite extender los datos a poblaciones de mayor tamaño con EI, por lo tanto, la proyección de este trabajo sería que se realicen más investigaciones en la población pediátrica chilena a fin de lograr una aproximación que permita la caracterización de este grupo etario y su adherencia a los tratamientos.

Otra posible proyección es evaluar la promoción de la adherencia a los medicamentos a través de la combinación de intervenciones para la salud.

## Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción; c2004 [en línea] [acceso 7 diciembre 2017]. Disponible en: <http://www2.paho.org/>.
2. Dilla T, Valladares A, Lizan L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Atención Primaria 2009; 41(6):342-348.
3. Sabate E. WHO Adherence Meeting Report. Geneva, World Health Organization, 2001.
4. Libertad MA. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev. Cubana Salud Pública 2004. vol.30 no.4
5. Haynes RB. Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. Baltimore MD, Johns Hopkins University Press, 1979.
6. Rand CS. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. American Journal of Cardiology, 1993, 72:68D-74D.
7. Ferrer VA. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. Rev. de Psicología de la Salud 1995; 7(1):35-61.
8. Ramos Morales LE. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. Rev. Cubana de Angiología y Cirugía Vascul ar 2015 vol.16 no.2.
9. Hommel KA, Greenley RN, Maddux MH. Self-Management in Pediatric Inflammatory Bowel Disease: A Clinical Report of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. Journal Pediatric Gastroenterology Nutrition. 2013 Aug;57(2):250-7.
10. Medina Benítez E, Fuentes Lugo D, Suárez Cortina L, Prieto Bozano G. Enfermedad inflamatoria intestinal. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP [en línea] [acceso 7 diciembre 2017]. Disponible en: [www.aeped.es/sites/default/files/documentos/eii.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/eii.pdf).
11. Mañosa M, Gassull MA. Historia de la colitis ulcerosa. GETECCU [en línea] [acceso 4 diciembre 2017]. Disponible en: <http://geteccu.org/pacientes/antecedentes-historicos/antecedentes-historicos-de-la-colitis-ulcerosa>.



12. Mañosa M, Gassull MA. Antecedentes históricos de la Enfermedad de Crohn. GETECCU [en línea] [acceso 4 diciembre 2017]. Disponible en: <http://geteccu.org/pacientes/antecedentes-historicos/antecedentes-historicos-enfermedad-de-chron>.
13. Simian D, Estay C, Lubascher J, Acuña R, Kronberg U, Figueroa C, et al. Enfermedad inflamatoria intestinal a partir de una experiencia local. *Rev Médica de Chile* 2014; 142: 1006-13.
14. Ouakaa-Kchaou A, Gargouri D, Bibani N, Elloumi H, Kochlef A, Kharrat J. Epidemiological evolution of epidemiology of the inflammatory bowel diseases in a hospital of Tunis. *Tunis Med* 2013; 91: 70-3.
15. Molodecky NA, Soon IS, Rabi DM, Ghali WA, Ferris M, Chernoff G. Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review. *Gastroenterology* 2012; 142: 46-54.
16. Figueroa C, Quera R, Valenzuela J, Jensen C. Enfermedades inflamatorias intestinales: Experiencia de dos centros chilenos. *Rev Médica de Chile* 2005; 133: 1295-304.
17. E. Navarro, J.C. Ossa, D. Simian, R. Quera. Transición del adolescente con enfermedad inflamatoria intestinal desde la atención pediátrica a la del adulto. *Rev Medica de Chile* 2015; 143:767-773
18. Burkhart P, Dunbar-Jacob J. Adherence research in the pediatric and adolescent populations: A decade in review. En: Hayman L, Mahom M, Turner R, eds. *Chronic illness in children: An evidence-based approach*. Nueva York, Springer, 2002:199-229.
19. Fotheringham MSM. Adherence to recommended medical regimens in childhood and adolescence. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 1995, 31:72-78.
20. Sanahuja MA, Villagrasa V, Martínez-Romero F. Informe Adherencia terapéutica. *Pharmaceutical Care España* 2012; 14(4): 162-167.
21. Vilaplana Pérez C, González Javier F, Ordoñana Martín JR. Adherencia al tratamiento. Una revisión desde la perspectiva farmacéutica. *Pharmaceutical Care España* 2010; 14(6):249-255.

22. Fortuny M, Gallego J. Educación para la Salud: investigaciones y experiencias. [en línea] [acceso 4 diciembre 2017]. Disponible en: <http://www.mecd.gob.es>
23. Modolo, M. A. Educazione sanitaria, comportamento e partecipazione. Extracto de Educazione sanitaria ne/la scuola. Atti del XIX Corso Estivo di Educazione Sanitaria, Perugia, 1981.
24. Quera R, Simian D. Manejo integral de la enfermedad inflamatoria intestinal: más allá de una terapia farmacológica adecuada. Rev Médica de Chile 2016; 144: 488-495.
25. Fischer LR, Scott LM, Boonstra DM, DeFor TA, Cooper S, Elkema MA, et al. Pharmaceutical care for patients with chronic conditions. J Am Pharm Assoc (Wash) 2000;40:174–80.
26. Singhal PK, Gupchup GV, Raisch DW, Schommer JC, Holdsworth MT. Impact of pharmacists' directive guidance behaviors on patient satisfaction. Journal of the American Pharmaceutical Association 2002;42:407-12.
27. Bastera M. El cumplimiento terapéutico. Pharmaceutical Care España 1999; 1: 97-106.
28. Minsal. Guía práctica de consejería para adolescentes y jóvenes. [en línea] [acceso 6 diciembre 2017]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/aaa27720f365a745e04001011e011120.pdf>.
29. Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Busquets Gil A, Rodríguez Chamorro E, Pérez Merino EM, Faus Dáder MJ, Martínez Martínez F. Herramientas para identificar el incumplimiento farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria. Pharmaceutical Care España 2009; 11(4): 183-191
30. López Romero LA, Romero Guevara SL, Parra DI, Rojas Sánchez LZ. Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. Rev Hacia la promoción de la salud 2016; 21(1): 117-137.
31. López San Román A, Bermejo F, Carrera E, Pérez-Abad M, Boixeda D. Adhesión al tratamiento en la enfermedad inflamatoria intestinal. Rev Española de Enfermedades Digestivas 2005; 97(4):249-257.

32. Kane S, Becker B, Harmsen WS, Kurian A, Morisky DE, Zinsmeister AR. Use of a screening tool to determine nonadherent behavior in inflammatory bowel disease. *The American journal of Gastroenterology* 2012;107:154–160.
33. Severs M, Mangen MJ, Fidder HH, van der Valk ME, van der Have M, van Bodegraven AA, Clemens CHM, Dijkstra G, et al. Clinical predictors of future nonadherence in inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Disease*. 2017;23(9):1568-1576.
34. Mirjam Severs, Peter NPA Zuithoff, Marie-Josée J. Mangen, Mirthe E. van der Valk, Peter D. Siersema, Herma H. Fidder, Bas Oldenburg. Assessing Self-reported Medication Adherence in Inflammatory Bowel Disease: A Comparison of Tools. *Inflammatory bowel disease* 2016; 22(9):2158-2164.
35. Shale, M. J. and Riley, S. A. (2003), Studies of compliance with delayed-release mesalazine therapy in patients with inflammatory bowel disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* 2003; 18: 191–198.
36. Armando P, Uema S, Sola N. Valoración de la satisfacción de los pacientes con el seguimiento farmacoterapéutico. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(4): 205-212.
37. Monje-Agudo P, Borrego-Izquierdo Y, Robustillo-Cortés M, Jiménez-Galán R, Almeida-González CV, Morillo-Verdugo RA. Diseño y validación de una encuesta de satisfacción con la atención farmacéutica recibida en las consultas de farmacia hospitalaria. *Farmacia Hospitalaria* 2015; 39(3).
38. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Ley 20584. Ministerio de Salud; Subsecretaría de salud pública. Chile. (abril 15, 2012).
39. Gomollón F, García-López S, Sicilia B, Gisbert JP, Hinojosa J. Guía clínica GETECCU del tratamiento de la colitis ulcerosa elaborada con la metodología GRADE. Grupo español de trabajo de enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa 2012.
40. Martínez Gómez MJ. Enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica. *Pediatr Integral* 2015; XIX (2): 119-126
41. Palma R, Quera R. Enfermedades inflamatorias intestinales: colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn. *Rev. Med. clin. condes* - 2008; 19(4) 331 – 341.

42. Benchimol EI, Fortinsky KJ, Gozdyra P, Van den Heuvel M, Van Limbergen J, Griffiths AM. Epidemiology of pediatric inflammatory bowel disease: a systematic review of international trends. *Inflamm Bowel Dis.* 2011;17:423–439
43. Ghione S, Sarter H, Fumery M, Armengol-Debeir L, Savoye G, et al. Dramatic increase in incidence of ulcerative colitis and Crohn's disease (1988-2011): a population-based study of french adolescents. *The Alimentary pharmacology and therapeutics* 2011; 33: 1133-1142.
44. Robert N. Lopez, Helen M. Evans, Laura Appleton, Jonathan Bishop, Simon Chin, Stephen Mouat, Richard B. Gearry, Andrew S. Day; Point Prevalence of Pediatric Inflammatory Bowel Disease in New Zealand in 2015: Initial Results from the PINZ Study. *Inflammatory Bowel Diseases* 2017; 23(8):1418-1424.
45. Henderson P, Hansen R, Cameron FL. Rising incidence of pediatric inflammatory bowel disease in Scotland. *Inflammatory bowel disease* 2012; 18(6):999-1005.
46. Cardile S, Romano C. Current issues in pediatric inflammatory bowel disease-associated arthropathies. *World Journal of Gastroenterology* 2014;20(1):45-52.
47. Rodríguez Chamorro MA, García Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus MJ. Revisión de Test de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Atención Primaria.* 2008;40(8):413-7.
48. Jackson CA, Clatworthy J, Robinson Horne, Rob Horne. Factors Associated with Non-Adherence to Oral Medication for Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review. *The American Journal of Gastroenterology* 2010; 105:525–539.
49. Carbonell Abella C, Guañabens Gay N, Regadera Anchina L, Marín Rivez JA, Taverna Llauradó E, Ayechu Redín M. Análisis del cumplimiento terapéutico en mujeres con osteoporosis. *Reumatología Clínica* 2011; 7:299-304.
50. Shaw IS, Jobson BA, Silverman D, Ford J, Hearing SD, Ball D, et al. Is your patient taking the medicine? A simple assay to measure compliance

- with 5-aminosalicylic acid-containing compounds. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* 2002; 16: 2053-9.
51. Higgins P, Rubin D, Kaulback K, Schoenfield P, Kane S. Systematic review: impact of non-adherence to 5-aminosalicylic acid products on the frequency and cost of ulcerative colitis flares. *Alimentary pharmacology & therapeutics* 2009; 29: 247–257.
  52. Hawthorne AB, Stenson R, Gillespie D, et al. One-year Investigator-blind Randomized Multicenter Trial Comparing Asacol 2.4 g Once Daily with 800 mg Three Times Daily for Maintenance of Remission in Ulcerative Colitis. *Inflammatory Bowel Diseases* 2012;18(10):1885-1893.
  53. Greenley RN, Stephens M, Doughty A, Raboin T, Kugathasan S. Barriers to adherence among adolescents with inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Disease* 2010;16(1):36-41.
  54. Sanchez A, Gallardo S, Pons N, et al. Intervención farmacéutica al alta hospitalaria para reforzar la comprensión y cumplimiento del tratamiento farmacológico. *Farmacia Hospitalaria* 2012;36(3):118–123.
  55. Sunil Kripalani, Xiaomei Yao, R. Brian Haynes. Interventions to Enhance Medication Adherence in Chronic Medical Conditions: A Systematic Review. *Archives of Internal Medicine* 2007;167(6):540–549.
  56. Sempere Robles L. Higiénico-dietéticas para los pacientes con colitis ulcerosa. GETECCU [en línea] [acceso 10 octubre 2017] Disponible en: <https://www.educainflamatoria.com/media/crohn/recomendaciones-higienico-dieteticas.pdf>
  57. Sancho Rodriguez J, Vásquez García S. Análisis de la percepción sobre la educación e información de medicamentos brindada a los usuarios del consultorio farmacéutico del área de salud de Palmares. *Rev Pharmaceutical Care* 2012;1(2):14-19.
  58. Lachaine J., Yen L., Beauchemin C., Hodgkins P. Medication adherence and persistence in the treatment of Canadian ulcerative colitis patients: analyses with the RAMQ database. *BMC Gastroenterology* 2013;13(1, article 23).

## Anexos

### Anexo 1

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR

HOSPITAL EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS

Q.F. AACL ATENCIÓN FARMACÉUTICA 2017 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Datos generales		Fecha:
Nombre del paciente		
Rut		
Ficha Clínica		
Fecha de Nacimiento/Edad		
Dirección		
Fonasa	A B C D PRAIS PARTICULAR:	
Diagnóstico		
Médico Tratante		
Escolaridad		
Nombre Cuidador(a)/ Parentesco		
Escolaridad Cuidador	Sin escolaridad ≤8 años 9-12 años >12 años	
Teléfonos casa/celular		
Primera Entrevista		
Próxima citación		

### 2. Entrevista

¿Cuándo empezó el tratamiento?	
¿Conoce la dosis?	
¿Conoce cuántos comprimidos debe tomar al día?	

¿Conoce hasta cuándo debe seguir con el tratamiento?	
¿Dónde y cómo almacena sus medicamentos?	
Hora de toma del medicamento	
Antes o después de los alimentos	
¿Quién administra el medicamento?	
Si no se los da, ¿Por qué?	
¿Usa alarma como recordatorio?	
¿Le gustaría aprender una app para tomar mejor sus medicamentos?	
¿Conoce los eventos adversos posibles?	
¿Conoce las interacciones con alimentos?	
¿Conoce las interacciones con medicamentos?	

### 3. Medicamentos prescritos en receta médica

Medicamentos	Frecuencia	Respuesta paciente	Respuesta cuidador (a)	Horarios

¿Le da medicamentos a su hijo o hija sin indicación médica? (AUTOMEDICACIÓN)

---

---

---

¿Sabe la marca de MESALAZINA que está usando? ¿Sí ha usado dos marcas distintas, considera que una de ellas es mejor que la otra?

---

---

¿Toma algún suplemento alimenticio o alguna hierba medicinal para complementar su tratamiento?

---

---

---

¿Conoce la importancia de tomar sus medicamentos?

---

---

---

¿están informado sobre los hábitos que ayudan o perjudican su estado de salud o tratamiento?

---

---

---

¿Qué necesita usted y/o su hijo para mejorar la toma de medicamentos? ¿Qué necesita su hijo o hija para mejorar su calidad de vida?

---

---

---



## Anexo 2

### Test de cumplimiento Autocomunicado o test de Haynes-Sackett

Esta técnica se basa en preguntar al enfermo sobre su nivel de cumplimiento del tratamiento. Consta de 2 partes. En la primera, se evita interrogar de forma directa al paciente sobre la toma de medicación, se intenta crear un ambiente adecuado de conversación, y **se le comenta al paciente la dificultad de los enfermos para tomar la medicación mediante la siguiente frase: «la mayoría de pacientes tienen dificultades en tomar todos sus comprimidos»;** posteriormente, **en la segunda parte del test se realiza la siguiente pregunta: «¿tiene usted dificultades en tomar los suyos?».** Si la respuesta es afirmativa, el paciente es incumplidor, será un método fiable y podrán utilizarse las medidas o intervenciones que se consideren necesarias. **Si responde que no,** es posible que no diga la verdad por diversas causas. **Entonces se insistirá preguntando: «¿cómo los toma?»: todos los días, muchos días, algunos días, pocos días o rara vez.** Finalmente, se realiza una **tercera pregunta** y se recoge lo que el paciente mencione sobre la siguiente reflexión: **«Muchas personas tienen dificultad en seguir los tratamientos, ¿por qué no me comenta cómo le va a usted?».**

---

---

---

---

---

---

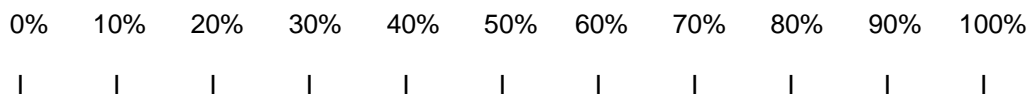
### Test Morisky-Green

<b>Medicamento:</b>		
<b>1.</b> ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	SI	NO
<b>2.</b> ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	SI	NO
<b>3.</b> Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	SI	NO
<b>4.</b> Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	SI	NO

<b>Medicamento:</b>		
1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	SI	NO
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	SI	NO
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	SI	NO
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	SI	NO

Escala Visual Análoga (EVA)

Para cada uno de los medicamentos que toma, indique cual es el porcentaje en el que usted considera que se encuentra su cumplimiento con respecto a cada uno de ellos durante el último mes (4 semanas), donde 100% significa que usted tomo todas las dosis del medicamento, 50% la mitad de las dosis y 0% significa que no ha tomado el medicamento.



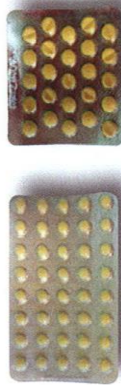
Medicamento: Porcentaje:

Medicamento: Porcentaje:

Medicamento: Porcentaje:

Medicamento: Porcentaje:

### SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS



Acido fólico 1 mg      Acido fólico 5 mg

• Puedes tomar este medicamento con o sin comidas.

El té verde podría afectar los niveles de ácido fólico por lo que no se recomienda el uso conjunto.



Colecalciferol 2000 UI (Vitamina D)

Este medicamento es importante para la absorción y utilización del calcio en el cuerpo.

Puedes tomar este fármaco con o sin comidas.

Si tu médico te indicó **colecalfiferol y calcio**, tomarlos juntos mejora los resultados.



UNIVERSIDAD DE CHILE

## RECOMENDACIONES GENERALES PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL



Carbonato de Calcio 450 mg



Carbonato de Calcio 320 mg

Toma este medicamento con la comida más abundante del día, con un vaso de agua o jugo para evitar problemas gastrointestinales

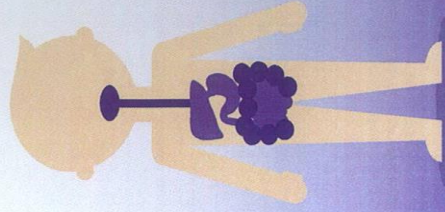
### ATENCIÓN



**NO RECOMIENDES ESTOS MEDICAMENTOS A OTRAS PERSONAS PORQUE PODRÍAN NO NECESITARLOS**

Informe a su médico si utiliza terapias complementarias. Estos son un complemento y no reemplazan al tratamiento convencional

LOS SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS NO SON INOCUOS, por lo que debes seguir las indicaciones del médico, tanto en dosis como tiempo de tratamiento.



Santiago, Julio 2017

Andrea Campos Loyola, Q.F. HEGC  
Correos: [ayanzurac@igra.cl](mailto:ayanzurac@igra.cl)  
Josefa Esparza, Farmacéutica  
Correos: [esparza\\_josefa@gmail.com](mailto:esparza_josefa@gmail.com)  
Tel. Farmacia HEGC: 225765887



## RECOMENDACIONES GENERALES SOBRE MEDICAMENTOS

- Sigue **todas** las indicaciones médicas.
- Recuerda tomar tus medicamentos **todos los días a la misma hora**, en la cantidad indicada por tu médico tratante.
- Protege tus medicamentos de la **luz y el calor**, **almacenándolos en un lugar fresco y seco**.
- Mantén tus medicamentos **lejos del alcance de los niños**.
- Toma todos los medicamentos con **abundante agua**.
- **No muelas, ni tritures, ni mastiques** una capsula o comprimido.
- **No doubles la dosis de los medicamentos**, es decir, si olvidaste una dosis y estás cerca de la siguiente dosis, debes suspender la que ya olvidaste y tomar la siguiente dosis en horario habitual.
- **No utilices medicamentos luego de la fecha de vencimiento**. Si el envase indica solo mes y año, el último día del mes indicado corresponde a la fecha de vencimiento.
- **Consulta** a tu médico, enfermera o farmacéutica **antes de tomar un nuevo medicamento**, aunque haya sido indicado por otro médico.
- Si buscas información por internet, **contrástala siempre** con los profesionales de tu centro.

### Antiinflamatorios Intestinales



Mesalazina 400 mg



Mesalazina 500 mg

Tomarlo preferentemente **antes de las comidas**.

**No debes tomar antiácidos o lactulosa** junto a mesalazina ya que podrían disminuir su efecto.

Este medicamento podría producir **EFFECTOS ADVERSOS** tales como malestar estomacal, dolor de cabeza o dolor de articulaciones.

**No suspenda el tratamiento, aunque se sienta mejor, ya que los síntomas podrían volver a aparecer.**



Para dolores de cabeza o estados gripales **utiliza paracetamol**. Los AINES (ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco, entre otros) y Aspirina pueden inducir reactivación de la enfermedad.

Si observa comprimidos o cubiertas de **comprimidos en las heces**, consulte a su médico, enfermera o químico farmacéutico.

### Inmunomodulador



Azatioprina 50 mg

Este medicamento debe tomarse **preferente con alimentos** para reducir malestar gastrointestinal.

La azatioprina puede disminuir las defensas por lo que debes **estar atento a tus exámenes sanguíneos**.

### Corticoides



Hidrocortisona 20 mg



Prednisona 5 mg



Prednisona 20 mg

Si tomas este medicamento una vez al día, **tómalo antes de las 08:00 a.m.** para lograr el mejor efecto.

Toma este fármaco con alimento o leche para evitar dolor estomacal.

Este medicamento aumenta la retención de sodio, por lo que debes mantener una dieta **baja en sal**, para así evitar la retención de líquido.



## ¿Cómo sé si se reactivó la enfermedad?

Los síntomas más importantes son la diarrea con sangre y moco que puede ser diurna y/o nocturna y el dolor abdominal de localización variable que suele mejorar tras la deposición.

## ¿Por qué se reactiva la enfermedad?

Dejas de tomar la medicación, tomar AINES (Ibuprofeno, ketoprofeno, diclofenaco, etc.) de forma no controlada, sufrir eventos vitales estresantes o padecer infecciones, tanto intestinales como de otro tipo.

## ¿Puedo tomar medicamentos para otras enfermedades o trastornos como dolor de cabeza, fiebre o diarrea?

Los antiinflamatorios y analgésicos deben tomarse con precaución y sólo después de haberlo consultado con su médico tratante al igual que los medicamentos antidiarreicos como la loperamida. Esta no debe utilizarse en presencia de sangre en las heces y fiebre elevada, como tampoco en estreñimiento e hinchazón.

## ¿Puedo tomar antibióticos?

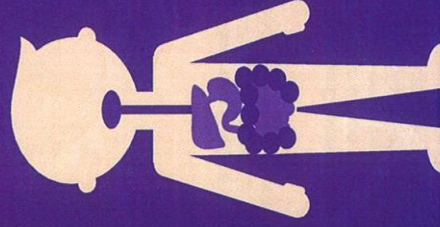
Si su médico tratante le ha indicado algún antibiótico, estos no están contraindicados. Algunos tipos de antibióticos causan diarreas en pacientes con o sin la enfermedad.

## ¿Qué medidas no farmacológicas pueden mejorar la calidad de vida?

Existen 4 pilares fundamentales



## RECOMENDACIONES GENERALES PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL



Santiago, Julio 2017

Andrea Campos Loyola, O.F.H.E.G.C.  
Josefa Chavez y Esparza, Internista O.F.U. de Chile  
Correo: [esparza.josefa@gmail.com](mailto:esparza.josefa@gmail.com)  
Tel. Farmacia HEGC: 225765887



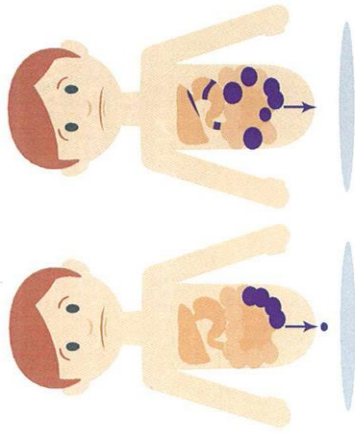
UNIVERSIDAD DE CHILE



### ¿Qué es la enfermedad inflamatoria intestinal?

Es la condición en que el revestimiento interno del tracto gastrointestinal se inflama de manera permanente.

### ¿Qué parte del tubo digestivo afecta?

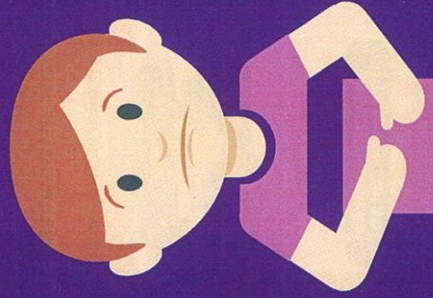


En la **Colitis Ulcerosa (CU)** se ve afectada la capa más interior del colon o intestino grueso de manera continua.

La **Enfermedad de Crohn (EC)** penetra más profundamente en las capas de tejido, generalmente en el intestino delgado, pudiendo afectar cualquier parte del tubo digestivo de manera no continua.

### ¿Cuáles son los síntomas?

Los síntomas compartidos son la diarrea líquida, a veces con sangre o con moco, dolor abdominal, falta de apetito y cansancio



El paciente con **CU** presenta generalmente dolor abdominal difuso. Además, es posible que refiera que al terminar la deposición se queda con ganas, como si tuviera que hacer más, pero no expulsa nada. También algunos pacientes cuentan que no son capaces de retener la deposición.

Las personas con **EC** pueden presentar síntomas muy variables dependiendo de la zona afectada, generalmente dolor abdominal en el lado derecho.

### ¿Cómo tratar la enfermedad?

A través del uso de **medicamentos seguros** como la **mesalazina**, ya que con su efecto antiinflamatorio logra mantener sin síntomas a la enfermedad.



Mantener una dieta equilibrada y variada, teniendo en cuenta y adecuando la dieta a los alimentos que no se toleran o que te hacen sentir mal.



### iii Siga las recomendaciones de su nutricionista !!!!

Para que el tratamiento sea eficaz lo más importante es...

#### SEGUIRLO

Esto es vital para que se asegure y mantenga el efecto beneficioso buscado

## Anexo 4

### Encuesta de satisfacción del servicio farmacéutico

Parentesco	
Edad	
Nivel de estudios	<input type="checkbox"/> Básica <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Técnico Profesional <input type="checkbox"/> Universitario
Ocupación	

Indique con una equis (X) la opción que mejor lo represente con respecto a la atención recibida:

Qué le pareció:	Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno
Las salas donde se realizaron las atenciones					
El tiempo de espera para ser atendido por el farmacéutico					

Qué le pareció:	Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno
La actividad educativa e información entregada sobre los medicamentos que utiliza o podría utilizar					
La actividad educativa e información entregada sobre la enfermedad y las recomendaciones a seguir					
El conocimiento que posee el farmacéutico sobre los temas tratados					
El tiempo dedicado por el farmacéutico a la atención					
La disposición del farmacéutico a contestar mis preguntas					
El interés del farmacéutico por solucionar los problemas relacionados a mis medicamentos					

Las intervenciones me sirvieron para:	SI	NO
Conocer información que desconocía		
Reafirmar o corregir la información que ya tenía		
Mejorar mi conocimiento sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico		
Mejorar mi conocimiento sobre la enfermedad		
Mejorar mi estado de salud, entendiendo que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de dolencia o enfermedades.		
Aprender sobre la necesidad de cumplir con el tratamiento prescrito por mi médico tratante		
Mejorar la manera en que utilizo los medicamentos		

**¿Cuál es su grado de satisfacción con el servicio recibido?**

Satisfecho  Insatisfecho  Indiferente

**¿Estaría dispuesto a recomendar a otros pacientes que soliciten la ayuda del farmacéutico?**

SI  NO

¿Por qué?:

---



---

**Sugerencias:**

---



---



---



## Anexo 5



**MEMORANDUM N° 362/2017**

**MAT.: Resultado de evaluación de estudio.**

**SANTIAGO, 29 de agosto de 2017**

**Q.F. ANDREA CAMPOS LOYOLA**  
**INVESTIGADOR PRINCIPAL**  
**ANTEPROYECTO: "Educación Sanitaria para mejorar Adherencia al Tratamiento en Pacientes Pediátricos con Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital Dr. Exequiel González Cortés".**  
**HOSPITAL EXEQUIEL GONZALEZ CORTES**  
**PRESENTE**

Informamos a Ud. que el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Metropolitano Sur, en sesión del 18/07/2017 y en reunión del 29/08/2017, tomó conocimiento y evaluó los antecedentes correspondientes al **ANTEPROYECTO: "Educación Sanitaria para mejorar Adherencia al Tratamiento en Pacientes Pediátricos con Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital Dr. Exequiel González Cortés"**, remitidos mediante carta fechada 03/07/2017, recepcionada el 05/07/2017:

- I. **Antecedentes revisados y evaluados por el C.E.C. S.S.M.S. en sesión del 18/07/2017 y en reunión del 29/08/2017:** (se adjunta asistencia)
  1. Carta, fechada 03/07/2017, dirigida a la Pdta. C.E.C., firmada por D. Josefa Chávez Esparza, Estudiante interna de Química y Farmacia de Universidad de Chile.
  2. Carta, fechada 08/05/2017, dirigida al Director S.S.M.S., firmada por la Dra. María Vegoña Yarza Sáez, Directora del Hospital Exequiel González Cortés, solicitando autorizar la exención de pago.
  3. Certificado, fechado 08/05/2017, firmado por la Directora del Hospital E. González C., certificando estar en conocimiento de esta investigación.
  4. ANTEPROYECTO de Internado para optar al Título de Químico Farmacéutico: "Educación Sanitaria para mejorar Adherencia al Tratamiento en Pacientes Pediátricos con Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital Dr. Exequiel González Cortés". (02 copias)
  5. Formulario de Información y Consentimiento. (25 copias)
  6. Curriculum Vitae de Alumna D. Josefa Chávez Esparza.
  7. Formulario Carta de Compromiso Investigador D. Josefa Chávez Esparza, fechada 05/07/2017.
  8. Curriculum Resumido de Supervisora Q.F. Elena Vega.
  9. Curriculum Vitae de Monitora Q.F. Andrea Campos Loyola.
  
- II. Por lo anterior, el C.E.C. S.S.M.S., determina, con fecha **18/07/2017**, que el **Estudio no presenta reparos Éticos, con observaciones.**
  
- III. Con fecha 31/07/2017, se recepciona conforme el Consentimiento Informado corregido.
  
- IV. Por lo anterior, el C.E.C. S.S.M.S., determina, con fecha **29/08/2017**, que el **Estudio no presenta reparos Éticos**, se remite **firmado, timbrado y fechado:**
  - Formulario de Información y Consentimiento, versión N° 1 Julio 2017

V. Además, se adjuntan los siguientes documentos:

- Asistencia de la Reunión del Comité Ético Científico del S.S.M.S.
- Declaración de Cumplimiento de las Buenas Prácticas Clínicas, Versión 3.0, actualizada el 17/04/17, en Sesión del C.E.C. del S.S.Sur.
- Anexo.

Solicitamos a Ud. lo siguiente:

1. Usar los Consentimientos Informados validados por este Comité, si corresponde.
2. La validez de esta aprobación es por un año, al cabo del cual con el Informe correspondiente debe solicitar su renovación.

Además, debe comunicar a este Comité lo siguiente:

1. Eventos observados asociados y no asociados con el estudio.
2. Cualquier antecedente importante que se observe durante la ejecución de la investigación.
3. Finalizado el estudio, remitir informe, que incluya el número de sujetos enrolados y el número de los que rechazaron, entre otros.

Saludan atentamente,



**O.F. VERÓNICA RIVERA SCIARAFFIA**  
**PRESIDENTA**  
**COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO**  
**S.S.M.S.**

**DR. HECTOR JORQUERA VERGARA**  
**SECRETARIO**  
**COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO**  
**S.S.M.S.**

C./c.:

- **Directora Hospital E. González C.:** Dra. María Vegoña Yarza Sáez
- Archivo Memos C.E.C. S.S.M.S.
- Archivo Protocolo.

# Anexo 6

VERSION N° 1 JULIO 2017

Formulario de Información y Consentimiento

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Paciente: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

Título del Protocolo: "Educación sanitaria para mejorar adherencia al tratamiento en pacientes pediátricos con Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital Dr. Exequiel González Cortés"

**Investigador Responsable:** Interna Egresada Q.F. Josefa Chávez Esparza, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas, Universidad de Chile, Sergio Livingstone (Ex-Olivos) 1007, Independencia, Teléfono 88917750. Se me ha solicitado participar en un proyecto de investigación que tiene como objetivo mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal que se atiendan en el Hospital Dr. Exequiel González Cortés. Al participar en este estudio, yo estoy de acuerdo en permitir la revisión de mi ficha médica o del menor a mi cargo, aceptar ser entrevistado en el recinto hospitalario o en mi domicilio por el investigador principal, que se me realicen llamadas telefónicas, otorgar información necesaria sobre los medicamentos que administro o utilizo y de mis hábitos con respecto al tratamiento y mi adherencia a él.  
Si usted tiene cualquier pregunta acerca del proceso de obtención del Consentimiento Informado o sus derechos como sujeto de estudio, entonces Ud. puede contactar, en cualquier momento, a la presidenta del Comité de Ética del Servicio de Salud Metropolitano Sur: Q.F. Sra. Verónica Rivera Sciaraffia, dirección: Avenida Santa Rosa N°3453, comuna San Miguel, Santiago, Chile, Teléfono: 56-2-2576-3850, Celular Institucional: 56-9-58582831, correo electrónico: veronica.rivera@redsalud.gov.cl.

Yo entiendo que:

- En este estudio no se presentará ningún riesgo adicional, ya que no se me someterá a mí o al menor a mi cargo a ningún procedimiento ni tratamiento nuevo ni de prueba.
- En este estudio no contempla tratamientos alternativos; recibiré la educación sanitaria y atención médica habitual.
- Cualquier pregunta que yo quiera hacer en relación a mi participación en este estudio deberá ser contestado por:
  - ❖ Interna Q.F. Josefa Chávez Esparza, Fac. de Cs. Qcas y Farmacéuticas de U. de Chile. Teléfono 958404379
  - ❖ Q.F. Andrea Campos Loyola, Hospital Dr. Exequiel González Cortés. Teléfono 225765887
  - ❖ Prof. Elena María Vega, Fac. de Cs. Qcas y Farmacéuticas de U. de Chile. Teléfono 2229782840
- Yo podré retirarme de este estudio en cualquier momento sin ser obligado a dar razones y sin que perjudique en mi calidad de paciente o usuario.
- Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero el nombre o identidad del paciente no serán revelados y los datos clínicos permanecerán en forma confidencial, a menos que la identidad sea solicitada por ley.
- Mi consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado.
- En el caso que sea dañado/a físicamente como resultado del estudio, la atención y el tratamiento médico serán proporcionados preferentemente en esta institución y, en cualquier caso, bajo la responsabilidad legal del investigador que firma este consentimiento. Cabe destacar que no debería existir daño porque no hay administración de sustancias activas ni procedimientos asociados al estudio fuera de sesiones informativas sobre educación sanitaria.

Investigador Principal

Representante Paciente

Representante Hospital Dr.  
Exequiel González Cortés

