

Nº 4

SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCION PRIMARIA

JVC / BMG / JVR / KCA



173

ORD C 51 N°/_____

ANT.: No Hay.

MAT.: Envía Orientación Técnica para el desarrollo de la Atención farmacéutica en el nivel primario de salud

SANTIAGO,

18 ENE 2018

DE: SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

A: DIRECTORES SERVICIOS DE SALUD DEL PAIS

Junto con saludar, hago llegar a usted la guía de "ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN APS".

La Atención Farmacéutica, es un sistema centrado en la persona, cuyo objetivo general es "buscar, prevenir y resolver problemas relacionados con los medicamentos, para tratar de alcanzar los resultados de salud esperados, y mantener o mejorar la calidad de vida del usuario"

En nuestro país, el Químico Farmacéutico (QF) de APS desarrolla funciones como dispensación, gestión de las unidades de farmacia, compras y control de inventarios. Sin embargo, se ha evidenciado el aporte del QF en el control de patologías crónicas como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2 y Dislipidemias.

Por esta razón, el documento adjunto, es un aporte a la estandarización de la práctica del Seguimiento Farmacoterapéutico a realizar por el profesional Químico Farmacéutico, en el trabajo con los usuarios, apoyando el quehacer del equipo de salud.

Saluda atentamente a Usted.



DRA. GISELA ALARCON R.
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

Distribución:

- La indicada
- Gabinete Subsecretaria de Redes Asistenciales
- Depto. Modelo en APS/DIVAP
- Oficina de Partes.



SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA
DEPTO. DE MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA

ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN APS.

Basado en la Metodología POLARIS de Seguimiento Farmacoterapéutico, desarrollado por
Facultad de Química de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

2018

Autores

QF. Antonio Ahumada, Farmacéutico Facilitador Programa Polaris de Seguimiento Farmacoterapéutico. Estudiante de Doctorado en PhD in Pharmacy, Universidad Tecnológica de Sydney, Australia. Docente del diplomado en Seguimiento Farmacoterapéutico para APS.

Dr. QF. Roberto Ebensperger, Director alterno del Programa Polaris de Seguimiento Farmacoterapéutico. Profesor Asociado del Departamento de Farmacia, en la Facultad de Química de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

QF. Francisco Martínez, Coordinador de Atención Farmacéutica y Farmacovigilancia de la Corporación Municipal de Salud, Educación y Atención de Menores de Puente Alto. Farmacéutico Facilitador Programa Polaris de Seguimiento Farmacoterapéutico. Estudiante de Doctorado en PhD in Pharmacy, Universidad Tecnológica de Sydney, Australia. Docente del diplomado en Seguimiento Farmacoterapéutico para APS.

Dr. QF. Cristian Plaza, Director del Programa Polaris de Seguimiento Farmacoterapéutico. Profesor asistente del Departamento de Farmacia, en la Facultad de Química de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Director y docente de los diplomados en Farmacia Clínica y en Seguimiento Farmacoterapéutico para APS. Miembro de la cátedra María José Faus Dader de Atención Farmacéutica, Universidad de Granada, España.

QF. Camila Vielma, Farmacéutico Facilitador Programa Polaris de Seguimiento Farmacoterapéutico. Docente del diplomado en Seguimiento Farmacoterapéutico para APS.

Colaboradores

QF. Karina Castillo, Asesora de Farmacia, Departamento de Modelo en APS, División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud

QF. Daniela Núñez, Asesora de Farmacia APS, Unidad de Estudios, Servicio de Salud Metropolitano Sur- Oriente.

QF. Lorena Palma, Jefa de Unidad de Farmacia de la Corporación Municipal de Salud, Educación y Atención de Menores de Puente Alto.

EU. Camila Valdés, Asesora en educación Programa POLARIS de Seguimiento Farmacoterapéutico. Instructor Adjunto Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Docente del diplomado en Seguimiento Farmacoterapéutico para APS.

Agradecimientos

A todos los Químicos Farmacéuticos participantes del Programa POLARIS de Seguimiento Farmacoterapéutico, y a las autoridades de los centros de salud primaria de Puente Alto, La Granja, San Bernardo, Ñuñoa, Quinta Normal, Pudahuel y Vitacura, pertenecientes a los Servicios de Salud Metropolitanos Occidente, Oriente, Sur y Sur Oriente.

Contenido

INTRODUCCIÓN4

METODOLOGIA.....5

 Oferta del servicio: Centro de salud5

 Invitación al servicio: Usuarios5

 Entrevista Inicial6

 Registro de medicamentos8

 Registro de adherencia y de RAM8

 Fase de estudio y evaluación.....8

 Resultados Negativos Asociados a la medicación.9

 Fase de intervención17

 Entrevista de intervención.....19

 Entrevista de seguimiento19

 Recomendaciones.....19

Bibliografía.....21

Anexos23

 Anexo 1: Ficha de atención.....23

INTRODUCCIÓN

Frente a la problemática del uso de medicamentos, el Químico Farmacéutico (QF), profesional dedicado al uso racional de los medicamentos, posee un rol central, contando con herramientas de demostrada eficacia, como lo son la Atención Farmacéutica (AF) y el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT)¹. La AF es un sistema centrado en la persona, en lugar de los productos farmacéuticos, estableciendo como objetivo general el “buscar, prevenir y resolver problemas relacionados con los medicamentos, para tratar de alcanzar los resultados de salud esperados, y mantener o mejorar la calidad de vida del usuario”¹.

En este contexto, el SFT es una herramienta de la AF desarrollada por la necesidad de estandarizar la atención brindada por el QF, y representa la práctica clínica que pretende evaluar y monitorizar la terapia farmacológica del usuario de manera continua. Considera establecer un vínculo entre el usuario y el QF, utilizando herramientas educativas y buscando mejorar los resultados clínicos de la farmacoterapia, tomando siempre las decisiones en conjunto. Por lo tanto, agrega acciones adicionales a la práctica habitual del QF, como la educación en salud, la entrevista clínica y el trabajo interdisciplinario con profesionales de la medicina, enfermería y otros ^{2 3}. Su objetivo general comprende la detección de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM), para la prevención y resolución de Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM).

En nuestro país, el QF de Atención Primaria de Salud (APS) desarrolla funciones como dispensación, gestión de las farmacias ambulatorias, compras y control de inventarios. Sin embargo, se ha evidenciado el aporte del QF en el control de patologías crónicas como Hipertensión Arterial (HTA), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) y Dislipidemias (DLP).

Por esta razón, esta guía pretende estandarizar la práctica del SFT para que el QF pueda trabajar con los usuarios y así aportar a una mejora significativa de las condiciones de salud de los AM, disminuyendo además el gasto en salud ambulatorio y hospitalario, y optimizando el uso de medicamentos^{4 5}.

METODOLOGIA

Este servicio profesional farmacéutico apunta a optimizar el uso de los medicamentos, en conjunto con el equipo de salud y el usuario. Para su adecuado desarrollo, requiere de un compromiso entre todos los involucrados, por lo que la atención debe ser continua, sistemática y con la documentación pertinente para el registro del trabajo⁶.

Los usuarios que pueden ser incluidos en esta estrategia son:

- Usuarios con polifarmacia, definida como el uso crónico de 5 o más medicamentos diarios ⁷.
- Usuarios autovalentes o autovalentes con riesgo según el Examen Funcional del Adulto Mayor (EFAM2).
- Usuarios pertenecientes a algún programa como el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV).
- Cuidadores de pacientes postrados en visita domiciliaria

Sin embargo, los criterios de inclusión a este programa variarán según cada realidad local y sus prioridades sanitarias.

Oferta del servicio: Centro de salud

Antes del inicio del programa, se deberán realizar reuniones con el equipo del Centro de Salud, tanto en consejos técnicos y de sector, como en reuniones clínicas o de estamentos profesionales, según se estime necesario para presentar el servicio que se ofertará, y así facilitar el trabajo diario.

Invitación al servicio: Usuarios

Se propone que, los usuarios sean derivados por el equipo de cada sector, según los criterios de priorización establecidos de forma local. Además, en los casos que amerite, se propone el rescate de usuarios mediante llamado telefónico desde unidades como Servicio de Atención Usuaría (SAU) o Servicio de Orientación Médica y Estadística (SOME) según corresponda. Se requiere informar que los usuarios deben traer todos los medicamentos que consuman (en una bolsa o contenedor) y su carnet de atención crónica.

Antes de iniciar, se debe contar con:

- Una zona de atención personalizada para mantener la confidencialidad de la información que nos entregue el usuario.
- Acceso al registro clínico del usuario.

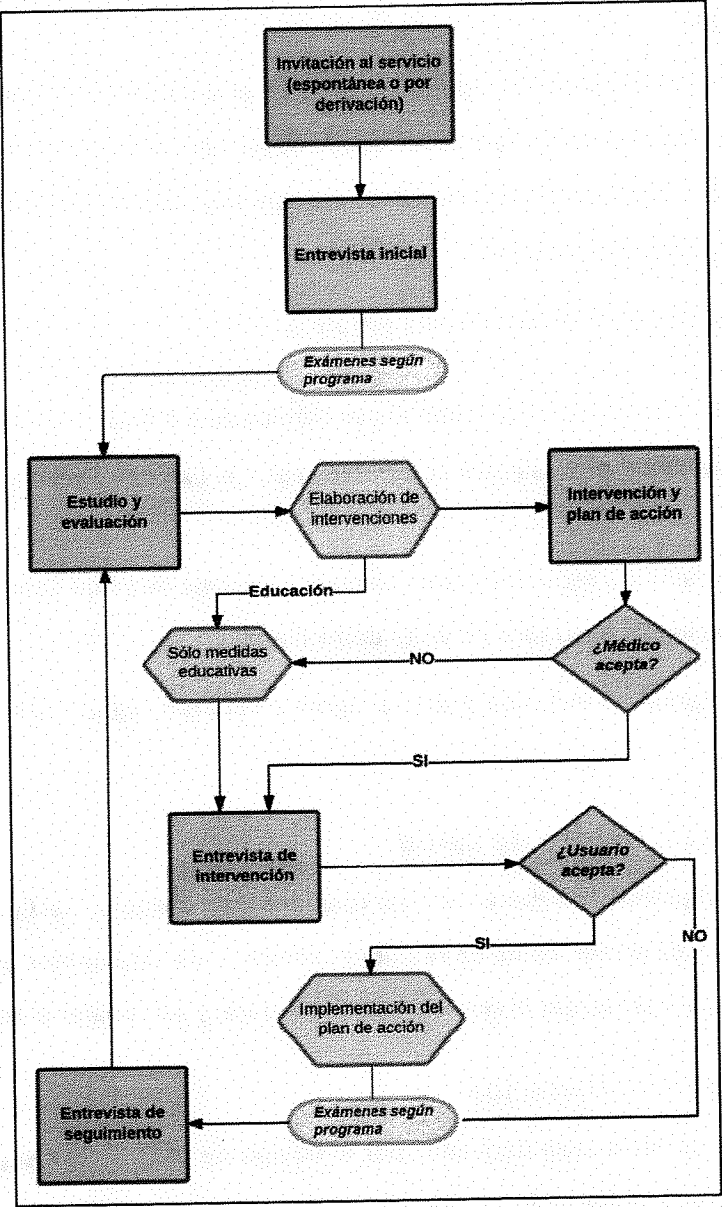


Figura 1: Esquema del SFT propuesto

Entrevista Inicial

El objetivo principal de la primera entrevista es obtener la mayor cantidad de información objetiva o subjetiva del usuario, en un ambiente de receptividad y apoyo. Podemos dividir la primera entrevista en cuatro etapas:

Etapas 1: Revisión del registro de su último control con médico u otro profesional de la salud.

Previo a la entrevista, se deben revisar todos los antecedentes del usuario desde su ficha clínica como se ejemplifica en la figura 2, que incluye también el retiro desde la farmacia.

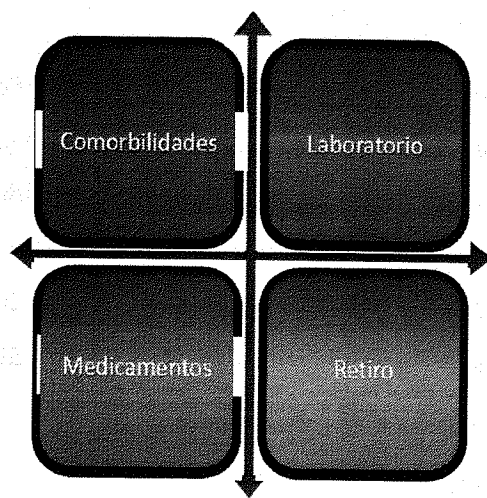


Figura 2: Factores para revisar previo a la entrevista.

Etapas 2: Determinación de los problemas y preocupaciones en salud.

Una vez iniciada la entrevista se buscará conocer sobre los problemas de salud:

- **Compensación:** Para poder determinar la compensación de las patologías, se debe analizar el grado de control según el parámetro clínico más representativo, en donde los límites estarán establecidos en la literatura o en las guías nacionales.
- **Preocupaciones del propio usuario** sobre sus problemas de salud
- **Conocimientos** que posea el usuario sobre sus enfermedades. Se proponen las siguientes interrogantes: ¿Sabe qué es? ¿Sabe por qué se produce? ¿Sabe qué riesgo tiene? ¿Sabe si puede mejorar?

Etapas 3: Revisión completa de medicamentos

Para el registro de la terapia farmacológica, se utilizarán como referencia:

- Los medicamentos traídos por el usuario.
- El registro clínico local.
- Recetas crónicas vigentes.

Se deberán especificar los medicamentos que corresponden a prescripción médica y cuales son por automedicación. Además, se deben realizar preguntas sobre el uso de cada uno de estos medicamentos, pesquizando la adherencia al tratamiento y explorando la posibilidad de la presencia de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM), definidas como un efecto dañino y no intencionado que ocurre a dosis usadas en el hombre como profilaxis, diagnóstico o terapia⁸

Registro de medicamentos

La información recopilada debe ser adecuadamente registrada en la ficha de atención, en relación a su terapia prescrita, indicación de ésta y si el usuario se ajusta a la posología de administración. En caso de automedicación, se debe conocer la forma en que está ingiriendo dicha terapia y con qué propósito. Para complementar la información se recomienda utilizar preguntas como: ¿Toma el medicamento?, ¿Para qué lo toma?, ¿Quién se lo recetó?, ¿Desde hace cuánto tiempo lo usa?, ¿Cuánto toma?, ¿Cómo lo utiliza? ¿Se olvida alguna vez de tomarlo?, Si se encuentra bien, ¿deja de tomarlo alguna vez?, ¿Conoce alguna precaución de uso?

Registro de adherencia y de RAM

Para concluir la revisión de los medicamentos, se deben evaluar la adherencia y presencia de RAM según corresponda.

Adherencia: deberá determinar la adherencia de cada medicamento según lo que ha obtenido de la entrevista, existiendo dos tipos de falta de adherencia⁹:

- No puede: el usuario presenta falta de adherencia no intencionada.
- No quiere: el usuario presenta falta de adherencia intencionada.

RAM: En caso de percibir o evidenciar RAM, se deben clasificar y reportar según la Norma General Técnica 140 de Farmacovigilancia¹⁰.

Etapas 4: Resumen

Antes de finalizar, se debe realizar un resumen de la entrevista, buscando posibles signos o síntomas asociados a sospechas de RAM y completando información faltante. En esta instancia puede entregarse información de los factores que el QF considere importante reforzar o corregir, siempre y cuando no requiera de cambios en el tratamiento farmacológico y se respete el tiempo de la entrevista. Por último, debe dejarse espacio para dudas espontáneas.

Fase de estudio y evaluación

El objetivo de esta fase será analizar, de la manera más completa posible, la relación entre las patologías del usuario y su terapia farmacológica, detectando signos, síntomas, exámenes de laboratorio y cualquier otra información, utilizando la evidencia disponible.

Para realizar este análisis y lograr los objetivos del servicio, usted deberá conocer:

- Los problemas de salud del usuario.

- Medicamentos utilizados para tratar estos problemas.
- Farmacoterapia, es decir, como se utilizan los medicamentos en los determinados problemas de salud.
- Conocer métodos de intervención educativa, en caso de necesidad de abordar problemas de adherencia o conocimiento de patologías o medicamentos.

Con la información disponible, tanto del usuario, como de la evidencia en literatura, podremos proceder a analizar los RNM y PRM.

Resultados Negativos Asociados a la medicación.

Los RNM se definen como resultados clínicos desfavorables que podrían tener relación directa con el tratamiento farmacológico (por ejemplo, una HTA tratada, pero descompensada)⁶, mientras que los PRM se definen como la causa que generan estos resultados negativos (necesidad de un fármaco adicional para el mismo caso).

Para la detección de RNM, se utilizará la clasificación según necesidad, efectividad y seguridad⁶.

Necesidad

La necesidad incluye aspectos principales relacionados con los motivos por los cuales el usuario debe utilizar o no los medicamentos de su tratamiento farmacológico. Para realizar este análisis, es importante reconocer y justificar el objetivo terapéutico de cada uno de los fármacos utilizados. Los criterios de necesidad se dividen en dos:

- La ausencia de indicación farmacológica para un problema de salud presente en el usuario.
- Presencia innecesaria o injustificada de un fármaco, lo cual puede generar un problema de salud.

También se incluyen en este aspecto las duplicidades terapéuticas.

Es importante mencionar que puede hacerse evidente que una automedicación podría estar justificada y es necesario oficializar la prescripción.

La figura 3 muestra los pasos a realizar en el análisis de necesidad.

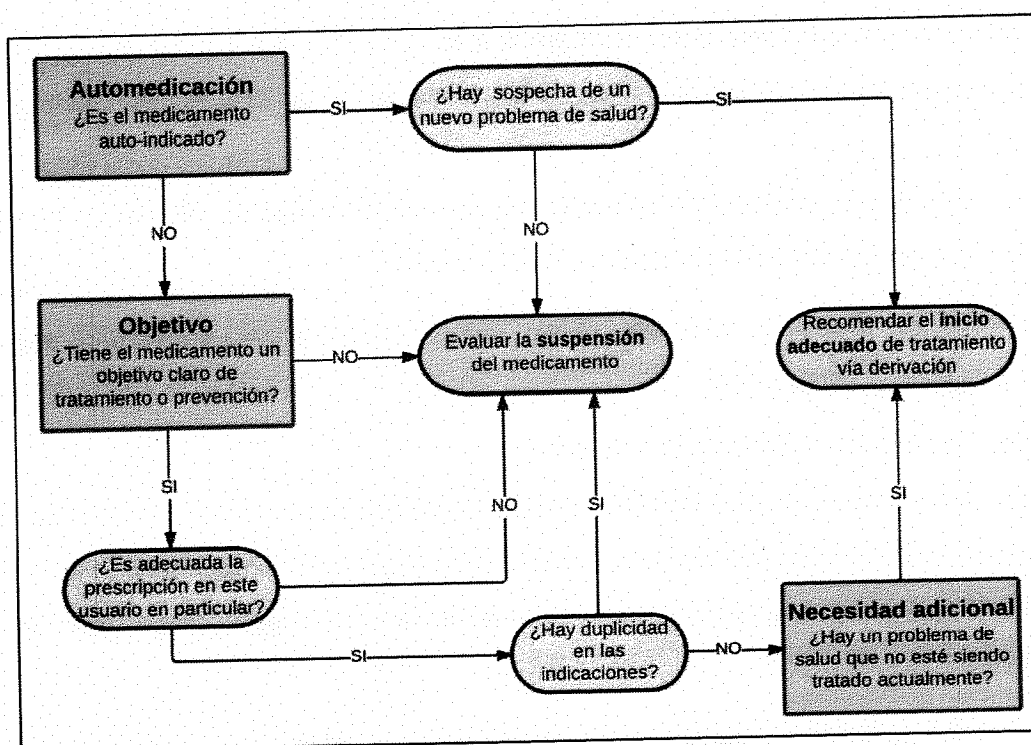


Figura 3: Análisis de necesidad

- **Paso 1: Automedicación.** Siempre es necesario evaluar, antes que cualquier otro análisis, si el fármaco fue o no prescrito por un profesional habilitado. En caso de que sea automedicado, no se debe descartar de plano la necesidad de utilizarlo, pues puede existir un problema de salud que no ha sido diagnosticado aún o la patología puede no estar siendo tratada adecuadamente. Si la automedicación no se relaciona con esto, es conveniente sugerir la suspensión del fármaco, teniendo precaución en realizar el retiro adecuado en aquellos que puedan producir síndrome de abstinencia u otros fenómenos.
- **Paso 2: Objetivo.** Si el medicamento fue adecuadamente prescrito, se debe evaluar el objetivo del tratamiento. ¿Es para un problema de salud actual? ¿Es para la prevención de una complicación futura? En aquellos fármacos sin un objetivo claro, puede evaluarse la suspensión, siempre y cuando se recopile toda la información del usuario y no se pase por alto un antecedente no registrado en la ficha clínica. También pueden detectarse problemas en la prescripción del usuario particularmente cuando no se cumplan los requisitos de uso. Por último, es posible detectar duplicidades terapéuticas en este paso.
- **Paso 3: Necesidad adicional.** Cuando ya se ha analizado la terapia actual, es conveniente evaluar la presencia de problemas de salud no controlados. Ya sea por fracaso en la efectividad,

o porque un usuario puede no estar recibiendo medicación para su problema de salud, la necesidad de agregar un fármaco adicional debe explorarse, procurando descartar que los signos o síntomas no se deban al uso de otro medicamento.

Al concluir el análisis de necesidad, se procederá a evaluar la efectividad.

Efectividad

La falta de efectividad se ha definido como el fracaso en la utilización del medicamento, determinado por la imposibilidad para alcanzar el objetivo terapéutico buscado. Dentro de los problemas de efectividad, están el aparente fracaso de un medicamento de cumplir con su meta específica, no explicada por la dosificación (ésta es adecuada), o donde el usuario es efectivamente adherente. De la misma forma, la falta de adherencia es la causa más común del fracaso de un tratamiento farmacológico, por lo que el análisis de la conducta del usuario frente a sus medicamentos es esencial, lo que se verá en detalle más adelante¹¹. Por último, otro problema frecuente que genera falta de efectividad es la indicación de dosis menores a las terapéuticas.

La figura 4 muestra los pasos a realizar para el análisis de efectividad.

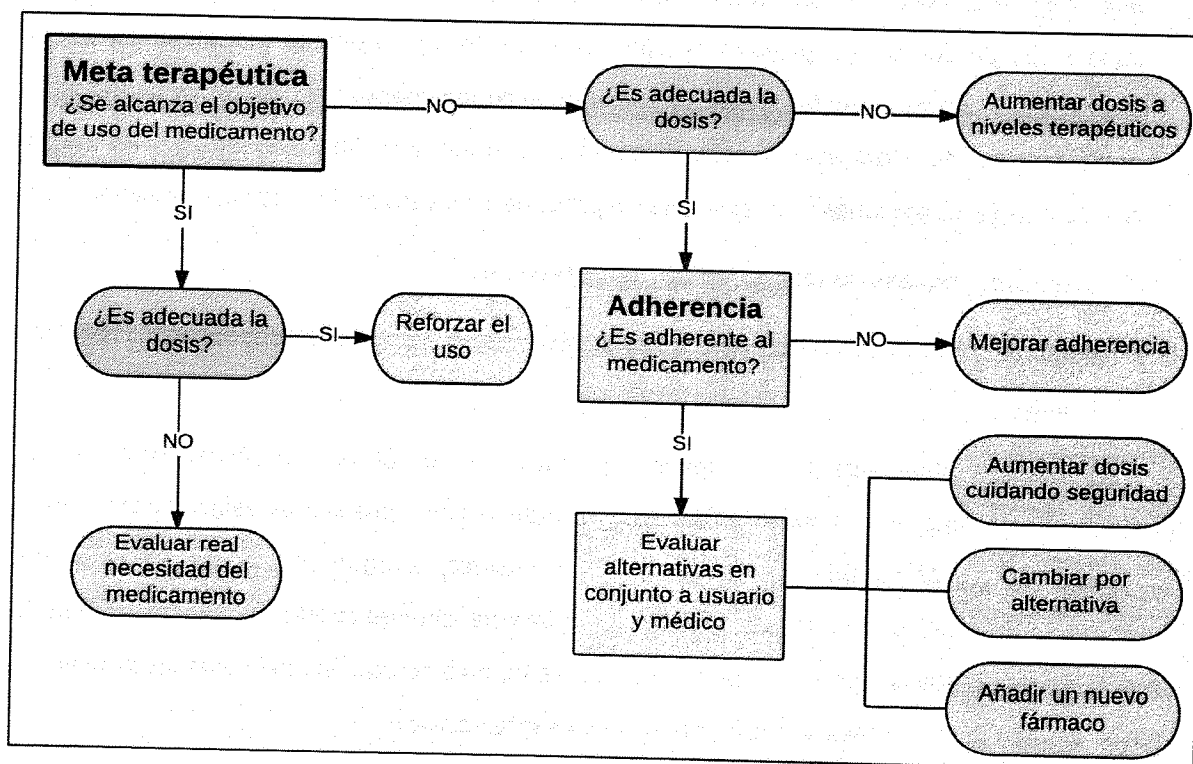


Figura 4: Análisis de efectividad.

- **Paso 1: Meta terapéutica.** Para evaluar la efectividad de cualquier tratamiento, siempre se debe tener clara la meta terapéutica buscada (determinada anteriormente en el análisis de necesidad, paso 2: objetivo), donde podemos determinar si ésta se cumple o no. Además, podemos relacionar el intervalo terapéutico (el rango de dosis en el cual la efectividad de un medicamento está demostrada) con el cumplimiento de esta meta. Si la meta se cumple y la dosis es adecuada, entonces se tiene un buen uso del medicamento y debe reforzarse la conducta positiva. En caso de que la meta se cumpla, pero el fármaco esté en menor dosis a la definida como mínima efectiva, se podría cuestionar la real necesidad de éste, pues no se espera que genere un efecto terapéutico y el problema de salud podría controlarse con otras medidas. En caso de que la meta no se cumpla, también debe evaluarse la dosis, pues ésta puede ser menor a la necesaria y requerir un aumento.
- **Paso 2: Falta de adherencia.** La falta de adherencia es la principal causa de fracaso terapéutico, por lo que es necesario evaluar este aspecto cuando no haya cumplimiento de la meta y la dosis sea adecuada. Intervenir en este aspecto si se detecta un problema es fundamental, pues puede evitar el utilizar erróneamente fármacos adicionales en el usuario. A pesar de que la adherencia parece ser un proceso sencillo, se trata de un fenómeno complejo, en donde intervienen factores como las creencias en salud, el conocimiento del usuario en patologías y medicamentos, la información masiva disponible, el contexto social y económico, y las etapas del cambio de las personas¹¹. En esta guía, se proponen 2 métodos de medición de adherencia:
 - Subjetivo: mediante la realización de una entrevista.
 - Objetivo: a través del análisis de la fecha de retiros de sus medicamentos según los registros locales.

Los problemas de adherencia pueden ser intencionados, donde el usuario activamente rechaza utilizar sus medicamentos; o no intencionados, donde existen problemas relacionados con la incapacidad de lograr cumplir con el régimen terapéutico, aunque el usuario así lo desee. Dependiendo del motivo identificado, el método de intervención en la falta de adherencia puede variar, tanto en objetivos como en implementación. La figura 5 resume el análisis de los principales motivos de falta de adherencia y posibles métodos de intervención.

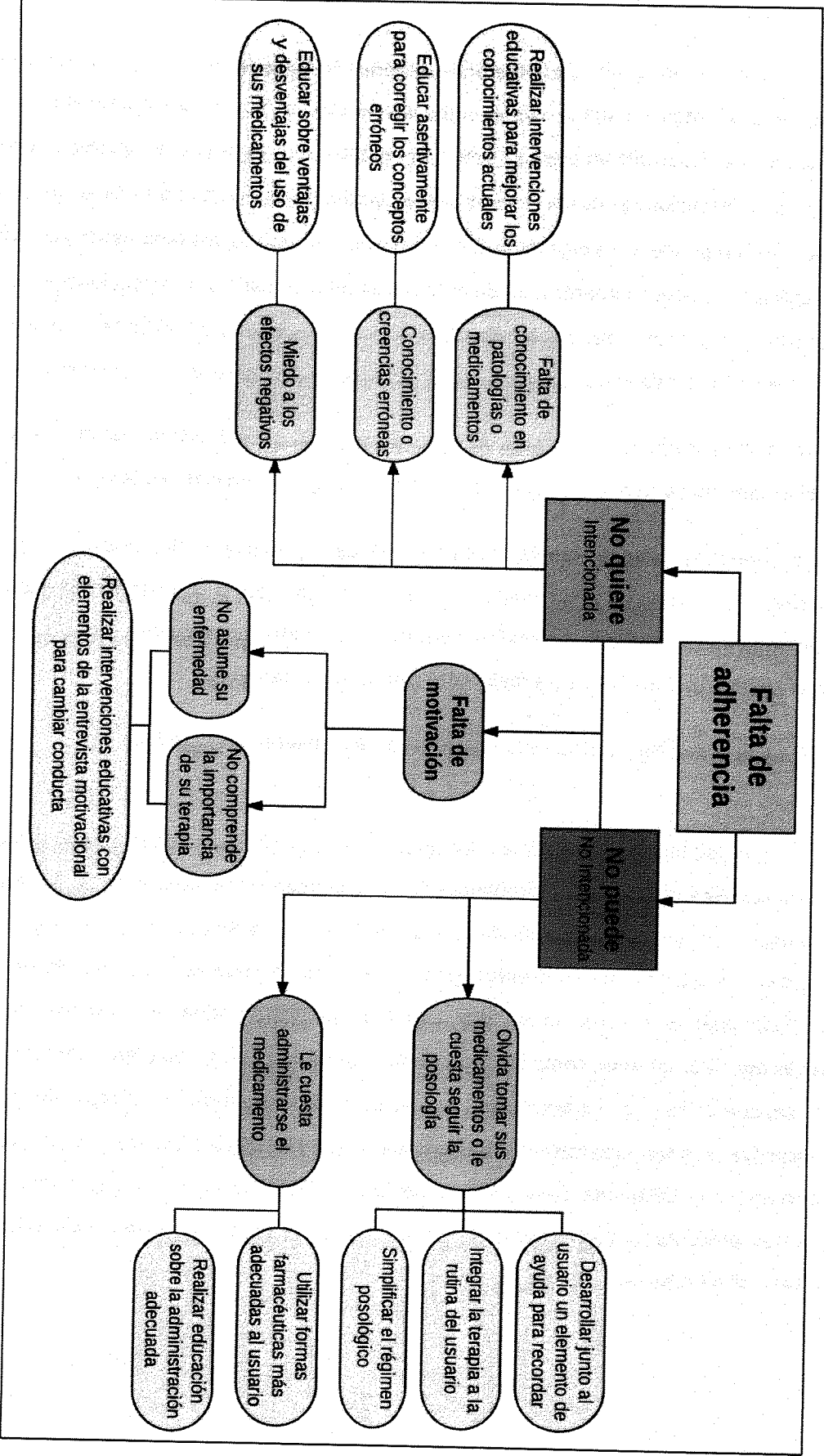


Figura 5: Motivos de falta de adherencia y posibles medios de intervención.

Paso 2.1: para intervenir en la falta de adherencia, primero se debe determinar a qué tipo corresponde. La falta de adherencia intencionada se refiere a que un usuario elige deliberadamente el no consumir los medicamentos, o sea, desarrolla un proceso activo de rechazo al uso (por lo que también se conoce como “no quiere”). La no intencionada es un proceso pasivo, en donde el usuario no es capaz de consumir sus medicamentos (o “no puede”), a pesar de si querer hacerlo. Por último, los fenómenos relacionados con la falta de motivación pueden generar falta de adherencia intencionada o no intencionada, por lo que se clasifican aparte, y presentan una mayor dificultad de intervención. Es importante clasificar al usuario adecuadamente en alguna de estas categorías para poder realizar intervenciones efectivas.

Paso 2.2: una vez clasificado el tipo de falta de adherencia, se procede a determinar el motivo específico por el cual el usuario no adhiere a su terapia farmacológica según lo indicado en la Figura 5.

Finalmente, cuando la meta no se cumple, la dosis es adecuada y no hay sospechas de falta de adherencia al medicamento, el problema de salud puede haberse complicado, por lo que puede requerir un aumento de dosis (cuidando no superar la dosis máxima permitida), el cambio por una alternativa más efectiva o la adición de un nuevo medicamento para mejorar el control de la patología.

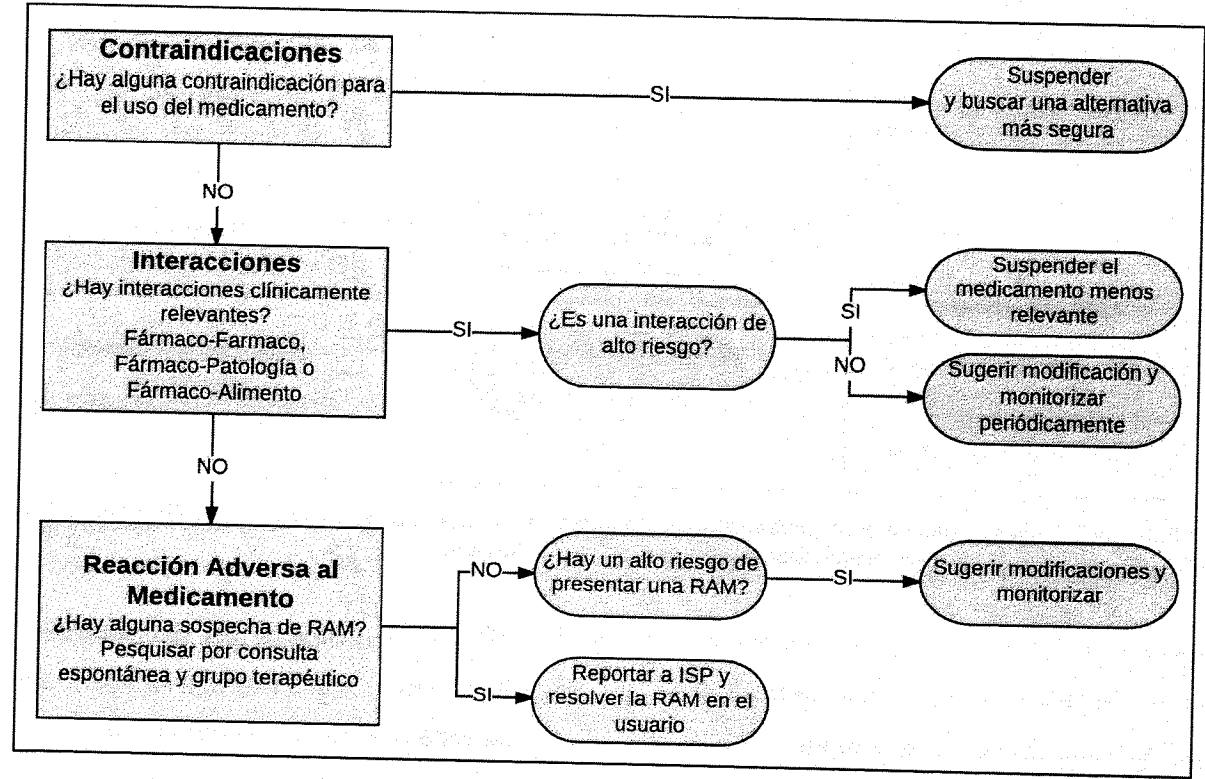
Una vez terminado el análisis de efectividad, se procederá a analizar la seguridad.

Seguridad

El análisis de seguridad busca establecer la relación directa de un problema de salud con la medicación, a pesar de ser necesaria y efectiva. Estos problemas de salud pueden presentarse como la presencia o riesgo de RAM por dosis terapéuticas, o de toxicidad por sobredosificación. Se debe distinguir de los problemas potenciales, o con riesgo de que se presenten, de los ya existentes y que estén generando alteraciones en el usuario. Este análisis se efectúa en dos pasos. El primero evalúa la presencia de elementos característicos del medicamento, como las contraindicaciones de uso (que pueden estar relacionadas con patologías concomitantes o características intrínsecas del usuario); el riesgo de interacciones farmacológicas (ya sean fármaco-fármaco, fármaco-patología y fármaco-alimento) que tengan relevancia clínica reportada; y la búsqueda de sospechas de RAM, efectuada según el grupo terapéutico y los signos/síntomas presentes en el usuario. Mientras que el segundo, hace una valoración según las características individuales de cada usuario.

A pesar de que existan fármacos que no estén generando actualmente una RAM, es importante evaluar este aspecto del medicamento cuando el riesgo de aparición sea frecuente (mayor que 1/100 pacientes) o de serio (cualquier reacción adversa que sea mortal o que pueda poner en peligro la vida o que implique incapacidad o invalidez grave o que tenga por consecuencia la hospitalización o prolongación de la misma) según lo definido por la NGT 140 o el DS n°3 ¹². La Figura 6 muestra el primer análisis de seguridad correspondiente a los factores del medicamento.

Figura 6: Primer análisis de seguridad, factores del medicamento.



El segundo análisis de seguridad evalúa la función renal, determinada con ecuaciones adecuadas según lo establecido por el MINSAL¹³. Este factor presenta una aproximación a la capacidad renal de eliminación de medicamentos, relevante para la gran mayoría de los fármacos utilizados actualmente en APS. En segundo lugar, se busca evaluar la función hepática del usuario, que puede afectar la metabolización y eliminación de fármacos como paracetamol, entre otros. Adicionalmente, realiza la pesquisa de RAM relacionadas a alteraciones en las enzimas hepáticas. La figura 7 muestra el segundo análisis de seguridad, factores intrínsecos del usuario.

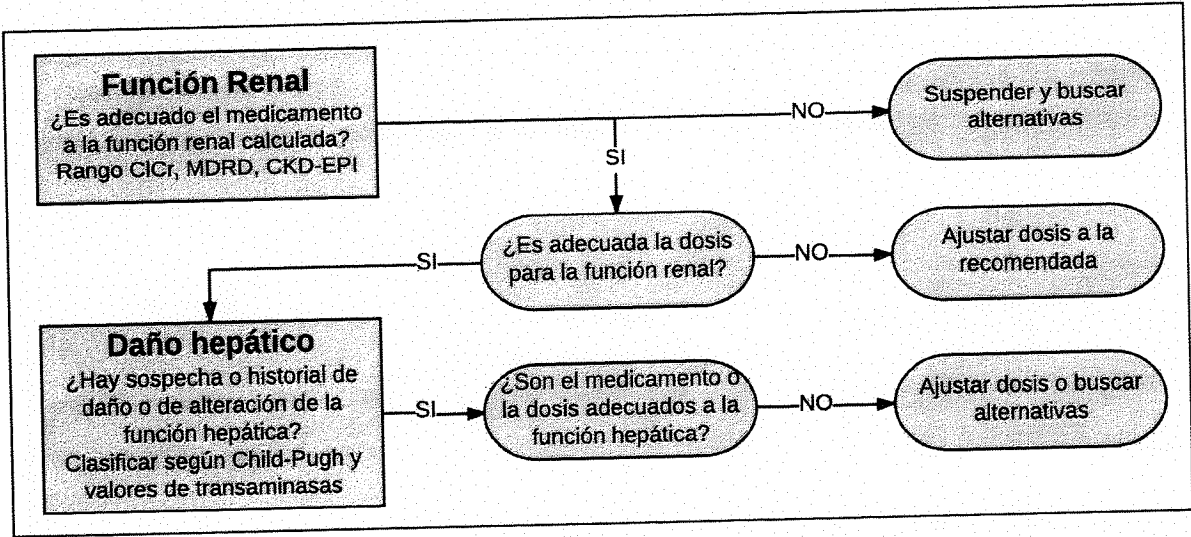


Figura 7: Segundo análisis de seguridad, factores intrínsecos del usuario. CICr: Clearence de Creatinina; CKD-EPI: Chronic Kidney Disease-Epidemiology Collaboration; MDRD: Modification of Diet in Renal Disease.

Aunque el análisis de la función hepática es relevante en el estudio de los medicamentos, su disponibilidad suele ser limitada, por lo que se debe privilegiar a aquellos usuarios que tengan historial de alteraciones hepáticas o que utilicen medicamentos con alta probabilidad de generar este tipo de problemas. Una vez concluido el análisis de los RNM según necesidad, efectividad y seguridad, se procederá a analizar las causas, o PRM.

Problemas relacionados con medicamentos.

Los PRM son la causa de los RNM como dosificación inadecuada, interacciones, entre otros. La tabla 1 ejemplifica algunos PRM según recomendaciones generales como los más comunes⁶.

Problemas relacionados con medicamentos
Dosis Inadecuada
Pauta Inadecuada
Duplicidad
Interacción medicamentosa
Probabilidad de reacción adversa al medicamento
Mala administración
Incumplimiento
Prescripción inadecuada
Contraindicación
Características del usuario
Patología insuficientemente tratada
Automedicación

- - -B_ B-

Fase de intervención

Esta fase se refiere al desarrollo de las intervenciones farmacéuticas que tengan como objetivo resolver los PRM detectados y por consiguiente mejorar los RNM, presentando el caso al médico tratante cuando corresponda a intervenciones en el régimen terapéutico, o realizando un plan educativo para el usuario en caso de que se considere la necesidad de mejorar el conocimiento de éste. En el caso de las intervenciones en los tratamientos farmacológicos en colaboración con el prescriptor, se desarrollará un plan de acción en forma de sugerencia. Previo al inicio del programa, se deberá definir en conjunto con la Dirección del establecimiento la forma de realizar estas intervenciones con cada médico tratante. La intervención comunicada al prescriptor deberá contener detalladamente la justificación, junto a la medida a aplicar, su meta esperada y método de evaluación.

Todas las intervenciones a realizar deben aplicarse según priorización, dándole importancia principalmente a aquellos PRM que estén generando un problema actual mediante signos o síntomas detectados por usted o por el usuario o que presentan un alto riesgo a la salud de éste. Aquellos PRM con menor riesgo de generar un problema o que no pongan en peligro la salud del usuario, pueden ser

intervenidos una vez que sean resueltos aquellos más importantes. No se recomienda intervenir simultáneamente más de tres PRM, pues se pone en riesgo la capacidad de comprensión y cambio por parte del usuario.

Todos los hallazgos o intervenciones, tanto educativas como con el prescriptor, deben ser evidenciadas por el QF en el registro correspondiente de su centro de salud.

Las medidas aplicadas para la resolución se clasifican y definen según la tabla 2.

Medida terapéutica	Descripción de la medida terapéutica
Bajar dosis	Disminución de al menos un 25% de la dosis administrada anteriormente, evitando las dosis sub terapéuticas.
Subir dosis	Aumento de al menos un 25% de la dosis administrada anteriormente, evitando las dosis supra terapéuticas.
Suspender tratamiento	Suspensión inmediata o parcializada del medicamento, dependiendo de las características farmacológicas conocidas para cada uno
Iniciar tratamiento	Inicio de tratamiento a dosis recomendadas de un nuevo medicamento
Cambiar por alternativa	Cambio de un medicamento por una alternativa terapéutica, siguiendo recomendaciones internacionales y de las guías clínicas actuales según el arsenal
Mover horario	Cambio en el horario de administración por uno más adecuado al medicamento.
Intervención educativa	Educación al usuario en el uso de su medicamento o en sus patologías, intentando mejorar la adherencia y conductas terapéuticas.
No definida	Cualquier otra medida requerida que no entre en las clasificaciones anteriores al analizar con detalle. Debe registrarse en profundidad.

Tabla 2: Medidas aplicadas para la resolución de Problemas Relacionados con Medicamentos y su descripción general.

Las intervenciones educativas pueden efectuarse sin la necesidad de consultar al prescriptor, pero se sugiere buscar apoyo en otros profesionales que puedan contar con mayor experiencia en este tipo de medidas.

Entrevista de intervención

Si las intervenciones son aceptadas, en el caso de que sean problemas de prescripción, el facultativo generará una nueva receta, a sugerencia del QF. Se agendará una nueva entrevista para realizar la intervención con el usuario. La implementación debe efectuarse siempre de manera colaborativa, explicando la importancia de ella y entregando la posibilidad de que se empodere de su tratamiento. Si la respuesta es positiva, se realizará la intervención terapéutica y se registrará en el sistema de ficha clínica y en la farmacia del centro de salud. Luego se procederá a dispensar si es un nuevo tratamiento y explicar la forma de tomarlo en conjunto con sus otros medicamentos. En el caso de las intervenciones no aceptadas, deben reforzarse las medidas educativas y buscar alternativas junto al usuario y al prescriptor, además del registro correspondiente en la ficha de cada centro.

Una vez resuelto el PRM, deberá evaluarse y registrar el progreso en el plan de acción. No debe descuidarse la posibilidad de reaparición de los PRM resueltos.

Para recordar:

- Se deberá agendar la entrevista de evaluación según los flujos correspondientes a la fase de intervención o seguimiento e idealmente deberá coincidir con el retiro de medicamentos.

Entrevista de seguimiento

En esta entrevista se realizará una breve actualización de las patologías y terapias farmacológicas del usuario, y se evaluará el impacto de cada intervención según los objetivos planteados.

Antes de finalizar la entrevista, se les sugiere dispensar su tratamiento mensual y entregar una hoja con sus medicamentos diarios, elaborado en el momento con cada usuario y explicando claramente su simbología, asegurándose que exista comprensión de toda la información. Esta hoja debe ir actualizándose según los cambios que se efectúen con posterioridad.

Recomendaciones

El Químico Farmacéutico realizará atenciones clínicas directas a los usuarios, basadas en el servicio de SFT expuesto en esta guía. Para un óptimo desarrollo del método se sugiere la integración de un referente por Servicio de Salud, quien cumpla la función de monitorizar y apoyar durante este servicio. Este referente, es un QF entrenado en SFT, cuyo objetivo principal es maximizar los beneficios de esta guía y asegurar su

adaptación a cada realidad local, junto al QF que ejecuta el proceso, su centro de salud, referentes comunales y comuna propiamente tal¹⁴

Bibliografía

- 1.- Strand L., Cipolle RJ., The Impact of Pharmaceutical Care Practice on the Practitioner and the Patient in the Ambulatory Practice Setting: Twenty-five Years of Experience, *Current Pharmaceutical Design*, 10 (2004) 3987-4001p
- 2.-<http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA%20FINAL%20DADER.pdf> Guía de SFT método Dader, tercera edición, Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada (2007), Revisado el 14 de marzo de 2016
- 3.-<http://www.pharmaceutical-care.org/archivos/992/V2-Resultados-Definitivos-Programa-Consigue-Impacto-2011-2014.pdf> Resultado programa conSIGUE, Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada (2014), Revisado el 14 de marzo de 2016
- 4.- OPS, Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud, OPS, Estados Unidos (2013)
- 5.- OMS, The World Health Report 2008: Primary Health Care – Now More Than Ever, OMS, Suiza (2008)
- 6.-Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM). *Ars Pharm* 2007; 48(1): 5-17.
- 7.- R. Maher Jr, J. Hanlon, Clinical Consequences of Polypharmacy in Elderly, *Expert Opinion on Drug Safety*, 13 (2014) 57-65
- 8.- Bates DW, Cullen DJ, Laird N, et al; ADE Prevention Study Group. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events: implications for prevention. *JAMA*. 1995; 274: 29-34
- 9.- DiMatteo MR, Haskard Zolnieriek KB, Martin LR. Improving patient adherence: a three-factor model to guide practice. *Health Psychol Rev* [Internet]. 2012;6(1):74–91.
- 10.- Norma General Técnica 140 sobre sistema nacional de Farmacovigilancia de productos farmacéuticos de uso humano. octubre del 2017 http://www.ispch.cl/sites/default/files/u53/normatecnica_140.pdf Revisado 30 de
- 11.- Kolandaivelu K, Leiden BB, O’Gara PT, Bhatt DL. Non-adherence to cardiovascular medications. *Eur Heart J*. 2014;35(46):3267–76.
- 12.- Reglamento del sistema nacional de control de los productos farmacéuticos de uso humano. http://www.ispch.cl/ley20285/t_activa/marco_normativo/7c/ds_minsal_3_2010.pdf Revisado 30 de octubre del 2017.

13.- Guía de práctica clínica “Prevención secundaria de la Enfermedad Renal Crónica 2017”, subsecretaría de salud pública, MINSAL 2017.

14.- Harvey G, Loftus-Hills A, Rycroft-Malone J, Titchen A, Kitson A, McCormack B, et al. Getting evidence into practice: the role and function of facilitation. J AdvNurs. 2002;37(6):577–88

Anexos

Anexo 1: Ficha de atención

Identificación

Nombre	
Rut	

Antecedentes adicionales del usuario

Antecedentes familiares

Otros antecedentes

Parámetros relevantes y consumo de sustancias

Peso (kg)	
Talla (cm)	
Índice de masa corporal (kg/m²)	
Circunferencia de cintura (cm)	
Tabaquismo (Si/No; paquetes/año)	
Alcohol (Si/No; frecuencia y cantidad)	
Consumo de otras sustancias (Si/No; ¿cuáles?)	
Uso de plantas medicinales (Si/No; ¿cuáles?)	

Problemas de salud (PS)

N°	Problema de salud	¿Está compensado? (Si/No)	¿Preocupa al usuario? (Si/No)	¿Conoce generalidades? (Si/No)	¿Conoce riesgos? (Si/No)

Medicamentos

N°	Medicamento (principio activo)	Indicación o motivo	Posología prescrita			Adherente (Si/No)	Motivo de no adherencia		Observaciones
							No quiere	No puede	
			Cada		Horas				
			Cada		Horas				
			Cada		Horas				
			Cada		Horas				
			Cada		Horas				
			Cada		Horas				
			Cada		Horas				

Exámenes de laboratorio y otros

Parámetro	Fecha:		Fecha:	
Presión Arterial (mmHg)				
FC (lat/min)				
Glicemia ayunas (mg/dL)				
Glicemia capilar (mg/dL)				
HbA1c (%)				
RAC (mg/g)				
K+ (mEq/L)				
Na+ (mEq/L)				
VFG (MDRD; ml/min)				
Creatinina Sérica (mg/dL)				
ClCr (rango)				
CKD-EPI				
CT (mg/dL)				
LDL (mg/dL)				
HDL (mg/dL)				
TG (mg/dL)				
Riesgo CV (%)				

FC: frecuencia cardiaca; HbA1C: hemoglobina glicosilada; RAC: relación albúmina creatinina; VFG: velocidad de filtración glomerular; MDRD: modification of diet in renal disease; ClCr: clearance de creatinina; CKD-EPI: Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration; CT: colesterol total; LDL: Low density lipoprotein; HDL: High density lipoprotein; TG: triglicéridos; CV: cardiovascular.

Otros exámenes relevantes

Parámetro	Rango de referencia	Fecha:	Fecha:

Estudio, evaluación e intervención

Medicamento (principio activo)	RNM	PRM	Observaciones			¿Potencial o presente?

RNM: resultado negativo asociado a la medicación; PRM: problema relacionado con medicamentos.

Medida de intervención	Justificación	Meta	Intervención con Prescriptor		Intervención con Usuario	
			¿Acepta? (Si/No)	Motivo rechazo (si aplica)	¿Acepta? (Si/No)	Motivo rechazo (si aplica)
Avance 1			Avance 2		¿Resuelto? (Si/No/Parcial)	Decisión (Alta/Perseverar/Abandono)

Medicamento (principio activo)	RNM	PRM	Observaciones			¿Potencial o presente?

RNM: resultado negativo asociado a la medicación; PRM: problema relacionado con medicamentos.

Medida de intervención	Justificación	Meta	Intervención con Prescriptor		Intervención con Usuario	
			¿Acepta? (Si/No)	Motivo rechazo (si aplica)	¿Acepta? (Si/No)	Motivo rechazo (si aplica)
Avance 1			Avance 2		¿Resuelto? (Si/No/Parcial)	Decisión (Alta/Perseverar/Abandono)

