



TRABAJOS FINALES DE INTEGRACIÓN DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS

V Curso Virtual de Servicios Farmacéuticos en Atención Primaria de Salud para Gestores



**FORO FARMACÉUTICO
DE LAS AMÉRICAS**

AGOSTO 2016



Comité Ejecutivo

Presidente: Prof. Dr. Eduardo Savio (Uruguay)
Vice-Presidente: Farm. Isabel Reinoso (Argentina)
Tesorera: Dra. Nuria Montero (Costa Rica)
Director de Educación: Prof. Dra. Zully Vera (Paraguay)
Director de Desarrollo Profesional: Prof. Dra. Joselia Frade (Brasil)

Secretaría Técnica

Q.F. Carlos Lacava
Asociación de Química y Farmacia del Uruguay

Organizaciones nacionales miembros

Confederación Farmacéutica Argentina (COFA)
Consejo Federal de Farmacia de Brasil (CFF)
Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos de Colombia (CNQFC)
Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica (COLFAR)
Colegio de Químicos, Bioquímicos y Farmacéuticos de Pichincha (Ecuador)
Asociación de Químicos Farmacéuticos del Paraguay (AQUIMFARP)
Asociación de Química y Farmacia del Uruguay (AQFU)





Organizaciones observadoras

- Federación Internacional Farmacéutica (FIP)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS)
- Federación Farmacéutica Sudamericana (FEFAS)
- Federación Farmacéutica Centroamericana y del Caribe (FFCC)
- Federación Panamericana de Farmacia (FEPAFAR)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España



Esta publicación contó con el apoyo de la Fundación FIP para Educación e Investigación



Diseño gráfico: Alicia Velázquez

Agosto 2016

PRÓLOGO

En nombre del Comité Ejecutivo del Foro Farmacéutico de las Américas (FFA) ha sido un honor co-organizar con la Organización Panamericana de la Salud el V Curso Virtual de Servicios Farmacéuticos (SF) en Atención Primaria de Salud (APS) para Gestores. Esta publicación pone a disposición de la comunidad farmacéutica de las Américas los Trabajos Finales de Intervención (TFI) elaborados por los participantes.

El Foro Farmacéutico de las Américas reúne a las asociaciones y consejos farmacéuticos nacionales de Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Paraguay y Uruguay, las federaciones regionales (Federación Sudamericana de Farmacia, Federación Panamericana de Farmacia, Federación Farmacéutica Centroamericana y del Caribe), así como a la Federación Farmacéutica Internacional (FIP) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

Nuestra organización ha sido creada en el año 2000, siendo sus objetivos promover y apoyar el diálogo y la cooperación por medio de:

- La mejora de la salud en las Américas mediante el desarrollo y el perfeccionamiento del ejercicio profesional de la farmacia;
- La promoción de la ejecución de proyectos relativos al ejercicio profesional de la farmacia por todas las asociaciones farmacéuticas nacionales;
- La integración de las políticas apropiadas de la OPS/OMS en los programas de educación de pregrado, posgrado y continua;
- La formulación de declaraciones de política sobre temas de salud según se hayan identificado en las reuniones del Foro.

Se busca fortalecer la práctica farmacéutica en la región, a través de la promoción y coordinación de las actividades y proyectos que involucran al farmacéutico en las políticas nacionales de salud pública, como sin duda lo constituye esta instancia de capacitación brindada a través de los cursos virtuales de SF en APS

Todas las actividades, documentos y manifestaciones del Foro se enmarcarán en los principios, políticas y declaraciones de la OPS-OMS y la FIP.

En el XXII Congreso Farmacéutico Argentino, celebrado en forma simultánea con el 76º Congreso Mundial de Farmacia y Ciencias Farmacéuticas de FIP en Buenos Aires (Argentina) se presentarán en forma oral los mejores TFI elaborados por los participantes del V Curso de Servicios Farmacéuticos en APS. Fueron seleccionados 7 trabajos elaborados por participantes de Argentina, Costa Rica, Paraguay y Uruguay. De esta manera se busca apoyar las políticas nacionales que fomenten mejores resultados en salud e involucrar el establecimiento de estándares mínimos para estas actividades.

Agradecemos a la Fundación FIP para la Educación e Investigación Farmacéutica que con un grant educativo ha apoyado parcialmente el desarrollo de las actividades educativas vinculadas a la presente edición.

Esta publicación electrónica es el segundo aporte de esta serie, que esperamos sirva de referencia para futuros emprendimientos.

Podrán contar con nuestra vocación y compromiso en seguir **apoyando la formación y capacitación de los profesionales farmacéuticos en Servicios farmacéuticos en APS en la región de las Américas.**

Prof. Dra. Zully Vera
Directora de Educación Farmacéutica



Prof. Dr. Eduardo Savio
Presidente

INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de los cursos de Servicios farmacéuticos basados en APS en 2010, se consideró la elaboración de un proyecto de intervención como parte esencial de los mismos. Este proyecto se construía a lo largo del curso y era presentado al final. Desde la versión 2014 se decidió que los proyectos, denominados Trabajos Finales de Integración (TFI), debían elaborarse y ejecutarse antes de finalizar el curso. Está fue quizá la mejor opción que se haya tomado ya que los participantes se enfrentaron a la práctica del modelo propuesto y, sin duda, esta experiencia le dio al curso un salto en calidad bastante importante.

Los 96 participantes que iniciaron el V Curso se organizaron en grupos y desarrollaron 20 Trabajos Finales de Integración (TFI), desglosados por países así: Argentina: 7, Colombia: 2, Costa Rica: 3, Ecuador: 2, Paraguay: 4 y Uruguay: 2. En general, se lograron ejecutar casi todos los proyectos propuestos, ya que se tuvo la visión de seleccionar las actividades de ejecución inmediata, pero a su vez, en la varios casos, se plantearon actividades para una siguiente fase de más largo plazo.

Hubo una riqueza de temas y de beneficiarios de los proyectos. Fue muy satisfactorio verificar como los participantes comprendieron muy bien que los servicios farmacéuticos van más allá de la mera logística de medicamentos. Se destacan los siguientes temas los cuales hacen parte de los principales aspectos del modelo propuesto sobre Servicios Farmacéuticos basados en APS: a) Gestión de los Servicios Farmacéuticos, con destaque para propuesta de indicadores; b) Promoción de salud y prevención de la enfermedad; c) Conciliación terapéutica-trabajo en red de servicios farmacéuticos; d) Seguimiento farmacoterapéutico y adherencia a tratamientos; e) Mejora de la calidad de los servicios farmacéuticos y el papel del profesional farmacéutico en la APS; f) Uso racional de medicamentos- educación a los profesionales de salud, al paciente y a la comunidad; g) Seguridad del paciente; y, g) Trabajo con las universidades para la incorporación de SF/APS en el currículo de pregrado.

Se enfocaron varias patologías prevalentes: diabetes, hipertensión, enfermedades de la tiroides, fibrosis quística, anemia ferropénica en embarazo, parasitosis. Hay un proyecto enfocado a uno de las poblaciones más vulnerables como lo es el adulto mayor y sus DSS. En cuanto a los niveles de atención se presentaron proyectos de nivel hospitalario, de primer nivel de atención y de farmacias comunitarias, así como del académico propiamente dicho.

Es de destacar la decisión del Foro Farmacéutico de las Américas (FFA) de publicar los TFI, que sin duda servirán como ejemplo a otros profesionales farmacéuticos interesados en hacer parte de este movimiento de los servicios farmacéuticos orientados por los principios de la Atención Primaria de Salud, donde el centro son las personas, la familia y la comunidad.

Nelly Marín Jaramillo
Coordinadora Académica

ÍNDICE

ARTÍCULOS	PÁGINA
Prólogo	4
Introducción	5
Índice	6
Servicios farmacéuticos (SF) basados en atención primaria de salud (APS) Antecedentes	8
Curso regional de servicios farmacéuticos basados en atención primaria de salud (APS) para gestores	10
ARGENTINA	
Intervención y seguimiento Fármaco-Terapéutico en pacientes con trastorno tiroideo y sus efectos	12
Fortalecimiento de servicios farmacéuticos basados en APS en adultos con diabetes Tipo II	23
Prevención de Anemia Ferropénica en el embarazo	33
Gestión estratégica de servicios farmacéuticos en atención primaria de la salud	40
Intervenir antes de enfermar una propuesta de servicios farmacéuticos enfocados en APS	49
Programa de promoción para mejorar los servicios farmacéuticos en farmacias comunitarias	59
Intervención sobre personas con riesgo de obesidad desde un servicio farmacéutico comunitario	65
COSTA RICA	
Desarrollo de una cultura de servicios farmacéuticos basados en atención primaria en salud a través de la inclusión de contenidos en los cursos del área farmacéutica clínica de la carrera de Licenciatura en Farmacia de la Universidad Latina de Costa Rica y de la Universidad de Costa Rica	76
Estudio de los determinantes sociales de la salud que influyen en el cumplimiento de los tratamientos de los adultos mayores de comunidades rurales de Costa Rica	110
Propuesta de estándares e indicadores de gestión para los servicios de farmacia de la caja costarricense de Seguro Social	124
ECUADOR	
Elaboración de una herramienta de comunicación para los pacientes hipertensos del centro de Salud Machachi	142
Incremento de la seguridad del paciente en el proceso de medicación mediante acciones educativas	150

PARAGUAY	
Evaluación de la comprensión de pictogramas para el uso de medicamentos en pacientes diabéticos	164
Plan de capacitación en gestión de medicamentos basados en APS en la U.S.F. Puerta del Sol, Capiata, Paraguay	177
Adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con hipertensión arterial realizado en la clínica Nanawa del Instituto de Previsión Social	191
Implementación de un plan de desparasitación en pacientes de la comunidad indígena Toba Qom de Cerrito-Chaco Paraguay	198
URUGUAY	
Uso de Omeprazol en Atención Primaria	207
Conciliación farmacéutica en pacientes con fibrosis quística	220

SERVICIOS FARMACÉUTICOS (SF) BASADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)

ANTECEDENTES

La propuesta de Atención Primaria de Salud (APS) Renovada presenta una distinta perspectiva para el desarrollo de los sistemas de salud. Además de declarar vigentes los valores de: derecho al mayor nivel de salud posible, la equidad y la solidaridad, los principios de justicia social, sostenibilidad, intersectorialidad, entre otros, propone adecuar la estrategia al contexto y a los compromisos actuales principalmente los derivados de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y abordar los determinantes sociales de la salud para alcanzar el nivel más alto de salud (OPS/OMS, 2005; OMS, 2008; WHO, 2007; WHO, 2008).

La iniciativa sobre Servicios Farmacéuticos (SF) basados en Atención Primaria de Salud (APS) comenzó a fines de 2008, como parte de las actividades promovidas por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) para fortalecer los sistemas de Salud en las Américas (OPS/OMS, 2005; 2008a). Sin embargo, a pesar de todos los esfuerzos realizados y los recursos invertidos, el acceso a los medicamentos y su uso racional, siguen constituyendo un gran desafío en la mayoría de los países de la región. Estos desafíos incluyen, la segmentación y fragmentación de los sistemas de suministro de medicamentos en la entrega de servicios de salud, problemas relacionados a la gestión de los insumos, a la calidad y al uso inadecuado de los medicamentos por prescriptores y pacientes (OMS, 2008; OPS/OMS, 2011).

Por esta razón, se considera necesario modificar el enfoque de las políticas y estrategias sobre medicamentos, hasta hoy centrado en el producto, medicamento, para dar inicio a una nueva visión donde lo importante son los individuos, sus familias y la comunidad (IFC) y sus necesidades de salud. Todo esto, para garantizar una atención integral, integrada y continua de las necesidades y problemas de la salud de la población, tanto individual como colectiva. En este nuevo enfoque, el medicamento es uno de los elementos esenciales, de manera que se espera contribuir a su acceso equitativo y a su uso racional. Los valores, principios y elementos de la APS, representan una excelente oportunidad para una reflexión profunda acerca de la forma de trabajo en los últimos 30 años y las actuales oportunidades para desarrollar SF de calidad, como parte integral de los sistemas y servicios de salud.

La estrategia de fortalecimiento de los servicios farmacéuticos basados en atención primaria de salud (SF/APS), centrados en el paciente y menos en el medicamento, es parte del marco de cooperación técnica de la OPS/OMS en la región de las Américas. Cabe señalar, que este abordaje reconoce a los medicamentos como insumos terapéuticos importantes, pero no son los únicos.

Derivado de lo anterior, en 2008 se creó un Grupo de Trabajo Regional Interdisciplinario sobre Servicios Farmacéuticos basados en Atención Primaria en Salud (GT-SF/APS), con la participación de especialistas de distintos países, pertenecientes a los sectores de gobierno, universidades, organizaciones no gubernamentales (ONGs) y de OPS/OMS. Los participantes fueron seleccionados por su experiencia en APS o en diferentes campos del área farmacéutica. Desde entonces, se realizaron tres talleres del GT: en

Santo Domingo, República Dominicana, del 31 de marzo al 2 de abril de 2009; en San José de Costa Rica, del 18 al 20 noviembre de 2009; en Porto Alegre, Brasil, del 21 al 22 de mayo de 2010 (CPEF, 2010). En estas reuniones se elaboró una hoja de ruta para la generación de un documento de posición sobre el desarrollo de SF/APS (OPS/OMS, 2013).

En la oportunidad, se revisaron distintas versiones del documento y discutieron los lineamientos para el desarrollo de un curso a distancia para su difusión, el que fue realizado en 2010 en el Campus Virtual de Salud Pública (CVSP) de OPS/OMS y actualmente se realiza su quinta edición (2016).

Por otra parte, la Primera Conferencia Panamericana de Educación Farmacéutica (CPEF) realizada en Miami en 1990, establece en su Declaración de Principios el compromiso del farmacéutico con la APS, la que a su vez debe ser una estrategia de los Ministerios de Salud. En la IV CPEF (1999), se da inicio a la discusión respecto de las competencias del farmacéutico para cumplir con tal compromiso, adoptándose aquellas reconocidas en el Farmacéutico “siete estrellas” (OMS, 1997).

En 2010, durante la VII CPEF llevada a cabo en Porto Alegre (Brasil), se realizó un taller sobre el papel del farmacéutico en la APS, en el que se reforzó la indicación acerca de las competencias necesarias para el desempeño del farmacéutico en los servicios de salud. Durante este taller, se puntualizó que la APS debe ser entendida como un conjunto de principios y valores que orienten el desarrollo de los sistemas de salud y, para ello, el farmacéutico debe poseer los conocimientos y habilidades que le permitan responder al cambio de paradigma

En el mismo sentido ha venido trabajando el Foro Farmacéutico de las Américas (FFA), organización regional creada en el año 2000 y respaldada por la FIP y la OPS/OMS desde sus inicios. El FFA congrega a gremios/colegios de farmacéuticos nacionales y regionales de las Américas con el objetivo de incrementar la colaboración, el diálogo, la comprensión y la actividad entre las regiones del mundo, para permitir un mayor impacto de la profesión farmacéutica en el mejoramiento de los servicios de farmacia y la salud. De hecho, uno de sus principales objetivos es “el fortalecimiento de la práctica farmacéutica en la Región, a través de la promoción y coordinación de las actividades y proyectos que involucran al farmacéutico en las políticas nacionales de salud pública” (FFA, 2012).

La participación del FFA en las ediciones de los cursos regionales de Servicios Farmacéuticos basados en Atención Primaria en Salud para gestores desde el año 2014 espera fortalecer a la profesión farmacéutica, y promover el intercambios de saberes y prácticas que permita a todos los participantes contribuir con la construcción de la visión de contar con Servicios farmacéuticos basados en APS, liderados por farmacéuticos.

CURSO REGIONAL DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS BASADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS) PARA GESTORES

La iniciativa correspondiente a la quinta convocatoria (2015-2016) fue co-organizada por el Foro Farmacéutico de las Américas (FFA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con el apoyo financiero de la Fundación Federación Internacional Farmacéutica (FIP) para Educación e Investigación y las organizaciones farmacéuticas nacionales participantes: COFA (Argentina); CNQFC (Colombia), COLFAR (Costa Rica), AQUIMFARP (Paraguay) y AQFU (Uruguay).

El objetivo del curso es impulsar el desarrollo de los servicios farmacéuticos basados en atención primaria de salud, a través del fortalecimiento de las capacidades de líderes y gestores de servicios farmacéuticos en los diferentes niveles.

El curso está dirigido a los profesionales involucrados en actividades gerenciales, administrativas y técnicas del servicio farmacéutico; profesionales involucrados en actividades académicas, impartiendo docencia en salud pública en carreras de ciencias de la salud relacionadas con la farmacia; profesionales de APS en algún servicio del MSP o de la Seguridad Social, o en universidades o centros de investigación, trabajando con el tema de los servicios farmacéuticos. Participaron farmacéuticos y tutores de Argentina, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Paraguay y Uruguay, todos países miembros del FFA.

Coordinación, equipo docente y tutores

- Coordinación

Dr. José Luis Castro, Dra. Nelly Marín

- Equipo docente

Rosa María Borrel, Mauro Castro, Lesly Bustamante, Adriana Ivama, Víctor Ramírez

- Tutores

Estela Izquierdo, Gabriela Giornelli, Gustavo Dodera y Susana Migliaro (Argentina); Gloria Jaramillo (Colombia); Jairo Sancho (Costa Rica); Zully Vera (Paraguay) y Ana Senatore (Uruguay).

El curso tiene como visión apoyar el desarrollo de servicios farmacéuticos con relevancia social, integrados a Sistemas de Salud basados en APS y que respondan a las necesidades del individuo, la familia y la comunidad

La quinta convocatoria inició el 17 de agosto de 2015 y finalizó el 15 de abril de 2016, con un receso del 12 de diciembre al 14 de febrero.



Ilustración 1. Estructura, contenido y ruta de aprendizaje de servicios farmacéuticos en APS

ARGENTINA

INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO FÁRMACO- TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON TRASTORNO TIROIDEO Y SUS EFECTOS

Lorena Balcazar, Luján Bareiro, Gustavo Bayo, Marcela Ruiz, Lucía Vidaurre
Tutora: Susana Migliaro

FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS BASADOS EN APS EN ADULTOS CON DIABETES TIPO II

Maria Carolina Cirillo- Farmacia Oficinal, Faustina Gómez, Gabriela Pisacic,
Enrique H. Serrano- Farmacia Oficinal, Ana Karina Zapatiel
Tutora: Susana Migliaro

PREVENCIÓN DE ANEMIA FERROPÉNICA EN EL EMBARAZO

Carina Cremona
Tutora: María Gabriela Giornelli

GESTION ESTRATEGICA DE SERVICIOS FARMACEUTICOS EN ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

Ana Paola Merep, Cristian Nicolás Silva
Tutora: María Gabriela Giornelli

INTERVENIR ANTES DE ENFERMAR UNA PROPUESTA DE SERVICIOS FARMACEUTICOS ENFOCADOS EN APS

Gabriela Martin, Gabriela Pastorino, Rosalba Affaticati
Tutora: María Gabriela Giornelli

PROGRAMA DE PROMOCIÓN PARA MEJORAR LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS EN FARMACIAS COMUNITARIAS

Susana Ajuriagojeascoa
Tutor: Gustavo Dodera Martínez

INTERVENCIÓN SOBRE PERSONAS CON RIESGO DE OBESIDAD DESDE UN SERVICIO FARMACEUTICO COMUNITARIO

Marcela Nishimura, Marta Asero, Cecilia Morales, Pablo Ballester
Tutor: Gustavo Dodera Martínez

INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO FÁRMACO-TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON TRASTORNO TIROIDEO Y SUS EFECTOS

1. RESUMEN

El hipotiroidismo es una disfunción de la glándula tiroidea en la cual se produce menor cantidad de hormona tiroidea y afecta a muchas personas en el mundo. Particularmente, la provincia de Salta presenta una mayor prevalencia en relación a otras regiones del país. La patología tiroidea como toda enfermedad crónica requiere un tratamiento continuado en el tiempo, lo cual suele llevar a dificultades en el cumplimiento de la prescripción y en la adherencia al mismo. En este contexto, el farmacéutico podría tener un rol más allá de la dispensa pasiva del medicamento, convirtiendo la atención farmacéutica en un servicio profesional basado en el seguimiento fármaco-terapéutico.

Este trabajo está dirigido a introducir gradualmente el servicio de seguimiento fármaco-terapéutico en farmacias de Salta y, en esta primera etapa fue realizar un relevamiento de los pacientes con la patología que acuden a las farmacias y promover el seguimiento.

Cinco farmacias de Salta entrevistaron y encuestaron pacientes comparando los datos con el centro de referencia provincial. Se informó mediante folletos, imanes y afiches.

Pacientes entrevistados en las farmacias: 85% mujeres; 13% recientemente diagnosticados. Además, la mayoría de los pacientes fueron diagnosticados entre los 20 y 60 años de edad. Por otro lado, la dosis más prescrita fue la de 50 mcg. Estos resultados fueron similares a los observados en el centro de referencia.

Los pacientes recibieron positivamente la intervención y cambiaron su percepción del rol del farmacéutico. Esto abre la posibilidad de continuar con el seguimiento y extenderlo a otras patologías.

SUMMARY

Hypothyroidism is a dysfunction of the thyroid gland which results in fewer synthesis of the thyroid hormone and affects many people worldwide. In particular, the province of Salta (Argentina) has a higher prevalence of the disease in relation to other regions of the country. The thyroid disease like any other chronic disease requires continuous treatment in time. This often leads to difficulties in prescription compliance and adherence to it. In this context, the pharmacist may have a role that goes beyond the simple passive dispenses of the drug, making pharmaceutical care a professional service based on the drug-therapeutic monitoring.

This work aims to gradually introduce service-therapeutic drug monitoring in pharmacies from Salta, and in this first stage it was to conduct a survey of patients attending to pharmacies and to promote the monitoring.

Five pharmacies from Salta interviewed and surveyed patients comparing the data with the provincial center of reference. Information to patients was provided by brochures, magnets and posters. Interviewed Patients: 85% women, 13% recently diagnosed.

Moreover, most patients were diagnosed between 20 and 60 years old. Furthermore, the most prescribed dose was 50 mcg. These results were similar to those observed in the reference center.

Patients positively received the intervention and they changed their perception of the role of the pharmacist. This opens the possibility of continuing with the monitoring and to extend it to other pathologies.

Palabras Claves: Transformación. Compromiso. Dispensa activa. Seguimiento.

2. INTRODUCCIÓN

Justificación

La población de Salta (Argentina) refleja datos epidemiológicos que demuestran que la patología tiroidea tiene una frecuencia mayor que en otras regiones del país debido a su ubicación geográfica y a los hábitos alimentarios ^(1,2).

Este trabajo se funda en la necesidad de poner en evidencia la importancia de una intervención farmacéutica coordinada con otros profesionales sanitarios basada en el Seguimiento Fármaco Terapéutico y la educación para la salud del paciente con trastorno tiroideo, volviéndonos más pro activo ya que se percibe que un gran porcentaje de la población desconoce el potencial de los farmacéuticos. Este aporte permitirá optimizar el rol sanitario, tanto en el uso racional del medicamento planteado con el objetivo que el paciente pueda tener la medicación correcta, en el tiempo justo y a un precio adecuado, como en acciones de educación para la salud. Se busca alcanzar una dispensa activa para garantizar una correcta administración, la adherencia al tratamiento que estimule los controles médicos y de laboratorio generando un beneficio al individuo, a la comunidad y al sistema sanitario en su conjunto.

Marco Referencial

El hospital Arturo Oñativia de Salta, centro de referencia endocrinológica para el NOA, registró 18.469 consultas por patologías tiroideas en 2013, donde se incluyen el bocio, hipotiroidismo, hipertiroidismo, cáncer de tiroides y retraso mental en niños cuyas madres no tuvieron la ingesta de yodo necesaria durante su periodo de embarazo. Profesionales de dicho establecimiento expresaron, durante una entrevista a un diario local que la consulta y el diagnóstico más frecuente durante el año fue el hipotiroidismo. Una patología que se detecta más en mujeres, es decir que hay un caso nuevo cada mil mujeres por año; además, de cada cuatro mujeres solo un hombre tiene ese diagnóstico. (ANEXO 2)

Resulta de vital importancia el involucramiento de todos los profesionales en su esfera de actividad profesional, y los farmacéuticos deben accionar aportando desde el seguimiento fármaco terapéutico en aquellos individuos bajo tratamiento, como así también fomentar hábitos alimentarios que garanticen una ingesta de yodo adecuada para evitar patologías tiroideas que llevan a consecuencias no deseables. Es responsabilidad de los farmacéuticos participar activamente en disminuir las brechas de acceso a condiciones higiénico sanitarias óptimas según la edad y estado de salud.

En un sistema de salud basado en la APS es prioritario llegar al individuo, a la familia y a la comunidad. Los farmacéuticos son un eje central en promover con el equipo de salud y la participación comunitaria, el mayor nivel de salud posible de la población, procurando el acceso, calidad y el uso racional de medicamentos y otros insumos sanitarios esenciales en la vida.

Problema

¿Es la dispensación activa una alternativa para resolver las dificultades que se presentan a diario a los pacientes con trastornos de tiroides en las oficinas de farmacia? ¿Cuáles son las ventajas de su utilización frente a la dispensación tradicional que se realiza actualmente para estos casos? ¿Cuál es el grado de aprovechamiento de los servicios profesionales farmacéuticos por el sistema sanitario en patologías endémicas como las de tiroides en esta población? ¿Constituiría una herramienta eficaz para lograr la tan ansiada visibilidad de esta profesión farmacéutica?

Este proyecto de intervención evalúa la situación en un grupo de pacientes, a elaborar una campaña para difundir información que ayude a distinguir los síntomas ^(3,4), propiciar y desarrollar un plan de acción mediante educación sanitaria, para obtener como resultado un mejor diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

Una dispensa activa, eficaz, oportuna y eficiente constituye un componente de calidad de los servicios de atención a pacientes que concurren a las farmacias, de allí que este trabajo pretende contribuir a la conciencia de que el rol farmacéutico consiste en entregar los medicamentos al paciente mediante una dispensa que garantice la seguridad, rapidez y control del medicamento, brindar información para lograr el cumplimiento de la terapia y efectuar el seguimiento fármaco-terapéutico necesario de acuerdo al tratamiento médico indicado y evitar Problemas Relacionados con el Medicamento (PRM), favorecer el Uso Racional de los Medicamentos (URM) mediante fichas que desarrollen el perfil fármaco-terapéutico.

En la farmacia comunitaria se debe enfatizar la educación, no sólo al paciente en particular sino también a la sociedad o comunidad, al personal médico y al recurso humano que se desenvuelve en las farmacias. Se busca transmitir a través de esta propuesta que la responsabilidad del farmacéutico en este servicio va más allá de la mera dispensa del medicamento.

3. OBJETIVOS

Generales

- Promover una dispensa que abarque la entrega del medicamento, la información adecuada ^(5,6,7) y el registro concreto del seguimiento fármaco-terapéutico dando respuestas a las necesidades de la comunidad en su conjunto mediante la racionalización, organización y sistematización de los recursos sanitarios existentes logrando un cambio de comportamiento entre los profesionales mejorando así la calidad de nuestra atención y servicio, la salud y la satisfacción del paciente.
- Propiciar la participación activa en el llenado de las fichas fármaco-terapéuticas y mantener una comunicación fluida con los pacientes y con los profesionales de la salud que permita lograr aceptación por el público y ponga en evidencia la necesidad de la población de una educación sanitaria responsable y la relevancia de nuestra profesión en el sistema de salud.
- Fomentar el diagnóstico precoz mediante campañas de difusión.

Específicos

- Implementar una dispensa activa que comprenda:
 - Proporcionar en forma oportuna los medicamentos prescritos para la patología tiroidea asegurando su calidad.
 - Concientizar al paciente sobre su patología para que cumpla con la posología diaria a fin de lograr su adherencia al tratamiento.
 - Fomentar la adherencia al tratamiento.
 - Informar sobre la correcta administración del medicamento, efectos adversos e interacciones medicamento-medicamento, medicamento-alimento ^(7,8,9,10).
 - Implementar un seguimiento fármaco-terapéutico con una ficha protocolizada de datos.
 - Recomendar el control de valores de TSH cada tres meses, para ajustar dosis y comprobar eficacia del tratamiento.
 - Promover la jerarquización de los tratamientos no farmacológicos como por ejemplo los cambios de estilo de vida.
 - Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes con el servicio profesional brindado en nuestras farmacias.
 - Realizar una campaña de difusión sobre la patología tiroidea, la importancia de la detección precoz en conjunto con el Hospital Arturo Oñativia.

4. METODOLOGÍA

ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y EL DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO

Fortalezas: Disponer del apoyo del Hospital Oñativia de Salta, como así también de farmacéuticos capacitados con apoyo institucional, dispuestos a brindar un servicio de calidad siguiendo la Agenda de Salud de las Américas. Disponer de un espacio físico atractivo y agradable para la atención de los pacientes, constituyendo un centro de salud y bienestar para los pacientes.

Debilidades: Escasa disponibilidad de tiempo para brindar atención farmacéutica, inexistencia de incentivos económicos para su implantación, desaprovechamiento del recurso humano farmacéutico, formación profesional orientada más al medicamento que al individuo, escasa participación farmacéutica en campañas de salud, escasa integración público-privada, alta carga administrativa en la labor diaria de las farmacias.

Oportunidades: Organismos internacionales que fomentan el trabajo en equipo en APS y estimulan el seguimiento fármaco terapéutico, interés de los individuos para recibir información para una mejor calidad de vida, inclusión de asociaciones profesionales y farmacéuticos.

Amenazas: Desregulación y libre mercado, desvalorización del rol farmacéutico frente al rol médico, individuos poli-medicados para la misma patología, desconocimiento de la Atención Farmacéutica, deterioro de la calidad de los servicios profesionales.

ACTIVIDADES Y CRONOGRAMA

Actividad	Responsable	Período	Recursos humanos	Recursos económicos	Recursos tecnológicos
Nota a la gerencia del Hospital Oñativia para la recopilación de estadística de pacientes tiroideos.	Balcazar Bareiro, Bayo, Ruiz, Vidaurre	07/12/2015 al 14/12/2015	Balcazar, L. Bareiro, L. Bayo, G. Ruiz, M. Vidaurre, L.	Propios	Movilidad propia, computadoras, impresora, papel y cámaras.
Búsqueda y selección bibliográfica para los folletos, afiches y ficha de seguimiento a pacientes con patología tiroidea	Balcazar Bareiro, Bayo, Ruiz, Vidaurre	07/12/2015 al 04/01/2016	Balcazar, L. Bareiro, L. Bayo, G. Ruiz, M. Vidaurre, L.	Propios	Computadoras, acceso a internet. impresora, papel.
Realización de las fichas a los pacientes	Balcazar Bareiro, Bayo, Ruiz, Vidaurre	02/02/2016 al 15/02/2016	Balcazar, L. Bareiro, L. Bayo, G. Ruiz, M. Vidaurre, L.	Propios	Papel, insumos de librería
Exhibición de afiches y entrega de folletos	Balcazar Bareiro, Bayo, Ruiz, Vidaurre	04/01/2016 al 11/02/2016	Balcazar, L. Bareiro, L. Bayo, G. Ruiz, M. Vidaurre, L.	Propios	Papel, insumos de librería
Recopilación de datos y procesamiento de las fichas	Balcazar Bareiro, Bayo, Ruiz, Vidaurre	05/02/2016 al 12/02/2016	Balcazar, L. Bareiro, L. Bayo, G. Ruiz, M. Vidaurre, L.	Propios	Computadoras, acceso a internet
Evaluación y resultados	Balcazar Bareiro, Bayo, Ruiz, Vidaurre	05/02/2016 al 12/02/2016	Balcazar, L. Bareiro, L. Bayo, G. Ruiz, M. Vidaurre, L.	Propios	Computadoras, acceso a internet

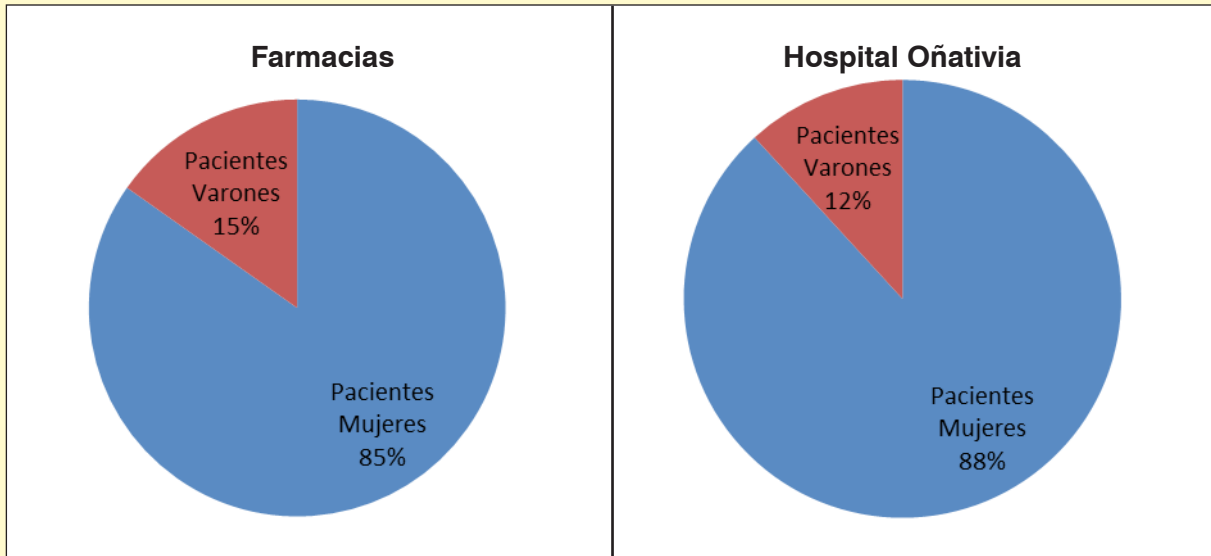
Matriz de indicadores

Tipo de Indicador	Indicador definición	Fórmula- Meta
Nota a la gerencia del Hospital Oñativia para la recopilación de estadística de pacientes tiroideos.	Comunicación efectiva: Determina la competencia en comunicar del/ los responsables del proyecto sobre la importancia de participar interdisciplinariamente en la salud de los pacientes tiroideos	(Nº de datos obtenidos/ Nº de datos solicitados)*100 Meta: 100%
Búsqueda y selección bibliográfica para los folletos, afiches y ficha de seguimiento a pacientes con patología tiroidea	Tasa de aciertos: Mide la proporción de información juzgadas por el responsable del proyecto como relevantes entre las obtenidas en una búsqueda	(Nº de informaciones relevantes/ Nº de total de información disponible)*100 Meta: 40%
	De planificación estratégica: Mide la cantidad de modelos de folletos/afiches / fichas para el diseño del folleto/ afiche /Ficha	(Nº de folletos/afiche/ficha seleccionados como adecuados/ Nº total de folletos/afiche/ ficha o investigaciones evaluadas)*100 Meta: 40%
Realización de las fichas a los pacientes	De Gestión organizativa: Determina la competencia de los integrantes del equipo en gestionar adecuadamente en tiempo y forma los recursos necesarios para el cumplimiento del objetivo	(Nº de fichas realizadas/ Nº total de fichas previstas)*100 Meta: 100%
Exhibición de afiches y entrega de folletos	De Gestión organizativa: Determina la competencia de los integrantes del equipo en gestionar adecuadamente en tiempo y forma los recursos necesarios para el cumplimiento del objetivo	(Nº de afiches exhibidos/ Nº total de farmacias + CAPS)*100 Meta: 100%
Recopilación de datos y procesamiento de las fichas	De resolución y cumplimiento: Determina las competencias resolutorias del equipo responsable	(Nº de datos relevados completos/ Nº total de datos)*100 Meta: 100%
Evaluación y resultados	Indicador de impacto de la intervención: Determina los efectos que la intervención profesional produce sobre la calidad de vida de los pacientes con patologías tiroideas	(Nº de pacientes con patologías tiroideas con mayor adherencia al tratamiento/ Nº total de pacientes con intervención profesional)*100 Meta: Nº pacientes > 50%
Tiempo destinado a la búsqueda y selección bibliográfica	De Cumplimiento de agendas: Evalúa el cumplimiento del plazo previsto para la elaboración de fichas, afiches y folleto	Tiempo de elaboración ≤ 20días
Tiempo destinado a la realización de las fichas	De planificación: Mide la capacidad de planificación de los responsables	Tiempo total de la actividad (en días). Tiempo estimado en días (20 días) Meta: Tiempo de ejecución ≤ 20 días
Tiempo de exhibición	De cumplimiento: Evalúa el cumplimiento del plazo previsto para la ejecución de la intervención	Tiempo (en días) para exhibir los afiches. Tiempo estimado 40 días Meta: Tiempo de ejecución ≤ 40 días
Tiempo de recopilación y procesamiento	De cumplimiento: Evalúa el cumplimiento del plazo previsto para la ejecución de la intervención	Tiempo (en días) utilizados para realizar la intervención / Tiempo estimado en días (7 días) Meta: Tiempo de ejecución ≤ 7 días
Tiempo destinado a la evaluación y resultados	De cumplimiento: Evalúa el cumplimiento del plazo previsto para la ejecución de la intervención	Tiempo (en días) utilizados para realizar la intervención / Tiempo estimado en días (7 días) Meta: Tiempo de ejecución ≤ 7 días
Recursos destinados a obtener la disponibilidad de datos estadísticos del hospital Oñativia	De correspondencia: Indica la relación de los datos encontrados en las oficinas de farmacia con respecto al Hospital Oñativia.	Datos de oficina de farmacia/Datos del Hospital Oñativia(Nº de pacientes relevados en farmacias comunitarias en el periodo de estudio/ Nº pacientes relevados en Hospital Oñativia en el periodo de estudio)*100 Meta: 90%
Recursos destinados a la confección de folletos/afiches y fichas	De gestión: Indica los recursos económicos fundamentales para realizar lo propuesto	(Dinero invertido/Dinero presupuestado)*100 Meta: 100%

5. RESULTADOS:

A partir de este trabajo se confirma las 3 características de mayor relevancia de la patología tiroides.

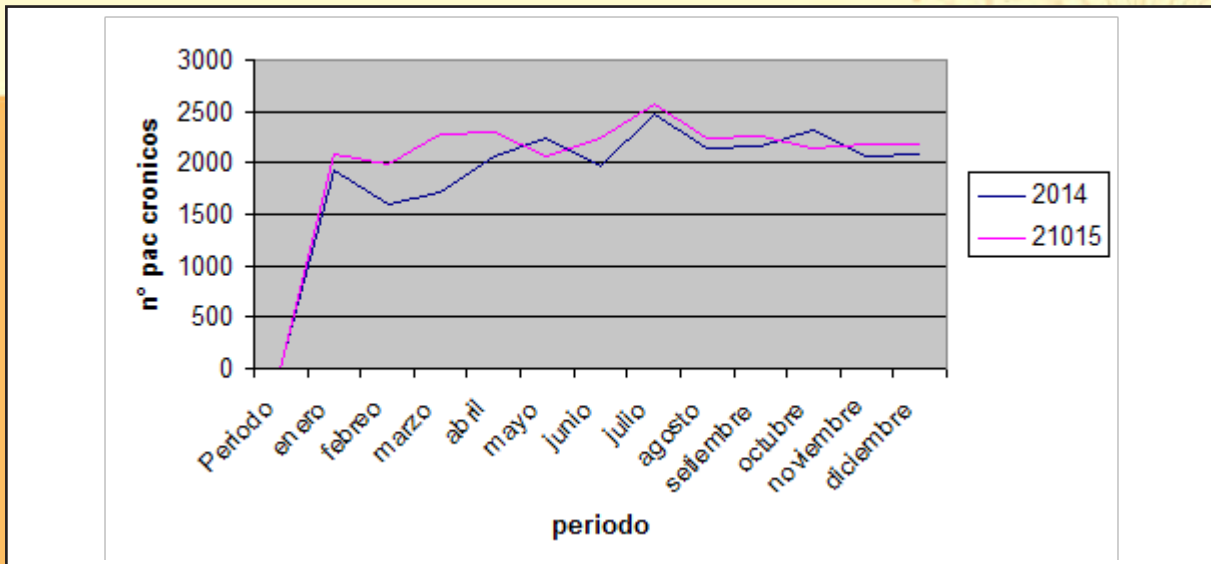
1) Mayor afectación del sexo femenino, se pudo constatar a partir de los siguientes porcentajes:



Los resultados que arrojaron los datos a partir de las estadísticas obtenidas desde el Hospital Oñativia dieron porcentajes comparativamente similares (ANEXO 2 Y 4).

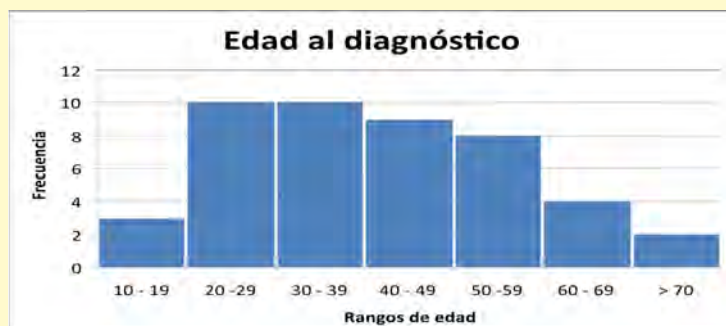
Además, una prueba de chi-cuadrado arrojó un valor p igual a 0.47. Considerando un nivel de significancia del 5% (alfa=0.05), este valor p indica que la relación de sexos en la muestra de farmacias no es significativamente diferente de la observada en el Hospital Oñativia (ANEXO 1 Y 2).

El Farmacéutico del Hospital proporcionó datos acerca de la evolución de la patología entre los años 2014 y 2015.



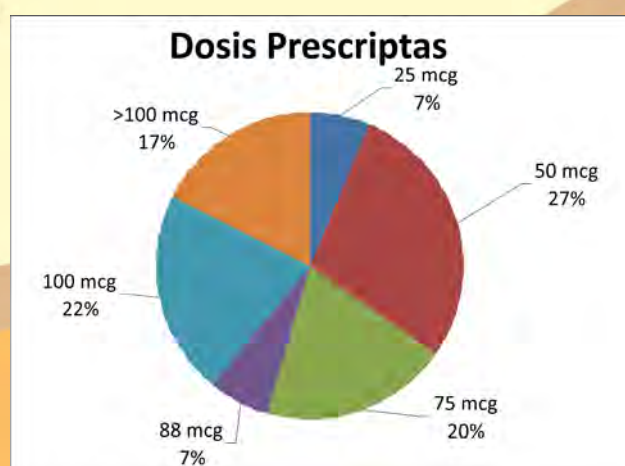
2) Baja prevalencia en menores de 15 años, observable en ficha de muestreo (ANEXO1).

De los 46 entrevistados, 46 están diagnosticados por hipotiroidismo.



Se realizaron 46 intervenciones farmacéuticas consistente primordialmente en educación sanitaria al paciente tiroideo a través de imanes (ANEXO 3) que funcionen como recordatorio de la cronicidad de su patología y el carácter permanente de su medicación. Se actuó también con folletería (ANEXO 3) para alertar sobre los síntomas de esta enfermedad con el propósito de fomentar el diagnóstico precoz con consejos de educación para la salud que tuvieron muy buena recepción por parte de nuestros pacientes y que constituyo una gran satisfacción para los involucrados en este trabajo. Los PRM que se encontraron están vinculados con la administración incorrecta y el incumplimiento del tratamiento por lo que se realizó una tarea de incentivación a través de nuestros consejos y de material soporte que los ayuden a que se convierta en un hábito diario evitando el incumplimiento por olvido involuntario. También se puede decir que se tratan de pacientes que en general siguen los controles médicos y un gran porcentaje reveló dificultad para bajar de peso. Un porcentaje muy alto (cercano al 100%) corresponde a tratamiento farmacológico y un muy bajo porcentaje el tratamiento fue quirúrgico. Se detectó hipotiroidismo por fármacos en pacientes que consumen amiodarona (1 solo de los entrevistados en nuestras oficinas). También se detectó pacientes que consumen tiratricol un metabolito de la hormona tiroidea que permitió explicar que su uso inapropiado puede producir graves consecuencias. Lo mismo puede suceder ante el consumo de productos de herboristería como algas que contengan yodo y que afectan la función tiroidea: de allí la importancia de nuestro rol y nuestra responsabilidad en el URM ^(7,8).

3) Uso habitual de dosis menores a 100 microgramos, dato que surge a partir de la elaboración de las fichas. Sin embargo al momento de obtener ésta información desde el Nosocomio, en el sector de Farmacia, resultó que esta no podía definirse en forma certera, ya que las dosis muchas veces se adecuan a las existentes en stock. De manera tal que ante el faltante de ciertas dosis, se apela a las dosis mayores de comprimidos trirranurados y así subsanar la dosis faltante.(ANEXO 1)



4) La mayor frecuencia de la prevalencia en mujeres resultó una constante en las fichas realizadas, este dato es relevante respecto a la indicación de estudios obligatorios, necesarios para determinar disfunción tiroidea en la mujer gestante.(ANEXO 1)

6. CONCLUSIONES

- A partir de esta intervención se pudo dar a conocer a los pacientes el rol farmacéutico interactuando con ellos para lograr compromiso en su tratamiento, logrando una mayor fidelización de los mismos.
- A partir de este trabajo se puede concluir la necesidad de prepararse para asumir el desarrollo de un nuevo modelo de prestación de los servicios farmacéuticos que lleve a delinear el profesional que la sociedad necesita en la actualidad. Es importante enfocarse en un cambio de paradigma en la forma de ejercer nuestra profesión de manera de poder ofrecer ese plus necesario que permita distinguirse de los grandes establecimientos farmacéuticos en los cuales la figura del profesional se encuentra algo desdibujado. Todo este esfuerzo debe encaminarse a lograr competitividad y permanencia. También es importante propiciar nuestros consejos evitando las interacciones y los efectos adversos para concientizar sobre el URM y lograr una reducción en la automedicación.
- A partir de esta intervención se pudo dar a conocer a los pacientes el rol farmacéutico interactuando con ellos para lograr compromiso en su tratamiento, logrando una mayor fidelización de los mismos y al mismo tiempo dimos los primeros pasos hacia una AF que puede resultar determinante para interactuar con el sector sanitario, otorgarnos valor agregado y posicionarnos ante el resto de los profesionales de la salud.

LECCIONES

Importancia de la comunicación farmacéutico-paciente y con otros profesionales sanitarios.

Necesidad de aprender a diseñar protocolos de actuación que nos permitan verificar la información que los pacientes poseen sobre su tratamiento para a partir de allí ayudarlos con el correcto cumplimiento fomentando la adherencia al mismo.

Las dificultades que muchas veces encierra el lograr el nexo entre los diferentes sectores del ámbito sanitario.

Surgimiento de nuevas ansias de continuar esta tarea sobre diferentes problemáticas que afectan a la comunidad desde el punto de vista sanitario y cambios en los estilos de vida de la población que contribuyan a lograr el mayor estado de salud posible.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Méndez V, Chiesa A, Prieto L, Bergadá R, and Gruñeiro-Papendieck L. 2008. *Supervisión del déficit de yodo en Salta Capital*. Revista argentina de endocrinología y metabolismo **45**: 206-213.
2. Sullivan KM, May W, Nordenberg D, Houston R, and Maberly GF. 1997. *Use of thyroid stimulating hormone testing in newborns to identify iodine deficiency*. J Nutr **127**: 55-58.
3. Netter FH, Forsham PH, and Monteys EG, *Sistema Endocrino y Enfermedades Metabólicas*. 1993: Ediciones Científicas y Técnicas, S. A.
4. Braverman LE & Cooper DS, *Werner & Ingbar's The Thyroid: A Fundamental and Clinical Text*. 2012: Wolters Kluwer Health.
5. Campos DS, *Principios de Farmacología General Y Administración de Fármacos*. 1993: Ed. de la Universidad de Costa Rica.
6. Debusse M, *Sistema endócrino y aparato reproductor*. 1998: HarcourtBrace.
7. Reina DR, Ayala WB, and Veloz EC, *Manual de interacciones medicamentosas*. 1999: OPS.
8. Kumar V, Abbas AK, Robbins SL, Fausto N, and Mitchell RN, *Robbins Patología Humana*. 2008: Elsevier Science Health Science Division.
9. Merck, *Nuevo Manual Merck De Información Médica - 3v / New Merck Manual of Medical Information - 3v*. 2013: Oceano Editorial.
10. Patiño NM, *Farmacología médica / Medical Pharmacology*. 2008: Editorial Medica Panamericana
11. Kaplan LA and Pesce AJ, *Química clínica: técnicas de laboratorio. Fisiopatología, métodos de análisis: teoría, análisis y recolección*. 1986: Médica Panamericana.

Anexos I: Fichas

Nro de pacientes	Sexo	Edad	Diagnóstico	Fecha del Diagnóstico	Comienzo del tratamiento	Dosis Actual (mcg)	Nombre ético del medicamento	Como indicó el médico la medicación	Como toma la medicación	Indicación Farmacéutica	Edad al diagnóstico	Dosis mínima Actual (mcg)
1	F	45	hipotiroidismo	2003	2004	75 en la semana/100 en los fin de semana	T4	1 comprimido, 1 hs antes del desayuno.	En forma correcta como lo indicó el médico.	imán con recomendaciones	32	75
2	F	44	hipotiroidismo	2015	jul-15	50 en la semana/75 en los fin de semana	Levo Glaxo	1 comprimido, 1 hs antes del desayuno.	En forma correcta como lo indicó el médico.	imán con recomendaciones	43	50
3	F	50	hipotiroidismo	2013	2013	75	Euthyrox	Todas las mañanas en ayunas, domingo medio comprimido	En forma correcta como lo indicó el médico.	imán con recomendaciones	47	75
4	F	53	hipotiroidismo	2014	dic-14	25 durante la semana/50 en los fin de semana	Euthyrox	1 comprimido por la mañana	En forma correcta como lo indicó el médico.	imán con recomendaciones	51	25
5	F	60	hipotiroidismo	2015	2015	75	T4	1 hs antes de desayunar	En forma correcta como lo indicó el médico.	imán con recomendaciones	59	75
6	F	54	hipotiroidismo a consecuencia de cancer de tiroides	2005	2005	125	T4	tomar antes del desayuno	Como indico el médico. Y se siente mejor en el día cuando lo toma 1 o 2 hs antes del desayuno.	imán con recomendaciones	43	125
7	F	48	hipotiroidismo	2006	2006	75	T4	Ayunas a la mañana	lo tomo con el desayuno	Indicación adecuada, más imán con recomendaciones	38	75
8	F	66	hipotiroidismo	2006	2006	75	Levotiroxina Glaxo	Todos los días en ayunas	Todos los días en ayunas	Evitar las interacciones con antidepresivos, hierro y calcio, mas imán con recomendaciones	56	75
9	F	30	hipotiroidismo	2006	2006	75	Levotiroxina Glaxo	Todos los días en ayunas	Todos los días en ayunas	imán con recomendaciones	20	75
10	F	80	hipotiroidismo	2010	2010	100	Euthyrox	En ayunas	En ayunas.	imán con recomendaciones. Chequeo 2 veces al año. Toma hierro	74	100
11	F	53	hipotiroidismo	2012	88	88	T4	En ayunas	En ayunas	imán con recomendaciones. Toma antidepresivos.	49	88
12	M	67	hipotiroidismo	2009	100	100	Levotiroxina Glaxo	En ayunas	En ayunas.	imán con recomendaciones. No toma otra medicación	60	100
13	F	60	hipotiroidismo	2011	2011	100	T4	En ayunas	En ayunas	imán con recomendaciones. Presenta hipertensión 10mg	55	100
14	F	76	hipotiroidismo	2006	2006	100	Levotiroxina Glaxo	En ayunas	En ayunas	imán con recomendaciones. Toma lexotanil, tiene insomnio y ansiedad y se recomienda control.	66	100
15	F	52	hipotiroidismo	2007	2007	112	Levotiroxina Glaxo	En ayunas	En ayunas	imán con recomendaciones. Toma metformina 500mg por insulino-resistencia	43	112
16	M	75	hipotiroidismo	2012	2012	125	Euthyrox	Antes del desayuno.	Antes del desayuno.	imán con recomendaciones. Se recomienda precaución en el uso conjunto con bromazepam	71	125
17	F	48	hipotiroidismo	2003	2003	100	T4	Antes del desayuno.	Antes del desayuno.	imán con recomendaciones. Se recomienda visitar al médico porque la sra tiene como síntomas cansancio extremo.	35	100
18	F	70	hipotiroidismo	2001	2001	88	Euthyrox	Antes del desayuno.	Antes del desayuno.	imán con recomendaciones. Presenta anemia ferropénica, se recomienda tomar el hierro lejos de la toma de levotiroxina.	55	88
19	F	52	hipotiroidismo	2013	2013	50	Levotiroxina Glaxo	Antes del desayuno.	Antes del desayuno.	imán con recomendaciones. Presenta obesidad, se recomienda también cambios de estilo de vida	49	50
20	M	68	hipotiroidismo	2014	2014	100	T4	Antes del desayuno.	Antes del desayuno.	imán con recomendaciones. Y se recomienda precaución con el uso de Benzodiazepinas.	66	100

Nro de pacientes	Sexo	Edad	Diagnóstico	Fecha del Diagnóstico	Comienzo del tratamiento	Dosis Actual (mcg)	Nombre ético del medicamento	Como indicó el médico la medicación	Como toma la medicación	Indicación Farmacéutica	Edad al diagnóstico	Dosis mínima Actual (mcg)
21	F	27	hipotiroidismo	2015	2015	50	Levotiroxina Glaxo	Antes del desayuno	Antes del desayuno.	imán con recomendaciones. Y se recomienda control periódico al médico.	26	50
22	F	40	hipotiroidismo	2014	2014	75	T4	Antes del desayuno.	Antes del desayuno.	imán con recomendaciones.	38	75
23	F	84	hipotiroidismo	1986	1986	50	T4	1 por día en ayunas	1 por día en ayunas	imán con recomendaciones. Se recomendó que espere 1 hs para desayunar, sin fibras.	54	50
24	F	33	hipotiroidismo asociado con síndrome metabólico	2011	2011	50	Levotiroxina Glaxo	1 por día en ayunas	1 por día en ayunas	imán con recomendaciones.	28	50
25	M	68	hipotiroidismo	2006	2006	50	T4	1 por día en ayunas	1 por día en ayunas	imán con recomendaciones. No consumir fibras.	58	50
26	F	29	hipotiroidismo	2010	2010	50	Levotiroxina Glaxo	1 por día en ayunas	1 por día en ayunas	imán con recomendaciones. No consumir fibras.	23	50
27	F	58	hipotiroidismo	1990	1990	100	Euthyrox	1 por día en ayunas	1 por día en ayunas	imán con recomendaciones. Consume enalapril 10mg.	32	100
28	F	45	hipotiroidismo asociado con síndrome metabólico	1995	1995	88	Levotiroxina Glaxo	1 por día en ayunas	1 por día en ayunas	imán con recomendaciones. Consume metformina.	24	88
29	F	22	Hipotiroidismo	2012	2012	50	Euthyrox	1 por día en ayunas	1 por día en ayunas	imán con recomendaciones.	18	50
30	M	67	Hipotiroidismo	2010	2010	112	Levotiroxina Glaxo	en ayunas	En ayunas	imán con recomendaciones. No toma otro medicamento	61	112
31	F	35	Hipotiroidismo	2011	2011	75	Levotiroxina Glaxo	en ayunas	en ayunas	imán con recomendaciones. No toma otro medicamento	30	75
32	F	45	Hipotiroidismo	1997	1997	125	Levotiroxina Glaxo	en ayunas	en ayunas	imán con recomendaciones. Toma enalapril 5mg	26	125
33	F	81	Hipotiroidismo. Síndrome metabólico e hipercolesterolemia	1980	1980	100	Levotiroxina Glaxo	en ayunas	en ayunas	imán con recomendaciones.	45	100
34	F	29	Hipotiroidismo familiar	2009	2009	100	Levotiroxina Glaxo	Antes del desayuno.	Antes del desayuno. Espera 30 min antes de desayunar	imán con recomendaciones.	22	100
35	M	34	Hipotiroidismo	2015	2015	50	T4	20 minutos antes del desayuno, sin consumir cítricos y salvado.	21 minutos antes del desayuno, sin consumir cítricos y salvado.	imán con recomendaciones.	33	50
36	F	40	Hipotiroidismo	2004	2004	112	T4	En ayunas, 40 minutos antes del desayuno, sin salvado.	En ayunas 30 minutos antes del desayuno.	imán con recomendaciones.	28	112
37	F	34	Hipotiroidismo	2011	2011	25	Levotiroxina Glaxo	En ayunas 30 minutos antes de desayunar todos los días.	En ayunas 30 minutos antes de desayunar todos los días.	imán con recomendaciones.	29	25
38	F	54	Hipotiroidismo	2012	2012	125	T4	En ayunas	En ayunas	imán con recomendaciones.	50	125
39	F	34	Hipotiroidismo por embarazo de 13 sem	2016	19/02/16	50	T4	1 comprimido por día, 1 hora antes del desayuno.	1 comprimido por día, 1 hora antes del desayuno.	imán con recomendaciones.	34	50
40	F	39	Hipotiroidismo	2010	2010	137	T4	En ayunas, media hora antes de desayunar.	En ayunas, media hora antes de desayunar.	imán con recomendaciones.	33	137
41	M	49	Hipotiroidismo	2009	2009	50	T4	1 comprimido en ayunas, media hora antes de desayunar.	1 comprimido en ayunas, media hora antes de desayunar.	imán con recomendaciones.	42	50
42	F	14	Hipertiroidismo	2015	2015	50	T4	media hora antes del desayuno.	media hora antes del desayuno.	imán con recomendaciones.	13	50
43	F	50	Hipotiroidismo	2005	2005	100	T4	Antes del desayuno.	me levanto y la tomo, despues desayuno.	imán con recomendaciones.	39	100
44	F	57	Hipotiroidismo	1983	1983	50	T4	1 hora antes del desayuno	tomo sólo mate antes del desayuno. A veces se olvida de tomar los comprimidos.	imán con recomendaciones.	24	50
45	F	72	Hipotiroidismo	1959	1959	75	Levotiroxina Glaxo	1 hora antes del desayuno.	1 hora antes del desayuno	imán con recomendaciones.	15	75
46	F	62	Hipotiroidismo	2000		25, 15 días y 50 los otros 15 días del mes	Levotiroxina Glaxo	1 hora antes del desayuno	en ayunas la levotiroxina y en el desayuno los demás medicamentos como amiodarona.	imán con recomendaciones.	46	25

Anexos 2: Datos proporcionados por el hospital Oñativia de la Provincia de Salta

Valor 2	Conteo
(E039) Hipotiroidismo, no especificado	33084
(E042) Bocio multinodular no toxico	4393
(E049) Bocio no toxico, no especificado	3946
(C73) Tumor maligno de la glandula tiroides	3423
(E669) Obesidad, no especificada	2803
(E059) Tirotoxicosis, no especificada	2715
(E889) Trastorno metabolico, no especificado	2509
(E668) Otros tipos de obesidad	1677
(E040) Bocio difuso no toxico	1401
(E05) Tirotoxicosis [hipertiroidismo]	1376
(E032) Hipotiroidismo debido a medicamentos y a otras sustancias exogenas	15
(E058) Otras tirotoxicosis	4
(C75) Tumor maligno de otras glandulas endocrinas y de estructuras afines	49
(E220) Acromegalia y gigantismo hipofisario	33
(C751) Tumor maligno de la hipofisis	14
(L739) Trastorno folicular, no especificado	10

DATOS DEL 01/01/2010 AL 20/11/2015

ENDOCRINOLOGIA: HIPOTIROIDISMO de todo el País		
CONCEPTOS	2014	Hasta Octubre 2015
TOTAL PACIENTES	13746	12455
TOTAL PACIENTES MUJERES	12274	11095
TOTAL PACIENTES VARONES	1472	1360
TOTAL PACIENTES 1° VEZ	2631	2147
PORCENTAJES PACIENTES 1° VEZ	19,14%	17,24%
PACIENTES de 1° VEZ MUJERES	2310	1854
PACIENTES de 1° VEZ VARONES	321	293
CONSULTAS	17187	14980

ESPECIALIDAD: HIPOTIROIDISMO - SALTA CAPITAL E INTERIOR		
CONCEPTOS	2014	Hasta Octubre 2015
TOTAL PACIENTES	12115	10954
TOTAL PACIENTES MUJERES	9513	9745
TOTAL PACIENTES VARONES	2602	1209
TOTAL PACIENTES 1° VEZ	2142	1675
PORCENTAJES PACIENTES 1° VEZ	17,68	15,29
PACIENTES de 1° VEZ MUJERES	1868	1428
PACIENTES de 1° VEZ VARONES	274	247
CONSULTAS	15163	14593

SALTA - CAPITAL		
	2014	Hasta Octubre 2015
TOTAL PACIENTES	8805	7818
TOTAL PACIENTES MUJERES	7810	6894
TOTAL PACIENTES VARONES	995	924
TOTAL PACIENTES 1° VEZ	1441	1134
PORCENTAJES PACIENTES 1° VEZ	16,37%	14,50%
PACIENTES de 1° VEZ MUJERES	1253	952
PACIENTES de 1° VEZ VARONES	188	182
CONSULTAS	10493	9880

SALTA - INTERIOR		
	2014	Hasta Octubre 2015
TOTAL PACIENTES	3310	3136
TOTAL PACIENTES MUJERES	1703	2851
TOTAL PACIENTES VARONES	1607	285
TOTAL PACIENTES 1° VEZ	701	541
PORCENTAJES PACIENTES 1° VEZ	21,18%	17,25%
PACIENTES de 1° VEZ MUJERES	615	476
PACIENTES de 1° VEZ VARONES	86	65
CONSULTAS	4670	4713

FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS BASADOS EN APS EN ADULTOS CON DIABETES TIPO II

Resumen

El objetivo del proyecto busca mejorar la calidad de vida de los adultos con diabetes tipo II, no solo a través de la prevención de enfermedades crónicas y el diagnóstico oportuno, sino también mediante la integración de aspectos claves como la alimentación, la actividad física, los cuidados personales, la información y el acompañamiento necesario para un correcto manejo de la medicación.

La metodología que se usó en base a la recolección de los datos obtenidos desde los efectores de salud donde se asistió a pacientes diabéticos, muestran que no solo una adecuada nutrición y la realización de actividad física son importantes, sino que en un gran porcentaje de casos la ineficacia del tratamiento es atribuible a la disponibilidad del medicamento principalmente en cuanto al acceso y uso correcto de los fármacos como así también a la falta de información, lo que se logra mediante la participación activa del equipo de salud. Es aquí donde se visualiza la importancia de la tarea del farmacéutico quien conjuntamente con la familia y la comunidad logra alcanzar las metas establecidas en el tratamiento.

Esta actividad logra empoderar al farmacéutico desde la APS ya que resume la información necesaria para interactuar con el paciente tratando de reducir al mínimo las complicaciones, haciendo énfasis principalmente en la administración y el manejo de los fármacos por parte del paciente, logrando concientizar sobre la importancia del cumplimiento y adherencia en el tratamiento implicando a los diferentes protagonistas involucrados.

Summary

The objective of the draft is to try to improve the quality of life of adults with type 2 diabetes mellitus not only through the prevention of chronic diseases and timely diagnosis but also by integrating key aspects such as food, physical activity, personal care, information and support necessary for proper medication management.

The methodology that had been used on the collection of data, obtained from health effectors where was attended diabetic patients who shows that not only an adequate nutrition and the realization of physical activity are important but an important percentage of cases ineffective treatment is related to the availability to the mainly drug and correct use of drug as well as the lack of information, which is achieved through the active participation of the health team. This is where the important of the task of the pharmacist who, together with the family and the community, can achieve the goals established in the treatment.

This activity gets empower the pharmacist from primary health care (PHC) and summarizing the information necessary to interact with the patients trying to minimizing complications., focusing mainly on the administration and management of drugs by the patient, achieving a wareness of the importance of compliance and adherence to treatment including the different actors involved.

Palabras claves: Empoderamiento. Educación. Diabetes tipo II. Compromiso.

1. Introducción

Justificación

Considerando los diversos problemas detectados en la atención farmacéutica del paciente diabético tipo 2 como por ejemplo: la falta de adherencia al tratamiento farmacoterapéutico, el incumplimiento de las medidas higiénico alimentarias, aquellos problemas ligados a la medicación y la falta de educación sanitaria brindada por el sistema de salud, se manifiesta la necesidad de cambiar el enfoque del servicio farmacéutico.

Es nuestro compromiso hacia la comunidad el abordar la temática a fin de interiorizarnos en los problemas que dicha patología contempla y brindar nuestros servicios farmacéuticos optimizando de esta manera los resultados de la farmacoterapia.

La necesidad de cambio es para la mejora a través de la educación al paciente, mediante la intervención farmacéutica para lograr una mejor calidad de vida, y al mismo tiempo un empoderamiento del profesional donde se observa como limitante la escasa concurrencia del paciente a la farmacia, en busca del consejo profesional.

Nuestro objetivo es revertir esta situación logrando que nuestros servicios sean más integrales y continuos.

2. Marco Referencial

La palabra diabetes data del siglo II, cuando Areteo de Capadocia la denomina con este nombre. Willis en el siglo XVII describe el sabor dulce (azúcar, miel) como la miel de la orina en la diabetes y le da el atributo de mellitus.

Actualmente la Diabetes Mellitus (DM) se define como una afección metabólica, de carácter permanente, de origen heterogéneo y multicausal que impide la normal utilización de azúcares, proteínas y grasas, debido a que el páncreas no produce suficiente insulina, o cuando el cuerpo no puede utilizar la insulina producida de un modo eficaz. Esto ocasiona un aumento de glucosa en sangre, que puede dañar gravemente los órganos corporales, sobre todo los vasos sanguíneos y los nervios.

Una de las principales dificultades en la atención al paciente diabético continúa siendo la falta de educación hacia un estilo de vida y una actitud favorable hacia la enfermedad, lo cual solo puede lograrse mediante estrategias educativas; para ello deben involucrarse los 3 niveles del Sistema Nacional de Salud, especialmente la atención primaria. La DM es una afección compleja que puede afectar todos los aspectos de la vida diaria de la persona que la padece y el mejor de los tratamientos falla si el enfermo no participa día a día en el control de sus niveles de glucemia.

Un informe reciente de la Organización Mundial de la Salud apunta de forma convincente la asociación entre aumento de peso y obesidad, resaltando que el consumo alimentario habitual, el sedentarismo y la DM 2, constituyen factores esenciales relacionados con el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles. Asimismo, la reducción de factores de riesgo modificables como el peso, consumo alimentario y la práctica de actividad física mostró un potencial significativo en la reducción del riesgo para padecer la diabetes sacarina, inclusive en individuos con historia familiar de esta enfermedad.

Como referencia tomamos un trabajo sobre educación sanitaria sobre anticoncepción en la comunidad estudiantil, realizado a alumnos secundarios de 15 a 18 años.

En dicho trabajo se demostró que la participación del profesional farmacéutico en aspectos referidos a los diferentes métodos anticonceptivos, las ventajas y desventajas de los mismos y sobre la pastilla del día después, es decir educación para la salud, produjo un impacto que se tradujo en un aumento del 40% de consultas sobre sexualidad y métodos protectivos sobre los beneficiarios directos.

Además mejoró la valoración, percepción y disposición de lo que implica la sexualidad y sus riesgos y todo ello de la mano de un profesional farmacéutico.

3. Problema

Una vez diagnosticada la diabetes se inicia su tratamiento con la provisión de medicamentos bajo formas tradicionales, sin seguimiento farmacoterapéutico, sea por las Obras Sociales, Hospital, Centros de Atención Primaria o Programas Gubernamentales, entre otros, dependiendo del sistema al que pertenece el individuo. Por medio de este sistema de distribución, se generan pérdidas de fármacos que no son usados correctamente por los pacientes por

desconocimiento en la administración, o bien los fármacos son reemplazados por otros de dudosa calidad. Esto provoca surgimiento de efectos adversos, interacciones y aparición de nuevas patologías.

Esta propuesta de intervención combina las estrategias tradicionales de la entrega del medicamento, con el seguimiento del tratamiento por parte del profesional farmacéutico, aplicando tecnologías apropiadas de la educación en salud para mejorar la calidad de vida de los pacientes, con la participación del individuo, las obras sociales, los hospitales, las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) y demás instituciones oficiales. Esta innovación considera que el conocimiento de la enfermedad y del tratamiento por parte del individuo mejora el estado de salud porque el individuo se convierte en participe activo de su mejora.

La población objetivo incluye individuos que concurren a farmacias de las ciudades de Salta (localidad de Metán y Salta capital), Jujuy (San Salvador de Jujuy), Partido de La Matanza (González Catán y Ramos Mejía)

Los beneficiarios directos corresponden a 125 individuos con Diabetes tipo 2, que adquieren sus fármacos en las farmacias participantes del proyecto durante el periodo Agosto 2015 a Marzo 2016.

Existen actividades previas a través de charlas y jornadas de capacitación al nivel farmacéutico en distintos temas de interés que han generado la búsqueda de nuevas estrategias participativas.

4. Objetivos

Objetivos Generales

Mejorar la calidad de vida de los pacientes adultos con diabetes tipo II, usando estrategias y herramientas que acompañen al tratamiento farmacológico, evitando las consecuencias de la enfermedad e informando de los beneficios que se obtienen con una adecuada adherencia al tratamiento.

Objetivos Específicos

- 1- Promover la prevención y promoción en la población de los factores de riesgo para la diabetes.
- 2- Aumentar las competencias del paciente diabético en la administración y manejo adecuado de sus fármacos mediante su concientización.
- 3- Verificar el conocimiento que tienen los pacientes sobre su estado clínico y nutricional.
- 4- Lograr la adherencia al tratamiento farmacológico a través de una correcta educación al paciente y a la familia logrando una mejor calidad de vida.
- 5- Afianzar el trabajo interdisciplinario.

Metodología

Matriz Foda

Fortalezas: La existencia de un recurso humano comprometido y con capacitación continua, que genera una amplia red de farmacias dispuestas a brindar un servicio de calidad siguiendo la Agenda de Salud de las Américas orientada a brindar atención integral a largo plazo, con énfasis en la promoción y prevención. Satisfacción de los individuos en la consulta farmacéutica.

Debilidades: La ausencia de integración interdisciplinaria y de registros informáticos sanitarios integrados, legislación orientada a considerar a la farmacia un comercio, hegemonía médica, escasa participación en campañas de prevención y promoción. Ausencia de incentivos económicos hacia la incorporación de nuevas estrategias profesionales y desaprovechamiento del recurso humano farmacéutico.

Oportunidades: Reconocimiento social del farmacéutico como referente en el campo sanitario. Alianzas estratégicas orientadas hacia la integración de la comunidad, los servicios y los RISS. Ampliación del mercado laboral profesional.

Amenazas: Ausencia de legislación por falta de acuerdos políticos. Ausencia de recursos económicos, desvalorización del servicio farmacéutico, políticas poco claras de la importancia del servicio farmacéutico en APS.

Propuesta Estratégica

Actividad	Responsable	Período	Recursos humanos	Recursos económicos	Recursos tecnológicos
Realización, procesamiento y análisis de encuestas realizadas a pacientes DBT tipo II, con identificación y priorización de problemáticas	Cirillo, Maria Carolina Gómez, Faustina Pisacic, Gabriela Serrano, Enrique H. Zapatiel, Ana Karina	10 de septiembre – 15 octubre (35 días)	Farmacéuticos comunitarios	Propio	Internet. (email, skype). Papel. Impresora.
Implementación del servicio fármaco-terapéutico y distribución de material educativo	Cirillo, Maria Carolina Gómez, Faustina Pisacic, Gabriela Serrano, Enrique H. Zapatiel, Ana Karina	20 de octubre – 05 de diciembre (45 días)	Farmacéuticos comunitarios	Propio y Colegio Farmacéutico de Jujuy, Salta y La Matanza	Telefonía móvil. Internet. (email, skype)
Incorporación de nuevos fármacos al proyecto y coordinación interdisciplinaria	Cirillo, Maria Carolina Gómez, Faustina Pisacic, Gabriela Serrano, Enrique H. Zapatiel, Ana Karina	5 de diciembre – 25 marzo (75 días)	Farmacéuticos comunitarios y Profesionales de la salud	Propio e institucional	Telefonía móvil. Internet. (email, skype)
Evaluación de resultados y elaboración del informe.	Cirillo, Maria Carolina Gómez, Faustina Pisacic, Gabriela Serrano, Enrique H. Zapatiel, Ana Karina	25 de marzo – 10 de abril (15 días)	Farmacéuticos comunitarios.	Apoyó propio.	Telefonía móvil. Internet. (email, skype)

Matriz de Indicadores

Tipo de Indicador	Indicador definición	Fórmula- Meta
Realización, procesamiento y análisis de encuestas realizadas a pacientes DBT tipo II, con identificación y priorización de problemáticas (Anexo I)	<u>De comunicación efectiva:</u> Determinar la competencia en comunicar la importancia de sumarse al proyecto farmacéutico para sí mismo, y para la comunidad en general.	(Nº de encuestas procesadas y completas / Nº total de encuestas realizadas)*100 Meta: 90%
	<u>Priorización de las problemáticas:</u> Cuantificación de los problemas prioritarios detectados.	(Nº de problemas detectados prioritarios/Nº total de problemas detectados)*100 Meta: 80%
Implementación del servicio fármaco-terapéutico y distribución de material educativo (Anexo II, III y IV)	<u>Indicador de efectividad de la intervención:</u> Evalúa la efectividad de la intervención considerando todas las intervenciones realizadas.	(Cantidad de pacientes con adherencia terapéutica según Morisky/Cantidad total de pacientes evaluados)* 100 Meta: 100%
	<u>De compromiso de los pacientes:</u> Evalúa el grado de interés del paciente sobre su enfermedad y cuidados	(Cantidad de folletos entregado al paciente/ Total de folletos impresa)* 100 Meta: 100%
Incorporación de nuevos fármacos al proyecto y coordinación interdisciplinaria (Anexo V)	<u>De Compromiso de los farmacéuticos:</u> Evalúa la adhesión de los farmacéuticos	(Nº de fármacos incorporados /Nº total convocados)* 100 Meta: 100%
	<u>De Gestión organizativa:</u> Evalúa el involucramiento del equipo interdisciplinario que intervenga en la atención del paciente.	(Cantidad de libretas procesadas/ Cantidad total de libretas entregadas)*100 Meta: 70%

Evaluación de resultados y elaboración del informe.	<u>Indicador de impacto de la intervención:</u> Determina los efectos que la intervención profesional produce sobre la calidad de vida de los pacientes diabéticos.	(Cantidad de intervenciones efectivas/Cantidad total de intervenciones realizadas)*100 Meta: 90%
Tiempo de realización y procesamiento de encuestas	<u>De Cumplimiento de agendas del/los responsable/s del proyecto:</u> Determinar la capacidad de ejecutar las acciones planificadas en el tiempo previsto	Tiempo (en días) utilizados para realizar y procesar las encuestas/ Tiempo estimado en días (30 días) Meta cumplida: ≤ 1 No cumple si es > 1
Tiempo de implementación del servicio farmacéutico	<u>De comunicación efectiva:</u> Determinar la capacidad de ejecutar las acciones planificadas en el tiempo previsto	(Cantidad de días utilizados/ 5 días previstos) Meta cumplida: ≤ 1 No cumple si es > 1
	<u>De gestión y organización:</u> Mide la capacidad operativa del equipo de profesionales responsables	(Cantidad de días utilizados/45 días previstos) Meta cumplida: ≤ 1 No cumple si es > 1
Tiempo de incorporación de nuevos colegas e interdisciplinariedad	<u>De cooperación y liderazgo:</u> Mide las competencias de trabajo en equipo y coordinación	(Cantidad de días utilizados/60 días previstos) Meta cumplida: ≤ 1 No cumple si es > 1
	<u>De gestión y organización:</u> Evalúa el cumplimiento del plazo previsto para la coordinación interdisciplinaria	(Cantidad de días utilizados/15 días previstos) Meta cumplida: ≤ 1 No cumple si es > 1
Tiempo de elaboración del informe	<u>De Cumplimiento de agendas del/los responsable/s del proyecto:</u> Evalúa el cumplimiento del plazo previsto para la valoración de resultados	(Cantidad de días utilizados/15 días previstos) Meta cumplida: ≤ 1 No cumple si es > 1
Recursos utilizados en la encuesta	<u>De optimización de recurso:</u> Determina requerimientos económicos para procesar las encuestas	(Monto ejecutado en Pesos/ Presupuesto estimado en Pesos)*100 Meta: 100%
Recursos utilizados en la implementación del servicio farmacéutico	<u>De comunicación efectiva y liderazgo:</u> Determina la competencia comunicacional de los responsables	(Nº de material educativo distribuido/ Nº de material educativo previsto distribuir)*100 Meta: 80%
Recursos destinados a la incorporación de nuevos colegas	<u>De comunicación y liderazgo:</u> Determina la capacidad de los responsables en convocar y comprometer a colegas y al resto de los profesionales en el proyecto	(Nº de profesionales de la salud involucrados/ Nº de profesionales de la salud convocados)*100 Meta: 60%
Recursos utilizados en la elaboración del informe	<u>De la capacidad de procesamiento y evaluación:</u> Evalúa la capacidad de procesamiento y valoración de resultados de la intervención realizada por los responsables del proyecto	(Nº de parámetros relevados / total de parámetros propuestos)*100 Meta: 100%

Resultados

La planificación y ejecución del proyecto propuesto se realizó cumpliendo los tiempos y recursos estimados, demostrando una buena estrategia de gestión y trabajo en equipo.

Para mejorar la calidad de vida de los adultos con diabetes tipo II mediante la prevención y promoción de los factores de riesgo se diseñó y distribuyó material informativo en aspectos claves como alimentación, salud física, medicación y cuidados personales cumpliendo en los 125 pacientes, es decir en el 100% de los beneficiarios directos.

La administración y adecuado manejo de los fármacos por parte del diabético se observó en el 41% de los pacientes, medido por medio de las libretas sanitarias diseñadas para esa competencia. La meta no alcanzada en este aspecto, se debió a la falta de adhesión de los pacientes por una parte, a pesar que los que participaron mostraron gran interés (97%) y

por otra parte debido a los mismos farmacéuticos, que tal como se indica en las debilidades poseen alta carga administrativa en las farmacias.

Se observa que un 14% de los encuestados tienen sobrepeso, un 24% Obesidad Grado I, 31% Obesidad Grado II y un 3,5% Obesidad mórbida y el 27,5% poseen IMC normal.

De aquellos que son obesos (58,5%), solo el 53% sigue un plan de alimentación y el 35% realiza caminatas. El 70% de ellos refieren no tener complicaciones, mientras que el 17% indica aumento de peso en el último tiempo e IRC en el 6% de los obesos.

El 47% de los encuestados obesos no reciben apoyo profesional, pero el 100% considera útil la ayuda del farmacéutico, indicando en el 35% de los casos que es por confianza en el farmacéutico y comodidad en la consulta.

Siguiendo el algoritmo de Morisky se observa que el 55% de los encuestados no tienen buena adherencia al tratamiento con causales como falta de contención familiar, dificultades económicas, falta de acompañamiento del servicio de salud.

En lo que respecta al compromiso y participación de colegas en forma interdisciplinaria se percibe que el 59% de los convocados al proyecto se han comprometido y han participado, reforzando un aspecto planteado en las debilidades como lo es la falta de integración interdisciplinaria.

El 97% de los encuestados totales considera útil que el farmacéutico aconseje al paciente y lo guíe, fundamentalmente al tomar más de una medicación, para evitar interacciones medicamentosas, y alimentarias. Gran parte de esta aceptación del paciente-comunidad se debe a la accesibilidad, disponibilidad horaria y comodidad del paciente para acercarse a la farmacia, además de la confianza.

Conclusiones

En la actualidad se observa un aumento exponencial en la prevalencia de la Diabetes a nivel mundial debido a que los tratamientos existentes no llegan a ser totalmente eficaces dado que sin educación, información e intervención de un equipo de salud comprometido, entrenamiento y acompañamiento al paciente, familia y comunidad no se obtienen los resultados esperados. En este sentido los Servicios Farmacéuticos en APS trata de poner énfasis en la concientización no solo del paciente, sino en el trabajo integral con los diferentes profesionales de manera de revisar dificultades, controles. Este trabajo tiene el propósito de afianzar e intensificar estrategias enfocadas en acompañar al paciente orientándolo a que comprenda que solo aquel que contribuye favorablemente en su tratamiento, podrá alcanzar una mejor calidad de vida evitando complicaciones inesperadas.

Como resultado de la intervención, se puede concluir que existe una herramienta fundamental para lograr el empoderamiento del profesional farmacéutico: LA COMUNIDAD. Lograr establecer un afianzamiento de los vínculos equipo de salud-comunidad será el objetivo a seguir en la labor diaria farmacéutica para mejorar la calidad de vida de los pacientes. En cuanto a los profesionales de la salud se debe comenzar a difundir la necesidad de cambio, de relacionarse e integrarse para conformar un equipo de salud que priorice las necesidades y abarque toda la problemática.

Es el comienzo de una nueva etapa donde se necesita de compromiso y dedicación para obtener resultados prósperos que tiendan a mejorar el nivel del servicio de salud que se brinda a la sociedad.

Estos datos obtenidos reflejan la importancia de trabajar en este grupo de diabéticos obesos, que no están recibiendo apoyo profesional y que han mostrado afinidad con la labor del farmacéutico, reconociendo sus competencias.

Bibliografía

Litter M. Compendio de Farmacología. 3º ed. Barcelona: Edit. Ateneo; 1984.

De Zuani Rafael, Fernández Juan José, Martino Luis Alberto. Gestión de la Calidad en el Sector Público. Escuela de Administración Pública. Unsa; 2000.

P.R. Vademécum. Dewbury Corporation. 12º ed. Buenos Aires: Edit. Impresora Americana; 2005.

García, Rosario y Suárez Rolando. La Educación a personas con diabetes mellitus en APS. Rev. Cubana endocrino 2007, vol.n1, pp.0-0-ISBN 1561-2953.

Zarate Arturo, Basurto Lourdes, Saucedo Renata, Hernández-Valencia Marcelino. Revista Médica del IMSS May/Jun 2010 vol. 48 ISSUE, pag. 293.

www.portalfarma.com

www.sefac.org

Anexos I: Encuesta a pacientes Diabéticos Tipo II.

Preguntas para el paciente diabético:

Paciente:

Edad: sexo: F M Altura: Peso:

1-¿Sabe que es la diabetes?

Si o NO

2-¿Hace cuánto sabe que es diabético?

3-¿Esta medicado y sabe para que toma cada una de ellas?

Nombre comercial	P.A.Usos	Indicación médica	Observaciones

5- a) ¿realiza caminatas o alguna actividad física diferente?

SI/NO

b) ¿Le han indicado algún tipo de alimentación específica?

SI/NO

Si indica SI: ¿La cumple? SI/NO

Si indica NO: ¿Por qué causa no puede seguirla?

6- ¿Qué consecuencias Uds. conoce de la diabetes?

7-¿Cómo obtiene la medicación?

*Particular

* Obra social

* Hospital o APS

9- ¿Recibe habitualmente algún tipo de guía o apoyo para saber cómo mejorar su salud? SI /NO

Si indica SI:

¿Quién se lo brinda?

Si indica NO:

¿Considera útil que sea su farmacéutico el que lo guíe o aconseje? SI/NO

¿Porque?

Anexo II: folletería educacional.

MANTÉNGASE ACTIVO

Logre y mantenga un peso saludable usando un plan de alimentación familiar y aumentado su nivel de actividad física.

Comience con caminatas diarias y lentamente incremente sus ejercicios para obtener mayor fuerza muscular. Recuerde que la actividad física es una forma de tratamiento de la diabetes.



Fortalecimiento de los servicios Farmacéuticos basados en atención primaria de la salud en pacientes adultos con diabetes tipo II.

Tutora: Farm. Susana Mercedes Migliaro

"Farmacéuticos Comunitarios"

Integrantes:

- Cirillo María Carolina - Ramos Mejía Bs. As.
- Gomez, Faustina - Gonzalez Catán Bs. As.
- Pisacic Gabriela - Metan Salta
- Serrano, Enrique - Salta Capital
- Zapatiel, Ana Karina - Jujuy Capital

Sabe Usted si es diabético



...Siempre se siente cansado?
 ...Tuvo pérdida de peso?
 ...Tiene visión borrosa?
 ...Siempre está hambriento?
 ...Orina frecuentemente?
 ...Tiene heridas que no cicatrizan?
 ...Sientes pies y manos adormecidas o con hormigueos?

A menudo no se diagnostica la diabetes porque muchos de sus síntomas parecen inofensivos.

Ante cualquier duda consulte con su Farmacéutico

ALIMENTESE CORRECTA Y SALUDABLEMENTE

- Coma porciones pequeñas a lo largo del día.
- Consumir una gran variedad de alimentos.
- Prestar atención a cuándo y cuánta cantidad de carbohidratos consume.
- Limitar el consumo del alcohol.



MEDICACIÓN



Tiene como objetivo mantener los niveles de azúcar en la sangre dentro de los valores normales.

Recuerde:

- Tomar su medicación en los horarios recomendados por su Médico y/o Farmacéutico.
- No se salte su medicación.
- Controle su nivel de glucemia regularmente.
- No agregue ni quite medicación sin consultar al profesional Médico y/o Farmacéutico.



PIE DIABÉTICO

El pie diabético puede sufrir variadas modificaciones:

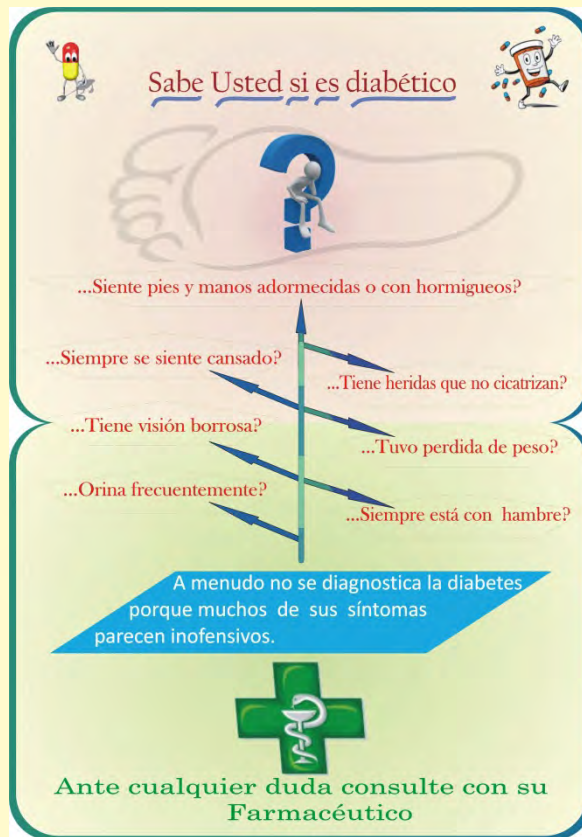
- Ulceraciones
- Ruptura de piel, músculos, nervios, arterias, tendones.
- Alteración de la movilidad.
- Amputación del miembro.

Como Evitarlo:

- Realizar una higiene diaria y profunda.
- Observar la evolución de las heridas.
- Es fundamental el control preventivo del pie por un especialista.

" Podologo
 " Dermatólogo
 " Diabetólogo

Anexo III: banner



Anexo III: Carta a los colegas

Estimado colega farmacéutico:

Con el agrado de ponernos en contacto con Ud. lo convocamos a participar en un proyecto basado en la implementación de nuevos **SERVICIOS FARMACÉUTICOS** en la **Atención Primaria** de la **Salud**.

Disponemos de los siguientes materiales (Muestra):

1. **Libreta Cuidados Pacientes Diabéticos:** A entregar al paciente diabético para su mejor seguimiento, tanto médico como farmacéutico.
2. **Folleto - tríptico** con información explicativa de la patología.

El proyecto busca:

- ✓ Brindar una mayor calidad de vida al paciente diabético.
- ✓ Involucrar al farmacéutico en la terapia.
- ✓ Empoderar al farmacéutico en su actividad.

Esperamos que a través del proyecto, la farmacia comunitaria logre integrarse y ser parte del equipo de salud, además de enriquecer vínculos con el paciente, la familia y la comunidad.

Saludamos atte.

Anexo IV: Libreta Sanitaria.



Servicio farmacéutico en APS del paciente diabético tipo 2.

Fecha de inicio

Datos del paciente

- Nombre
- Edad
- DNI
- Teléfono
- Email
- Cobertura médica

Antecedentes personales

- Hipertensión
- Tabaquismo
- Infarto / Angina de pecho
- Ataque Cerebro Vascular
- Amputación
- Daño Renal
- Daños en la retina
- Otros

Evitar el sobrepeso

No Fumar

Glucemia 90-130

HbA1c < 7%

Presión Arterial < 130/80

Colesterol LDL < 100 HDL > 40 en varones > 40 en mujeres

METAS TOBIÉTICAS
de la persona con DIABETES

Esta libreta le permite llevar un registro de los controles, estudios y cuidados que Ud. debe recibir:

- Guárdela en un lugar seguro
- Llévela cada vez que concurre a su farmacia
- Asegúrese que los datos sean completados en su totalidad tras la consulta

Intervención del equipo de salud

Fecha	Atención		Atención	Atención	Atención

Farmacéutico

Nombre	Dosis / día	Fecha inicio / fecha de finalización
• Antiagregantes		
• Diuréticos		
• IECA / ARA II		
• B. Bloqueantes		
• Bloq. Calcio		
• Estatinas		
• Metformina		
• Sulfonylureas		
• Insulina		
• Otros		
• Observaciones:		

PREVENCIÓN DE ANEMIA FERROPÉNICA EN EL EMBARAZO

1. Resumen

La anemia por deficiencia de hierro es un frecuente problema nutricional en nuestro país y en especial en la población de embarazadas. Para su prevención y control, a través de Programas de Prevención Materno Infantil, contamos con la medicación necesaria para aliviar el problema en forma práctica. En el presente trabajo se exponen conocimientos esenciales del problema, los aspectos básicos para lograr una real efectividad en la acción preventiva y la función que debe desempeñar el farmacéutico para la prevención de la anemia en el embarazo y sus complicaciones.

Abstract

Iron deficiency anemia is a common nutritional problem in our country, especially in pregnant women. For its prevention and control, through maternal and child prevention programs, we have the necessary medication to alleviate the problem in a practical way. In this paper, the essential knowledge on the problem, the basic aspects to achieve real effectiveness in preventive action and the proper role of the pharmacist for the prevention of anemia in pregnancy (and its complications) are discussed.

Palabras claves

Anemia Ferropénica, Prevención, Embarazo, Hierro, Farmacéutico

2. Introducción

2.1. Justificación del Proyecto

La anemia ferropénica (AF), es la deficiencia nutricional más común en las embarazadas tanto en los países en vías de desarrollo como en los países desarrollados. Las consecuencias pueden ser graves, ya que de acuerdo con los informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la mortalidad perinatal y de la mortalidad materna en los países en vías de desarrollo la misma es atribuida a la deficiencia de hierro. Casi la mitad de las mujeres embarazadas en el mundo están anémicas: 52% en los países no industrializados comparado con 23% en los industrializados. En los países industrializados, se estima que la mayoría sufre algún grado de deficiencia de hierro. En Latinoamérica la prevalencia de anemia es del 40% alcanzando en algunas islas del Caribe el 60%.

Situación actual en la atención de mujeres embarazadas en la Argentina

Además de la Ley 25459/ 2001 de fortificación de leche entera en polvo distribuida a niños y embarazadas y de la Ley 25630/2002 de adición con hierro y ácido fólico a las harinas de trigo, se estableció la suplementación universal con hierro para todas las embarazadas, sin embargo no parece haber grandes variaciones en cuanto a prevalencia de anemia en las distintas regiones del país. El incumplimiento en la prescripción de hierro farmacológico por parte de los profesionales de la salud y la falta de adherencia al mismo, podrían ser las causas de que no se observe el impacto esperado.

La justificación de una campaña de prevención de la deficiencia de hierro se fundamenta sobre la gravedad y permanencia de sus consecuencias sobre la salud.

En las embarazadas, la anemia por deficiencia de hierro produce:

- Aumento del riesgo de mortalidad materna posparto (en anemias severas).
- Prolongación del período expulsivo (por disminución de la fuerza muscular).
- Aumento del riesgo de prematuros.
- Retardo del crecimiento fetal.
- Cansancio, apatía

Existen factores que influyen la prevalencia de la anemia como:

- El tema nunca ha sido instalado como problema de salud pública.
- La anemia no se advierte hasta que es muy severa. Ningún niño o mujer consulta por síntomas de anemia.
- No se hacen pesquisas sistemáticas, aun cuando las Normas indican que en todas las embarazadas debe efectuarse la determinación de hemoglobina.

- La evaluación nutricional se limita generalmente a la antropometría y, cuando ésta es normal, no se sospecha la existencia de otras carencias específicas.
- La dieta argentina promedio tiene una buena disponibilidad de hierro a partir del alto consumo de carnes; sin embargo, el consumo de carnes es escasa en cantidad; en función del nivel de ingresos de las familias.
- Se confía en la efectividad de la suplementación medicamentosa, sin vigilar la adherencia al tratamiento, que por lo general es baja.

2.2. Marco Conceptual

La demanda de hierro durante el embarazo es 350 mg para el feto y la placenta, 450 mg para el incremento de la masa de Hemoglobina, 250 mg por las pérdidas durante el parto (se duplica en la cesárea) y 250 mg en las pérdidas basales. Esto se agrega a las necesidades diarias de hierro (2 mg en la mujer no embarazada; 6 mg/día a partir del 4 mes). El período de lactancia implica un consumo extra de aproximadamente 1 mg/día. Como el hierro dietético no supera los 2 mg/día, si una mujer empieza su embarazo sin hierro de depósito, no recibe suplemento o presenta una hemorragia continua, es de regla que se establezca una anemia. Desafortunadamente, la mayoría de las mujeres comienzan el embarazo sin las reservas de hierro suficientes para satisfacer las crecientes demandas de su cuerpo, particularmente durante el segundo y tercer trimestre.

Las alternativas de prevención de la deficiencia de hierro son, básicamente, tres:

- Modificación de la dieta para aumentar el consumo de hierro y sus facilitadores de absorción, y disminución del consumo de inhibidores por medio de la educación alimentaria.
- Fortificación de algún alimento base de la dieta con hierro.
- Suplementación con compuestos medicamentosos del mineral.

Estas estrategias no son necesariamente excluyentes, pero tienen diferentes tiempos de implementación y para observar un impacto en la población: la modificación de la dieta (si fuera posible, a pesar de las restricciones económicas y culturales) opera en el largo plazo; la fortificación es efectiva en el mediano plazo; la suplementación, por su parte, es una estrategia de corto plazo.

Una mujer embarazada sin depósitos de hierro, la ventana de prevención son 9 meses y no se lograría impacto con la educación alimentaria solamente. En este caso, la prevención recomendada es la suplementación medicamentosa con hierro y folatos, debido a que el requerimiento es inusualmente alto en esta etapa, lo que no puede ser cubierto por la dieta habitual, ni aun cuando incluya alimentos fortificados. Ver Anexo 1 (Tabla 1) sobre esquema y dosis de suplementos.

2.3. Problema a mejorar:

El Hospital de Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes de la provincia de Tucumán representa un hospital de tercer nivel, cuenta con una capacidad de 180 camas distribuidos en 6 pisos y su sala de partos posee 10 unidades individuales (UTPR) para la recepción de los recién nacidos, un servicio de Neonatología, con capacidad de 60 pacientes y 10 consultorios externos para pacientes ambulatorios con un número de 240 consultas días promedio. A través de este trabajo de intervención, se pretende disminuir la cantidad de mujeres anémicas gestantes, educando y transmitiendo la motivación para la adherencia a la medicación.

Misión: Que la institución sanitaria concientice en la prevención de la Anemia ferropénica en la embarazada.

Visión: Ser centro de referencia en atención integral de la paciente embarazada.

Financiamiento de la organización: recursos particulares, Colegio de Farmacéuticos y organismos públicos.

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

Mejorar la adherencia a la medicación en la prevención de la anemia en la embarazada.

3.2. Objetivos Específicos

Realizar un tríptico para educar a las pacientes embarazadas acerca de la importancia en el tratamiento de la medicación para la prevención de la anemia.

Concientizar a todos los farmacéuticos de la Institución de la importancia de participar en la campaña a fin de generar máximo impacto.

4. Metodología

4.1. Análisis de situación y el diagnóstico estratégico (Matriz FODA).

	Fortalezas	Debilidades
Auditoría interna	<ol style="list-style-type: none"> Ser Hospital Amigo de la Madre y el Hijo Abastecimiento suficiente del stock de la medicación (Sulfato Ferroso + Ácido fólico) Recursos Tecnológicos 	<ol style="list-style-type: none"> Personal único Múltiples funciones en la Farmacia Imposibilidad de continuar con el equipo de trabajo inicialmente conformado en el curso

	Oportunidades	Amenazas
Auditoría externa	<ol style="list-style-type: none"> Apoyo económico por parte del Ministerio de Salud de la Provincia 	<ol style="list-style-type: none"> Falta de presupuesto Escasos recursos de los pacientes para retornar al Hospital y retirar la medicación todos los meses
	<ol style="list-style-type: none"> Vinculación con el Colegio de Farmacéutico 	

4.2. Actividades y cronograma (Matriz de planificación).

Actividad A	Responsable B	Período C	Recursos humanos D	Recursos económicos E	Recursos tecnológicos F
Solicitar Autorización a la Jefa del Servicio de Farmacia del Hospital	Farm. Carina Cremona	1 día	No corresponde	No corresponde	Nota
Elaboración el tríptico y realizar la impresión del folleto	Farm. Carina Cremona	10 días	Farm. Carina Cremona	\$1200	Computadora Impresión Hojas
Capacitar al farmacéutico	Farm. Carina Cremona	5 días	Farm Aida Palaso Molina		Computadora Proyector
Instruir a las pacientes embarazadas acerca del folleto elaborado	Farm. Carina Cremona	30 días	Turno Mañana Farm. Aida Palaso Molina Turno Tarde: Farm. Carina Cremona		Proyector Computadora Folleto y afiches elaborados
Evaluar al usuario externo (paciente) acerca de la comprensión de la información recibida		30 días	Turno Mañana Farm. Aida Palaso Molina Turno Tarde: Farm. Carina Cremona		Cuestionario

4.3. Monitoreo y evaluación (Matriz de indicadores).

Tipo de indicador	Indicador	Definición	Fórmula	Meta o Estándar
Actividad 1	Disponibilidad de la medicación :sulfato ferroso + Acido Fólico comprimidos	Indicador de disponibilidad del medicamento solicitado	Cociente entre número de medicamentos en existencia en farmacia sobre el número total de medicamentos prescritos por 100 MENSUAL $\frac{15000}{10000} = 1,5 \times 100 = 150$	Existencia de 90% del medicamento ALCANZÓ
Actividad 2	Medicamentos efectivamente dispensados	Indicador de asistencia al paciente	Cociente entre número de medicamentos efectivamente dispensados sobre el número total de medicamentos prescritos por 100 $\frac{10000}{10000} \times 100 = 100$	98% ALCANZÓ
Actividad 3	Folleto entregados	Indicador de concientización	Cociente entre número de folletos entregados sobre el número total recetas por 100 $\frac{300}{300} \times 100 = 100$	95% ALCANZÓ
Tiempo de actividad	"Cumplimiento de agenda prevista"	"Mide la capacidad de ejecutar las acciones planificadas en el tiempo previsto"	Cumplido (SÍ) o No cumplido (NO)	SÍ
Recursos	Tecnológicos	Disponibilidad oportuna de Computadora, Folletos	SÍ	SÍ

5. Resultados

Se entregaron 300 folletos (Anexo N° 2) con los cuales se instruyó a las pacientes embarazadas que concurrieron a la farmacia con la receta de indicación médica.

Se realizaron 100 cuestionarios (Anexo N° 3) para evaluar la comprensión de parte de las pacientes de la información recibida.

A través de la presente intervención, se comprobó que las pacientes no conocían la importancia de la prevención de la anemia durante su embarazo y no habían entendido la indicación médica correctamente. Luego de la charla personalizada que incluyó la entrega de los folletos diseñados a tal fin se concientizaron de la importancia en la adherencia del tratamiento.

6. Conclusiones

Concientizar a las pacientes embarazadas sobre la importancia a cumplir con el tratamiento con los medicamentos, brinda un doble beneficio tanto a la madre como para el hijo mejorando la calidad de vida de ambos, por un lado la embarazada no sufrirá los síntomas y por el otro podrá prevenir complicaciones en el parto y al neonato.

Lecciones aprendidas

En la vida existen determinados períodos que presentan una especial vulnerabilidad desde el punto de vista fisiológico y que, por lo tanto, requieren mayores cuidados por parte de los profesionales de la salud. Uno de ellos es el período gestacional, ya que involucra la salud materna y también la del niño por nacer. Así, las embarazadas constituyen un grupo prioritario para el desarrollo de Servicios Farmacéuticos en un marco multidisciplinario sobre apoyados en políticas de salud pública.

7. Bibliografía:

1-Lazarte S, Blanca Prevalencia y Etiología de Anemia en el embarazo, estudio observacional descriptivo en el Instituto de Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes Rev Argent Salud Pública; 2(8):28-35, 2011

2-Calvo E, Longo E, Aguirre P, Britos S. Prevención de la anemia en niños y embarazadas en la Argentina. Actualización para equipos de salud. Dirección Nacional de Salud Materno Infanto-Juvenil. Junio de 2001

3-Reveiz L, Gyte GML, Cuervo LG. Tratamientos para la anemia ferropénica en el embarazo. Base de Datos de Revisiones Sistemáticas; 2001, Número 2. Art. n.º: CD003094; DOI: 10.1002/14651858.CD003094.pub2.

4- Iron Deficiency Anaemia. Assesment, prevention and control. A guide for programme managers. World Health Organization, 2001. p15

5- Assessing the IRON STATUS of populations. Report of a Joint WHO/ Centers for Disease Control and Prevention Technical Consultation on the Assessment of Iron Status at the Population Level. Geneva, Switzerland. 6–8 April 2004

6- Olivares M, Walter T. Indicadores de deficiencia de hierro en: III Taller Regional sobre deficiencia de vitamina A y otros micronutrientes en América Latina y el Caribe (Recife). Ed. International Science and Technology Institute. Washington D.C.: Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo Internacional, 1993:9-10

7- Prevención de anemia en niños y embarazadas en la Argentina. Actualización para Equipos de Salud. Ministerio de Salud de la Nación. 2º Edición – 2006.

8- Viteri F, Gueri M, Calvo E. Informe del Taller Subregional sobre el Control de la Deficiencia de Hierro y las Anemias Nutricionales. Buenos Aires, 1992. Publicación INCAP, Guatemala, 1995.

9-Morasso MC, Molero J, Vinocur P y col. Deficiencia de hierro y anemia en mujeres embarazadas en Chaco. Abstract XII Congreso Latinoamericano de Nutrición (SLAN). Buenos Aires, 2000.

10-Lazarte S, Leri de Nofal M, Issé B. Frecuencia y causas de anemia en una población de San Miguel de Tucumán. VI Jornadas Nacionales de Extensión Universitaria. San Miguel de Tucumán, Argentina, 30-31 de octubre y 1 de noviembre de 2007.

8. Anexos:

Anexo Nº 1 (Tabla 1)

GUÍAS PARA LA SUPLEMENTACIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS

< 40 %	60 mg de hierro + 400 µgde folatos diarios	6 meses durante el embarazo
> 40 %	60 mg de hierro + 400 µg de folatos diarios	6 meses durante el embarazo, y continuar 3 meses post-parto

Notas:

* Si no es posible alcanzar los 6 meses de duración de la suplementación durante el embarazo, continuar durante el puerperio por 6 meses más o aumentar la dosis a 120 mg de hierro durante el embarazo.

* Donde no hay suplementos con 400 µg de folatos, se puede usar un suplemento de hierro con menor contenido de ácido fólico.

Anexo N°2

La anemia es una afección muy frecuente durante el embarazo que se produce como consecuencia de bajos niveles de hemoglobina en la sangre. La hemoglobina es una proteína que contiene hierro, y su función es transportar el oxígeno a través de la corriente sanguínea hacia los tejidos del cuerpo. Los órganos necesitan de este oxígeno para su correcto funcionamiento.

En las embarazadas, la anemia por deficiencia de hierro produce:

- Aumento del riesgo de mortalidad materna posparto (en anemias severas).
- Prolongación del periodo expulsivo (por disminución de la fuerza muscular).
- Aumento del riesgo de prematuridad.
- Retardo del crecimiento fetal.
- Cansancio, apatía



Si la anemia durante el embarazo no es muy severa, frecuentemente pasa desapercibida. Sus síntomas, además, pueden confundirse con los de otras enfermedades; los más habituales son:

- Piel más pálida que de costumbre.
- Pérdida abundante de cabello.
- Uñas frágiles que se quebran con facilidad.
- Inapetencia.
- Cansancio excesivo o injustificado.
- Debilidad.
- Apatía.
- Mareos o vértigos.
- Aumento de la frecuencia cardíaca (taquicardia).
- Episodios de ansiedad.
- Dolor de cabeza.

Causas y tipos de anemia en el embarazo

Existen varios factores que influyen en la aparición de la anemia durante el embarazo, y que determinan el tipo y la gravedad de la anemia.

Anemia gravídica

Está asociada al propio embarazo, ya que el volumen de sangre en la mujer embarazada aumenta hasta en un 50%, mientras que los glóbulos rojos no se incrementan y su concentración en la sangre permanece disminuida hasta el final de la gestación.

Anemia ferropénica

La anemia ferropénica, por deficiencia de hierro, es la más frecuente durante el embarazo (90%); seguir una dieta equilibrada y tomar suplementos de hierro antes, durante, y después del embarazo previene su aparición. Normalmente esta deficiencia no afecta al feto, pero si la anemia es grave (el valor de la hemoglobina desciende por debajo de 7g/dL) puede repercutir negativamente en la gestación, y está relacionada con nacimientos prematuros, riesgo de infecciones, o incluso abortos y mortalidad perinatal.

Anemia megaloblástica

Generalmente se produce por un déficit de ácido fólico. El ácido fólico no se acumula en el cuerpo, ya que se trata de una vitamina hidrosoluble que se elimina a través de la orina, por lo que es preciso obtenerlo a través de la dieta o los suplementos de forma continuada. La deficiencia de ácido fólico en la madre puede originar defectos congénitos graves en el bebé como espina bífida, y se aconseja que las mujeres que tengan intención de quedarse embarazadas tomen suplementos de esta vitamina antes de la concepción y durante el primer trimestre del embarazo.

La vitamina B12 contribuye a la formación de los glóbulos rojos, y se encuentra en la carne de vaca y de aves.

El mejor tratamiento de la **anemia durante el embarazo** es prevenir su aparición con una dieta variada y equilibrada, que incluya alimentos ricos en hierro y en vitaminas cuyas carencias provocan el desarrollo de la anemia.



Si sufres anemia durante tu embarazo es importante incluir en la dieta los siguientes alimentos:

- Hígado. Carnes: rojas de ave (pollo, pavo, pato).
- Huevos.
- Frutas ricas en vitamina C, que ayuda al organismo a absorber el hierro (naranjas, limones, fresas, kiwi...).
- Vegetales de hojas verdes (espinacas, brócoli, acelgas...).
- Legumbres (lentejas, habas, guisantes...).
- Pan y bollos de harina integral.
- Pescado y mariscos (sardinas, anchoas, mejillones, almejas, etcétera).

Una vez instaurada la anemia se trata administrando suplementos de Hierro y ácido fólico manteniendo su consumo durante el embarazo e incluso tras el parto hasta que el trastorno desaparezca.



Recomendaciones para el consumo.

- Debe tomarse con el estómago vacío, al menos 1 hora antes o 2 horas después de comer.
- No triture y no mastique las tabletas regulares, recubiertas o de liberación controlada ni abra las cápsulas regulares o de liberación controlada; se deben tragar enteras.
- Suele tornar más oscuras las heces pero esto es un efecto secundario inocuo.

Anexo Nº3

Cuestionario:

- 1- ¿Conocía los beneficios de la prevención de la anemia durante su embarazo?
- 2- ¿Tomaba diariamente los comprimidos de Hierro?
- 3- ¿El folleto le resulta fácil de comprender?
- 4- ¿Le parece importante cumplir con el tratamiento indicado?

Anexo Nº 4



GESTION ESTRATEGICA DE SERVICIOS FARMACEUTICOS EN ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

1-RESUMEN

Es una verdad universal para nosotros, el personal de salud, que la gente que asiste a un nosocomio siempre lo hace en un estado de debilidad física o mental buscando la solución o la contención adecuada. Muchas veces vemos deambular a estas personas en los centros de atención tratando de hallar una solución a sus dolencias y el solo hecho de relacionarnos empáticamente con ellos nos hace comprender aunque sea por un momento que la solución o contención que buscan o requieren debe de ser provista dando nuestro máximo esfuerzo. Por esto es que entendemos que la **relación decisiva** en un centro de atención primaria de la salud está encuadrada por la prescripción médica y la dispensación de los medicamentos al paciente. Solo el cumplimiento de dicha relación llevara a crear la igualdad necesaria para que la población de influencia de un centro de atención pueda recibir los tratamientos farmacológicos adecuados para mejorar, aliviar o curar las dolencias que provocaron la primera consulta en el nosocomio. Para que esto se cumpla debemos de tener en existencia en el servicio de farmacia el stock de medicamentos y/o descartables (insumos) para que nuestros pacientes críticos (ingresados como urgencias por guardia) y semi-críticos (crónicos) sean asistidos correctamente, ya que el paciente que llega a un centro de atención y no recibe su medicación, pierde confianza en dicho centro y la mayoría de las veces no regresa a ser tratado. Esto conlleva al gran riesgo de que el paciente semi-critico pueda llegar a transformarse en un paciente crítico.

2-SUMMARY

It is a universal truth for us, health personnel, people attending a hospital it is always in a state of physical or mental weakness looking for the solution or proper containment. Many times we wander these people in care centers trying to find a solution to their ailments and the mere fact of relating empathically with them makes us understand even for a moment the solution or containment seeking or require must be provided giving our best effort. This is why we understand that the crucial relationship in a primary health care is framed by the prescription and dispensing of medicines to the patient. Only compliance with this relationship bring to create equality necessary for the population of influence of a care center to receive appropriate drug treatments to improve, alleviate or cure the ailments that caused the first consultation at the hospital. For this to be fulfilled must take into existence in the pharmacy's stock of drugs and / or disposables (inputs) for our critically ill patients (admitted as emergencies by guard) and semi-critical (chronic) are assisted properly, and the patient who comes to a focus and not get their medication, loses confidence in that center and most of the time does not return to be treated. This leads to great risk that the patient semi-critical can be transformed into a critically ill patient.

3-INTRODUCCION

Justificación del proyecto

El stock de los insumos (medicamentos y descartables) de una farmacia de hospital es considerado esencial para poder cumplir con la demanda de los pacientes ocasionales, crónicos y críticos. Es necesario que la provisión de dichos insumos en la guardia de un hospital, así como en el depósito de la oficina de farmacia se encuentren disponibles en las cantidades

y tiempos adecuados para evitar que el paciente sufra por la ausencia de ellos, evitando así la pérdida de la confianza de la población y asegurando el resguardo de la salud de la población. Es por esto que consideramos que el protocolizar los procesos de: reposición de insumos de la guardia de un hospital (servicio de urgencias) y de los pacientes crónicos que concurren mensualmente al servicio, es de vital importancia. De esta manera esperamos, basados en información completa, aplicar criterios lógicos que lleven a maximizar y evitar los errores que llevan a los faltantes de insumos (VER Figura 1 en anexos).

Marco referencial:

El proyecto se desarrollara en el hospital de la localidad de Simoca, Tucuman, Argentina. La idea central es la de establecer protocolos para la reposición de los insumos de la guardia del hospital, así como la reposición de los insumos para pacientes crónicos que asisten a dicho nosocomio. Estarán involucrados en este proyecto : el farmacéutico del servicio de farmacia, los auxiliares de dicho servicio, el médico referente de enfermedades crónicas, el departamento de informática, los médicos del servicio de guardia, las enfermeras del servicio de guardia y el director del hospital de Simoca.

Problemas a resolver:

El compromiso y la responsabilidad para con el trabajo y/o la profesión en si no se puede enseñar, pero con normas a cumplir y procedimientos protocolizados, se puede en cierta manera guiar a las personas para poder llegar no a un ideal, pero si a un mínimo o básico nivel de orden que nos ayude a todos a mejorar nuestro nivel de atención y de servir. Se busca aplicar principios lógicos de razonamiento para resolver las situaciones que pueden llevar al riesgo de falta o desabastecimiento de insumos. Siguiendo la gestión por procesos que vamos a desarrollar para las dos situaciones planteadas (Insumos de Guardia y Pacientes Crónicos), el personal de salud será capaz de salir airoso ante situaciones de stock insuficientes o proyectar futuras ausencias, así como poder pronosticar consumos fuera de lo común que podrían llegar a desbalancear el stock de los insumos en nuestros depósitos. Las herramientas que buscamos desarrollar son totalmente nuevas, no existen en nuestro sistema provincial de salud (SI.PRO.SA).

4-OBJETIVOS

General: Aplicar manuales de procedimientos tanto para realizar la reposición de una guardia como para realizar la reposición de los insumos en el deposito del servicio de farmacia para los pacientes crónicos. . (VER flujogramas de los procesos – Fig.2 y Fig.3)

Específicos:

- Evitar la falta de los insumos en guardia y en la farmacia propiamente dicha, al usar criterios y procesos lógicos que disminuyan el error, ya que se aplicara la gestión por procesos.
- La nominalidad de los pacientes crónicos que acuden al hospital mediante el uso de una base de datos para elaborar un padrón de crónicos que se actualice semanalmente.
- Realizar semanal o quincenalmente gestiones de los stocks, utilizando los conceptos de stocks: óptimos, críticos y máximos. Para realizar los pedidos de los medicamentos sobre una base firme de consumos.
- Conocer los tiempos de reposición de cada insumo, para poder realizar los pedidos teniendo en cuenta la demora de los proveedores y así al considerar este factor también, disminuir las probabilidades del faltante en farmacia.

5-METODOLOGIA

Matriz FODA

	Fuerzas positivas	Fuerzas Negativas
	Fortalezas	Debilidades
Auditoría interna	1. Distribución de medicamentos para enfermedades crónicas no transmisibles según pacientes empadronados (programas provincial)	o Falta de registros de consumos stock consultas medicas
	2. Predisposición de los farmacéuticos y del resto del personal de recursos humanos de los servicios para trabajar con los mínimos recursos necesarios	<ul style="list-style-type: none"> Insuficientes recursos económicos y de profesionales farmacéuticos para la dispensación de los medicamentos en los CAPS o Falta medicamentos según especialidades prevalentes
		o Falta de procesamiento de datos en tiempo real

	Oportunidades	Amenazas
Auditoría externa	1. Capacitación del programa Nacional Remediar	1. Inconvenientes en la logística de la llegada de los botiquines
	2. Posibilidad de gestionar aumento de fondos financieros	2. Inundaciones
	3. Programas de prevención por época de turismo	3. Cambios constantes del personal médicos
	4. Supervisión capacitante	4. Inseguridad en las guardias

¿Cuáles fueron las principales dificultades para realizar esta actividad? ¿Cómo las superaron?

- Falta de tiempo para La reunión del equipo de trabajo, debido a las múltiples actividades de cada uno de los integrantes, pero superamos esta barrera través de herramientas como Whatsapp coordinando horarios.
- Aunar criterios para relacionar los nuevos conceptos adquiridos durante el curso, lo cual superamos mejorando la comunicación y negociación.

Matriz de Planificación

Objetivo general del proyecto: Asegurar que los Medicamentos lleguen a todo el espectro de la población en cantidades necesarias para cubrir la demanda

	Actividad A	Responsable B	Período C	Recursos humanos D	Recursos económicos E	Recursos tecnológicos F
1	Recopilación de antecedentes, entrevista a autores claves	Participantes del proyecto	10 días	Responsables del proyecto	Propios	Computadora + impresora
2	Reunión o entrevista con los responsables de proyecto para lograr que se involucren Director y administrador Hospital de Simoca	Participantes del proyecto	1 día	Responsables del proyecto, director y administrador hospital simoca	Propios	Computadora + impresora
3	Creación de un sistema operativo de control de stock	Participantes del proyecto	10 días	Responsables del proyecto + ingeniero en sistemas	Propios	Computadora + impresora + sistema operativo en excell

4	Planificación de redistribución junto a todos los centros de salud de primer y segundo nivel	Participantes del proyecto + Farmacéuticos y/o encargados de farmacia de la red de servicios	5 días	Responsables del proyecto + Farmacéuticos de APS	Propios	Computadora + impresora + Información con sobrantes/faltantes de insumos
5	Cruzamiento de datos: Insumos entregados por programa nacional y provincial y posibles redistribuciones junto al stock existente en hospital - Planificación de compras	Participantes del proyecto	5 días	Responsables del proyecto + director y administrador del hospital Simoca	Propios	Computadora + impresora. Informe de Medicamentos enviados por programas nacionales y provinciales
6	Implementación de La propuesta para optimizar las compras de Medicamentos y Material descartable	Administrador y farmacéutico del hospital	5 días	Responsables del proyecto y administrador	Hospital simoca	Computadora + impresora
7	Monitoreo y evaluación Del proceso de compra	Administrador y farmacéutico del hospital	8 días	Responsables del proyecto	Propios	Computadora + impresora

Matriz de indicadores

Objetivo general del proyecto: Asegurar que los Medicamentos lleguen a todo el espectro de la población en cantidades necesarias para cubrir la demanda

Tipo de indicador	Indicador	Definición	Fórmula	Meta o Estándar
Actividad 1	Disponibilidad de medicamentos claves	Indicador sobre el servicio de salud	Cociente entre numero de medicamentos en existencia en farmacia sobre el número total de medicamentos incluidos en la vademécum de atención primaria	Existencia de 90% de medicamentos incluidos dentro del vademécum de medicamentos esenciales
Actividad 2	Medicamentos efectivamente despachados	Indicador de asistencia al paciente	Cociente entre numero de medicamentos efectivamente dispensados sobre el número total de medicamentos prescritos por 100	98%
Actividad 3	Medicamentos prescritos que figuran en la lista de medicamentos esenciales	Indicador de prescripción	Cociente entre numero de medicamentos prescritos existentes en la lista de medicamentos esenciales sobre el número total de medicamentos recetados por 100	95%
Tiempo 1	Cumplimiento de agenda prevista	Mide la capacidad de ejecutar las acciones planificadas en el tiempo previsto	Cumplido (SI) o No Cumplido (NO)	Si
Tiempo 2	Tiempo empleado para las Actividades 2 y 3 (en semanas)	Máximo 2 semanas	Tiempo de Actividades 2 y 3 (procesamiento)	Tiempo empleado para Actividades 2 y 3 (en semanas)
Recursos	Tecnológicos	Disponibilidad oportuna de Computadora, Vademécum de Medicamentos Esenciales, Programa Excell, recetas....	SI o NO	SI

6- RESULTADOS

Alcance de los Objetivos propuestos:

Estos manuales de procedimientos son aplicables al personal del hospital Simoca que está directamente relacionado con el proceso de reposición de insumos al servicio de urgencias y todo aquel personal relacionado con el proceso de gestión de reposición de insumos para pacientes crónicos al stock de la farmacia : Farmacéutico, auxiliares de farmacia, enfermeras de guardia , médico de guardia y administrador.

Efectos de la ejecución del proyecto:

Los efectos de la ejecución del proyecto fueron apreciables a simple vista, se observaron:

- 1) Se evitaron los conflictos diarios, entre el servicio de farmacia y el personal de la guardia, que surgían de la reposición ineficiente, debido a que las enfermeras no seguían ninguna norma.
- 2) Se Realizo un uso mas racional del medicamento, este efecto realmente se destaco por encima de los demás, ya que la disminución del uso indiscriminado de medicamentos en la guardia bajo un 35%.
- 3) Los pacientes crónicos retiraron en más de un 90% su medicación, reforzando así su confianza en la institución.
- 4) Se logro crear un padrón de pacientes crónicos que refleja realmente a los beneficiarios de los insumos que retiran periódicamente de nuestro centro asistencial.

7 –CONCLUSIONES

El proyecto realmente provoco muchas expectativas en el personal de la farmacia del hospital, y termino generando una herramienta nueva para nosotros, que en forma directa beneficia a la comunidad. Podemos realizar cálculos más exactos de las necesidades mensuales de insumos y esto se traduce en poder satisfacer las necesidades de los pacientes crónicos y de los pacientes críticos que llegan a nuestro nosocomio. Calculamos que en las próximas semanas seguirá aumentando el padrón y nosotros acomodando nuestros pedidos para poder cumplir con la comunidad.

Aprendimos que los cambios generan resistencia, realmente no sabíamos que nos iba a costar tanto implementar el proyecto, pero pudimos convencer al personal de los beneficios que traería: un mayor control de la guardia, que conozcan los insumos con los que comienzan el día en el servicio, que la gente se retire contenta con su medicación, etc.

A nivel personal, el sentimiento de haber cumplido con una tarea que nos termino marcando un rumbo para disminuir la brecha existente entre los pacientes de bajos recursos que vienen a nuestro servicio y los pacientes que asisten a centros privados de atención; creo yo que de esta forma cumplimos con uno de nuestros objetivos mas importantes que es asegurar la salud de la población. Aunque sabemos que nos falta mucho y hay mucho por mejorar y trabajar, este es un buen inicio; ya que si solo nos concentramos en nuestros impedimentos nunca podremos proyectar nuevos horizontes en nuestra profesión y nos sumergimos en la mediocridad del “no puedo”. Mejorando nosotros y cambiando nuestra forma de pensar y de actuar, terminamos generando una onda en el agua que modifica a nuestro entorno. Seamos entonces esa piedra en el agua que se anima a modificar y generar ondas expansivas, modifiquemos nuestro entorno, seamos mejores y hagamos mejores a los demás!!!!.

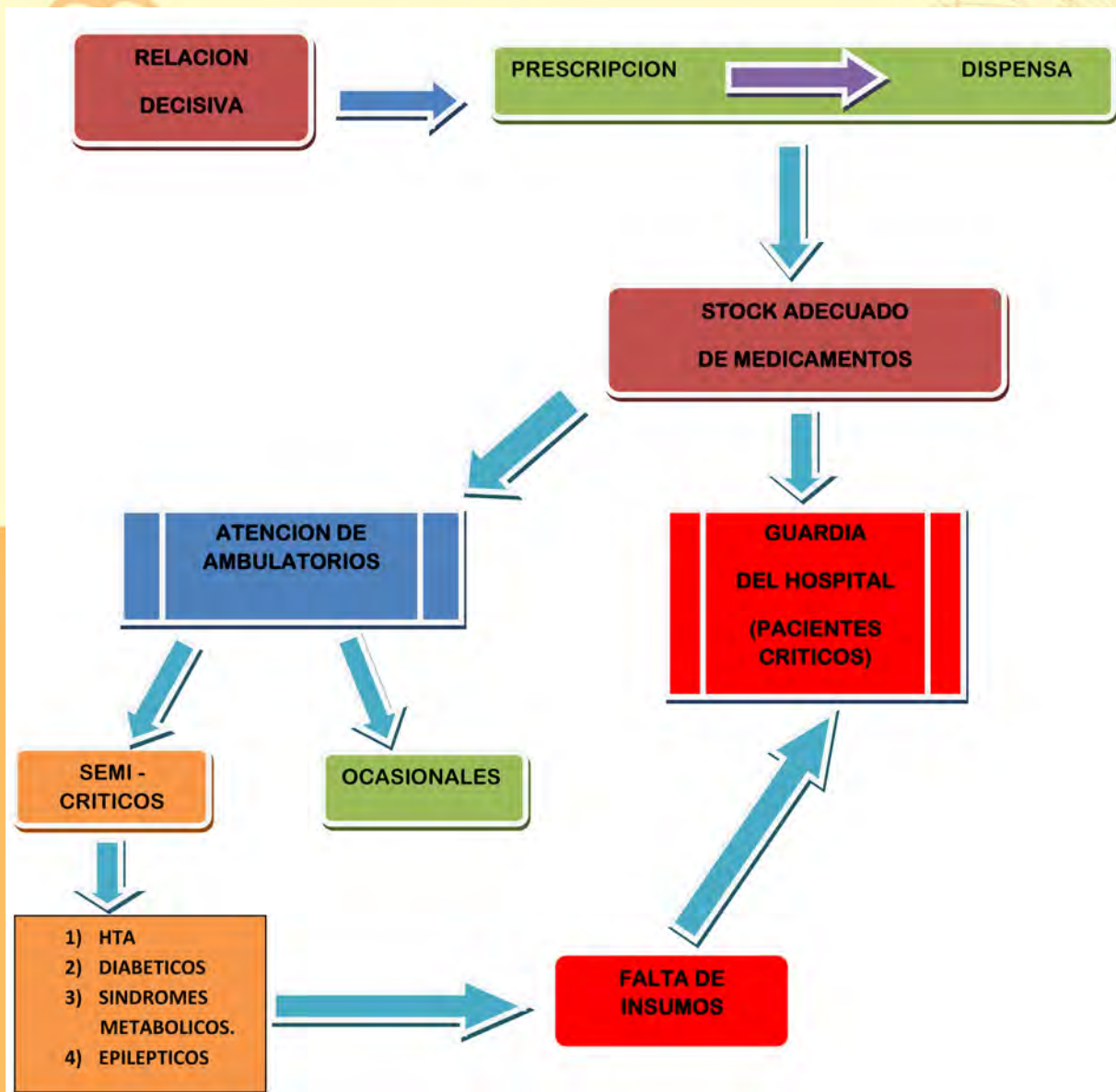
8-BIBLIOGRAFIA:

1. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Comisión sobre los determinantes sociales de la salud.
2. La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
3. Promoción de la Salud: Acercamiento a los Fundamentos y Perspectivas Institucionales Dominantes. Dr. Hiram V. Arroyo.
4. Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de la salud. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
5. Sabate E. Definición de la adherencia terapéutica. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Washington, D.C: OPS/OMS; 2004. P. 3-6.
6. Medicamentos esenciales: ventajas de trabajar con este contexto: Texto adaptado de: medicamentos essenciais: vantagens de trabalhar com este contexto: Uso racional de medicamentos: temas

- seleccionados. Brasilia: OPAS; 2006
7. Bustamante L. Procesos de apoyo: la adquisición, el almacenamiento y la distribución de insumos de salud.
 8. Gofin J, Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud publica en la atención primaria: Rev. Panam Salud Publica. 2007; 21 (2/3): 177-85
 9. Grupo de tutores del curso Servicios Farmacéuticos/APS 2014. Servicios Farmacéuticos basados en Atención Primaria de la Salud: Guía para la elaboración del Trabajo Final de Integración (TFI). Perfil de un proyecto de intervención. Pág. 16-42.
 10. Cuidado del Medicamentos en Atención Primaria de la Salud (CuMAPS) – Gestión de Stock y Fase de Uso. Programa REMEDIAR. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina
 11. Buenas Prácticas en Farmacia. Directrices conjuntas FIP/OMS sobre Buenas Prácticas en Farmacia: Estándares para la calidad de los servicios farmacéuticos.

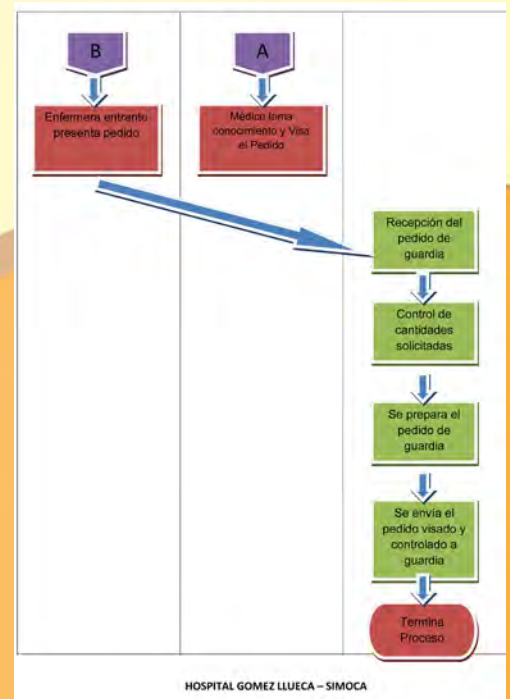
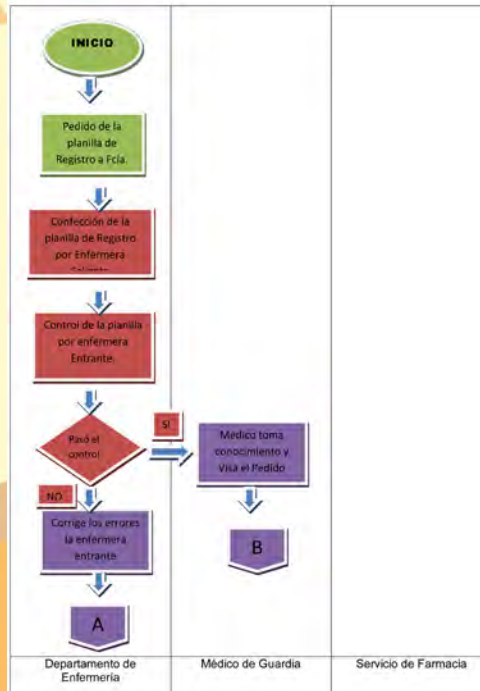
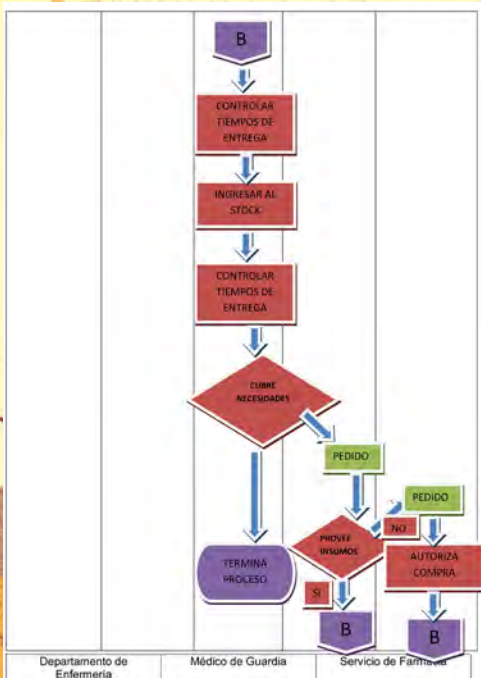
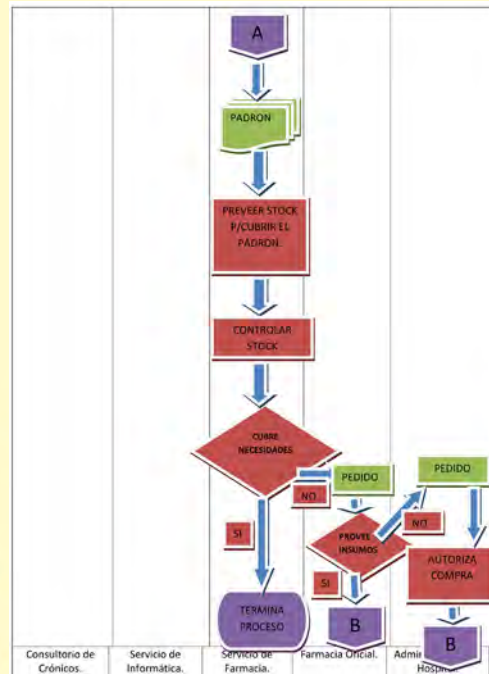
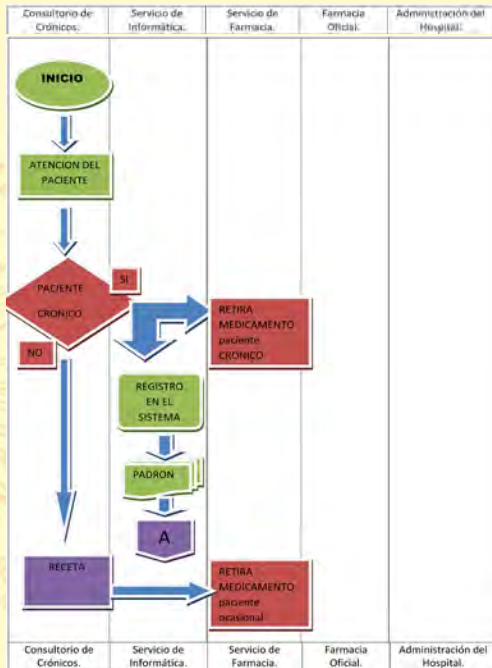
ANEXOS

Figura 1. Relación Decisiva



FLUJOGRAMAS DE LOS PROCESOS

- 1) PROCESOS PARA LA REPOSICION DE INSUMOS DE LOS PACIENTES CRONICOS.
- 2) PROCESOS PARA LA REPOSICION DE INSUMOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL (GUARDIA).



PLANILLA DE CONTROL DIARIO Y PEDIDO DE DESCARTABLES

	EXISTENCIA MINIMA	STOCK	CONSUMO	PEDIDO
ABBOCATH Nº 14	10			
ABBOCATH Nº 16	10			
ABBOCATH Nº 18	10			
ABBOCATH Nº 20	15			
ABBOCATH Nº 22	15			
ABBOCATH Nº 24	10			
AGUJAS 16/5	30			
AGUJAS 25/8	100			
AGUJAS 40/8	100			
AGUJAS 50/8	20			
BAJALENGUAS ADULTO	100			
BAJALENGUAS PED.	100			
BIGOTERAS ADULTO	10			
BIGOTERAS PED.	10			
BUTTERFLY Nº 19	10			
BUTTERFLY Nº 21	10			
BUTTERFLY Nº 23	10			
BUTTERFLY Nº 25	10			
COLLAR DE FIL. CH.	2			
COLLAR DE FIL. M.	2			
COLLAR DE FIL. GDE.	2			
GUANTES LAT. CHICOS	100			
GUANTES LAT. GDES.	100			
GUANTES LAT. MED.	100			
JERINGAS 1 ML	20			
JERINGAS 10 ML	50			
JERINGAS 20 ML	50			
JERINGAS 5 ML	100			
JERINGAS 50 ML	3			

FIRMA DEL MEDICO FIRMA DE ENFERMERA
 ENTRANTE:.....

FIRMA ENF.SALIENTE:..... FIRMA FARMACÉUTICO:.....

HOSPITAL GOMEZ LLUECA - SIMOCA

PLANILLA DE CONTROL DIARIO Y PEDIDO DE MEDICAMENTOS					
		EXISTENCIA MINIMA	STOCK	CONSUMO	PEDIDO
Adalat sublingual		10			
Adrenalina ampollas.		15			
Agua destilada ampollas.		10			
Agua Oxigenada		1 LITRO			
Alcohol		1 LITRO			
Aminofilina ampollas		10			
Amiodarona ampollas		10			
Atropina ampollas.		10			
Clonidina ampollas.		10			
Clorpromazina ampollas.		10			
cloruro de calcio ampollas.		10			
Cloruro de Potasio amp.		10			
cloruro de Sodio ampollas.		10			
Dexametasona amp.		25			
Dextrosa 5% x 500 ml.		30			
Diazepam ampollas.		10			
Diclofenac 75 amp.		25			
difenhidramina 10 mg amp.		10			
Digoxina ampollas.		10			
Dipirona ampollas.		25			
Domperidona 4 mg (euciton)		15			
Dopamina ampollas.		10			
Electrolitica Balanceada.		6			
Ergonovina ampollas.		10			
Etilefrina ampollas.		10			
Fenitoina ampollas.		10			
Fisiológica x 500 ml.		30			
Furosemida ampollas.		15			
Gentamicina 400 F.Amp.		6			
Gentamicina 80 mg ampollas		15			
FIRMA DEL MEDICO					FIRMA DE ENFERMERA ENTRANTE:.....
FIRMA ENF. SALIENTE:.....					FIRMA FARMACÉUTICO:.....

INTERVENIR ANTES DE ENFERMAR

UNA PROPUESTA DE SERVICIOS FARMACEUTICOS ENFOCADOS EN APS

RESUMEN

Esta intervención pretende descentralizar el rol del farmacéutico hasta hoy limitado al medicamento y al ámbito de la farmacia y enfocarlo en el paciente a fin de cumplir un rol más social, considerando los determinantes sociales existentes en cada situación y aplicando estrategias a mediano y largo plazo que permitan empoderar al individuo/familia/comunidad con el propósito de lograr la equidad en salud. A través de diferentes estrategias se incorpora al farmacéutico a programas interdisciplinarios existentes como el “PROSANE” (Programa de salud nacional en escuelas) en Tucumán y el de “FORMADOR DE FORMADORES” en La Rioja, por medio de talleres, charlas, etc., a través de los cuales se busca educar e informar a niños, padres y maestros sobre uso racional de medicamentos, conservación de los medicamentos, peligros de la automedicación, cómo evitar intoxicaciones y cómo actuar en caso de que se produzca una. Enfocándonos en la educación sanitaria desde la primera infancia y su entorno se pretende hacer prevención y promoción de salud, tratando de naturalizar e incorporar los conceptos de mejorar su salud y calidad de vida desde la temprana edad. La incidencia del proyecto fue buena, nos encontramos con un público atento e interesado en los temas que se desarrollaron, fueron charlas didácticas, de preguntas y respuestas, interaccionando con los participantes. Se tuvo en cuenta el público y su conocimiento sobre el tema, para utilizar un lenguaje claro y didáctico. Además surgió la posibilidad de llevar el taller a otras escuelas, y agregar diversos temas de interés (inmunización y calendario de vacunación), abriendo la posibilidad de seguir con el dictado de los mismos.

Summary

This intervention tries to decentralize the roll of the pharmacist until today limited the medicine and the scope of the pharmacy and focus it in the patient to fulfill a roll more social, to adapt to the existing social determinants in each situation and to apply strategies to medium and long term that allow empower the individual/family/community being treated to obtain health equity. Through different strategies like incorporating the pharmacist to existing interdisciplinary programs like “PROSANE” (National health program in schools) in Tucumán and “Trainer of trainers” in La Rioja, through workshops, lectures, etc., that pretend educate and to inform to children, parents and teachers on rational use of medicines, the importance of completing the immunization scheme, conservation of medicines, dangers of self-medication to avoid poisonings and how to act when one takes place. Focusing on health education from early childhood and its surroundings pretends to make prevention and health promotion, trying to naturalize and incorporate the concepts of improving their health and quality of life from the early age. The impact of the project was good, we find an attentive and interested in public issues that were developed were didactic lectures, question and answer, interacting with participants. The public and their knowledge of the subject were taken into account, to use a clear and didactic language. In addition came the possibility of bringing the workshop to other schools, and add various topics of interest (immunization and vaccination schedule), opening the possibility of continuing with the issuance thereof.

Palabras claves: servicios farmacéuticos- farmacéutico-social- salud-calidad de vida

1. INTRODUCCIÓN

Nuestro TFI se trata de un "mini proyecto de intervención" semejante a una "situación base optimizada", vale decir, un proceso a innovar.

Las organizaciones donde se llevó a cabo fueron:

- Área Operativa Noreste (SI.PRO.SA), cuya representante legal es Dra. Yolanda Brepe, donde actualmente se lleva a cabo el programa nacional PROSANE. Este es un programa de promoción y prevención primaria interdisciplinaria donde los distintos profesionales de la salud actúan en las escuelas que se encuentran en la zona de responsabilidad correspondiente a esta Área Operativa. Actualmente no están incorporados en este programa los Servicios Farmacéuticos (en adelante, SF) por lo tanto nuestro objetivo es incorporar SF basados en la APS renovada hacia la comunidad. En este caso llevando la promoción y educación sanitaria a las escuelas primarias. El programa PROSANE, está organizado desde el Área Operativa donde se coordinan semanalmente las actividades (talleres educativos, charlas informativas, distribución de folletos, etc.) a desarrollar por los distintos profesionales según cronograma de escuelas a visitar. Nuestra intervención pretende optimizar este programa incorporando los SF al complementar estas actividades con contenidos que permitan mejorar la educación en salud. La misma se llevará a cabo durante el mes de Marzo y evaluando la intervención la primera semana se Abril.
- Programa "Formador de formadores", el cual es llevado a cabo entre el Colegio de Farmacéuticos y el Ministerio de Educación de la provincia de La Rioja¹. Dicho convenio busca contribuir al mejoramiento de la calidad y equidad educativa de los docentes en temas relacionados con la salud y los medicamentos, por medio de información actualizada y el estímulo a su desarrollo profesional; para que la formación recibida sea transmitida a sus alumnos.

2. MISIÓN DE LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS BASADOS EN LA APS²

Contribuir al cuidado de la salud individual y colectiva de la población través de la participación activa del personal farmacéutico en el equipo de salud y la comunidad, con servicios farmacéuticos integrales, integrados y continuos, comprometidos con el acceso equitativo a medicamentos y otros insumos sanitarios esenciales de calidad, y su uso racional, incluyendo las terapias alternativas y complementarias en un sistema de salud basado en la APS, para alcanzar su mayor nivel de salud posible.

3. VISIÓN³

Servicios farmacéuticos, con relevancia social, integrados al sistema de salud y basados en la APS, que responda a las necesidades del individuo, familia y comunidad, con roles y funciones bien definidos que promuevan estilos de vida saludables, el acceso y uso racional de los medicamentos, contribuyendo así al derecho del disfrute más alto de nivel de salud posible.

4. JUSTIFICACIÓN

Está ampliamente comprobado que la falta de información en la comunidad lleva a la no adherencia a los tratamientos, mal uso de los medicamentos, automedicación, etc. provocando consecuencias mayores a largo plazo como internaciones y aumento de la morbi-mortalidad en las enfermedades crónicas mal tratadas, entre otras complicaciones. Esta problemática actual es previsible y prevenible.

Nuestra intervención, en concordancia con la misión de nuestra organización de Salud, tiene como fin aplicar estrategias a mediano y largos plazos alineadas a los objetivos del milenio orientando los servicios farmacéuticos hacia el empoderamiento del individuo-familia-comunidad tratando de lograr la equidad sanitaria.

1 Esto es posible por la existencia de un convenio firmado entre el presidente del Colegio Farmacéutico Carlos Varas y el Ministro de Salud Dr. Juan Luna Corzo.

2 La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.6). Capítulo IV La Gestión de los Servicios Farmacéuticos, p. 3

3 La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.6). Capítulo IV La Gestión de los Servicios Farmacéuticos, p. 4

Enfocándonos en la educación sanitaria desde la primera infancia se pretende hacer promoción de salud, donde se empodera a los individuos para un mayor control sobre los determinantes de salud y así mejorar su salud y calidad de vida.

Marco referencial del proyecto

Para la mayoría de los expertos y especialistas existe el consenso de considerar a la salud pública, cuya esencia es la salud de la población, como ciencia integradora de disciplinas afines y de otras que abordan diferentes temáticas como la economía, la administración, las ciencias sociales y de la conducta (sociología, antropología, psicología social) que ha dado lugar a una amplia concepción integradora de múltiples ciencias y que constituye uno de sus aspectos importantes donde se incluyen: epidemiología, bioestadística, las ciencias biológicas y farmacéuticas, la sociología, la economía de la salud, las ciencias sociales, ciencias políticas, de administración y otras.

En la categoría de salud pública se debe analizar tanto el significado de "salud" como el de "pública". La palabra "pública" no se relaciona con el tipo de servicios (estatal, privado, mixto o no lucrativo), sino con el criterio de que la salud debe alcanzar a toda la comunidad y al individuo sin distinciones, con equidad. Por tanto, en la definición de salud pública se debe plantear su naturaleza multidisciplinaria, como las que se expresan a continuación:

- "La salud pública se define como el sistema de medidas estatales, socio-económicas y médico-sanitarias encaminadas a la prevención y tratamiento de enfermedades, disminución de la mortalidad y morbilidad, así como garantizar a la población condiciones de vida y trabajo que permitan elevar la capacidad laboral y prolongar el promedio de vida útil de los hombres".
- "Actividad gubernamental y social importante, de naturaleza multidisciplinaria y que se extiende a casi todos los aspectos de la sociedad. La palabra clave es salud". M. Terry.
- "La aplicación de las ciencias sociales, biológicas y de conducta, al estudio de las poblaciones humanas con 2 objetivos: estudio epidemiológico de las condiciones de salud, la investigación de los servicios de salud y la respuesta social a los problemas de salud. Su esencia es la salud de la población".

A partir de la convocatoria de la OMS, el Ministerio de la Salud y Bienestar social de Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública surgió la necesidad de reenfocar la conceptualización de la salud pública en el mundo. Como resultado, se propuso la CARTA DE OTTAWA donde se enunciaron las cinco estrategias para la promoción de salud:

- 1- Formulación de políticas públicas favorables a la salud.
- 2- Fortalecimiento de acciones comunitarias y participación ciudadanas.
- 3- Creación de ambientes favorables a la salud tanto en su dimensión física, social, psicológica y recreativa.
- 4- Desarrollo de aptitudes o habilidades personales para tomar decisiones saludables.
- 5- Reorientación de los servicios de salud.

Proceso a innovar

El nuevo paradigma de los SF se reorienta hacia el individuo, familia y comunidad. En la actualidad estos no están desarrollados en nuestros ámbitos de trabajo por lo que nuestra intervención pretende subsanar esta deficiencia. Contando con esta herramienta de SF orientados en la APS renovada podemos desarrollar y/o apoyar programas de prevención, promoción y protección de la salud. Una forma de desarrollar esta propuesta es a través del Programa PROSANE en la provincia de Tucumán y "FORMADOR DE FORMADORES" en la provincia de La Rioja.

5. OBJETIVOS

Objetivo general

Contribuir al cuidado de la salud individual y colectiva de la población infantil, a través de la participación activa del personal farmacéutico en programas escolares de capacitación sobre prevención de abusos e intoxicación con medicamentos, sustancias de uso doméstico de limpieza y pesticidas, bebidas alcohólicas; que involucre a niños entre 0-13 años.

Objetivos específicos

- Explicar de manera sencilla y con un lenguaje acorde a los participantes las principales sustancias involucradas en intoxicaciones y su daño al organismo.
- Educar sobre la importancia de mantener los fármacos y otras sustancias fuera del alcance de los niños y bien resguardadas.
- Instruir a los padres acerca de la administración de fármacos a los niños.
- Enseñar a los niños sobre la peligrosidad de tomar fármacos y bebidas alcohólicas, sustancias de uso doméstico de limpieza y pesticidas.
- Brindar información de cómo actuar en casos de intoxicación.

6. METODOLOGÍA

Análisis de situación y el diagnóstico estratégico (Matriz FODA)

	Fortalezas	Debilidades
Auditoría interna	1. Presencia de capacitación en S.F orientada a la APS Renovada	1. Poco tiempo disponible, ya que la actividad del farmacéutico está muy involucrada en la gestión y supervisión.
	2. Baja erogación económica	
	3. La actividad del farmacéutico está en relación directa con pacientes de los servicios	
	4. Existencia de los programas PROSANE y FORMADOR DE FORMADORES que facilitan las herramientas para la ejecución	
	5. Profesionales interdisciplinarios involucrados	
	Oportunidades	Amenazas
Auditoría externa	1. Existencia de datos estadísticos proporcionados por los servicios	1. Poca colaboración de las autoridades, tanto las sanitarias como las escolares.
	2. Aplicación de políticas de salud orientadas al I/F/C.	2. Indiferencia de los padres ante la situación por falta de información
	3. Presencia de escuela en la zona de influencia, permite trabajar con los niños.	3. Comienzo de ciclo lectivo.

Actividades y cronogramas

	Recursos humanos		Insumos	Procesos
	Cantidad	Calidad		
PROGRAMA PROSANE Uso indebido de medicamentos y Otras sustancias	1	Muy buena	Material didáctico (folletos, afiches etc.) Proyector Notebook	El farmacéutico se incorpora al equipo interdisciplinario del programa PROSANE y asiste según cronograma a la escuela donde realiza charlas y talleres educativos con los alumnos

	Recursos Humanos		Insumos	Procesos
	Cantidad	Calidad		
PROGRAMA FORMADOR DE FORMADORES Uso indebido de medicamentos y otras sustancias	1	Farmacéutica capacitada en APS	Material didáctico folletos, afiches etc.) Proyector Notebook	El farmacéutico presenta su proyecto a la comisión profesional del Colegio de Farmacéuticos, el cual luego de ser aprobado por la misma para ser incluido en la formación de formadores, se coloca en cronograma de la misma, para llevar a cabo charlas y talleres a los docentes de los establecimientos educativos.

Matriz de Planificación

Duración: 40 días

Actividad	Responsable	Período	Recursos humanos	Recursos económicos	Recursos tecnológicos
A	B	C	D	E	F
Identificación de sustancias peligrosa (Medicamento en casa)	Jefe de Área Operativa del SIPROSA Tucumán, Presidente de Colegio de farmacéuticos de La Rioja, Farm. Gabriela Martín, Farm. Gabriela Pastorino, Farm. Rosalba Affaticati.	1º semana de marzo 2016	Farm. Gabriela Martín, Farm. Gabriela Pastorino, Farm. Rosalba Affaticati.	Móvil del sistema de salud. Papel. Tinta para impresora. Material didáctico.	Proyector (cañón). Notebook. Impresora. Cámara fotográfica.
Consecuencias de la automedicación. (Antibióticos)		2º Semana marzo 2016			
Pediculosis		3º semana marzo 2016			
Instrucción a los padres cómo actuar ante una intoxicación. (Paracetamol)		4º semana marzo 2016			
Testear el impacto de la intervención.		1º semana abril 2016			

Indicadores

Tipo de indicador	Indicador	Definición	Fórmula	Meta o Estándar	Resultados
Tiempo 1 (x días o semanas)	“Cumplimiento de agenda prevista”	“Mide la capacidad de ejecutar las acciones planificadas en el tiempo previsto”	Cumplido (SÍ) o No cumplido (NO)	SÍ	Si
Recurso 1	Tecnológicos	Disponibilidad oportuna de Computadora, cañón, etc.	SÍ O NO	SÍ	Si
Recurso 2	De movilidad	Disponibilidad de móvil del sistema de salud e institución	SÍ O NO	Si	SÍ
Recurso 3	Económicos	Papel. Tinta para impresora. Material didáctico.	SÍ O NO	Si	SÍ

7. RESULTADOS

Alcance de los objetivos propuestos

Se llevaron a cabo cuatro charlas (con los temas y cronograma detallado) en el Colegio de Farmacéuticos de La Rioja para docentes del nivel primario, donde asistieron 70 docentes ; y en la escuela N° 49 en Villa 9 de Julio de la provincia de Tucumán.

Las charlas se acompañaron de una presentación Power point y se entregó folletería (detallada en los anexos I, II, III y IV)

Efectos de la ejecución del proyecto

El efecto de la ejecución del proyecto fue positivo, se pudo llegar a lo planificado en los tiempos establecidos, con un amplio público. La instituciones a las cuales pertenecemos se involucraron desde el principio y nos acompañaron en todas las acciones realizadas.

8. CONCLUSIONES

La incidencia del proyecto en la salud

Pudimos comprobar que la misma fue directa e indirecta, a saber:

- Directa: durante el proyecto nos encontramos con un público atento e interesado en los temas que se desarrollaron, fueron charlas didácticas, de preguntas y respuestas, interaccionando con los participantes.
- Indirecta: la transmisión de los conocimientos adquiridos, pretendiendo modificar los malos hábitos (automedicación, usos de sustancias inadecuadas, etc.) a mediano plazo.

Lecciones aprendidas

- Para realizar esta actividad tuvimos que tener muy presente los factores externos como el público y su conocimiento sobre el tema, y los internos como saber desenvolvernos en un lenguaje claro y didáctico, los cuales fueron abordados correctamente con el público presente en los distintos escenarios.
- Surgió la posibilidad de llevar el taller a otras escuelas, y agregar diversos temas de interés (inmunización y calendario de vacunación), abriendo la posibilidad de seguir con el dictado de los mismos.
- Los integrantes del grupo destacan muy positivamente los aportes de este Curso para un desarrollo efectivo de los Servicios Farmacéuticos. La metodología planteada a lo largo del mismo posibilitará encarar nuevos proyectos con elementos que facilitan la toma de decisiones, una base de trabajo sólida y herramientas adecuadas para alcanzar los objetivos, para así llevar a la realidad los Servicios Farmacéuticos basados en los valores y principios de la APS renovada.

Bibliografía

- Lisitsin ME. La higiene social y organización de salud pública. La Habana, IDS. 1981. p.14-39
- Frenk J. La nueva salud pública. Teoría y práctica de la salud pública. OPS. Resumen en Escuela de Salud Pública, La Habana, 1992
http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/politicas_sist_servicios/RM/cdTallerServiciosFarmaceuticos/presentaciones/DraNellyMar%C3%ADn.pdf
- http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21582&Itemid=
- Goodman y Gilman. Bases farmacológicas de la Terapéutica, 10ma Edición, 2003.
- Litter. Farmacología Experimental y Clínica, 7ma Edición, 1986.
Reacciones Adversas e Interacciones a Medicamentos. <http://www.bvs.org.do/reacciones.htm>

ANEXO I

CUIDADO CON LOS NIÑOS

- Mantener el medicamento fuera del alcance de los niños.
- Lo ideal es guardarlo bajo llave.
- No tomar medicamento delante de ellos.
- Tener siempre a mano, especialmente si vive con niños, el teléfono de un centro medico cercano a su casa.



- No realizar juegos con medicamentos



Con los medicamentos
no se juega
ESTÁ EN TUS MANOS



¿COMO PODEMOS CONSERVAR
LOS MEDICAMENTOS EN CASA?



Organización
Panamericana
de la Salud



**SABER COMO CONSERVAR LOS
MEDICAMENTOS EN CASA ES ESENCIAL
PARA QUE NO PIERDAN SUS
PROPIEDADES Y CUMPLAN CON SU
OBJETIVO QUE ES CURAR O ALIVIAR UN
PROBLEMA DE SALUD.**



DONDE Y COMO GUARDARLOS

- En un botiquín o armario específico para tal fin.
- Lejos de fuente de calor y humedad, de la luz directa del sol y del calor de la luz eléctrica.
- En su envase original sin cortar blíster.
- Respetar la indicación de guardar el medicamento en la heladera, en caso de que lo indique (preferentemente no guardar en la puerta).



La cocina o el baño no son zonas para el almacenamiento de los medicamentos ya que son lugares húmedos. El calor, la humedad y la luz directa modifican la fuerza y concentración de los medicamentos.

REVISAR EL BOTIQUIN

- Revisar el botiquín periódicamente y retirar los medicamentos vencidos o que ya no necesitan. Tirar también los que hayan cambiado de color u olor aunque no estén vencidos, y los medicamentos cuyos prospectos no se hayan conservados.
- Para evitar la posibilidad de automedicación no conservar los medicamentos sobrantes de los tratamientos prescritos por el medico.

ANEXO II



Si tienes un problema de salud, consulta siempre a tu médico más cercano.



- No dejar los medicamentos al alcance de los niños.
- Conservarlos bien guardados en ambientes secos, no expuestos a temperaturas extremas y a la luz solar.

MAL USO DE ANTIBIÓTICOS



CUALES SON SUS RIESGOS



Organización Panamericana de la Salud



COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE LA PROVINCIA DE LA RIOJA - Ley N° 7719



SIPROSA

¿QUE SON LOS ANTIBIÓTICOS?

- ✓ Son drogas producidas para inhibir el desarrollo o provocar la muerte de bacterias que causan enfermedades en las personas.
- ✓ Los antibióticos son los medicamentos más utilizados después de los analgésicos y los más solicitados por las personas que acuden al sistema de salud.

PROBLEMAS MAS FRECUENTES DEL MAL USO DE ANTIBIÓTICOS

Tomar antibióticos innecesariamente: si se toma para una enfermedad que no lo necesita puede producir daños en el organismo (diarrea, vómitos, dolor abdominal, etc.). Además aumenta resistencia bacteriana y no cura la enfermedad.



No cumplir con el tiempo de tratamiento:

el tiempo indicado para el tratamiento es muy importante porque es el necesario para que el antibiótico mate la bacteria que produjo la enfermedad. Si la bacteria no muere vuelve a producir la enfermedad con más fuerza. Siempre es necesario terminar el tratamiento por más que los síntomas desaparezcan.



No cumplir con los horarios de la toma de antibióticos:

los horarios de la toma de antibiótico son importantes porque si pasa mucho tiempo entre una toma y otra, baja la concentración del mismo en sangre y no es efectivo para matar la bacteria. Si el tiempo entre cada dosis es corto, puede producir daño en el organismo como diarrea, vómitos y dolor abdominal.



¿QUÉ ES LA AUTOPRESCRIPCIÓN?

Es el uso de medicamentos sin indicación ni supervisión médica.

¿SABES CUAL ES LA DIFERENCIA ENTRE AUTOCUIDADO Y AUTOMEDICACION?

AUTOCUIDADO	AUTOMEDICACION
Todo aquello que las personas hacen por sí mismas con el propósito de restablecer y preservar la salud o, prevenir y tratar enfermedades.	Consiste en la selección y el uso de los medicamentos por parte de las personas, con el propósito de tratar enfermedades o síntomas que ellos mismos pueden identificar.
Abarca: higiene, estilo de vida, factores ambientales, factores etc.	



ANEXO III

ADVERTENCIAS

- ✓ No se recomienda el uso de sustancias químicas en niños ni embarazadas, solo utilizar peine fino.
 - ✓ Nunca utilizar productos tóxicos como querosene.
 - ✓ No usar pediculicidas como métodos de prevención.
- Consultar al médico en caso de alergia a algún producto químico aplicado.
- ✓ En caso de una persona infestada, es recomendable que toda la familia realice el tratamiento.
 - ✓ No utilizar pediculicida si hay heridas.



AVISO IMPORTANTE

- ✓ No dejar los pediculicidas al alcance de los niños.
- ✓ Conservarlos bien guardados en ambientes secos, no expuestos a temperaturas extremas y a la luz solar.

PEDICULOSIS



Los piojos se pueden presentar en personas de cualquier edad, sobre todo en niños y adolescentes, y en cualquier ambiente, casa, escuela, etc.



Suelen localizarse en la nuca y detrás de las orejas, ocasionando la pediculosis. Cada hembra coloca 10 liendres por días, maduran entre 5 a 11 días y tardan 2 semanas en llegar a la forma adulta. Se desarrollan a una temperatura entre 15 y 36°C



MODOS DE CONTAGIO

- ✓ Contacto directo.
- ✓ A través de elementos de uso personal contaminados como toallas, peines, cepillos, almohadas.
- ✓ Intercambio de sombreros, gorras o ropa, los piojos no saltan.



PREVENION

- ✓ Lavar la ropa usada en el día con agua caliente.
- ✓ Pasar la aspiradora en sillones, asientos de autos u otros.
- ✓ Cambiar frecuentemente la ropa de cama y lavar con agua caliente.
- ✓ Sumergir peines y cepillos en alcohol durante 20 min.
- ✓ Revisar diariamente la cabeza de los niños y pasar peine fino.
- ✓ Evitar compartir ropa, peines, binchas, gorras, etc.

TRATAMIENTO

- ✓ Respetar las instrucciones del producto que se utilice.
- ✓ La aplicación de vinagre diluido al 50 % (mitad vinagre, mitad agua) en agua tibia sobre el cuero cabelludo no es tóxico y ayuda a desprender las liendres.



- ✓ Usar peine fino para sacar las liendres. Repetir el tratamiento en los 7 a 10 días.



ANEXO IV



- No dejar los medicamentos al alcance de los niños.
- Conservarlos bien guardados en ambientes secos, no expuestos a temperaturas extremas y a la luz solar.

PARACETAMOL



UN MEDICAMENTO SIN PRESCRIPCIÓN



USO SEGURO EN EL ADULTO



Es importante que sepa:

- No tomar más de 8 comprimidos en un día.
- No tomar este medicamento por más de 10 días.
- Puede tomar este medicamento con las comidas.
- No consumir alcohol.
- No utilizar este medicamento si sufre alguna enfermedad hepática.
- Tomar con abundante agua.

SEÑORES PADRES

Es importante que sepa:

- No excedan las dosis que figura en el cuadro posológico.
- No administrarlo por más de 5 días.
- Pueden administrar las gotas directamente en la boca del niño o mezclarlas con agua.



- Pueden administrar la solución con las comidas.
- Agiten el líquido (gotas o solución) antes del uso.
- No administrar si el niño sufre alguna enfermedad hepática.



- Si se olvida de administrar una dosis de este medicamento, no duplique la dosis debido a que puede ser tóxico y ocasionar malestar.
- Si Ud. Está embarazada o amamanta a su bebé no tome este medicamento sin antes consultar a su médico y/o farmacéutico más cercano.

PROGRAMA DE PROMOCIÓN PARA MEJORAR LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS EN FARMACIAS COMUNITARIAS

Resumen

La farmacia se encuentra en pleno proceso de cambio, tanto a nivel internacional como nacional, tratando de orientar su práctica hacia el paciente, familia y comunidad mediante la puesta en práctica de servicios farmacéuticos profesionales. Los intentos llevados adelante en general no han prosperado por diferentes factores, entre ellos que no es conocido correctamente los alcances del término servicio farmacéutico y que cosas incluyen, pasando de la atención farmacéutica al seguimiento farmacoterapéutico y de este a los servicios cognitivos, pero independientemente de la metodología empleada en esos estudios encontramos que los farmacéuticos dicen no implementarlos por diferentes motivos. Para conocer la situación local se realizó una encuesta a farmacéuticos de la ciudad de La Plata, para determinar el grado de conocimiento e involucramiento de los farmacéuticos respecto de los servicios farmacéuticos, de los determinantes sociales de salud y que acciones realizar para mejorar esta situación. Se recibió un bajo porcentaje de respuestas y las mismas en general coinciden con los datos obtenidos de la bibliografía donde los principales motivos son: falta de tiempo, la falta de formación clínica, la falta de reconocimiento por parte de los pacientes del rol profesional del farmacéutico y la falta de pago por el servicio entre otros.

Palabras clave

Servicios farmacéuticos, atención primaria, barreras, farmacia comunitaria.

Summary.

The pharmacy is in a constant change, internationally and also nationally speaking, trying to focus their practice on the patient, family and community, by the development of professional pharmaceutical services. The attempts carried forward have failed because of different factors, including the lack of an accurate knowledge about what pharmaceutical service is and what does it, includes, from pharmacist attention to pharmacotherapeutic tracing and then to cognitive service. However, independently from the methodology used in those studies, we found that pharmacists admit that they do not implement for different reasons. To know the local situation a survey in La Plata city was performed. Trying to determine the degree of knowledge and involvement that pharmacist have about pharmaceutical services, social determinants of health and what actions must be carried out to improve this situation. We got a low percentage of answers and they generally agree with the data obtained from the bibliography where the principal motives are the lack of: time, clinical training, recognition by patients about the professional role of the pharmacist, and payment for the service among others.

Keywords.

Pharmaceutical service, primary care, barriers, community pharmacy.

1. INTRODUCCIÓN

La farmacia se encuentra en pleno proceso de cambio, tanto a nivel internacional como nacional, tratando de orientar su práctica hacia el paciente, familia y comunidad mediante la puesta en práctica de servicios farmacéuticos profesionales. En general la atención que el farmacéutico comunitario ofrece a las personas se limita a la entrega de medicamentos, en algunos casos podemos hablar de dispensación y en otros pocos de servicios farmacéuticos. Pese a la infinidad de propuestas que se vienen llevando adelante desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), de la Federación Internacional Farmacéutica, así como de las organizaciones regionales FEFAS, FEPAFAR, Foro Farmacéutico de las Américas y las organizaciones nacionales, el desarrollo de los servicios farmacéuticos es incipiente y no conocemos bien a que se debe. **(1,2,3)**

Es conocido que se han tratado de implementar estos cambios en varios países, tanto de la región como de otros continentes con resultados disímiles. Los intentos llevados adelante en general no han prosperado por diferentes factores, entre ellos que no es conocido correctamente los alcances del término servicio farmacéutico y que cosas incluyen, pasando de la atención farmacéutica al seguimiento farmacoterapéutico y de este a los servicios cognitivos, pero independientemente de la metodología empleada en esos estudios encontramos que los farmacéuticos dicen no implementarlos por falta de tiempo, la falta de formación clínica, la falta de reconocimiento por parte de los pacientes del rol profesional del farmacéutico y la falta de pago por el servicio entre otros. **(4,5,6)**

Es interés cambiar ese estado de situación en nuestro país, y para ello es necesario conocer con certeza en que situación estamos. La necesidad de cambio es algo que beneficiará no sólo a las personas, sino al conjunto de la población **(7)**, y a los sistemas de salud en su conjunto, pero fundamentalmente a los servicios de atención primaria que es el lugar donde los farmacéuticos podrán incorporarse con mayor facilidad y donde los resultados que se esperan se puedan observar en corto plazo. **(8,9,10)**

La atención que el farmacéutico ofrece al consumidor de medicamentos y de servicios de salud, en la farmacia oficial, es directa, personal, profesional, rigurosa y cotidiana, y representa una oportunidad de importancia social y estratégica indiscutible en el camino de promover y mejorar la salud pública de la población.

2. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar el grado de conocimiento e involucramiento de los farmacéuticos respecto de los servicios farmacéuticos, de los determinantes sociales de salud y que acciones realizar para mejorar esta situación.

Objetivos específicos

Determinar el grado de conocimiento e involucramiento de los farmacéuticos respecto de los servicios farmacéuticos.

Fortalecer actitudes y conocimientos aplicables a los servicios farmacéuticos para mejorar la salud desde la farmacia comunitaria.

Concientizar a los profesionales de salud y autoridades de salud sobre la importancia de los farmacéuticos como agentes sanitarios.

3. METODOLOGÍA

Se realizó una encuesta a farmacéuticos de la ciudad de La Plata. La invitación a participar de la misma fue enviada por correo electrónico a 20 farmacéuticos, donde se les solicitaba contestar la encuesta localizada en google docs. A la semana de enviada la encuesta se realizó un recordatorio en forma telefónica y de paso se verificó la recepción de la misma. La encuesta estuvo disponible hasta el 28 de febrero, fecha en que se tomaron las respuestas enviadas para el procesamiento de los datos.

A los efectos del presente trabajo emplearemos la definición de Servicios Farmacéuticos contemplada en el documento de posición Servicios Farmacéuticos basados en la Atención Primaria de Salud, OPS/OMS; 2013: "Conjunto de acciones en el sistema de salud que buscan garantizar la atención integral, integrada y continua a las necesidades y problemas de la salud de la población tanto individual como colectiva, teniendo el medicamento como

uno de los elementos esenciales, y contribuyendo a su acceso equitativo y su uso racional. Estas acciones, desarrolladas por el farmacéutico –o bajo su coordinación- incorporados a un equipo de salud y con la participación comunitaria, tienen como objetivo la obtención de resultados concretos en salud con vistas a la mejora de la calidad de vida de la población” y la definición de Determinantes Sociales de Salud del documento “Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, OMS; 2008.; “Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en la que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas”. Ambas definiciones encabezaban la encuesta a los fines de que los encuestados entiendan los términos empleados y evitar diferentes interpretaciones de los mismos. La encuesta consta de 12 preguntas cerradas de respuesta dicotómica en su mayoría y una pregunta abierta para comentarios de los participantes. Los resultados de la encuesta fueron procesados por la herramienta de google con la cual se realizó.

En la etapa de preparación del trabajo fueron analizadas las fortalezas y debilidades de la situación de los farmacéuticos para la implementación de los servicios farmacéuticos en nuestro medio, la situación analizada se muestra en el cuadro 1.

	Fuerzas Positivas	Fuerzas Negativas
Auditoría interna	Fortalezas	Debilidades
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimientos del Farmacéutico. 2. Acceso directo del Farmacéutico al paciente. 3. Oficina de farmacia como Centro de Salud Primaria. 4. Bajo costo de los SF brindados en las farmacias. 5. Conocimiento de las demandas de los pacientes 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de compromiso Farmacéutico para ofrecer Servicios Farmacéuticos. 2. Falta de tiempo. 3. Falta de infraestructura. 4. Falta de reconocimiento económico hacia el Farmacéutico.
Auditoría externa	Oportunidades	Amenazas
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Necesidad de la población de recibir asistencia profesional. 2. Alto costo de la medicina prepaga, a la cual no accede toda la población y queda fuera del sistema. 3. Alta demanda de atención en Hospitales Públicos, con la consiguiente desatención de muchos pacientes. 4. Fácil acceso del paciente al profesional Farmacéutico. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Deterioro de la Salud Pública. 2. Aumento a largo plazo del costo de la salud pública, por falta de prevención y atención primaria. 3. Deterioro de la figura del Farmacéutico frente a la sociedad, quedando así insatisfechas las consultas primarias que el mismo puede solucionar.

Cuadro 1

La propuesta estratégica la encontramos en el cuadro 2 y la matriz de indicadores en el cuadro 3.

Actividad A	Responsable B	Período C	Recursos humanos D	Recursos económicos E	Recursos tecnológicos F
Diseño de la encuesta a realizar a los farmacéuticos y validación de la misma	Sasana	1-7 febrero 2016	Farmacéuticos comunitarios	Propios	PC, acceso a internet, impresora
Distribución de la encuesta a farmacéuticos vía correo electrónico	Susana	8-14 febrero 2016	Farmacéuticos comunitarios	Propios	PC, acceso a internet, impresora,
Verificación de la recepción de la encuesta vía telefónica e invitación a responderla	Susana	15-21 febrero 2016	Farmacéuticos comunitarios	Propios	Teléfono
Recepción de las encuestas y procesamiento de los resultados	Susana	22-28 de febrero 2016	Propios	Propios	PC, acceso a internet, impresora
Elaborar propuesta para colegios profesionales e instituciones educativas, solicitud de reunión para presentación de la propuesta	Susana	15-21 de febrero 2016	Farmacéuticos integrantes colegios profesionales, docentes universitarios.	Propios	PC, acceso a internet, impresora
Promover reuniones con profesionales farmacéuticos de diferentes regiones sociales, distintas zonas geográficas, y variados ámbitos laboral	Susana	15-21 de febrero 2016	Farmacéuticos comunitarios	Propios y de los colegios profesionales	PC, acceso a internet, impresora
Evaluación de resultados y elaboración del informe	Susana	30 marzo-10 de abril de 2016	Propios	Propios	PC, acceso a internet, impresora

Cuadro 2

Tipo de indicador	Indicador	Definición	Fórmula	Meta o Estándar
Resultado	De comunicación	Determinar la efectividad de la comunicación y aceptación de la misma	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de encuestas recibidas}}{\text{N}^\circ \text{ de encuestas enviadas}}$	70% Cumplida: 35%
Resultado	De comunicación	Determinar la efectividad de la comunicación y aceptación de la misma	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de entrevistas concretadas}}{\text{N}^\circ \text{ de entrevistas solicitadas}}$	100% Cumplida: 0%
Proceso	De cumplimiento	Determinar el grado de cumplimiento de la agenda establecida	$\frac{\text{Días reales}}{\text{Días establecidos en agenda}}$	90% Cumplida: 70%

Cuadro 3

Resultados

Se recibieron 7 respuestas de las encuestas. Los farmacéuticos se consideran agente sanitarios en todos los casos, aunque sólo el 85,7 % se siente socialmente reconocido como tal. Cuando se les preguntó si los SF los realizaban por propia voluntad o por solicitud de los pacientes el 100% contestó que por propia voluntad, pero sólo el 70% dijo hacerlo todo el tiempo y el 75% de los encuestados contestó que la principal causa de no hacerlo es la falta de tiempo. La totalidad de los farmacéuticos respondieron que con los SF brindados se puede ayudar a mejorar la salud pública y que además los pacientes se fidelizan a la farmacia.

El 85% de los farmacéuticos consideran que se deben establecer normas o pautas a seguir para que el servicio sea similar en las farmacias y de calidad, y que el estado debería brindar un incentivo económico a los farmacéuticos que lo realizan. Cuando se les preguntó sobre la influencia de los DSS sobre la salud de la población el 70% comentó no mencionarlo con las personas que asisten a su farmacia.

Pregunta	SI (%)	NO (%)
¿Se considera Ud. un agente sanitario?	100	
¿Se siente reconocido socialmente como tal?	85,7	14,3
¿Brinda Ud. en su oficina de farmacia SF?	85,7	14,3
¿El SF que realiza es por su propia voluntad?	100	



En la pregunta abierta los farmacéuticos comentaron la necesidad de reglamentaciones del servicio, de contar con un espacio privado para consultas y de cursos de capacitación. Se planteó la necesidad de realizar un estudio para medir la incidencia de la intervención del farmacéutico y si la misma produce ahorro en la seguridad social.

De las reuniones con los colegios profesionales y universidades no podemos informar nada porque no llegamos a concretarlas, tal vez un factor importante que nos jugó en contra es que el trabajo se desarrolló en época de receso académico. Tampoco se pudo realizar las reuniones con los farmacéuticos por no haber podido cumplimentar el paso anterior.

4. CONCLUSIONES

Los resultados encontrados durante la intervención no varían mucho con los encontrados en la bibliografía. Las razones manifestadas por los farmacéuticos son casi las mismas: escaso tiempo, no reconocimiento social, falta de pago por los servicios prestados, entre otros. Sorprende el bajo interés de los farmacéuticos en participar en estudios que evalúan la posibilidad de mejorar los servicios brindados y como los mismos se pueden cambiar y adecuar a las necesidades de salud de la comunidad. Considero que fue un error no contemplar en la planificación el período de receso de verano, que dificultó mucho poder cumplir con la propuesta de trabajo.

Bibliografía

- 1 OMS (Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: Informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: OMS, 2008.
- 2 OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud). Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC: OPS, 2013.
- 3 OMS/FIP (Organización Mundial de la Salud/ Federación Internacional Farmacéutica). Desarrollo de la práctica de farmacia centrada en la atención del paciente. . Manual- edición 2006, Ginebra: OMS; 2006.
- 4 Gastelurrutia MA, Felleto E, Noain MA, Martínez-Martínez F, Varas R, Benrimoj SI. Exploración de las

- percepciones de los farmacéuticos comunitarios en la práctica del seguimiento farmacoterapéutico dentro del contexto del programa consigue. *Phar Care Esp.* 2011; 13(6): 280-288.
- 5 Hidalgo Cabrera J, Cámara Núñez D, Baena MI, Fajardo PC, Martínez- Martínez F. Barreras para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias de Granada (España). *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(3): 144-149
 - 6 Gastelurrutia MA, Fernández-Llimós F, Benrimoj SH, Castrillon CC y Faus MJ. Barreras para la implantación de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria española. *Aten Primaria* 2007; 39(9):465-72
 - 7 Gofin J, Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *Rev Panam Salud Pública.* 2007; 21(2/3):177-85.
 - 8 OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud). Redes integradas de servicios de salud: Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. La renovación de la atención primaria de la salud en las Américas. Washington, DC OPS/OMS: 2010.
 - 9 WHO, (World Health Organization). The role of the pharmacist in the Health Care System. Preparing the Future Pharmacist: Curricular Development. Report of the third WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist, 27-29 August. Vancouver: WHO, 1997.
 - 10 OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/ organización Mundial de la Salud) Sistemas de salud basados en APS. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. La renovación de la atención primaria de la salud en las Américas. Washington, D.C.:OPS/OMS; 2010

INTERVENCIÓN SOBRE PERSONAS CON RIESGO DE OBESIDAD DESDE UN SERVICIO FARMACÉUTICO COMUNITARIO

Resumen

La obesidad es un problema de salud crónico prevalente y con tendencia positiva. Las intervenciones de los Servicios Farmacéuticos (SF) orientados a la Atención Primaria de la Salud (APS) con procesos que pueden desarrollarse profesionalmente en la farmacia comunitaria y prestaciones focalizados en los pacientes, las personas, las familias y la comunidad logra resultados eficientes y benéficos en salud. La presencia territorial-geográfica del sistema Farmacéutico-Farmacia con orientación comunitaria por su relación inversión/intervención, cercanía y contacto con la población a cargo, genera una relación de interés, referencia y empatía participativa que le agrega utilidad, beneficio y valor sanitario, para educar para la salud y promover hábitos saludables, reducir factores de riesgo y la carga de enfermedad. Las estrategias e intervenciones implementadas muestran resultados con IMC en descenso, que deben sostenerse en el tiempo para mitigar los factores de riesgo, reducir la carga de enfermedades crónicas y mejorar el acceso y la eficiencia de los recursos sanitarios. Por otro lado muestra que relación farmacéutico-farmacia-comunidad favorece resultados eficientes en salud, y elimina fronteras y barreras, hecho social que logra equidad, maximiza el acceso, la satisfacción de necesidades prioritarias demandadas y la cobertura en salud, permitiendo establecer mecanismos de vigilancia y cuidados continuos, realizar intervenciones de base poblacional (educación y promoción) y reorientar los servicios y el modelo de atención hacia la prestación de los SF basados en APS, favoreciendo la valorización del eje Farmacéutico-Farmacia-Comunidad, unido a la red sanitaria. Los resultados muestran tendencias benéficas que deben sostenerse en el tiempo.

Palabras claves

Obesidad. Servicios farmacéuticos. Farmacia comunitaria.

Abstracts

Obesity is a chronic prevalent health and positive trend. Interventions Pharmaceutical Services (SF) oriented Primary Health Care (PHC) with processes that can develop professionally in the community pharmacy and focused on patient benefits, individuals, families and the community achieves efficient and beneficial results in health. The territorial-geographical presence Pharmaceutical-pharmacy system with community orientation for their investment / intervention, closeness and contact with the people in charge, generates a relationship of interest, reference and participatory empathy that adds value and benefit and health value, for health education and promote healthy habits, reducing risk factors and disease burden. Strategies and implemented interventions show results with declining BMI, which must be sustained over time to mitigate risk factors, reduce the burden of chronic diseases and improve access and efficiency of health resources. On the other hand it shows that pharmaceutical-pharmacy-community relationship promotes efficient health outcomes, eliminating borders and barriers, social fact that achieves equity, maximizes access, meeting demanded priority needs and health coverage, allowing to establish mechanisms monitoring and continuous care interventions population-based (education and promotion) and reorient services and care model to the provision of the SF-based APS, favoring the recovery Pharmaceutical-Pharmacy-Community shaft, together with the health network. The results show beneficial trends that must be sustained over time.

Key words

Obesity. Pharmaceutical Service. Community pharmacy.

Introducción:

La APS renovada con su abordaje activo, planificado, compacto, unificado, multidisciplinario e intersectorial, y con una participación de la comunidad basado en la comunicación, tienen un rol esencial que permiten disponer de sistemas de atención de salud basados en los principios de equidad y calidad, prevención enfermedades, reducción de la carga de enfermedad y atenuación de factores de riesgo (FR), educación y promoción de la salud.

La APS puede abordar ejes como hábitos, estilos de vida y entornos saludables. Un abordaje de intervención y acción es la reducción de prevalencia de FR que actualmente implican una creciente carga de discapacidad y morbi-mortalidad a nivel global y en nuestro país. Entre las causas que explican esta incidencia se encuentran: el sedentarismo, la alimentación inadecuada, el tabaquismo (activo y pasivo) y la obesidad. Ellas pueden atenuarse a nivel de intervenciones primarias en redes de Farmacias comunitarias, con un resultado esperado de reducción significativa de la carga de enfermedad y mejoramiento de la calidad de vida.

El farmacéutico al estar territorialmente en contacto con la comunidad a cargo, tiene una potencialidad en observar, vigilar, monitorear registrar y comunicar situaciones directas e indirectas asociadas con la salud, la detección de eventos y efectos adversos, y de problemas relacionados con los recursos para la salud. **(1)** Consistentemente con los datos estadísticos, se observa un aumento de población con sobrepeso y obesidad entre los pacientes que concurren a pesarse a la farmacia.

Desde hace varias décadas asistimos a la denominada transición epidemiológica con un incremento de la carga sanitaria de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), representadas principalmente por las enfermedades vasculares, la diabetes, el cáncer, nutricionales (obesidad, sobrepeso y otros problemas como enfermedad celíaca) y las enfermedades respiratorias crónicas, que explican más del 70% de las muertes en nuestro país. Datos actuales muestran que las ECNT provocan: el 80% de las muertes **(2)**. Por otro lado generan un incremento progresivo del gasto sanitario. La situación actual muestra un incremento anualizado de la obesidad, sumado a una prevalencia de consumo de sal y tabaco, más una presión arterial elevada **(3)**. Las ECNT implican un impacto negativo considerable que afecta particularmente a los sectores de menores recursos con mayor exposición a los FR y un menor acceso a los servicios de salud.

Dada la importancia de las ECNT en nuestro país y ante la existencia de evidencia científica sobre la efectividad de diversas medidas para prevenirlas y controlarlas **(4)**. Nuestro objetivo es contribuir con la Estrategia Nacional con intervenciones profesionales, para reducir la carga de enfermedad, disminuir la prevalencia de los FR y mejorar el acceso y la eficiencia de los recursos sanitarios con 3 ejes de acción: 1) reorientar los SF a la APS renovada, 2) la promoción de la salud y control de los FR a nivel poblacional, 3) un sistema de vigilancia y monitoreo de las ECNT y sus FR.

Las ECNT son prevenibles y justifican la intervención de los SF desde las Oficinas de Farmacia. En este sentido existe evidencia sobre políticas costo efectivas de prevención y control, con un beneficio sanitario. Las intervenciones están alineadas a la estrategia nacional en cuanto a establecer mecanismos de vigilancia y cuidados continuos (monitoreo y control); realizar intervenciones con procesos planificados de base poblacional (educación y promoción), que permiten desarrollar territorialmente los servicios y el modelo de atención hacia la prestación de los SF basados en APS.

La presencia territorial del sistema Farmacéutico-Farmacia con orientación comunitaria, por su cercanía y contacto con la población a cargo, genera una relación de interés, referencia y empatía participativa que le agrega utilidad y beneficio y valor sanitario, para educar para la salud y promover hábitos saludables, reducir factores de riesgo, como el sobrepeso y obesidad, y la carga de enfermedad.

Las estrategias e intervenciones implementadas para mejorar la alimentación y promocionar la actividad física regular muestran descenso en el IMC, que deben sostenerse en el tiempo para mitigar los factores de riesgo, reducir la carga de enfermedades crónicas y mejorar el acceso y la eficiencia de los recursos sanitarios.

Por otro lado muestra que relación farmacéutico-farmacia-comunidad favorece resultados eficientes en salud, y elimina fronteras y barreras, hecho social que logra equidad, maximiza el acceso, la satisfacción de necesidades prioritarias demandadas y la cobertura en salud, mejorando la calidad de vida. **(5, 6)**

Objetivos

Objetivo General:

Reducir la tasa de prevalencia de sobrepeso y obesidad. Disminuir la carga de enfermedades crónicas no transmisibles por moderar los factores de riesgo: sobrepeso y obesidad por medio de intervenciones de servicios farmacéuticos en una farmacia comunitaria.

Objetivo Específico:

Desarrollar procesos y actividades de los Servicios Farmacéuticos en la farmacia comunitaria, para disminuir la prevalencia del sobrepeso y obesidad, mejorar el acceso y la eficiencia de los recursos sanitarios.

Reorientar los Servicios Farmacéuticos a la APS renovada.

Establecer un sistema de vigilancia, monitoreo y seguimiento por medio de registros de aquellos hábitos modificables como alimentación, actividad física, y adherencia.

Metodología

Se determina como indicador el IMC, que relaciona las variables peso y altura. Se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Un $\text{IMC} \geq 25$ determina sobrepeso. Un $\text{IMC} \geq 30$ determina obesidad. El Valor deseable: ≤ 25 . (Fuente OMS).

Las intervenciones y actividades para disminuir los FR, consistirán en acciones con foco en la prevención de enfermedades (7) y en la recuperación de la salud: a) educación para la salud, promoción de hábitos y entornos saludables; b) monitoreo documentado de: peso e IMC. Con provisión de recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible para el abordaje de la problemática adaptada al marco local y generación de espacios de interacción y participación comunitaria. Las intervenciones se realizaron durante 6 semanas en una Oficina de Farmacia Comunitaria, Farmacia "Nishimura", localizada en Hudson, Municipalidad de Berazategui, Provincia de Buenos Aires; con características de cercanía, accesibilidad y aceptabilidad de la comunidad barrial, lo que favorecerá los procesos de comunicación y participación activa de la comunidad del contexto.

Durante el período comprendido se abordó a los pacientes que concurrían espontáneamente a pesarse a la farmacia y reunían los criterios de inclusión y se los invitó a formar parte del estudio.

Criterios de Inclusión: Personas de ambos sexos de 18 a 65 años de edad, con $\text{IMC} \geq 25$.

Criterios de exclusión: Menores de 18 años, obesidad de causa secundaria: endocrinopatías, causas genéticas, etc., obesidad y embarazo, trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

Se formaron 2 grupos A y B, divididos por orden de incorporación de pacientes uno en cada uno.

Grupo A: a partir de los resultados obtenidos semanalmente se hará una intervención farmacéutica para educar sobre alimentación y hábitos saludables, actividad física y adherencia al tratamiento farmacológico si correspondiera.

Grupo B o grupo control: no se harán intervenciones hasta la última semana.

Para el logro de los objetivos la cobertura de los SF será continua y planificada. □

Los pacientes A recibirán SF desde el primer contacto y el folleto diseñado para el programa Farmacéuticos por la Calidad de Vida (FARCAVI) en el segundo encuentro y se le brindarán consejos de alimentación. Los pacientes B recibirán SF y el folleto FARCAVI en el último registro. Para mantener el anonimato de los pacientes los mismos serán identificados con el primer nombre del paciente e inicial del segundo nombre y apellido, y fecha de nacimiento.

Se citará al paciente para la próxima semana y se le recordará por mensaje de texto de ser posible.

Análisis de situación y diagnóstico estratégico. Matriz FODA

	Fuerzas positivas	Fuerzas negativas
Auditoría interna	Fortalezas	Debilidades
	1. Acceso y cercanía territorial.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Falta de RRHH de apoyo. ○ Falta de reconocimiento sanitario y financiamiento.
	2. Disponibilidad horaria.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Falta de gabinete/oficina profesional para desarrollar SF.
	3. Equipamiento y recursos sanitarios.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Falta de sistemas de información unificado.
	4. Formación y capacidades profesionales. 5. Disponibilidad de servicios farmacéuticos. 6. Articulación y vínculo de confianza con los individuos, la familia, y la comunidad. 7. Contacto con la población a cargo. Capacidades de liderazgo, comunicación y escucha.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Falta de promoción y comunicación del proceso ofrecido. ○ Pocos pacientes registrados post convocatoria.
Auditoría externa	Oportunidades	Amenazas
	1. Satisfacer demandas de necesidades en salud.	1. Insatisfactoria aplicación y comunicación del marco normativo.
	2. Comunidad territorial	2. Falta de reconocimiento de la utilidad y beneficio sanitario por actores y partes interesadas. No integración a la RISS y a una cápita prestacional.
	3. Resultados benéficos a nivel de APS. 4. Reconocimiento de los SF.	3. Mensajes publicitarios con conductas y hábitos no saludables, que además promocionan productos hipercalóricos o de bajo valor nutritivo.
	5. Promoción de los Colegios e Instituciones Farmacéuticas.	
	6. Política sanitaria con foco en APS.	
	7. Campañas de promoción y educación para la salud, para hábitos y entornos saludables.	

Monitoreo y evaluación. Matriz de indicadores.

Tipo de indicador	Indicador	Definición	Fórmula (x F=100)	Meta o Estándar
Estructura	% de insumos y equipos disponibles para el proceso del SF.	Respuesta desde los SF a una necesidad de salud en un tiempo que implique el mayor beneficio para la persona, población y la comunidad.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de insumos y equipos disponibles para el proceso del SF}}{\text{Total de insumos y equipos mínimos requeridos}}$	El establecimiento sanitario (ES) dispone de los Insumos y equipamiento para el proceso del SF. (100%)
Estructura	Disponibilidad de medios de TI y comunicación para las referencias		$\frac{\text{N}^\circ \text{ de medios de TI y comunicación para realizar referencias}}{\text{Total de medios de TI y de comunicación requeridos}}$	El ES dispone de medios de Tecnologías Informáticas en Salud (TIS) y comunicación. (100%)
Proceso	% de casos manejados de acuerdo a guías de atención para prioridades sanitarias locales	Uso correcto de las normas, protocolos y procedimientos en la gestión y prestación de servicios de salud individual y colectiva.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos manejados de acuerdo a guías de atención}}{\text{N}^\circ \text{ total de casos auditados}}$	El personal de salud aplica guías del proceso del SF para el objetivo sanitario. (100%)
Proceso	Población inicial (Pi)	Población inicial a cargo objeto de la intervención.	$\frac{\text{Pi}}{\text{Población convocada}}$	>90%
Proceso	Consentimiento informado (CI)	Documento que expresa la comunicación de la intervención y aceptación por los pacientes.	$\frac{\text{Población con CI}}{\text{Población participante inicial}}$	>90%
Proceso	Población final (Pf)	Población final que completa la intervención.	$\frac{\text{Pf}}{\text{Población participante inicial}}$	>90%

Actividades y Cronogramas. Matriz de Planificación.

Actividad A	Responsable B	Periodo C	Recursos humanos D	Recursos económicos E	Recursos tecnológicos F
1 Vinculación, Capacitación y Entrenamiento de Farmacéuticos para la intervención.	Grupo 2 TFI	02/01/16 30/01/16	Grupo 2 TFI	Gastos / Inversión en movilidad, representación, librería. Presupuesto: Monto determinado	Computadora, Impresora. Sistemas informáticos
2 Reclutamiento de pacientes con sobrepeso u obesos. Confección de listado con datos personales núcleo familiar y entorno social y comunidad.	Grupo 2 TFI	01/02/16 al 12/02/16	DT Nishimura	Farmacia habilitada con balanza electrónica para pacientes	Computadora con programa office
3 Firma del consentimiento informado.	Grupo 2 TFI	01/02/16 al 12/02/16	DT Nishimura	Materiales para impresión Validados, fuente: FARCAVI y MSN	Computadora con programa office
4 Toma de peso y altura inicial. Cálculo del ICM cuyo valor debe ser mayor o igual a 25.	Grupo 2 TFI	15/02/16 al 27/02/16	DT Nishimura	Farmacia habilitada con balanza electrónica para pacientes.	Balanza electrónica, computadora con programa office
5 Entrega de plan de alimentación saludable, con requerimientos nutricionales diarios y ejercicios físicos.	Grupo 2 TFI	15/02/16 al 27/02/16	DT Nishimura	Farmacia habilitada con balanza electrónica para pacientes Gastos / Inversión: Librería Presupuesto:	Balanza electrónica, calculadora, computadora con programa office
6 Frecuencia del control: chequeos semanales (IMC)	Grupo 2 TFI	15/02/16 al 27/03/16	DT Nishimura	Farmacia habilitada con balanza electrónica para pacientes	Balanza electrónica calculadora, computadora con programa office
7 Evaluación final del tratamiento, curva de descenso de peso y del IMC final. Comunicación a las partes interesadas. Indicador reducción del ICM inicial > 10% a 20 %.	Grupo 2 TFI	28/03/16 al 10/04/16	Grupo 2	Gastos de librería, vinculación y representación. Presupuesto: Monto determinado	Computadora, Impresora. Sistemas informáticos
8 Desarrollo del Informe Final y Presentación.	Grupo 2 TFI	28/03/16 al 15/04/16	Grupo 2	Gastos de librería, vinculación y representación. Presupuesto: Monto Determinado	Computadora, Impresora. Sistemas informáticos

Resultados.

Participaron 19 pacientes, de los cuales 16 fueron aceptados y 3 se descartaron. Motivó la exclusión: 2 pacientes porque se les explicó el trabajo a realizar y aceptaron formar parte, realizaron la pesada y manifestando no tener tiempo en esa oportunidad, quedaron en volver para completar los datos requeridos y no lo hicieron. Un tercer paciente se encuentra fuera

del rango etario pero dado su entusiasmo se le realizó el seguimiento y no fue incluido en el análisis de resultados.

Nivel de educación: el 57% secundario completo y 43% primario. Ocupación: 50% ama de casa y el otro 50% actividades varias. Edad promedio: 35 años.

El 65% de los pacientes se definieron como sanos, el 35% restante manifestó tener problemas de salud como: HTA, hipotiroidismo, cálculos renales, problemas de vesícula y diabetes.

Grupo A	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6
	IMC/A.F.	IMC/A.F.	IMC/A.F.	IMC/A.F.	IMC/A.F.	IMC/A.F.
Débora	32.7/si	32.12/no		32.39/no		
Irma	33.83/no	33.98/poco	33.98/poco*	33.83/no	33.83/si	33.85/si
Marcelo	38.75/si	39.34/si			38.66/si*	
Mónica		30.56/no	30.25/no*		29.65/si	
Diego			35.98/no		36.24/no*	
Marisol			26.11/no*	25.88/no		26.05/si
Nancy					30.10/no	
Silvina	31.89	31.53	31.18	30.82	30.47	30.12
Delia	32.44	32.04	31.64	31.25	30.85	30.46

Grupo B	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6
	IMC	IMC	IMC	IMC	IMC	IMC
Ramón	44					44.66*
Belén	34.52					
Yamila		28.23			29.23	29.27*
Lady		29.41		29.07	28.71	28.88*
Eva				36.89		
Estefania				34.44		
Juan				29.81	29.75	

Horacio (81añ)	30.74/si	31.06/si	30.47/si*	30.47/si	30.75/si	31.02/si
----------------	----------	----------	-----------	----------	----------	----------

Frente a la pregunta “¿a quién consultó?”, el 14.25% refirió al médico, el 28.5% al nutricionista y el 14.25% a otro (revista, TV)

Conclusiones:

La obesidad es un problema de salud crónico prevalente y con tendencia positiva, las estrategias e intervenciones implementadas muestran el indicador IMC con tendencias benéficas que deben sostenerse en el tiempo para favorecer la generación de nuevos hábitos saludables. La bibliografía consultada evidencia que la terapia conductual resulta efectiva para lograr una reducción de peso del orden de 2 a 4 kg, en periodos de 12 a 36 meses (9, 10). El trabajo profesional evidencia que intervenciones de los Servicios Farmacéuticos (SF) orientados a la Atención Primaria de la Salud (APS) con procesos que pueden desarrollarse profesionalmente en la farmacia comunitaria y prestaciones focalizados en los pacientes, las personas, las familias y la comunidad logra resultado benéficos en salud con procesos de baja inversión y efectividad primaria. La presencia del sistema Farmacéutico-Farmacia con orientación comunitaria genera una relación de interés, referencia y empatía participativa proactiva que le agrega utilidad y beneficio sanitario, y un valor significativo para educar para la salud, promover hábitos saludables, reducir factores de riesgo y la carga de enfermedad.

En el grupo A hubo solo 2 pacientes con descenso de peso (alrededor de 1 y 3%), muy lejos del porcentaje esperado. Si fuera fácil resolver el problema de la obesidad esta no se estaría convirtiendo en una epidemia mundial (8). Están interviniendo médicos y nutricionistas en algunos casos y el éxito sigue siendo escaso. Lo positivo es que el farmacéutico desarrolla empatía con los pacientes y se pudo influenciar en incentivar la actividad física, que además

les aportará otros beneficios.

Se notó más compromiso en la intención de cambiar los hábitos y continuar con el monitoreo en el grupo A que el B, esto demuestra la importancia de nuestras intervenciones para lograr la adherencia al tratamiento farmacológico u otro.

Es llamativo como ninguno manifestó tener al farmacéutico como referente ante este problema de salud. Se puede comprobar que realizando servicios farmacéuticos es factible de revertir esta situación, ya que se observa que los pacientes del grupo intervención vuelven a la farmacia a realizar otras consultas a partir de la confianza adquirida en estos contactos. Se necesita mantener la capacitación continua del profesional farmacéutico para poder dar una respuesta adecuada a la demanda de los pacientes, tanto en contenidos específicos sobre temas que nos competen como en herramientas para la comunicación, ya que una de las dificultades encontradas durante el trabajo fue el abordaje del tema sobrepeso sin herir susceptibilidades.

La relación farmacéutico-comunidad favorece resultados eficientes en salud, y elimina fronteras y barreras, hecho social que logra equidad, maximiza: el acceso, la satisfacción de necesidades prioritarias demandadas y la cobertura en salud, permitiendo establecer mecanismos de vigilancia y cuidados continuos, realizar intervenciones y reorientar los servicios y el modelo de atención hacia la prestación de los SF basados en APS, integrado a la red sanitaria.

Bibliografía.

1. Goffin J, Goffin R, Principles the Global Community Health. 2011
2. Ministerio de Salud de la Nación (ECNT y FR-boletín de vigilancia, 3º Encuesta Nacional de FR para ECNT).
3. OMS. Preventing Chronic Diseases: a vital investment.2005.
4. Shaw K, O'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J. Psychological interventions for overweight or obesity. Cochrane data base Syst. Rev. [Internet]. 2005 Jan [cited 2013 Oct 21]; CD003818.
5. OPS Mejora de los Cuidados Crónicos a través de las RISS: OPS, 2102.
6. <http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/equipos-salud/2014-10gpc obesidad.pdf>
7. WHO. WHO. Obesity: Preventing and BibliographyVersion PRELIMINAR 131 managing the global epidemic. Report on a WHO Consultation on Obesity. 1998.
8. The Obesity Epidemic: A Mandate for a Multidisciplinary Approach. Proceedings of a roundtable. Boston, Massachusetts, USA. October 27, 1997. J. Am. Diet. Assoc. [Internet]. 1998 Oct [cited 2013 Oct 29]; 98(10 Suppl 2):S1-61.
9. Shaw K, O'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J. Psychological interventions for overweight or obesity. Cochrane database Syst. Rev. [Internet]. 2005 Jan [cited 2013 Oct 21];(2):CD003818.
10. Blanc, E; O'Connor, E; Patnode, C; Kapka, T. Synthesis E. Screening for and Management of Obesity and Overweight in Adults.

ANEXOS

ANEXO I

Paciente A:
DNI:
Edad:
Nivel de educación:
Barrio:
Ocupación:
Teléfono de contacto:
Enfermedades crónicas:
Realiza actividad física:

Semana	1	2	3	4	5	6
IMC						
Actividad Física						

En caso de haber intentado bajar de peso anteriormente ¿a quién consultó?:

revista	médico	Nutricionista	farmacéutico	otro

Acepto que los datos arriba registrados sean utilizados para un trabajo científico donde se mantendrán los datos personales en forma confidencial:

.....
 (firma del paciente)

ANEXO II

Paciente B:
DNI:
Edad:
Nivel de educación:
Barrio:
Ocupación:
Teléfono de contacto:
Enfermedades crónicas:
Realiza actividad física:

Semana	1	2	3	4	5	6
IMC						

En caso de haber intentado bajar de peso anteriormente ¿a quién consultó?:

revista	médico	Nutricionista	farmacéutico	otro

Acepto que los datos arriba registrados sean utilizados para un trabajo científico donde se mantendrán los datos personales en forma confidencial:

.....
 (firma del paciente)

Anexo III

Consejos:

- no saltarse el desayuno
- hacer 6 comidas al día (ideal) o mínimo 4
- reducir el tamaño de las porciones
- seleccionar los alimentos
- excluir las gaseosas y jugos comunes
- reducir el consumo de sal
- utilizar aceite crudo (2 cucharadas al día)
- incorporar alguna actividad física, ej.: comenzar con caminatas continuas de 30 min/ día.
- tomar 2 litros de agua al día
- reducir la ingesta de:
fiambres y embutidos
facturas, tortas, galletitas dulces y golosinas con grasas trans
alimentos ricos en grasa animal
condimentos (mayonesa, salsas, etc.)
- Incorporar (en cantidades medidas):
frutas, verduras, legumbres, cereales y frutos secos
carnes magras
- lácteos bajos en grasas
gelatina light (libre)
- Cocinar al horno, plancha o vapor, utilizando rocío vegetal y reducir frituras.

COSTA RICA

DESARROLLO DE UNA CULTURA DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS BASADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD A TRAVÉS DE LA INCLUSIÓN DE CONTENIDOS EN LOS CURSOS DEL ÁREA FARMACÉUTICA CLÍNICA DE LA CARRERA DE LICENCIATURA EN FARMACIA DE LA UNIVERSIDAD LATINA DE COSTA RICA Y DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

Dra. Yajaira Quesada Rojas, Dra. Wendy Montoya Vargas, Dr. Santiago Rodríguez Sibaja
Tutor: Dr. Jairo Sancho Rodríguez

ESTUDIO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD QUE INFLUYEN EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS DE LOS ADULTOS MAYORES DE COMUNIDADES RURALES DE COSTA RICA

Dra. Mariela Barrantes Cordero, Dra. Ana Maneth Carranza González,
Dra. Beatriz Gabriela Elizondo León, Dra. Dayana Montiel Víquez,
Dra. Jaglin Isela Zúñiga Orias, Dr. Juan Pablo Navarro Hernández

Tutor: Dr. Jairo Sancho Rodríguez

PROPUESTA DE ESTÁNDARES E INDICADORES DE GESTIÓN PARA LOS SERVICIOS DE FARMACIA DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Dra. Nuria Montero Chinchilla, Dra. Daniela Aburto Varela, Dr. Esteban Vega de la O
Dra. Ana Catalina Venegas Campos

Tutor: Dr. Jairo Sancho Rodríguez

DESARROLLO DE UNA CULTURA DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS BASADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD A TRAVÉS DE LA INCLUSIÓN DE CONTENIDOS EN LOS CURSOS DEL ÁREA FARMACÉUTICA CLÍNICA DE LA CARRERA DE LICENCIATURA EN FARMACIA DE LA UNIVERSIDAD LATINA DE COSTA RICA Y DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

Resumen

La Atención Primaria de Salud (APS) es un componente fundamental de un sistema de salud (SS) efectivo, fortalece la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud (6). Un SS basado en la APS presta atención integral, integrada y apropiada, pone énfasis en la prevención y la promoción, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción (6).

Se plantea como problema del presente trabajo un enfoque tradicional de la enseñanza de la Farmacia hacia el medicamento y no hacia la persona. Lo cual repercute en limitados Servicios Farmacéuticos (SF) basados en APS.

El presente trabajo tuvo por objetivo desarrollar una cultura de SF basados en APS a través de la inclusión de contenidos en los cursos del área clínica de la carrera de Licenciatura en Farmacia de las dos universidades participantes.

Se identificó los contenidos acerca de APS que actualmente se brindan, luego se determinó los contenidos mínimos acerca de APS esenciales en la formación universitaria de grado para favorecer los SF basados en APS.

Los resultados muestran que en la UCR, se ha empezado a consolidar la temática de APS, en los cuatro cursos seleccionados. Se brindan fundamentos teóricos desde los primeros años de carrera, avanzando en los siguientes con estrategias didácticas para el desarrollo de habilidades dando continuidad a la temática. En la Universidad Latina de Costa Rica se está empezando con la introducción de temas directamente relacionados a APS y otros se han venido brindando de forma indirecta.

Abstract

The primary health care (PHC) is a fundamental system of health (SH) component effective, strengthens the capacity of society to reduce inequities in health. A SH based on the PHC provides comprehensive, integrated and appropriate care, emphasis on prevention and promotion, taking families and communities as a basis for planning and action.

Arises as a problem of the present work a traditional approach to the teaching of the pharmacy to the medication, not the person. Which impact on limited pharmaceutical services (PS) based on PHC.

The present study objective was to develop a culture of PS based on PHC through the inclusion of content in the courses of the clinical area of degree in pharmacy from the two participating universities.

Identified the contents about PHC currently offered, then the minimum contents about PHC essential in the University education of grade was determined to promote the PHC-based PS. The results show that in the UCR, it has begun to consolidate the theme of PHC, in the four selected courses. Theoretical foundations are provided from the early years of career, advancing in the following with teaching strategies for the development of skills giving continuity to the theme. In the Universidad Latina de Costa Rica is beginning with the introduction of topics directly related to PHC and others have been providing indirectly.

Características de las organizaciones donde se desarrolla el proyecto

Universidad Latina de Costa Rica

Nombre de la organización y representante legal

La Universidad Latina de Costa Rica, se encuentra ubicada en San Pedro de Montes de Oca, en la provincia de San José. Es miembro de la Red Laureatte, lo cual permite ofrecer a sus estudiantes más de 60 carreras a nivel nacional y el acceso a una red de 75 universidades e institutos de educación superior en 30 países del mundo. (11)

El representante legal es la señora Rectora Master Rosa Monge.

Tiempo de operación (fecha de inicio de actividades de la organización)

La Universidad Latina de Costa Rica, fue una de las pioneras en el desarrollo de la educación superior privada en el país, y en sus 35 años de trayectoria se ha consolidado como una universidad líder en el ámbito académico nacional. (11).

Cabe mencionar, que la Carrera de Farmacia de la Universidad Latina de Costa Rica, se imparte desde el año 2010 y en el año 2013 obtuvieron sus primeros seis graduados como Licenciados en Farmacia.

Estructura organizacional (modelo organizativo y líneas jerárquicas)

La máxima autoridad académica es la rectora y la estructura organizacional se divide en facultades que tienen como autoridad un decano y cada facultad tiene las diferentes escuelas que tienen como autoridad un director académico.

En el caso de la escuela de farmacia de la Universidad Latina de Costa Rica pertenece a la Facultad de Ciencias de la salud.

Misión

Formar Licenciados en Farmacia, con las competencias en salud, buenas prácticas en la farmacia, almacenamiento, manufactura y gestión de calidad de medicamentos necesarias para ejercer su profesión, de manera responsable, ética, de liderazgo, con espíritu crítico y emprendedor, dispuestos al cambio, comprometidos con las necesidades y demandas del sector salud con excelencia en el aprovechamiento de la tecnología, investigación, interdisciplinariedad, interacción social e internacional.(4).

Visión

Ser una escuela de farmacia referente en el modelo curricular a nivel nacional e internacional.

Logros (principales hitos de la organización)

Formación de un profesional en farmacia capaz de desempeñarse en todas las áreas del ejercicio profesional.

Desarrollo de un modelo curricular basado en competencias y en un ambiente interdisciplinario.

Se ha logrado un balance entre el modelo curricular, infraestructura y equipo de docentes facilitadores del aprendizaje que permite cumplir con los requerimientos para formar profesionales en farmacia que respondan a las necesidades del mercado laboral.

Financiamiento de la organización (fuente de financiamiento)

La fuente de financiamiento es la matrícula de los estudiantes.

Universidad de Costa Rica**Nombre de la organización y representante legal**

Universidad de Costa Rica, Dr. Henning Jensen Pennington, Rector.

Tiempo de operación (fecha de inicio de actividades de la organización)

La cátedra de Farmacia se creó en 1848 y es de las más antiguas del país. Junto con la Facultad de Medicina y Cirugía, la cátedra de Farmacia tuvo y sigue teniendo un papel muy importante en los programas de salud pública y educación sanitaria del Estado costarricense, en 1897 se independizó de la Facultad de Medicina creando su propia facultad. En 1902 se funda el Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica, el cual ha regulado el ejercicio de esta profesión. La Facultad de Farmacia fue de gran importancia para la creación de la Universidad de Costa Rica (UCR), pasando el 31 de diciembre de 1941 a ser administrada por la Universidad de Costa Rica. La Facultad se ha encargado de formar profesionales los cuales han brindado sus servicios para mejorar la salud pública de Costa Rica a lo largo de los años (8). La Facultad de Farmacia de la Universidad de Costa Rica, tiene ya 118 años de contribuir con el nivel de calidad de vida de la población costarricense, por medio de la docencia, la investigación y la acción social en el campo de los medicamentos y su interacción con los organismos vivos (9).

La carrera de Farmacia forma profesionales capacitados para desempeñarse en cualquier área del ejercicio de la profesión, con una sólida formación ética y humanística que les permita impulsar el desarrollo de la salud costarricense. Durante su formación como farmacéuticos, los estudiantes adquieren conocimientos sobre los medicamentos y las sustancias utilizadas en su fabricación, la tecnología farmacéutica y el control físico-químico (9).

Estructura organizacional (modelo organizativo y líneas jerárquicas)

Las tres máximas autoridades de la Universidad son: La Asamblea Universitaria, El Consejo Universitario y la Rectoría. La Rectoría cuenta con cinco Vicerreorías a saber: Vicerreoría de Administración, Vicerreoría de Investigación, Vicerreoría de Acción Social, Vicerreoría de Vida Estudiantil y Vicerreoría de Docencia. A esta última dependencia pertenece la Facultad de Farmacia.

La Facultad de Farmacia cuenta como máxima autoridad la Asamblea de Facultad, luego la Decanatura. En la parte docente cuenta con tres departamentos a saber: Departamento de Farmacología, Toxicología y Farmacodependencia; Departamento de Farmacia Industrial y Departamento de Atención Farmacéutica y Farmacia Clínica.

Misión

La carrera se compromete con la formación de un profesional miembro del equipo de salud, tomar de decisiones, comunicador, líder, administrador, estudiante de por vida y maestro, con altos valores éticos, humanísticos y comprometido con la investigación, la calidad, excelencia profesional, con el fin de proveer una adecuada atención farmacéutica que contribuya con el desarrollo de la salud. (5).

Visión

Ser la carrera que asegure el liderazgo y que integre nuevos conocimientos y tecnologías en la formación de profesionales con bases sólidas en el quehacer farmacéutico (9).

Logros (principales hitos de la organización)

La Universidad de Costa Rica (UCR) reingresó este 2016 al selecto grupo de las 500 mejores universidades del mundo escogidas entre 21.000 universidades de todo el planeta; según la medición del ranquin Webometrics que evalúa la presencia de su producción académica y científica, junto con la accesibilidad de esa producción en Internet (23).

Entre las universidades latinoamericanas, la UCR ocupa la posición 16 superada solo por diez universidades brasileñas, dos argentinas, una de Chile, una de Colombia y una de México. El reconocimiento internacional de la UCR ubica al país en la 6° posición de América Latina, solo después de esos cinco países mencionados (23).

Tomando solo a las universidades de la región de México, América Central y Caribe, la UCR ocupa el segundo lugar de la zona, superada solo por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Si se exceptúa a México y se consideran únicamente las universidades de Centroamérica y el Caribe, la UCR se posiciona como la universidad más importante de la región, según el ranking. El sitio web de la Universidad de Costa Rica www.ucr.ac.cr conserva un lugar de privilegio entre los mejores de las universidades del Continente (23)

El proyecto aquí planteado se concreta e implementa en la Facultad de Farmacia de la Universidad de Costa Rica, y en la Universidad Latina de Costa Rica; en los cursos del área farmacéutica enfocados a la farmacoterapia del paciente, de forma que se introduzca a los estudiantes, al estudio de lo que corresponde el desarrollo de los servicios farmacéuticos con enfoque en atención primaria en salud. (11)

A continuación se describen los cursos en los cuales se realizará la inclusión del enfoque de atención primaria en salud, para el desarrollo de una cultura orientada a servicios farmacéuticos que responden a las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

Cursos Universidad Latina de Costa Rica	Cursos Universidad de Costa Rica
Introducción a las Ciencias Farmacéuticas	Introducción a la Farmacia
Epidemiología y Salud Pública	Salud Pública
Administración de Establecimientos Farmacéuticos I (Farmacia Comunal I)	Atención Farmacéutica I (Farmacia Comunal I)
Práctica Farmacéutica I (Farmacia Comunal II)	Atención Farmacéutica II (Farmacia Comunal II)
Farmacia Hospitalaria	Farmacia de Hospital

INTRODUCCIÓN

La introducción del proyecto hace referencia a la justificación, el marco referencial sobre el cual se fundamenta y el problema a resolver o proceso a mejorar e innovar.

Justificación del proyecto

Los servicios farmacéuticos de Costa Rica públicos y privados, tienen gran potencial para el desarrollo de la atención de salud con enfoque en Atención Primaria en Salud (APS), desde la perspectiva de servicios de primer nivel de atención. Lamentablemente, por sus características, la mala percepción por parte de los grupos de interés y los grandes desafíos que implica la implementación de este nuevo enfoque de salud, no se han utilizado de forma provechosa como recurso sanitario, sobre todo en los servicios farmacéuticos del sector privado; sin embargo el sector público ha logrado el desarrollo de esta cultura a través de grandes esfuerzos por parte de los servicios de farmacia de la institución (Caja Costarricense del Seguro Social).

A partir, de lo anterior es que se desprende la necesidad de desarrollar un cambio de cultura de la orientación de los servicios de farmacia, desde la formación académica, en donde se involucre al paciente, la familia y la comunidad y no solamente al medicamento y que dichos elementos sean incorporados posteriormente a los equipos de salud para actividades de prevención y promoción de la salud y contrarrestar la desigualdad e inequidad sanitaria.

Somos conscientes que para ganar un lugar en Atención Primaria en Salud, hay que formar farmacéuticos con las competencias necesarias para el abordaje de estrategias que desarrollen equipos de atención primaria en salud, definidas estas como las *“características (conocimientos, habilidades y actitudes) de las personas, que se ponen de manifiesto cuando ejecutan una tarea o realizan un trabajo y están relacionadas con el desempeño exitoso en una actividad, laboral o de otra índole”* (p.22). (11).

De esta forma, el proyecto tendrá su alcance específicamente en los estudiantes que matriculados en los cursos del área farmacéutica clínica, logrando que éstos tomen conciencia de que el interés por mejorar la farmacoterapia de un paciente no solo se centra en el medicamento, sino que involucrará una intervención farmacéutica con la familia y la comunidad de ese paciente.

A la vez, la universidad se empezará a ver inmersa en las nuevas tendencias de la Farmacia, lo cual aportará valor agregado al plan de estudios y la formación de futuro profesionales

farmacéuticos que lleguen a proponer e implementar mejores servicios desde la farmacia, tanto del sector público como del privado.

Marco Referencial

Desarrollo de la Atención Primaria en Salud

La Atención Primaria de Salud (APS) es reconocida como uno de los componentes fundamentales de un sistema de salud efectivo, es vista además, como una estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud (6).

Un sistema de salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción (6).

Los Servicios Farmacéuticos pueden incluirse en la filosofía de APS. Hoy en día las farmacias en la Región generalmente orientan sus actividades hacia el producto, esto es el medicamento. Las farmacias del sector público se ocupan de la distribución/dispensación de los medicamentos y las privadas de su comercialización. Esta realidad necesita cambiarse en el marco del nuevo modelo de SF basados en la APS (7).

Existe evidencia de que los servicios clínicos que proveen los farmacéuticos en pacientes ambulatorios pueden mejorar los resultados clínicos de éstos y afectar positivamente los patrones de prescripción. Los servicios clínicos brindados por farmacéuticos incluyen: información de medicamentos, revisión de la medicación, educación, consejo y promoción de la salud (5).

Los efectos positivos de las actividades clínicas llevadas a cabo por los farmacéuticos se presentan en mayor medida en acciones multifacéticas de seguimiento de los pacientes de frente a las actividades aisladas de entrega de los medicamentos, educación o información de medicamentos (5).

En Ontario Canadá existe la atención de salud por medio equipos interdisciplinarios, en los que se incluye la colaboración de las familias, de manera que conforman un nuevo modelo colaborativo. Este nuevo modelo busca incrementar la comprensión, integración y accesibilidad de la atención primaria de salud y su objetivo es mejorar el acceso, optimizar la atención preventiva, y el manejo de enfermedades crónicas a través de prácticas colaborativas centradas en el paciente (2).

La inclusión de farmacéuticos en la provisión de la atención al paciente en equipos de atención primaria se ha señalado como un acercamiento a las necesidades altamente complejas de la terapia con medicamentos de los pacientes mayores (2). Los farmacéuticos pueden apoyar a los pacientes por medio del consejo sobre estilos de vida, como un servicio farmacéutico esencial. Los pacientes pueden ser identificados cuando retiran las prescripciones, creando una oportunidad para los farmacéuticos de facilitar consejo sobre estilos de vida (1).

Dos revisiones sistemáticas han encontrado que los farmacéuticos generalmente son positivos acerca de su rol en la salud pública, sin embargo esta actividad es vista como secundaria a las actividades de dispensación. Además, el nivel de confianza de los farmacéuticos en su capacidad de llevar a cabo actividades de salud pública es de moderado a bajo (1).

A pesar de los beneficios que se identifican cuando el farmacéutico realiza actividades clínicas y de la actitud positiva de éstos para realizar actividades de salud pública (1,5), existen barreras para que los farmacéuticos realicen este tipo de actividades e incluyen: sobre carga de trabajo, presión por el tiempo y falta de remuneración (1).

Otra barrera, es la percepción de los pacientes acerca de los farmacéuticos, ya que muchos farmacéuticos opinan que los pacientes no tienen un buen conocimiento de las capacidades profesionales, lo cual dificulta proveer consejo sobre estilos de vida. Otra de las percepciones, es que los pacientes esperan un servicio rápido del farmacéutico, donde las expectativas del servicio están asociadas más al personal que vende que al profesional de salud (1).

También se han identificado barreras para la inclusión de los farmacéuticos en los equipos de salud, donde se señala que inicialmente es difícil que se identifique el rol de este profesional (2), y a esto se puede agregar el aislamiento geográfico, comunicación deficiente, falta de

tiempo y remuneración para las actividades del equipo (5).

A pesar de las limitaciones identificadas, es importante anotar que los farmacéuticos están bien posicionados y bien entrenados para reducir los problemas relacionados con medicamentos y el costo asociado a los mismos; siendo una de las principales estrategias para lograrlo la alfabetización en salud (3). Los farmacéuticos pueden proveer información sobre la medicación y la enfermedad, indagar sobre la experiencia del paciente con la medicación, y motivarlo en su esfuerzo por mejorar la salud (4).

La baja alfabetización en salud se traduce en una limitada capacidad para obtener, procesar y entender la información básica de salud. Una limitada alfabetización en salud se asocia con menos conocimiento acerca de los temas de salud, peor estado de salud, altos índices de hospitalización y mayores costos de la atención en salud. Adicionalmente, los pacientes con una alfabetización en salud inadecuada reportan menos claridad en la comunicación con los proveedores de salud que aquellos pacientes en los que sí la hay (3).

La limitada alfabetización en salud reduce la capacidad para interpretar y adherirse a los tratamientos e incrementa la susceptibilidad a los errores de medicación. Los farmacéuticos son profesionales accesibles y tienen la oportunidad de mejorar el uso de los medicamentos (3).

Para favorecer el rol activo de los farmacéuticos brindando servicio de salud pública es importante incrementar las expectativas de los pacientes y la demanda este servicio, para ello hay que vencer barreras comunes que describen. Aunado a ello los programas educativos no deben enfocarse solo en el entrenamiento y producción de proveedores capaces, sino también en incorporar estrategias de cómo cambiar la cultura y crear expectativas y demandas del servicio (3).

El documento de posición de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS, 2013), establece como factor crítico de éxito para los servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de la salud, a los recursos humanos. A raíz de esto, se hace énfasis en la formación del profesional farmacéutico hacia esta nueva tendencia o enfoque en los sistemas de salud.

La formación de los profesionales farmacéuticos, es llevada a cabo a través de la educación permanente, considerada como aquella que se da a lo largo de la vida. Para ello, los Colegios Profesionales mediante la educación continua, organizan cursos, charlas, congresos, entre otras actividades que sirvan como actualización de conocimientos a estos profesionales, para el buen ejercicio de la profesión; parte de ese buen desempeño, dependerá primordialmente de la educación formal que se ha recibido a lo largo de los años universitarios, y que se torna importante que las instituciones educativas adquieran el compromiso de caminar junto al cambio y nuevas tendencias de los enfoques curriculares y disciplinares de una profesión.

La necesidad de que el nuevo enfoque en los sistemas de salud y por ende en los servicios farmacéuticos, sea introducido en los cursos del área farmacéutica clínica de la carrera de Farmacia en la Universidades de Costa Rica que la imparten, le permite al estudiante conocer y dimensionar la esencia de esta disciplina para el país.

Competencias profesionales enfocadas al desarrollo de los Servicios Farmacéuticos basados en la Atención Primaria de Salud

Para lograr una cultura enfocada al desarrollo de la atención primaria en salud es importante que el estudiante de la carrera de Farmacia reciba una formación cognitivo constructivista enfocada al desarrollo de competencias y habilidades orientadas hacia el paciente y no como se ha realizado tradicionalmente con un enfoque al medicamento.

El estudiante debe conocer sobre los determinantes sociales de la salud y a la vez vivir la experiencia práctica a nivel de individuo, familia y comunidad sobre ese conocimiento recibido. Debe conocer sobre el abordaje en prevención de la enfermedad y promoción de la salud dentro de una formación teórica - práctica con actividades simuladas o de campo que le permitan crear herramientas para educar en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Deben recibir una formación en atención farmacéutica que le permita trascender las paredes

del servicio farmacéutico público o privado a través de visitas supervisadas en un equipo de salud que defina un rol del farmacéutico en el seguimiento de la farmacoterapia, farmacovigilancia y farmacoepidemiología.

El farmacéutico debe recibir una formación enfocada al desarrollo de actividades profesionales dirigidas al uso eficiente de los fármacos a través de un seguimiento exhaustivo del paciente como individuo, en su familia y en su comunidad utilizando recursos de su rol de educador en salud.

Si enfocamos la educación farmacéutica para el desarrollo de competencias profesionales para la prevención de la enfermedad y para la promoción de la salud en los servicios farmacéuticos, y si tomamos conciencia desde nuestra formación universitaria sobre el potencial de los servicios farmacéuticos públicos o privados para atención primaria en salud lograremos un cambio en el ejercicio profesional del farmacéutico.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), identifica a las competencias de un farmacéutico como las siguientes: proveedor de cuidado, tomador de decisiones, comunicador, líder, gerente, aprendiz permanente, educador e investigador (11). A raíz de esta premisa, el Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica, a través de la Comisión de Decanos definió las competencias generales de los farmacéuticos de Costa Rica, por las cuales las universidades que imparten la carrera de farmacia deben orientarse para la formación de los futuros farmacéuticos, que los impulsen al desarrollo de servicios farmacéuticos enfocados a la atención primaria en salud; éstas se describen a continuación: (12)

1. PROVEEDOR DE CUIDADO (ATENCIÓN)

Proveer cuidados al paciente, la familia y la sociedad en el uso racional de los medicamentos, a través de la dispensación de medicamentos, la atención farmacéutica y la farmacovigilancia, alineados con los principios científicos, éticos, legales y reglamentarios en beneficio de la salud pública.

2. COMUNICADOR Y EDUCADOR

Desarrollar, de forma correcta y efectiva, procesos comunicativos y educativos empleando medios y tecnología, con el fin de informar y facilitar la comprensión de los aspectos técnicos, científicos y regulatorios del manejo y uso racional de los medicamentos, a los pacientes, profesionales, personal técnico de apoyo y a la comunidad en sus diversos contextos, sociales y laborales.

3. LÍDER Y GESTOR

Gestionar eficazmente iniciativas, procesos, actividades y la toma de decisiones en establecimientos farmacéuticos, organizaciones y equipos interdisciplinarios, aportando el conocimiento y valores éticos aplicables a la praxis farmacéutica para el manejo y control adecuado de los medicamentos y la atención sanitaria.

4. TOMADOR DE DECISIONES, INVESTIGADOR, CRÍTICO

Desarrollar un pensamiento crítico y científico responsable respecto a situaciones e información disponible en los ámbitos científico, farmacéutico, regulatorio y social, que permita la toma de decisiones, la investigación y la resolución de problemas.

5. ESTUDIANTE DE POR VIDA

Demostrar el compromiso con el aprendizaje de por vida, mediante el estudio individual y la participación en actividades de educación continua, para cumplir de manera competente los objetivos de la praxis profesional y su rol en la sociedad.

Definición del problema e identificación de indicadores

Problema

El plan de estudios de la carrera de Farmacia en las universidades costarricenses, se ha enfocado mayoritariamente al medicamento. A pesar de que se brindan contenidos en los cursos sobre promoción de la salud y prevención de la enfermedad, resulta necesaria una articulación de contenidos relacionados con Atención Primaria en Salud (APS) en el plan de

estudios de manera que se desarrolle de tema de forma continuada y completa. De manera que los conocimientos indispensables sobre el medicamento se desarrollen de la mano con una visión de elemento de la salud sobre el cual se puede realizar acciones de atención primaria en los pacientes, la familia y la comunidad.

Se presenta la necesidad de desarrollar una cultura de servicios farmacéuticos basados en Atención Primaria en Salud a través de la inclusión de contenidos en los cursos del área clínico-farmacéutica orientada a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad para la formación académica de futuros farmacéuticos debido a que el objeto de estudio de la carrera está enfocado más al medicamento que al paciente, la familia y la comunidad. La insatisfacción en el desarrollo de competencias en APS es una realidad presente en la macro-variable “resultados en términos de producción o producto”.

Identificación de indicadores

1. Número de contenidos sobre APS que actualmente se imparten en los cursos del área clínico-farmacéutica de la carrera.
2. Número de cursos del plan de estudios de la carrera de Farmacia identificados en los cuales puedan incluirse contenidos y estrategias didácticas sobre Atención Primaria en Salud (APS).
3. Número de contenidos mínimos determinados que deben ser incluidos en la formación universitaria de pregrado
4. Número de estrategias didácticas propuestas para el desarrollo de los contenidos de APS.

Descripción del problema y sus consecuencias

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha señalado que se hace necesario cambiar el enfoque de las políticas y estrategias en medicamentos, las cuales hasta el presente se han centrado en el medicamento e iniciar una nueva visión donde lo importante son los individuos, sus familias y la comunidad (IFC) con sus necesidades en salud, buscando garantizar la atención integral, integrada y continuada de las necesidades y problemas de la salud, de la población, tanto individual como colectiva, teniendo el medicamento como uno de los elementos esenciales, contribuyendo a su acceso equitativo y uso racional (1).

Se propone que los servicios farmacéuticos (SF) se reorienten de forma, que se contribuya en la eliminación de las barreras que ocasionan los determinantes sociales del acceso a la salud, afrontando dificultades de orden socioeconómico, geográfico, sociocultural y por supuesto organizacional (1).

Los Servicios Farmacéuticos de calidad deben partir de un diagnóstico adecuado, la prescripción basada en la evidencia, con la elección de los medicamentos más adecuados, a las dosis adecuadas; la calidad en la dispensación, brindando la información y apoyo para el logro de los objetivos terapéuticos por el paciente, incluyendo no solo el uso racional de los medicamentos sino la promoción de estilos de vida saludables y el autocuidado (1).

Para esto, se deben tener en cuenta los conocimientos de no sólo los saberes sobre los medicamentos, su farmacología, nombres genéricos, concentraciones, indicaciones a los pacientes sobre la forma de administrarlos, sino el conocimiento del contexto socio-cultural, los determinantes sociales y el proceso salud enfermedad (1).

Con el propósito de promover la reorientación del modelo de SF, es necesario e imperativo pensar en reorientar también la formación y educación permanente de los recursos humanos. Un recurso humano al que no le sea ajeno al contexto socio-cultural y económico a los temas relacionados a la salud y a los servicios farmacéuticos. Tales profesionales, deben ser capaces de construir políticas públicas farmacéuticas, que en verdad afronten los principales problemas nacionales e internacionales que obstaculizan el derecho a la salud, promover marcos regulatorio adecuados y hacer la prestación de los servicios (1).

En ese nuevo talento humano va a residir la fuerza transformadora de estos servicios farmacéuticos y de los mismos sistemas de salud que cambian con su orientación y liderazgo, por eso se demanda de los proyectos pedagógicos de las carreras de farmacia que puedan conciliar conocimientos habilidades y actitudes, de forma a capacitar estos profesionales para desarrollar y colocar las tecnologías existentes al servicio de la salud y el bienestar de la población (1).

Este profesional debe ser capaz de prestar servicio, tomar decisiones, comunicarse, ser un líder, gerente, aprendiz permanente y educador. Este profesional debe estar apto al trabajo en equipo, por lo que le es bien cara la interdisciplinariedad y la intersectorialidad. Para esto, las instituciones educativas deben promover la educación permanente, con condiciones y recursos adecuados, utilizando metodologías activas de enseñanza aprendizaje, con un cuerpo docente altamente calificado (1)

Los SF deben promover la capacitación de sus integrantes a fin de que cuenten con las competencias necesarias para realizar su labor con excelencia. Al mismo tiempo, de esta manera contribuirán a la formación y educación continua y permanente de los demás profesionales de la salud en todos los aspectos relacionados con las funciones y actividades de los SF (2). De acuerdo con la OPS/OMS, los cambios necesarios en la formación y la educación permanente deben orientarse a las competencias de los profesionales de salud acordes con los elementos esenciales de los sistemas de salud basados en la APS (2).

De la misma forma como necesitan reorientarse los servicios, el farmacéutico precisa pasar de ser un elaborador y distribuidor de medicamentos, a ser un profesional que brinda atención sanitaria. La reorientación de la formación propuesta implica que el estudiante sea expuesto al contexto de la salud pública y de los SF lo más temprano posible, con una complejidad creciente y en contacto constante con otros miembros del equipo de salud (2).

Se propone la utilización de metodologías activas de enseñanza y aprendizaje, tales como la problematización, el aprendizaje basado en problemas, la simulación de casos clínicos para desarrollo de habilidades clínicas y humanísticas y para la seguridad del paciente, el uso de formas de evaluación formativas y sumativas que consideren las competencias de una forma más amplia como, por ejemplo, el uso del examen clínico estructurado por objetivos (en sus siglas en inglés: OSCE) y que se estimule el desarrollo de valores y principios de la ética y bioética, la educación permanente y la acción-reflexión-acción (aprender a aprender, aprender haciendo) (2).

El Comité de Expertos de la OMS ha identificado barreras organizacionales para el desarrollo de programas para la educación en salud (3):

- Inadecuada visión y planeamiento estratégico
- Inadecuado entendimiento y aceptación de los programas
- Falta de responsabilidad
- Inadecuada colaboración y coordinación entre las personas que dirigen las escuelas de salud.

A pesar de las barreras, las investigaciones tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, demuestran que los programas de educación en salud pueden reducir simultáneamente los problemas comunes de salud, incrementan la eficiencia de los sistemas educativos y el avance de la salud pública, así como el desarrollo educativo, social y económico de cada nación (3).

Una vez presentado el panorama anterior, es importante la descripción del actor o actores que propiciarán dichos cambios en la formación académica de los futuros farmacéuticos en las universidades, teniendo en cuenta que la misión de cada una, parte de un compromiso por formar profesionales en salud líderes dentro de los equipos de salud para el mejoramiento de la atención sanitaria.

Para conocer el actor, quien define el problema planteado anteriormente, se debe mencionar, que en lo que respecta a la Universidad Latina de Costa Rica, existe una jerarquía en la que el máximo órgano es el Consejo Académico de la Escuela de Farmacia, bajo la dirección del Director de la Escuela de Farmacia, este último es quien desde su posición como director o decano, define el problema planteado, debido al acercamiento que tiene para la identificación de éste, ya que es quien realiza el estudio del plan de estudios de acuerdo a las necesidades actuales en el área de la farmacia, además de otras actividades tales como: la entrevista de los docentes, la participación en la Comisión de Decanos del Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica y otras actividades afines en dicho Colegio, la atención de consultas a estudiantes, la participación de procesos de mejoramiento interno por parte de la universidad propiamente hacia la carrera.

Para el caso de la Universidad de Costa Rica, también existe una jerarquía a respetar, por lo que el máximo órgano director de la Facultad, es la Asamblea de Facultad, ésta conformada por todos los profesores en régimen académico y que es dirigido por la decanatura, definido

éste último también como el actor en la identificación del problema.

Es así como, existe la posibilidad de realizar cambios desde la Dirección de Farmacia de cada una de las universidades, que contribuyan al desarrollo de una cultura de servicios farmacéuticos basados en APS a través de la inclusión de contenidos en cursos del área clínico-farmacéutica que le permitan como profesionales, el desarrollo de competencias en Atención Primaria en Salud (APS), iniciando desde la coordinación con los docentes para la solicitud de la inclusión de contenidos mínimos relacionados con APS en los cursos del área clínico-farmacéutica, las estrategias didácticas utilizadas para el desarrollo de los contenidos de APS, los contenidos sobre APS que se imparten actualmente en los cursos del área clínico-farmacéutica, todo esto mientras se desarrolla una modificación del curriculum, que en el caso de las dos universidades ya está avanzando dicho proceso.

Bien lo indica el Grupo Técnico para el desarrollo de competencias para los Servicios Farmacéuticos (6), al hacer mención al documento: Estrategias para el desarrollo de los equipos de salud de APS de la OPS/OMS, en el que expone la importancia a nivel de la formación de los futuros profesionales de la salud, los procesos educativos y la educación continua de *“modificar y reorientar la formación por competencias en concordancia con los elementos esenciales que definen los sistemas de salud basados en APS”*. (6), p.21; por lo que a través de la inclusión de temas específicos orientados a APS se estaría aportando en parte, a los elementos esenciales que definen dichos sistemas.

El impacto del problema expuesto, hace referencia a la creencia de que existe un déficit en la calidad de la formación de grado de los farmacéuticos en cuanto a competencias en atención primaria en salud, traduciéndose en que actualmente, la percepción es que los farmacéuticos, tienen cierto déficit de habilidades, conocimientos y actitudes necesarias para el trabajo en los equipos de salud basados en APS. Lo anterior, para permitir el desarrollo de estrategias, el mejoramiento de sus funciones y el poder profesionalizar su labor en los servicios de farmacia públicos y privados de este país con el fin de satisfacer las necesidades de los pacientes y del equipo de salud. Hall (2003) hace referencia a esto, al mencionar que la carrera de Farmacia está sufriendo cambios importantes a nivel mundial en lo que respecta al ámbito laboral y académico; todo ello con el fin de profesionalizar las labores del farmacéutico (7). Esto, le permitirá adquirir sensibilidad y conciencia necesaria para incorporarse a una comunidad y comprender que su rol no solo deberá enfocarse al medicamento sino también al paciente, la familia y la comunidad.

La Encuesta Nacional Diagnóstica de Servicios Farmacéuticos y Buenas Prácticas de Farmacia, llevada a cabo por el Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica en el 2012, a profesionales en ejercicio que se desempeñaban en el área asistencial; tuvo por objetivo conocer el actuar de la práctica farmacéutica en Costa Rica respecto a los estándares establecidos en el documento de Buenas Prácticas en Farmacia de la OMS y la Federación Farmacéutica Internacional en el 2011. La encuesta estaba dirigida a una población meta aproximada de 2439 profesionales y fue contestada por 546; entre los resultados de la encuesta destacan los siguientes:

- En la formación académica específicamente sobre la participación en servicios y actividades de promoción de la salud y/o prevención de la enfermedad: el 8.9% refirió ser entre regular, mala a muy mala y un 91% de buena a muy buena. (8)
- En el desempeño laboral, al consultar acerca de la frecuencia con que realizan los farmacéuticos las funciones de las áreas profesionales, se documentan las siguientes respuestas:
- Respecto a las actividades de gestión del tratamiento farmacológico (seguimiento farmacoterapéutico): el 46.9% refirió que las realizan con mucha frecuencia o con frecuencia, el 53.1% lo hace con poca frecuencia o nunca lo realiza. (8)
- Respecto al control del progreso y los resultados del paciente: el 47.9% las realizan con mucha frecuencia o con frecuencia, el 52.2% lo hace con poca frecuencia o nunca lo realiza. (8)

- Respecto al ofrecer información sobre medicamentos y problemas relacionados con la salud del paciente: el 94.4% las realizan con mucha frecuencia o con frecuencia, el 5.6% lo hace con poca frecuencia o nunca lo realiza. (8)
- Respecto a las actividades para difundir información comprobada sobre medicamentos y diversos aspectos del autocuidado: el 29.3% las realizan con mucha frecuencia o con frecuencia, el 70.7% lo hace con poca frecuencia o nunca lo realiza. (8)
- Respecto al ejercicio profesional, se demostró que las actividades que más realiza en cuanto a servicios y actividades de promoción de la salud y/o prevención de la fueron las siguientes: (8)
 - Actividades de uso racional de medicamentos, 46.6% de los encuestados
 - Participación en Ferias de salud, 43.5%
 - Participación en Campañas de vacunación: 36.7%
 - Educación sobre métodos de anticoncepción: 36.2%
 - Actividades de concientización sobre resistencia bacteriana: 33.6%
 - Educación sobre enfermedades de transmisión sexual: 20.7%
 - Campañas públicas de prevención de enfermedades: el 10.8%
 - Programas de deshabitación tabáquica: 6.2%
 - Programas de prevención a adicción a drogas: 4.6%

De lo anterior, se podría decir que los farmacéuticos encuestados tienen una percepción buena en cuanto a la formación académica en actividades de salud pública. Sin embargo, a la hora de insertarse a la actividad profesional, menos de la mitad de los encuestados se involucran en las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que se consultaron en la encuesta. A partir de los datos anteriores, se puede hacer referencia de que el impacto del estudio, por el problema expuesto, repercute también en el compromiso que señala la misión de cada una de las carreras de farmacia de las universidades respecto a la formación de profesionales líderes en los equipos de salud, lo cual no se está viendo así reflejado.

La población de este proyecto de investigación, corresponde a los docentes que imparten los cursos del área clínico-farmacéutica del plan de estudios de farmacia, en la Universidad Latina de Costa Rica y la Universidad de Costa Rica, todos licenciados en farmacia y algunos otros con grado de maestría sobre todo los que imparten cursos en el área clínica. Los estudiantes que se encuentren matriculados en dichos cursos, serán los posibles beneficiarios pero corresponde para efectos de este proyecto a una población indirecta, la cual no se tomará en cuenta para los objetivos propuestos.

Análisis de las causas

Para este trabajo, se postula como hipótesis, causa de la necesidad del desarrollo de una cultura basada en APS, a una deficiencia en el desarrollo de competencias en atención primaria, en la formación de grado de farmacia. Esto debido a los cambios realizados en los servicios de salud que han implicado profundas transformaciones en los modelos y prácticas de gestión y en los modelos de atención que necesariamente modificaron el panorama laboral (9). En el caso de la farmacia se pasó de la parte de formulación y preparación de medicamentos, como actividad esencial, al involucramiento de este profesional en actividades asistenciales, que lo pone de cara al reto de desarrollar competencias que le permitan involucrarse más al paciente, la familia y la comunidad.

Desde el punto de vista de los requerimientos de desempeño, en los diversos niveles de decisión y atención de la farmacia asistencial, se han generado nuevas competencias, las cuales son características (conocimientos, habilidades y actitudes) de las personas, que se ponen de manifiesto cuando ejecutan una tarea o realizan un trabajo y están relacionadas con el desempeño exitoso en una actividad, laboral o de otra índole (9).

De ahí que existe el reto de las universidades, como formadores de profesionales farmacéuticos, de adaptar los planes de estudio a esa realidad cambiante, con el fin de promover la formación de farmacéuticos que se adapten a su realidad actual y logren un ejercicio profesional efectivo. Esta adaptación se puede iniciar por medio de la inclusión de contenidos y estrategias didácticas, que propicien el desarrollo de competencias en esos temas específicos que se incorporan y por ende el desarrollo de una cultura de atención primaria en salud desde el nivel académico.

A continuación se describen las causas de acuerdo a la guía para la elaboración del trabajo final de integración (10), respecto a la necesidad del desarrollo de una cultura basada en atención primaria en salud:

Procesos

1. Acerca de los procesos asistenciales:

Se considera que actualmente están enfocados en mayor parte al medicamento en lo que respecta al despacho, almacenamiento, distribución, buenas prácticas de manufactura y administración de los servicios farmacéuticos y con el propósito de desarrollar servicios farmacéuticos basados en APS se requiere que también involucren al paciente, la familia y la comunidad.

2. Acerca de los procesos no asistenciales:

a. Procesos de docencia

Se considera que los planes de estudios de las universidades además de estar orientados a crear un recurso humano con una visión hacia la farmacoterapia y farmacovigilancia desde una perspectiva del despacho del medicamento debe reforzarse la orientación de dichas actividades, de forma que se involucre de forma más activa al paciente, la familia y la comunidad.

Se considera además, que se debe a la necesidad de reforzar la integración de conocimientos a lo largo de la carrera, respecto al desarrollo de servicios farmacéuticos con actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Se requiere reforzar el contacto del estudiante con el paciente en los servicios de atención en salud, desde el inicio de la carrera a través de una formación con estrategias didácticas y la inclusión de contenidos acerca de APS que complementen la formación que se está dando actualmente.

Recursos

1. Recurso Humano:

Se debe reforzar el estilo de enseñanza magistral a un estilo más constructivista, en la que el docente juegue un papel de facilitador del aprendizaje, permitiendo la autonomía del estudiante en el desarrollo de actividades basadas en APS.

2. Estructura edilicia (infraestructura):

Se debe utilizar metodologías activas de aprendizaje como simulación en un ambiente controlado de atención farmacéutica.

Se deben realizar convenios para realizar prácticas en los Servicios farmacéuticos de los EBASIS con intervención en los equipos de salud.

3. Equipamiento:

Se deben utilizar recursos tecnológicos como software especializados para la investigación epidemiológica

4. Recursos económicos:

Se debe contar recursos para el pago de tutorías en proyectos comunales de APS

5. Insumos (herramientas):

Información estadística de las comunidades.

Contacto con los diferentes grupos comunales.

Contacto con los miembros de los equipos de salud.

6. Normas:

Legislación en salud

Actualizar normativa que regula el ejercicio profesional del farmacéutico.

7. Información:

Plan Nacional de Salud

Análisis de los involucrados

Actor	Interés en el problema	Posibles contribuciones al proyecto
Director de carrera de Farmacia o decanatura	Involucrados en la formación de profesionales farmacéuticos y la implementación del desarrollo de una cultura basada en APS en los cursos del área clínico-farmacéutica de la carrera de Farmacia.	Coordinación con los docentes para la concientización y sensibilización al proyecto. Aprobación de que los docentes realicen cambios en el contenido programático de los cursos. Identificación de los cursos del área clínico-farmacéutica.
Docentes de las universidades	Involucrados en el desarrollo de una cultura de APS a través de estrategias didácticas acordes al tema	Identificación de contenidos relacionados con APS en los cursos de la carrera. Elaboración de estudio bibliográfico de contenidos acerca de APS que se considera debe conocer un estudiante en su formación de grado. Propuesta de inserción de los contenidos mínimos acerca de APS en los cursos. Propuesta de estrategias didácticas que propicien el desarrollo de competencias para una cultura basada en APS.

OBJETIVOS

Objetivo general

Desarrollar una cultura de servicios farmacéuticos basados en Atención Primaria en Salud a través de la inclusión de contenidos en los cursos del área clínico- farmacéutica de la carrera de Licenciatura en Farmacia de la Universidad Latina de Costa Rica y de la Universidad de Costa Rica.

Objetivos específicos

1. Identificar los contenidos acerca de atención primaria en salud que se están impartiendo actualmente en los cursos del área clínico-farmacéutica.
2. Identificar los cursos del área clínico-farmacéutico de la carrera de farmacia en los que se puede realizar la inclusión de contenidos y estrategias didácticas sobre atención primaria en salud.
3. Determinar los contenidos acerca de APS que serán incluidos en los cursos del área clínico-farmacéutica en la formación universitaria de pregrado.
4. Proponer estrategias didácticas que permitan el desarrollo de una cultura de servicios farmacéuticos basados en APS.

METODOLOGÍA

La metodología del proyecto implica el análisis de la situación y el diagnóstico estratégico del proyecto que se considera a la Matriz FODA, además incluye la tabla que corresponde a las actividades y cronograma (matriz de planificación) y el monitoreo y evaluación (matriz de indicadores).

Análisis de situación

Se presenta la necesidad de desarrollar una cultura de servicios farmacéuticos basados en Atención Primaria en Salud a través de la inclusión de contenidos en los cursos del área clínico-farmacéutica orientada a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad para la formación académica de futuros farmacéuticos debido a que el objeto de estudio de la carrera está enfocado más al medicamento que al paciente, la familia y la comunidad. La

insatisfacción en el desarrollo de competencias en APS es una realidad presente en la macro-variable “resultados en términos de producción o producto.

Matriz FODA

	Fuerzas positivas	Fuerzas Negativas
	Fortalezas	Debilidades
Auditoría interna	1 Consenso sobre la necesidad de crear una cultura de APS en servicios farmacéuticos a través de la formación universitaria.	<ul style="list-style-type: none"> No contar con capacitación respecto a APS en el 100% de los docentes de las universidades. No contar actualmente con la inclusión e integración del concepto APS en cursos del área clínico-farmacéutica.
	2 Existe un documento elaborado por la comisión de decanos y autorizado por el Colegio de Farmacéuticos que define las competencias requeridas para el ejercicio profesional farmacéutico.	<ul style="list-style-type: none"> Legislación farmacéutica requiere de una revisión para dar las condiciones adecuadas a los graduados de las universidades como gestores de APS en servicios farmacéuticos.
	3 Contar con la participación de dos universidades trabajando en un programa que podría replicarse en otras dentro del marco de una estrategia de APS nacional.	<ul style="list-style-type: none"> Carencia de una adecuada integración del farmacéutico en equipos multidisciplinarios de trabajo con poblaciones que sirva de plataforma de prácticas académicas.

	Oportunidades	Amenazas
Auditoría externa	1 El desarrollo de estrategias por parte de la Comisión de Decanos del Colfar permite ser objeto de fundamento para implementar cambios dentro de la facultad que mejoren la calidad de la formación farmacéutica.	<ul style="list-style-type: none"> 1 Modelo educativo actual de las universidades no permita implementar nuevas estrategias de aprendizaje para el desarrollo de competencias en APS.
	2 Los decanos de Farmacia pertenecen a la Comisión de Decanos del Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica (Colfar), lo que permite armonizar prácticas en la formación académica.	
	3 Inclusión de temas APS en cursos estratégicos.	
	4 Procesos de reforma curricular en todas las universidades.	<ul style="list-style-type: none"> 2 Alteración de la propuesta debido a falta de capacitación de los farmacéuticos en ejercicio. 3 Intereses comerciales en las farmacias privadas limitan el ejercicio profesional del farmacéutico.
	5 Propiciar una cultura de APS en estudiantes de grado que permitan un desempeño profesional acorde al enfoque de los nuevos Servicios Farmacéuticos.	<ul style="list-style-type: none"> 4 Desmotivación de los estudiantes y docentes para desarrollar la propuesta.
	6 Fortalecimiento de actividades de APS en diversas poblaciones a partir de una formación académica cuyo eje transversal sea atención primaria en salud.	

Definición de actividades y cronograma

Objetivo Específico 1:
Identificar los contenidos acerca de atención primaria en salud que se están impartiendo actualmente en los cursos del área clínico-farmacéutica.

Actividad A	Responsable B	Período C	Recursos humanos D	Recursos económicos E	Recursos tecnológicos F
Revisión del programa de cada curso del área clínico-farmacéutico que por su temática son afines a APS	Dr. Santiago Rodríguez (Director de Farmacia. Universidad Latina de Costa Rica) Dra. Wendy Montoya (Docente Facultad de Universidad de Costa Rica)	15 al 20 de febrero	Dr. Santiago Rodríguez (Director de Farmacia. Universidad Latina de Costa Rica) Dra. Wendy Montoya (Docente Facultad de Universidad de Costa Rica)	No es necesario porque todo será por medio digital.	Computadora e impresora
Identificación de temas relacionados con APS que se imparten actualmente	Dr. Santiago Rodríguez (Director de Farmacia. Universidad Latina de Costa Rica) Dra. Wendy Montoya (Docente Facultad de Universidad de Costa Rica) Docentes involucrados a los cursos del área clínico-farmacéutica	22 al 26 de febrero	Dr. Santiago Rodríguez (Director de Farmacia. Universidad Latina de Costa Rica) Dra. Wendy Montoya (Docente Facultad de Universidad de Costa Rica) Docentes involucrados a los cursos del área clínico-farmacéutica	Tiempo docente invertido, en la revisión. Costo del pago de la hora docente x 10 horas en total (aproximadamente 70.000 colones)	Computadora portátil o Tableta, según disponibilidad.

Objetivo Específico 2:
Identificar los cursos del área clínico-farmacéutico de la carrera de farmacia en los que se puede realizar la inclusión de contenidos y estrategias didácticas sobre atención primaria en salud.

Actividad A	Responsable B	Período C	Recursos humanos D	Recursos económicos E	Recursos tecnológicos F
Elaboración de una matriz con los cursos identificados, los contenidos de APS a que se imparten actualmente y las estrategias didácticas actuales.	Dr. Santiago Rodríguez (Director de Farmacia. Universidad Latina de Costa Rica) Dra. Wendy Montoya (Docente Facultad de Universidad de Costa Rica) Docentes involucrados a los cursos del área clínico-farmacéutica	29 de febrero al 02 de marzo 2016	Dr. Santiago Rodríguez (Director de Farmacia. Universidad Latina de Costa Rica) Dra. Wendy Montoya (Docente Facultad de Universidad de Costa Rica) Docentes involucrados a los cursos del área clínico-farmacéutica	Costo del pago de la hora docente x 10 horas en total (aproximadamente 70.000 colones)	Computadora, programa informáticos de Excel y Word

Objetivo Específico 3:
Determinar los contenidos acerca de APS que serán incluidos en los cursos del área clínico-farmacéutica en la formación universitaria de pregrado.

Actividad A	Responsable B	Período C	Recursos humanos D	Recursos económicos E	Recursos tecnológicos F
Realización de revisión bibliográfica de los temas relacionados con APS que de forma indispensable debe conocer el profesional en farmacia	Dr. Santiago Rodríguez (Director de Farmacia. Universidad Latina de Costa Rica) Dra. Wendy Montoya (Docente Facultad de Universidad de Costa Rica) Dra. Yajaira Quesada (Encargada de Proyectos. Colegio de Farmacéuticos)	15 de febrero al 04 de marzo	Dr. Santiago Rodríguez (Director de Farmacia. Universidad Latina de Costa Rica) Dra. Wendy Montoya (Docente Facultad de Universidad de Costa Rica) Dra. Yajaira Quesada (Encargada de Proyectos. Colegio de Farmacéuticos)	Costo del pago de la hora docente x 15 horas en total (aproximadamente 105.000 colones)	Computadora con acceso a internet para la búsqueda de fuentes de información primarias, secundarias y terciarias
Elaboración de una matriz de temas de APS y sus respectivos contenidos, que de manera indispensable debe conocer el profesional en farmacia, en una secuencia lógica de desarrollo	Dr. Santiago Rodríguez (Director de Farmacia. Universidad Latina de Costa Rica) Dra. Wendy Montoya (Docente Facultad de Universidad de Costa Rica) Dra. Yajaira Quesada (Encargada de Proyectos. Colegio de Farmacéuticos)	07 de marzo al 11 de marzo	Dr. Santiago Rodríguez (Director de Farmacia. Universidad Latina de Costa Rica) Dra. Wendy Montoya (Docente Facultad de Universidad de Costa Rica) Dra. Yajaira Quesada (Encargada de Proyectos. Colegio de Farmacéuticos)	Costo del pago de la hora docente x 9 horas en total (aproximadamente 63.000 colones)	Computadora Programas informáticos de Excel y Word
Comparación de las matrices de contenidos que se imparten actualmente y de los que teóricamente son indispensables para identificar los contenidos que aún no se imparten en los cursos	Dr. Santiago Rodríguez (Director de Farmacia. Universidad Latina de Costa Rica) Dra. Wendy Montoya (Docente Facultad de Universidad de Costa Rica) Dra. Yajaira Quesada (Encargada de Proyectos. Colegio de Farmacéuticos)	14-16 de marzo	Dr. Santiago Rodríguez (Director de Farmacia. Universidad Latina de Costa Rica) Dra. Wendy Montoya (Docente Facultad de Universidad de Costa Rica) Dra. Yajaira Quesada (Encargada de Proyectos. Colegio de Farmacéuticos)	Costo del pago de la hora docente x 6 horas en total (aproximadamente 42.000 colones)	Computadora Programas informáticos de Excel y Word

Objetivo Específico 4:

Proponer estrategias didácticas que permitan el desarrollo de una cultura de servicios farmacéuticos basados en APS.

Actividad A	Responsable B	Período C	Recursos huma- nos D	Recursos econó- micos E	Recursos tecno- lógicos F
Revisión bibliográfica acerca de estrategias didácticas en salud	Dr. Santiago Rodríguez (Director de Farmacia. Universidad Latina de Costa Rica) Dra. Wendy Montoya (Docente Facultad de Universidad de Costa Rica) Dra. Yajaira Quesada (Encargada de Proyectos. Colegio de Farmacéuticos)	14 de marzo al 16 marzo	Dr. Santiago Rodríguez (Director de Farmacia. Universidad Latina de Costa Rica) Dra. Wendy Montoya (Docente Facultad de Universidad de Costa Rica) Dra. Yajaira Quesada (Encargada de Proyectos. Colegio de Farmacéuticos)	Costo del pago de la hora docente x 9 horas en total (aproximadamente 63.000 colones)	Computadora con acceso a internet. Programas informático Word
Selección de estrategias didácticas que se adapten al desarrollo de contenidos de APS para favorecer una cultura de SF con enfoque en APS	Dr. Santiago Rodríguez (Director de Farmacia. Universidad Latina de Costa Rica) Dra. Wendy Montoya (Docente Facultad de Universidad de Costa Rica) Dra. Yajaira Quesada (Encargada de Proyectos. Colegio de Farmacéuticos)	17 de marzo al 18 marzo	Dr. Santiago Rodríguez (Director de Farmacia. Universidad Latina de Costa Rica) Dra. Wendy Montoya (Docente Facultad de Universidad de Costa Rica) Dra. Yajaira Quesada (Encargada de Proyectos. Colegio de Farmacéuticos)	Costo del pago de la hora docente x 6 horas en total (aproximadamente 42.000 colones)	Computadora con acceso a internet. Programas informático Word
Elaboración de una matriz de contenidos de APS en secuencia lógica de desarrollo, con la propuesta de curso de la carrera en la que se propone su inclusión y las estrategias didácticas para su desarrollo.	Dr. Santiago Rodríguez (Director de Farmacia. Universidad Latina de Costa Rica) Dra. Wendy Montoya (Docente Facultad de Universidad de Costa Rica) Dra. Yajaira Quesada (Encargada de Proyectos. Colegio de Farmacéuticos)	21 de marzo al 01 de abril	Dr. Santiago Rodríguez (Director de Farmacia. Universidad Latina de Costa Rica) Dra. Wendy Montoya (Docente Facultad de Universidad de Costa Rica) Dra. Yajaira Quesada (Encargada de Proyectos. Colegio de Farmacéuticos)	Costo del pago de la hora docente x 20 horas en total (aproximadamente 140.000 colones)	Computadora con acceso a internet. Programas informático Word

Indicadores

Objetivo Específico 1:
Identificar los contenidos acerca de atención primaria en salud que se están impartiendo actualmente en los cursos del área clínico-farmacéutica.

Tipo de indicador	Indicador	Definición	Fórmula	Meta o Estándar
Actividad 1	Número de programas del área clínica del plan de estudios revisados	Revisión de los programas de los cursos del área relacionada a la clínico-farmacéutica, que actualmente se están impartiendo en la carrera de Farmacia de la Universidad Latina y la Universidad de Costa Rica	$(\text{Número de programas revisados} / \text{Número de programas totales}) * 100$	100 % de los programas del área clínica revisados
Actividad 2	Número de temas relacionados con APS que se imparten actualmente	Hace referencia a los temas generales que tienen alguna relación con el concepto de APS y que se imparten actualmente en los cursos del área clínico-farmacéutica de la carrera de Farmacia de la Universidad Latina y la Universidad de Costa Rica	Número de temas identificados	Temas identificados a partir de la revisión del 100% de los programas del área clínica
Tiempo 1	La medición del indicador 1 se realizará del 15 al 20 de febrero			
Tiempo 2	La medición del indicador 2 se realizará del 22 al 26 de febrero			
Recursos 1	Para la medición del indicador se requiere las dos personas consideradas como responsables para dicha actividad. Se requiere de recurso tecnológico, una computadora e impresora			
Recursos 2	Para la medición del indicador se requiere las dos personas consideradas como responsables para dicha actividad y al menos 5 docentes los cuales corresponden a los docentes de dichos cursos. Se requiere de recurso tecnológico, una computadora e impresora			

Objetivo Específico 2:
Identificar los cursos del área clínico-farmacéutico de la carrera de farmacia en los que se puede realizar la inclusión de contenidos y estrategias didácticas sobre atención primaria en salud.

Tipo de indicador	Indicador	Definición	Fórmula	Meta o Estándar
Actividad 1	Cantidad de matrices de contenidos y estrategias didácticas elaboradas	Hace referencia a los contenidos relacionados con APS que se imparten actualmente en los cursos del área clínico-farmacéutica y las estrategias didácticas aplicadas	$(\text{Número de matrices elaboradas}/2)*100$	100% de las matrices elaboradas (una matriz por Universidad)
Tiempo 1	La medición del indicador se realizará del 29 de febrero al 02 de marzo			
Recursos 1	Para la medición del indicador se requiere las dos personas consideradas como responsables para dicha actividad y al menos 5 docentes los cuales corresponden a los docentes de dichos cursos Se requiere de recurso tecnológico, una computadora			

Objetivo Específico 3:
Determinar los contenidos acerca de APS que serán incluidos en los cursos del área clínico-farmacéutica en la formación universitaria de pregrado.

Tipo de indicador	Indicador	Definición	Fórmula	Meta o Estándar
Actividad 1	Cantidad de temas encontrados en la revisión bibliográfica relacionados con APS que de forma indispensable debe conocer el docente	Hace referencia al resultado de la búsqueda bibliográfica acerca del tema de APS que es considerado como indispensable por parte de los responsables del proyecto y que deben de ser conocidos para fomentar una cultura de SF basados en APS	Número de revisiones bibliográficas finalizadas	Una revisión bibliográfica de temas relacionados con APS con al menos 10 citas bibliográficas.
Actividad 2	Cantidad de matrices de temas teóricos de APS	Organización de temas de APS que ese considerados como indispensables por parte de los responsables del proyecto	Número de matrices elaboradas	Una matriz de temas de APS en secuencia lógica de desarrollo

Actividad 3	Cantidad de matrices comparadas	Hace referencia a la comparación entre matrices de contenidos que se imparten actualmente en las Universidades y la matriz de contenidos teóricamente indispensables para identificar los contenidos que aún no se imparten	(Número de matrices comparadas/2)*100	100% de las matrices comparadas
Tiempo 1	La medición del indicador se realizará del 15 de febrero al 04 de marzo			
Recursos 1	Para la medición del indicador se requiere las tres personas consideradas como responsables para dicha actividad Se requiere de recurso tecnológico, una computadora			
Tiempo 2	La medición del indicador se realizará del 07 de marzo al 11 de marzo			
Recursos 2	Para la medición del indicador se requiere las tres personas consideradas como responsables para dicha actividad Se requiere de recurso tecnológico, una computadora			
Tiempo 3	La medición del indicador se realizará del 14 de marzo al 16 de marzo			
Recursos 3	Para la medición del indicador se requiere las tres personas consideradas como responsables para dicha actividad Se requiere de recurso tecnológico, una computadora			

Objetivo Específico 4:
Proponer estrategias didácticas que permitan el desarrollo de una cultura de servicios farmacéuticos basados en APS.

Tipo de indicador	Indicador	Definición	Fórmula	Meta o Estándar
Actividad 1	Cantidad de revisiones bibliográficas acerca de estrategias didácticas en salud	Hace referencia a la búsqueda bibliográfica en cuanto a los tipos de estrategias didácticas que se pueden utilizar de forma efectiva en temas de salud específicamente en APS	Número revisiones bibliográficas realizadas	Una revisión bibliográfica de estrategias didácticas con al menos 5 citas bibliográficas
Actividad 2	Cantidad de estrategias didácticas seleccionadas que se adapten al desarrollo de una cultura de SF con enfoque en APS	Hace referencia a cuáles son esas estrategias didácticas que se utilizarán para implementar el desarrollo de una cultura de SF con enfoque en APS desde la formación académica	Número de estrategias didácticas seleccionadas	Al menos 4 estrategias didácticas seleccionadas
Actividad 3	Cantidad de matrices con la propuesta de inclusión de contenidos y estrategias didácticas desarrolladas	Hace referencia a l producto del trabajo desarrollado en la cual se incluyen los temas que deben ser desarrollados y una propuestas de estrategias didácticas para su desarrollo	Número de matrices de propuesta de inclusión de contenidos desarrolladas	Al menos 2 matrices elaboradas, una por Universidad.
Tiempo 1	La medición del indicador se realizará del 14 de marzo al 01 de abril			
Recursos 1	Para la medición del indicador se requiere las tres personas consideradas como responsables para dicha actividad Se requiere de recurso tecnológico, una computadora			
Tiempo 2	La medición del indicador se realizará del 14 de marzo al 18 de marzo			
Recursos 2	Para la medición del indicador se requiere las tres personas consideradas como responsables para dicha actividad Se requiere de recurso tecnológico, una computadora			
Tiempo 3	La medición del indicador se realizará del 21 de marzo al 01 de abril			
Recursos 3	Para la medición del indicador se requiere las tres personas consideradas como responsables para dicha actividad Se requiere de recurso tecnológico, una computadora			

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Facultad de Farmacia Universidad de Costa Rica

Luego de la revisión de los programas de los cinco cursos seleccionados (Introducción a la Farmacia, Atención Farmacéutica I y II, Elementos de Salud Pública y Farmacia de Hospital), se determinó que actualmente se imparten los temas y contenidos según se muestra en la siguiente tabla:

Desglose de los temas relacionados con APS y las estrategias didácticas en los cursos seleccionados en la Universidad de Costa Rica.		
Curso	Temas de APS que actualmente se imparten	Estrategias didácticas utilizadas
Introducción a la Farmacia	<ul style="list-style-type: none"> • Conceptos de APS 	<ul style="list-style-type: none"> • Clases magistrales
Elementos de Salud Pública	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios farmacéuticos en APS. • Determinantes sociales de la salud • Atención primaria en CR • Estrategias para la educación sanitaria de la población 	<ul style="list-style-type: none"> • Taller • Clase magistrales
Atención Farmacéutica I	<ul style="list-style-type: none"> • Determinantes sociales de la salud • Promoción de la salud y prevención de la enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Clases magistrales • Casos prácticos • Juegos de roles • Práctica supervisada en farmacia de comunidad • Resolución de casos por medio del Seguimiento farmacoterapéutico: se incluye la implementación de estrategias no farmacológicas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de la terapia: Atención Farmacéutica en patologías de mayor prevalencia en el ámbito ambulatorio. • Uso racional de medicamentos 	
Atención Farmacéutica II	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias para la educación sanitaria de la población 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de la terapia: Atención Farmacéutica en patologías de mayor prevalencia en el ámbito ambulatorio • Estrategias para la educación sanitaria de la población 	
Farmacia de Hospital	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención secundaria y terciaria de la enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de casos
	<ul style="list-style-type: none"> • Estudio del Sistema Nacional de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Clase magistral
	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de la terapia / Uso racional de medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Práctica Supervisada en Farmacia de Hospital • Análisis de casos
	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo de Salud en Redes de Servicios de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Clase magistral • Práctica Supervisada en Farmacia de Hospital

Fuente: Elaboración propia, a partir de la revisión de los Programas de los cursos y de la consulta con los profesores involucrados. Marzo 2016.

Con la revisión de los programas de los cursos se determinó que en todos los cursos seleccionados se abordan conceptos de APS. En el plan de estudios de la carrera, estos cursos se desarrollan durante el segundo, tercero, cuarto y quinto año, por lo cual los temas se van desarrollando durante la mayor parte de los años de la carrera; permitiendo de esa forma, la continuidad de la temática.

Los tópicos relacionados con APS vienen desarrollándose en el plan de estudios desde ya varios años, por lo que los mismos se han consolidado como temática. Lo anterior favorecido por la presencia dentro del cuerpo docente de cada uno de los cursos de profesionales con grado académico de Maestría en Atención Farmacéutica y Maestría en Salud Pública, y formación en *Servicios Farmacéuticos basados en APS*.

Del análisis bibliográfico se determinó los siguientes temas como esenciales dentro de los contenidos que deben desarrollarse en la educación de grado de la Licenciatura en Farmacia:

Temas y contenidos relacionados con APS que deben ser abordados en la educación de grado de la Licenciatura en Farmacia.	
1. Atención Primaria Salud Renovada	Definición, Antecedentes (eventos y documentos importantes), Estado actual
2. Servicios farmacéuticos en Atención Primaria de la Salud	Antecedentes, Modelo de SF basado en APS, Gestión de los SF, Recursos Humanos, Regulación, Ética en los SF
3. Salud y Determinantes Sociales de la Salud	Definición, Estudio y análisis de los DSS, Estudio de Intervenciones sobre DSS, Desigualdades sociales y su influencia en la salud.
4. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad	Definiciones, participación de las comunidades, ambientes favorables a la salud en sus diferentes dimensiones, desarrollo de aptitudes y habilidades para decisiones saludables.
5. Uso Racional de Medicamentos	Definición, Adherencia terapéutica, Medicamentos esenciales.
6. Redes integradas en servicios de salud	Conceptos, modalidades, beneficios de las Redes Integradas de Servicios de Salud

Fuente: Elaboración propia a partir de la temática desarrollada en el curso de Servicios Farmacéuticos basados en APS para gestores (2015-2016), OPS.

Según los temas propuestos como esenciales, actualmente en la carrera de Licenciatura de Farmacia UCR, se brindan todos, de la siguiente forma:

- 1. Atención Primaria Salud Renovada:** como tema se desarrolla en el curso de introducción a la Farmacia y en el curso de Elementos de Salud Pública. Se brinda continuidad a los conceptos llevados a la práctica en los cursos de Atención Farmacéutica I y II.
- 2. Servicios farmacéuticos en Atención Primaria de la Salud:** como tema se desarrolla en el curso de Elementos de Salud Pública y se da continuidad teórica y práctica en los cursos de Atención Farmacéutica I y II.
- 3. Salud y Determinantes Sociales de la Salud:** como tema se desarrolla en el curso de Elementos de Salud Pública y en el curso de Atención Farmacéutica I.
- 4. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad:** como tema se desarrolla en los cursos de Atención Farmacéutica I, se da continuidad a la temática en los cursos de Atención Farmacéutica II, Elementos de Salud Pública y Farmacia de Hospital
- 5. Uso Racional de Medicamentos:** se aborda en los diferentes temas de gestión de la terapia tratados durante los cursos de Atención Farmacéutica I y II y en el curso de Farmacia de Hospital.
- 6. Redes integradas en servicios de salud:** se brinda conceptos del trabajo en redes en el curso de Farmacia de Hospital.

Las estrategias didácticas implementadas en el desarrollo de las temáticas incluyen las siguientes:

1. Clases magistrales.
2. Resolución de casos prácticos: teóricos y reales.
3. Juegos de roles
4. Práctica supervisada en diferentes escenarios de la práctica profesional: farmacia de comunidad y farmacia de hospital.
5. Resolución de casos por medio del Seguimiento farmacoterapéutico: se incluye la implementación de estrategias no farmacológicas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y análisis de determinantes sociales que afectan la salud del paciente.
6. Talleres.

Los temas que se desarrollan al inicio del plan de estudio contienen estrategias didácticas de introducción al tema, predominando la clase magistral. Luego de abordar los conceptos teóricos se implementan estrategias de desarrollo del tema, en donde destacan: juego de roles, resolución de casos y prácticas supervisadas.

En una experiencia novedosa desarrollada en el primer semestre del 2016 a un grupo de estudiantes de laboratorio de introducción a la Farmacia, se consultó sobre el concepto de Atención Primaria en Salud así como sobre la aplicación de ese concepto en el tema de hipertensión arterial. Con la información generada por los estudiantes se procedió a realizar un conversatorio aclarando los conceptos y enfatizando el cambio del paradigma de los servicios farmacéuticos y su orientación hacia la atención primaria en salud.

Con esta actividad se logró determinar que los estudiantes no tienen una idea preconcebida del tema y se recomienda incluir contenidos paralelamente a los del programa del curso para que ellos logren visualizar la puesta en práctica del enfoque.

De lo anterior, se refuerza la importancia de incluir el tema desde cursos iniciales de la carrera e ir trabajando la temática en cursos posteriores o concomitantemente (según aplique), para propiciar el desarrollo de habilidades y competencias para el desarrollo de SF basados en APS.

En el caso del curso de Atención Farmacéutica II, se muestra el ejemplo de un curso más avanzado de la carrera en donde los estudiantes se enfrentan a situaciones reales que requiere la solución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM). En este caso es interesante observar como el análisis que los estudiantes realizan de los RNM, desde las causas farmacológicas inmersas en un entorno del paciente, y deben considerar aspectos personales, familiares e incluso comunales, con el fin de proponer y ejecutar planes de intervención. Las intervenciones incluyen un espectro de acciones relacionadas con la terapia y con la prevención y promoción de la salud. Estas últimas retomadas y reforzadas en el curso de Elementos de Salud Pública.

Resulta interesante hacer la medición del impacto de todas estas innovaciones docentes en la práctica profesional de los estudiantes que se han visto beneficiados con la implementación. Dado que como se mencionó anteriormente, el Colegio de Farmacéuticos ha hecho evaluaciones en las cuales los profesionales tienen dificultad para involucrarse en las actividades de salud pública. De manera que sirva de realimentación e insumo al proceso docente.

Facultad de Farmacia Universidad Latina de Costa Rica

Luego de la revisión de los programas de los cinco cursos seleccionados (Introducción a las ciencias farmacéuticas, Epidemiología y Salud Pública, Administración de Establecimientos Farmacéuticos I, Práctica Farmacéutica I y Farmacia Hospitalaria), se determinó que actualmente se imparten los temas y contenidos según se muestra en la siguiente tabla:

Desglose de los temas relacionados con APS y las estrategias didácticas en los cursos seleccionados en la Universidad Latina de Costa Rica.		
Curso	Temas de APS que actualmente se imparten	Estrategias didácticas utilizadas
Introducción a las ciencias farmacéutica	<ul style="list-style-type: none"> Definición de establecimientos farmacéuticos, quién es el farmacéutico. Aspectos fundamentales del desarrollo de la farmacia por países. Interacciones Medicamentosas 	<ul style="list-style-type: none"> Charla a estudiantes Revisión bibliográfica sobre APS en los servicios farmacéuticos Revisión bibliográfica sobre estudios de farmacovigilancia Revisión bibliográfica sobre educación al paciente en la farmacia
Epidemiología y Salud Pública	<ul style="list-style-type: none"> Concepto y definición de la Epidemiología Objetivos de la Epidemiología Limitaciones de la acción epidemiológica Concepto del Servicio de Salud. El Servicio de Salud clásico La unidad Sanitaria tradicional La clínica periférica de la C.C.S.S. La atención externa hospitalaria El sistema de EBAIS Alcance del sistema de EBAIS Ventajas y desventajas del sistema de EBAIS Límites del sistema de EBAIS Medición de la salud y de la enfermedad Criterios de parámetros a considerar Técnicas de medición Demografía Conceptos básicos de la demografía Relación de la demografía y la epidemiología 	<ul style="list-style-type: none"> Charla a estudiantes Revisión bibliográfica sobre APS información demográfica de Costa Rica Revisión bibliográfica sobre determinantes sociales de la enfermedad Revisión bibliográfica sobre campañas educativas en EBAIS de una comunidad seleccionada y propuesta de posibles aportes de las farmacias de esa comunidad en educación al paciente
Administración de Establecimientos Farmacéuticos I	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es el papel del farmacéutico de Comunidad? Funciones Organizativas de una Farmacia de Comunidad Atención Farmacéutica Dispensación Farmacéutica Uso Correcto de Medicamentos. Recetas de Productos Psicotrópicos, Estupefacientes y de Uso Controlado 	<ul style="list-style-type: none"> Charla a estudiantes Revisión bibliográfica sobre seguimiento farmacoterapéutico en la farmacia de comunidad Proyecto de APS en la farmacia de comunidad enfocado a educación en salud a grupos focales de la comunidad

<p>Práctica Farmacéutica I</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indicaciones y organización de la práctica en Farmacias de Comunidad Programa DADER De Implantación Del Seguimiento Farmacológico. • Interacciones Entre Drogas Y Alimentos • Cadena De Frío • Vacunas 	<ul style="list-style-type: none"> • Charla a estudiantes • Revisión bibliográfica sobre la farmacia como centro de atención primaria en salud • Proyecto de atención farmacéutica a grupos focales de la comunidad aplicando la guía DADER • Charla sobre esquema de vacunación nacional a grupo de madres de la comunidad
<p>Farmacia Hospitalaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conceptos sobre la organización y el funcionamiento de un hospital en el contexto del sistema hospitalario de Costa Rica. • Funciones y actividades del farmacéutico en el ámbito de la farmacia de hospital Conceptualización de un Servicio de Farmacia de Hospital. • Organización de un Servicio de Farmacia de Hospital: <ol style="list-style-type: none"> a. Estructura organizacional y recursos humanos. b. Comunicaciones externas e internas, planta física y equipamiento. c. Elementos básicos de la aplicación de la informática. d. Funcionamiento de un programa de farmacovigilancia • Aspectos básicos de legislación en la Farmacia de Hospital. <ol style="list-style-type: none"> a. Reforma del Sector Salud global. b. Reforma en el área de Farmacia. • Selección de medicamentos en la Farmacia de Hospital y Comité de Farmacoterapia. • Sistema de distribución de medicamentos a pacientes hospitalizados. • Sistema de distribución de medicamentos a pacientes ambulatorios atendidos por el Hospital. • Información de medicamentos en el ámbito de la Farmacia de Hospital. • Programas de educación sobre medicamentos dirigidos a los pacientes que atienden el Hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión bibliográfica acerca del uso racional de medicamentos • Charlas a pacientes acerca de promoción de la salud y prevención de la enfermedad • Charla a estudiantes

Fuente: Elaboración propia, a partir de la revisión de los Programas de los cursos y de la consulta con los profesores involucrados. Marzo 2016.

Con la revisión de los programas de los cursos se determinó que los contenidos de cada uno, son potenciales para integrarlos con el concepto y nuevo enfoque de la atención primaria en salud en los servicios farmacéuticos, a pesar de que no se note de forma específica conceptos tales como determinantes sociales de salud o atención primaria en salud, cabe señalar que dichos conceptos se encuentran interrelacionados con los que se exponen en el curso de forma indirecta, esto se evidenció en el momento en que a cada uno de los grupos de estudiantes de los diferentes cursos en estudio se les presentó la charla introductoria de

lo que es y consiste APS, las apreciaciones de los estudiantes fueron las siguientes:

- Ya conocían el concepto de atención primaria en salud.
- Consideran importante el trabajo interdisciplinario con otros profesionales de salud porque desde ya sienten que hay una brecha significativa.
- Consideran que de acuerdo a lo que han vivido en la práctica en la farmacia, se debe concientizar y sensibilizar al farmacéutico de la importancia de considerar al paciente y la comunidad y no solo al medicamento.
- Sí se identifican con procesos de atención farmacéutica a pacientes y charlas de educación sanitaria en donde tienen contacto con la realidad.
- Los estudiantes del curso de Epidemiología y Salud Pública fueron los que reflejaron mayor conocimiento de los conceptos visto en la charla al mencionar que la misma sirvió para reforzar conceptos que ya conocían.
- Consideran relevante la labor del Colegio de Farmacéuticos en el cambio de los servicios de farmacia.

En razón de lo anterior, se aprecia que los docentes actualmente hacen inclusión y relación de forma indirecta de los términos de atención primaria en salud en los temas mencionados en la tabla, por lo que no se percibió a los estudiantes que estuvieran recibiendo un tema totalmente nuevo.

Del análisis bibliográfico se determinó los siguientes temas como esenciales dentro de los contenidos que deben desarrollarse en la educación de grado de la Licenciatura en Farmacia:

Temas y contenidos relacionados con APS que deben ser abordados en la educación de grado de la Licenciatura en Farmacia.	
7. Atención Primaria Salud Renovada	Definición, Antecedentes (eventos y documentos importantes), Estado actual
8. Servicios farmacéuticos en Atención Primaria de la Salud	Antecedentes, Modelo de SF basado en APS, Gestión de los SF, Recursos Humanos, Regulación, Ética en los SF
9. Salud y Determinantes Sociales de la Salud	Definición, Estudio y análisis de los DSS, Estudio de Intervenciones sobre DSS, Desigualdades sociales y su influencia en la salud.
10. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad	Definiciones, participación de las comunidades, ambientes favorables a la salud en sus diferentes dimensiones, desarrollo de aptitudes y habilidades para decisiones saludables.
11. Uso Racional de Medicamentos	Definición, Adherencia terapéutica, Medicamentos esenciales.
12. Redes integradas en servicios de salud	Conceptos, modalidades, beneficios de las Redes Integradas de Servicios de Salud

Fuente: Elaboración propia a partir de la temática desarrollada en el curso de Servicios Farmacéuticos basados en APS para gestores (2015-2016), OPS.

Según los temas propuestos como esenciales, actualmente en la carrera de Licenciatura de Farmacia de la Universidad Latina, se brindan todos, de la siguiente forma:

7 Atención Primaria Salud Renovada: como tema se desarrolla solamente en el curso de Epidemiología y Salud Pública. Se brinda continuidad de forma indirecta a los conceptos

en los cursos Administración de Establecimientos Farmacéuticos I y Práctica Farmacéutica I.

- 8 **Servicios farmacéuticos en Atención Primaria de la Salud:** como tema se desarrolla de forma indirecta en el curso de Introducción a las Ciencias Farmacéuticas, Administración de Establecimientos Farmacéuticos I y Práctica Farmacéutica I.
- 9 **Salud y Determinantes Sociales de la Salud:** como tema se desarrolla en el curso de Epidemiología y Salud Pública.
- 10 **Promoción de la salud y prevención de la enfermedad:** como tema se desarrolla de forma indirecta en los cursos de Práctica Farmacéutica I y Farmacia Hospitalaria.
- 11 **Uso Racional de Medicamentos:** se aborda en los diferentes temas de gestión de la terapia en los curso de Práctica Farmacéutica I y Farmacia Hospitalaria.
- 12 **Redes integradas en servicios de salud:** se desarrolla de forma indirecta en el curso de Farmacia Hospitalaria.

La relación indirecta de los cursos que se mencionó anteriormente, hace referencia a que se incluyen como subtemas en los contenidos generales principales del curso.

Las estrategias didácticas implementadas en el desarrollo de las temáticas incluyen las siguientes:

7. Charla introductoria a los estudiantes y docentes
8. Revisiones bibliográficas
9. Charlas a las comunidades
10. Proyectos

CONCLUSIONES

Respecto a la Universidad de Costa Rica

1. Los siguientes son los contenidos esenciales que deben conocer los estudiantes de grado de la carrera de Licenciatura en Farmacia: Atención Primaria Salud Renovada, Servicios farmacéuticos en Atención Primaria de la Salud, Salud y Determinantes Sociales de la Salud, Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, Uso Racional de Medicamentos y Redes integradas en servicios de salud.
2. En relación a la Facultad de Farmacia de la UCR, los contenidos acerca de atención primaria en salud que se están impartiendo actualmente en los cursos del área clínico-farmacéutica, incluyen todos los considerados esenciales para la formación de grado de los profesionales en Farmacia.
3. Las estrategias didácticas aplicada en los primeros años de carrera permiten el conocimiento de conceptos teóricos importantes, para dar lugar a otras estrategias que permiten la aplicación desarrollo de habilidades en otros años.
4. Un cuerpo docente formado en maestrías de atención farmacéutica y salud pública, y cursos de Servicios Farmacéuticos en APS ha sido clave en la inclusión de esta temática en el currículo.

Respecto a la Universidad Latina de Costa Rica

1. El curso de Introducción a la Farmacia está ubicado al inicio de la carrera y por esta razón el estudiante que lo recibe tiene una formación básica, lo cual impide desarrollar competencias relacionadas con la atención farmacéutica en forma integral. Tradicionalmente ha sido un curso muy teórico que describe la historia de la farmacia y el rol profesional alrededor del medicamento.

Sin embargo, se pueden sembrar las bases para que el estudiante desarrolle la cultura en Atención Primaria en Salud como nuevo enfoque en los servicios farmacéuticos si asignamos actividades que le permitan tener un contacto con la comunidad y participar de actividades educativas orientadas hacia la salud y el bienestar del paciente.

2. En el curso de Administración de Establecimientos farmacéuticos I (Farmacia de comunidad) el estudiante tiene una formación en ciencias farmacéuticas que le permite tener más criterio para el abordaje de los problemas de salud y para relacionarse con el paciente en su práctica profesional.

Esto permite crear una cultura de APS a través de actividades de atención farmacéutica en

las comunidades en las que hace su práctica, con trabajos asignados, para que en primer lugar, identifique los determinantes sociales de la salud en esas comunidades y luego desarrolle un proyecto para abordar los principales problemas con campañas educativas y contacto individual con grupos focales seleccionados por su tutor en la farmacia de comunidad. En las actividades realizadas en este curso se ha podido detectar que los estudiantes sí tienen una visión de que el farmacéutico puede participar activamente en el equipo de salud y de la farmacia como parte de las redes de salud para APS.

3. El curso de Epidemiología y salud Pública da las bases teóricas para implementar un programa de gestión de APS en servicios farmacéuticos y permite desarrollar actividades multidisciplinarias para crear una cultura de trabajo en el equipo de salud.

Se considera necesario que este curso se debe impartir a estudiantes de todas las carreras de salud mezclados para facilitar la formación en un ambiente multidisciplinario.

4. En el curso de Farmacia de Comunidad (Práctica), al igual que en el curso de Administración de Establecimientos farmacéuticos I (Farmacia de comunidad), el estudiante tiene una formación en ciencias farmacéuticas que le permite tener más criterio para el abordaje de los problemas de salud y para relacionarse con el paciente en su práctica profesional.

Este curso permite dar continuidad al seguimiento de proyectos de gestión de APS en servicios farmacéuticos, a través de programas educativos en salud, seguimiento farmacoterapéutico a grupos focales de pacientes.

5. En el curso de farmacia hospitalaria las actividades realizadas con los estudiantes nos permitieron detectar que el curso tiene un componente muy fuerte en formación en APS y permite llevar conceptos teóricos a la práctica del hospital de los estudiantes para desarrollar actividades con grupos focales y para propiciar el trabajo interdisciplinario en el equipo de salud.

En conclusión, se considera que para crear una cultura de APS en el farmacéutico, se requiere de un eje transversal de formación en APS a lo largo de la carrera que no solo ofrezca una formación teórica, sino que se desarrollen competencias a través de metodologías de enseñanza cognitivo - constructivistas integradas y multidisciplinarias.

Se requieren de cursos integrados que permitan que el estudiante comprenda el modelo de APS y lo ponga en la práctica en forma paralela.

REFERENCIAS

1. Morton K, Pattison H, Langley C, Powell R. A qualitative study of English community pharmacists experiences of providing lifestyle advice to patients with cardiovascular disease. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2014: 1-13.
2. Farrell B, Ward N, Ruseell G, Geneau R, Evans S. Working in interprofessional primary health care team: What do pharmacists do?. *Administrative Pharmacy* 9. 2013: 288-301.
3. Collum JL, Marcy TR, Stevens EL, Miller MJ. Exploring patient expectations for pharmacist-provided literacy-sensitive communication. *Administrative Pharmacy* 9. 2013: 626-632.
4. Guirguis LM, Chewning BA. Role theory: Literature review and implications for patient-pharmacist interactions. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 1. 2005; 483-507.
5. Tan ECK, Stewart K, Elliot R, George J. Pharmacist services provided in general practice clinics: A systematic review and meta-analysis. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 1. 2014; 608-622.
6. OPS/OMS, (Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud) Sistemas de salud basados en APS. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. La renovación de la atención primaria de la salud en las Américas. Washington, D.C: OPS/OMS; 2010.
7. OPS/OMS, (Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud). Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC: OPS, 2013. pp 1-16.
8. Fumero, P. Centenario de la Facultad de Farmacia, Universidad de Costa Rica. Editorial de la Universidad de Costa Rica: San José. 1997.
9. Licenciatura en Farmacia UCR. Disponible en: <http://farmacia.ucr.ac.cr/>, accesado el 05 de octubre del 2015.
10. Universidad Latina de Costa Rica. Disponible en: www.ulatina.ac.cr.
11. Conferencia Panamericana de Educación Farmacéutica. Grupo Técnico para el desarrollo de com-

- petencias para los Servicios Farmacéuticos, 2012.
12. Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica. (2015). Documento de Posición del Colfar. Las competencias generales de los farmacéuticos de Costa Rica.
 13. Pan American Health Organization. Regional Office of the World Health Organization. Guía de Servicios Farmacéuticos en la Atención Primaria de la Salud. Julio 2010.
 14. Organización Panamericana de la Salud. Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC: OPS, 2013.
 15. World Health Organization Health-Promoting Schools. WHO's Global School Health. 1998
 16. Dirección de Carrera de Farmacia. Misión de la Carrera de Farmacia. Universidad Latina de Costa Rica. 2015.
 17. Facultad de Farmacia. Misión de la Carrera de Farmacia. Universidad de Costa Rica. 2015.
 18. Grupo Técnico para el desarrollo de competencias para los Servicios Farmacéuticos. Competencias del farmacéutico para desarrollar los servicios farmacéuticos basados en Atención Primaria de Salud y las Buenas Prácticas en Farmacia. 2012.
 19. Hall, V. Atención Farmacéutica, Seguimiento del Tratamiento Farmacológico. Centro Nacional de Información de Medicamentos. 2003.
 20. Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica. Encuesta Nacional Diagnóstica de Servicios Farmacéuticos y Buenas Prácticas de Farmacia. 2012.
 21. Organización Panamericana de la Salud. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en la Américas. N°1 Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington, D.C.: OPS. 2008.
 22. Universidad ISALUD. Servicios Farmacéuticos basados en Atención Primaria de la Salud. Guía para la Elaboración del Trabajo Final de Integración. 2015.
 23. Vindas, M. UCR subió casi 100 lugares en el ranquin Webometrics. Noticias UCR. Disponible en: <http://www.ucr.ac.cr/noticias/2015/02/13/ucr-subio-casi-100-lugares-en-el-ranquin-webometrics.html>. Consultado: 09-04-2016.

ANEXOS

CHARLA INTRODUCTORIA A ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD LATINA DE COSTA RICA PARA EL CURSO Epidemiología y Salud Pública

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

DRA. YAJAIRA QUESADA ROJAS
2016

DEFINICIÓN

- Circunstancias en que las personas, nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. (OMS, 2016)
- Factores sociales, económicos, étnicos, culturales, psicológicos y de comportamiento que influyen en la aparición de problemas de salud en una población. (Marchiori y Pellegrini, 2007)

DESIGUALDADES SANITARIAS

Causadas por los determinantes sociales, conlleva a inequidad sanitaria y a luchar por una justicia social

FACTORES QUE LA DESENCADENAN

- Estilos de vida (alcohol, tabaco)
- Lazos de cohesión social, comunidades, grupos vulnerables (promoción y protección de la salud)
- Condiciones materiales, psicosociales (acceso al agua potable, alcantarillado, vivienda, alimentos, educación, servicios salud)
- Protección al medio ambiente hacia el desarrollo sostenible

NUEVO ENFOQUE EN EL SISTEMA DE SALUD

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

DEFINICIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Asistencia sanitaria basada en métodos y tecnología puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad

CAMBIO EN LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS

- Eliminación de las dificultades de acceso
- Mejoría de resultados terapéuticos y de salud
- Incorporación de los servicios farmacéuticos como componentes de las políticas farmacéuticas nacionales
- Gestión con atención integral e integrada, comprometida con el logro de resultados en salud
- Prestación de los servicios farmacéuticos basados en el individuo, la familia y la comunidad.

ROL DEL FARMACÉUTICO

Participación activa del farmacéutico en la mejora de la calidad de vida del paciente, mediante la dispensación, indicación farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico.

ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR DESDE LA FARMACIA

- Atención universal en salud
 - Programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud
 - Educación sanitaria
 - Acceso a medicamentos y servicios de salud (visitas a domicilio)
 - Programas de Atención farmacéutica (detección de PRM's)

CASO DE COSTA RICA

Respondió al Plan Nacional de Salud (1971-1980)

- Atención de la salud es un derecho de la población
- Estado tiene la responsabilidad de la salud del pueblo
- Atención de la salud debe ser integral

CASO DE COSTA RICA

Respondió al Plan Nacional de Salud (1971-1980)

- Existir integración de los servicios preventivos con los de recuperación
- Existir regionalización de los servicios, para mejorar la oferta y cobertura de las prestaciones al público
- Darse preferencia a la atención ambulatoria

IMPORTANCIA A LA EPIDEMIOLOGÍA

Universalización de la seguridad social
Extensión de la cobertura social

IMPORTANCIA A LA EPIDEMIOLOGÍA

- Disminución de la morbilidad y mortalidad
- Erradicación y eliminación de las principales enfermedades infecciosas
- Determinación de un proceso de transición y acumulación epidemiológica (nuevos desafíos en enfermedades)
- Inmunización
- Orientación a la población en prevención y control de enfermedades

CHARLA INTRODUCTORIA A ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD LATINA DE COSTA RICA PARA LOS CURSOS: Introducción a las Ciencias Farmacéuticas, Administración de Establecimientos Farmacéuticos I y Práctica Farmacéutica I

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

DRA. YAJAIRA QUESADA ROJAS
2016

DEFINICIÓN

- Circunstancias en que las personas, nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. (OMS, 2016)
- Factores sociales, económicos, étnicos, culturales, psicológicos y de comportamiento que influyen en la aparición de problemas de salud en una población. (Marchiori y Pellegrini, 2007)

DESIGUALDADES SANITARIAS

Causadas por los determinantes sociales, conlleva a inequidad sanitaria y a luchar por una justicia social

FACTORES QUE LA DESENCADENAN

- Estilos de vida (alcohol, tabaco)
- Lazos de cohesión social, comunidades, grupos vulnerables (promoción y protección de la salud)
- Condiciones materiales, psicosociales (acceso al agua potable, alcantarillado, vivienda, alimentos, educación, servicios salud)
- Protección al medio ambiente hacia el desarrollo sostenible

NUEVO ENFOQUE EN EL SISTEMA DE SALUD

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

DEFINICIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Asistencia sanitaria basada en métodos y tecnología puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad

CAMBIO EN LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS

- Eliminación de las dificultades de acceso
- Mejoría de resultados terapéuticos y de salud
- Incorporación de los servicios farmacéuticos como componentes de las políticas farmacéuticas nacionales
- Gestión con atención integral e integrada, comprometida con el logro de resultados en salud
- Prestación de los servicios farmacéuticos basados en el individuo, la familia y la comunidad.

ROL DEL FARMACÉUTICO

Participación activa del farmacéutico en la mejora de la calidad de vida del paciente, mediante la dispensación, indicación farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico.

ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR DESDE LA FARMACIA

- Atención universal en salud
 - Programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud
 - Educación sanitaria
 - Acceso a medicamentos y servicios de salud (visitas a domicilio)
 - Programas de Atención farmacéutica (detección de PRM's)

CASO DE COSTA RICA

Respondió al Plan Nacional de Salud (1971-1980)

- Atención de la salud es un derecho de la población
- Estado tiene la responsabilidad de la salud del pueblo
- Atención de la salud debe ser integral

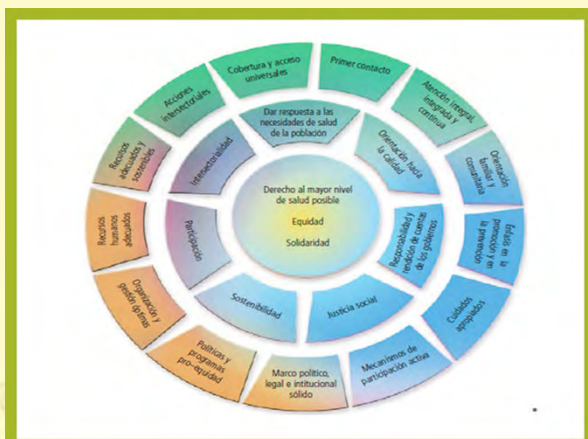
CASO DE COSTA RICA

Respondió al Plan Nacional de Salud (1971-1980)

- Existir integración de los servicios preventivos con los de recuperación
- Existir regionalización de los servicios, para mejorar la oferta y cobertura de las prestaciones al público
- Darse preferencia a la atención ambulatoria

IMPORTANCIA AL SISTEMA DE SALUD

Universalización de la seguridad social
Extensión de la cobertura social



IMPORTANCIA A LA FARMACIA DE COMUNIDAD PRIVADA

- Enfoque no solo en el medicamento, sino en el paciente, la familia y la comunidad
- Promoción de la salud
- Dispensación
- Acompañamiento farmacoterapéutico
- Farmacovigilancia

LOS CAMBIOS ORIENTADOS A...

- Eliminación de las dificultades de acceso
- Mejora de resultados terapéuticos y de salud
- Actualización y adaptación de políticas farmacéuticas nacionales
- Gestión de los servicios farmacéuticos
- Prestación de los SF basados en el paciente, la familia y la comunidad

LOS CAMBIOS ORIENTADOS A...

- **Buenas Prácticas en Farmacia**
 - ✓ Preparar, obtener, almacenar, asegurar, distribuir, administrar, dispensar y eliminar medicamentos.
 - ✓ Ofrecer una gestión eficaz de los tratamientos farmacológicos.
 - ✓ Mantener y mejorar el ejercicio profesional
 - ✓ Ayudar a mejorar la eficiencia del sistema de salud y la salud pública

LOS CAMBIOS ORIENTADOS A...

- **Buenas Prácticas en Farmacovigilancia**
 - ✓ Seguridad del paciente
 - ✓ Mejoramiento de la salud pública
 - ✓ Detección de PRM
 - ✓ Notificación de reacciones adversas a medicamentos
 - ✓ Fomentar uso racional de medicamentos
 - ✓ Reglamento BPFV

Anexo 2

Ejemplo de actividad realizada en el Curso de Introducción a la Farmacia, UCR

Universidad de Costa Rica
Facultad de Farmacia

Curso: *Introducción a la Farmacia*
Marilyn Rojas Lezama. 825852

¿Qué es la atención primaria en salud?

Basándose en la conferencia de Alma Ata, la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país.

Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.¹

Las funciones de la atención primaria son²:

- 1) Proceso administrativo: planificación, organización, dirección y liderazgo, monitoreo y evaluación
- 2) Mantenimiento de la salud
- 3) Prevención de enfermedades
- 4) Diagnóstico y tratamiento
- 5) Rehabilitación
- 6) Certificación
- 7) Cuidado pastoral
- 8) Promoción de la salud y participación social

Sin embargo, para cumplir con estas funciones el sistema de salud debe de contar con diversos requisitos como²: Accesibilidad, Aceptación por parte de toda la población. Respuesta a las necesidades de las personas en las diferentes edades, Máximo uso de tecnologías apropiadas y de los recursos para atender esas necesidades, Personal bien capacitado y motivado, Disponibilidad de los equipos y suministros para sus labores, Objetivos claros, sobre la base de las metas pactadas anualmente en los Compromisos de Gestión.

¿Cómo se puede aplicar al tema de la hipertensión arterial?

Inicialmente la atención primaria debe de enfocarse en el tema de la prevención de enfermedades, para ello se debe de promover la salud, es decir, se necesita invertir en etapas tempranas de la vida, en educación, con programas de estilos de vida saludable, detección oportuna de síntomas, chequeos continuos en EBAIS o clínicas entre otros.

Cuando se habla de diagnóstico y tratamiento, resulta de gran importancia que el primero sea en etapas tempranas, donde un tratamiento simple puede ser efectivo, en lugar de pacientes que presenten otro tipo de complicaciones asociadas. Por otra parte se hace presente la visita de diversos enfermeros rurales que continuamente pasan por los hogares brindando servicios de control (vacunas, presión, etc.).

¹ OMS. (2016). *Atención primaria de salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es

² Vargas-González, W.(2006). *Atención primaria de salud en acción. Su contexto histórico, naturaleza, y organización en Costa Rica*. EDNASSS-CCSS.

ESTUDIO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD QUE INFLUYEN EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS DE LOS ADULTOS MAYORES DE COMUNIDADES RURALES DE COSTA RICA

1. Resumen

Determinantes Sociales de la Salud (DSS) son circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de distribución del dinero, poder y recursos a nivel mundial, nacional y local. Conociendo los DSS que influyen en la adherencia terapéutica de los adultos mayores, podemos definir estrategias para minimizar su impacto y mejorar su salud incorporando principios de APS y Promoción de la Salud como educación en salud, participación social, empoderamiento y responsabilidad de diferentes sectores públicos y privados. Las farmacias asistenciales tienen la oportunidad por su cercanía con la comunidad, de desarrollar actividades que impacten directamente los DSS negativos y un grupo prioritario para trabajar son los adultos mayores ya que es una población creciente y con muchas carencias de todo tipo. **Hipótesis:** Existen DSS que afectan negativamente el adherencia a los medicamentos en Adultos y las farmacias asistenciales pueden intervenir para minimizar su impacto y mejorar la adherencia a los medicamentos y su calidad de vida. **Materiales y Métodos:** Utilizando un cuestionario estructurado se determinaron los principales DSS que afectan el cumplimiento de los tratamientos en los adultos mayores y mediante talleres educativos se intentó impactar principalmente en los DSS de accesibilidad a los servicios de salud (medicamentos), entendida esta como la posibilidad de contar con información sobre su correcto uso y almacenamiento, así como pautas básicas de autocuidado y lograr modificar las conductas, actitudes y prácticas de forma positiva.

Palabras claves: Determinantes, Salud, Adherencia, APS, Estrategias.

Summary

Social Determinants of Health (SDH) are circumstances in which people are born, grow, live, work and age, including the health system. These circumstances are the result of distribution of money, power and resources at global, national and local levels. Knowing the way that Social Determinants of Health (SDH) influence therapeutic adherence in older adults can define strategies to minimize their impact and improve their health by incorporating principles of Primary Health Care (PHC), health promotion, health education, social participation, empowerment and responsibility of different public and private sectors.

The communities pharmacies have the opportunity for its proximity to the community, to develop activities that directly impact using structured questionnaire. It is a priority to take in to consideration and work with elderly, because it is a growing population with many shortcomings.

Hypothesis: There are Social Determinants of Health (SDH) that adversely affect the adherence to medical treatment in adults and communities pharmacies can intervene to minimize their impact and improve adherence to pharmaceutical therapy and quality of life. **Materials and Methods:** using structured questionnaire to identified the major Social Determinants of Health (SDH) affecting treatment compliance in older adults through educational workshops tried impact primarily on Social Determinants of Health (SDH) accessibility to health services (drugs) were determined, understood as the possibility of having information on the proper use and storage, as well as a basic guideline for self-care and achieve a change in behavior, attitudes and practices.

Keywords: determinants, health, adherence, Primary Health Care (PHC) and strategies.

2. Introducción

Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), son circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el Sistema de Salud. Esas circunstancias son el resultado de distribución del dinero, poder y recursos a nivel mundial, nacional y local. Conociendo los DSS que influyen en la adherencia terapéutica de los adultos mayores, podemos definir estrategias para minimizar su impacto y mejorar su salud incorporando principios de la Atención Primaria en Salud (APS) y Promoción de la Salud como educación en salud, participación social, empoderamiento y responsabilidad de diferentes sectores públicos y privados. La presente investigación permite comparar, si los DSS que afectan a las poblaciones son similares o difieren según la ubicación geográfica de los Adultos Mayores participantes. Esto genera un conocimiento importante, que puede ser aprovechado para definir políticas dirigidas a la disminución del impacto negativo o fortalecimiento, en caso de ser positivo, de algunos DSS en la salud de las personas adultas mayores.

Marco Referencial

El presente proyecto se desarrolló en cinco diferentes servicios farmacéuticos asistenciales del Sistema de Salud costarricense, tanto públicos como privados interviniendo a cinco grupos organizados de adultos mayores de las comunidades de Cajón de Pérez Zeledón, Corralillo de Nicoya, Zarcero, Loyola de Cartago y Nuevo Arenal de Tilarán.

El Sistema de Nacional de Salud de costarricense se establece en 1983 por Decreto Ejecutivo número 14343 SPPS- PLAN. En su artículo 2 se incluyen aquellas instituciones que formarán este Sistema, ellas son: Ministerio de Salud, Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, Ministerio de la Presidencia, Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Instituto Nacional de Seguros y Universidad de Costa Rica.

En este primer paso se dejó por fuera instituciones que también son muy importantes dentro de este sistema de la salud. Es así como en 1989, mediante Decreto Ejecutivo número 19276-S se agregan a las anteriores las otras Universidades existentes, Clínicas y Consultorios Privados, Cooperativas, Empresas de Autogestión, Acueductos y Alcantarillados, Las Municipalidades y la Comunidad; encargando al Ministerio de Salud de la Rectoría, coordinación y control técnico del Sistema Nacional de Salud. (*Infante, et.al. 2015*).

Las Farmacias públicas y privadas como parte de este sistema nacional de Salud, son reguladas por el Ministerio de Salud quien otorga el permiso de habilitación y por el Colegio de Farmacéuticos, mismo que otorga los permisos de regencia y de operación, a la vez que fiscaliza la práctica profesional tanto pública como privada.

El ejercicio en las farmacias públicas que se incluyen en este trabajo, se enmarca en el Primer Nivel de Atención de la Caja Costarricense del Seguro Social, la cual es una Institución autónoma del Estado costarricense creada desde 1941, destinada a la atención de la salud y financiada mediante un sistema tripartito, donde intervienen el Estado, los patronos y los trabajadores (*Infante, et.al. 2015*).

Para la OPS/OMS, los sistemas de salud basados en la APS deben organizarse y operarse de forma tal que el derecho al nivel de salud más alto posible constituya su principal meta, al mismo tiempo que se ensanchan la equidad y solidaridad.

El concepto de “uso racional de medicamentos”, representa un marco de referencia y señala con toda claridad que no basta con proveer los medicamentos, sino que es necesario usarlos apropiadamente, para lo cual es preciso reorganizar los servicios.

Mediante los servicios farmacéuticos se logra identificar los determinantes sociales relacionados con el acceso a los medicamentos y a los servicios de salud, quedando en manifiesto una gran inequidad, con factores de analfabetismo, desempleo, falta de un seguro de salud y la difícil situación socioeconómica, que determinan la exclusión o la inclusión a los servicios de salud. (OPS/OMS, 2013.)

Costa Rica muestra un creciente envejecimiento que se refleja en un aumento del porcentaje de personas mayores. Según el censo de 1984, había un total de 158,144 mayores de 60 años (6.5% de la población). Para el año 2000, se reportaron un total de 301,474 que representa el 7.9 % de la población y de acuerdo a las proyecciones para el año 2015, sería del 11% de la población. (Cáseres, 2000).

Uno de los grandes problemas que afrontan la población adulta mayor es la dificultad de orden socioeconómico, geográfico y sociocultural desencadenando que su salud se comprometa según avance la edad. Los Servicios Farmacéuticos deben promover una solución real a ese problema de acceso. El reto debe contemplar la percepción de la realidad del adulto

mayor hoy y diseñar una solución al escenario futuro (Fernández y Robles, 2008).

La OMS señala en su documento sobre **envejecimiento activo** una serie de dimensiones que se identifican como determinantes para favorecer un envejecimiento activo, dentro de los cuales se ubican tres determinantes que pueden ser abordados por los equipos de profesionales que trabajan en APS:

Determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales: recomendaciones para desarrollo de políticas relacionadas con la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el desarrollo de los servicios curativos (asistencia sanitaria).

Determinantes Relacionados con el entorno físico: una cuestión importante dentro de este ámbito es la prevención de caídas, que suelen desencadenar entre las personas mayores situaciones de discapacidad y dependencia.

Determinantes conductuales: se refieren a la adopción de estilos de vida saludables y a la promoción del autocuidado. Según del Pino et.al, 2014, El documento de la OMS recomienda desarrollar actuaciones en cuestiones como: tabaquismo, actividad física, alimentación sana, salud bucal, alcohol, el buen uso de los medicamentos y el cumplimiento terapéutico. La atención geriátrica integral, requiere esfuerzos coordinados de varios profesionales de la salud que funcionen como un equipo multidisciplinario. El rol que cumple el farmacéutico en los equipos multidisciplinarios es promover el uso racional de los medicamentos, evitar los errores de medicación que provoquen incumplimiento, brindar alta efectividad y/o seguridad relacionada con la Farmacoterapia, entre otras actividades. (OPS/OMS, 2013).

Definición del problema e identificación de indicadores

¿Cuál es la influencia de los DSS en relación a los problemas de cumplimiento de los tratamientos medicamentosos en los adultos mayores de comunidades rurales de Costa Rica?

Indicadores

- Número de DSS que influyen en el incumplimiento de los tratamientos
- Conocimiento de los adultos mayores sobre su medicación

b) Descripción del problema y sus consecuencias

La adherencia a los tratamientos es fundamental para el bienestar de las personas adultas mayores y es un componente importante de su salud. En los ancianos la no adherencia aumenta la probabilidad del fracaso terapéutico y es responsable de complicaciones innecesarias que suponen un aumento del gasto sanitario.

Se considera conveniente llevar a cabo esta investigación, porque actualmente, los cambios en la prestación de los servicios de salud deben orientarse hacia la disminución de las desigualdades en salud y el papel trascendental de los servicios farmacéuticos asistenciales en estas acciones, es lograr el abordaje de la equidad desde la perspectiva del empoderamiento colectivo y del cuidado de la salud individual, familiar y comunitaria. Los beneficios que se derivarán de esta investigación con la participación de los servicios farmacéuticos en el nuevo enfoque de APS serán en pro del mejoramiento de la salud y disminución de las dificultades de acceso a los medicamentos y estilos de vida saludables.

Aunque la edad no es un factor predictivo de la adherencia a los tratamientos, las peculiaridades que caracterizan la utilización de medicamentos en el anciano sí lo son; los datos disponibles sugieren que el aumento de médicos prescriptores, la polimedición, la complejidad de la pauta posológica, la depresión y el deterioro cognitivo son los principales determinantes de la no adherencia en el anciano. (Martínez y Palop, 2008).

Las estrategias de acercamiento a población adulta mayor servirán para conocer las condiciones socioeconómicas y de brecha cognitiva existente, entre ellos y su entorno y con esa información, planificar y establecer estrategias de abordaje de los determinantes sociales de la salud desde los servicios farmacéuticos.

Debido al crecimiento de este grupo etario y su particular perfil de morbilidad y discapacidad, se requerirá readecuar y reorientar esfuerzos hacia una atención más integrada, integral y multidisciplinaria. Asimismo, mantener y recuperar la funcionalidad fisiológica, la autonomía y la integración social de las personas adultas mayores, todo ello, con la ejecución de actividades locales de prevención de enfermedad, promoción de la salud y proyección a comunidad, donde se ubica nuestro trabajo.

OBJETIVO GENERAL

Analizar cuáles son los determinantes sociales de la salud que influyen en el cumplimiento de los tratamientos de los adultos mayores en comunidades rurales de Costa Rica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los determinantes sociales de la salud que afectan el cumplimiento de los tratamientos medicamentosos de los Adultos mayores.
2. Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los adultos mayores sobre el autocuidado, el manejo de los medicamentos y el cumplimiento del tratamiento medicamentoso.
3. Diseñar y desarrollar talleres con los grupos de adultos mayores con el fin de aumentar su conocimiento sobre: adherencia a los tratamientos, adecuado almacenamiento de medicamentos en el domicilio y enfermedades crónicas prevalentes.
4. Diseñar y desarrollar talleres con los grupos de adultos mayores el fin de fomentar el autocuidado de la persona adulta mayor y su participación social, desde el enfoque de Atención Primaria de la Salud.

Análisis de situación y diagnóstico estratégico: FODA

	Fuerzas positivas	Fuerzas Negativas
	Fortalezas	Debilidades
Auditoría interna	<ol style="list-style-type: none"> 1. Unión de equipo de trabajo 2. Acercamiento con paciente y comunidad para estrategias de educación en salud. 3. Desarrollo de capacidades personales y fortalecimiento de competencias como habilidades de comunicación. 4. Empoderamiento de los grupos de AM con la participación activa del farmacéutico. 5. Farmacéuticos comprometidos con realización de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. 6. Conocimiento profesional en servicios farmacéuticos orientados a la PAM. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suponer que dentro del sistema de salud las personas mayores sólo son receptoras de prestaciones, de servicios y consumidores. 2. Poner de primero, (medicamento como tratamiento), antes que prevención y promoción de salud del paciente, familia y comunidad. 3. Poco reconocimiento hacia los farmacéuticos como educadores y facilitadores de salud en las comunidades de A.M. 4. Falta de disponibilidad de tiempo para brindar más servicios y programas dirigidos a PAM. 5. No contar con suficiente recurso humano y recursos materiales y equipo, que apoye en la implementación, ejecución y desarrollo de las actividades dirigidas a los AM, así como, instalaciones de infraestructura adecuadas. 6. Falta de organización de grupos de AM. 7. Falta de redes de apoyo para los AM. 8. Capacitación de personal a cargo de los A.M. en las instituciones respectivas.
Auditoría externa	Oportunidades	Amenazas
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ofrece la oportunidad de iniciar el aprendizaje integral con capacitación y retroalimentación sobre el nuevo enfoque APS y a su vez, favoreciendo la promoción del mantenimiento de la salud, del aprendizaje a lo largo de la vida. 2. Canales abiertos de comunicación, de diálogo, de negociación, que permitirá mantener comunicación asertiva y efectiva entre colegas. 3. Participación de las personas mayores como elemento transformador, como medio, como fin, como proceso educativo; aunado a que fomenta la toma de decisiones individuales y en la comunidad; además, como forma de ser protagonistas en nuestras comunidades. 4. Aprovechamiento de las instalaciones en comunidad para el desarrollo de actividades participativas y espacios de convivencia. 5. Apertura y participación a los programas y actividades de los encargados y responsables de los diferentes grupos de A.M. 6. Know-how científico de los profesionales farmacéuticos a cargo de las actividades. 7. Herramientas y material dispuestas por el CAFAPS para el desarrollo e implementación de las estrategias que ayudarán a lograr el objetivo. 8. Personal de apoyo y supervisión profesional (tutores) en el desarrollo de las estrategias y objetivos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Que no se cuente con suficiente participación de AM en talleres que se elaboren donde se contribuya al bienestar y calidad de vida debido a que están acostumbrados hacia actividades no sanas en la comunidad. 2. Inhibición de participación por problemas de transporte, horarios de sesiones de grupo, condiciones climáticas, autorización de familiares o responsables encargados del AM. 3. Prejuicios erróneos a cerca de su aumento dificultad para asimilar nuevos conocimientos en esta etapa de la vida, lo cual, los puede llevar a aislarse y excluirse del grupo de AM. 4. Cambio, disminución del rol social y desmotivación que desencadene a que se sientan inútiles y sin interés de participar en grupos de AM. 5. Incumplimiento de las actividades planificadas, debido al poco apoyo o la limitante de tiempo estimado para desarrollo de las mismas. 6. Constancia en el apoyo durante todo el periodo del estudio por parte de los encargados y responsables de los programas de A.M. 7. Conocimiento y capacitación de los encargados de los grupos de A.M. sobre la importancia de la implementación de programas que resuelvan la problemática en cuestión.

Definición de actividades y cronograma (Matriz de Planificación)

Actividad A	Responsable B	Periodo C	Recursos Humanos D	Recursos Económicos E	Recursos Tecnológicos F
Formulación de Proyecto, introducción y marco referencial (Definición de la Población objeto de estudio)	Cada farmacéutico, integrante del grupo de Gestión Asistencial	Septiembre 2015	06 farmacéuticos	Ninguno	Computadoras Acceso a internet
Elaboración del problema , causas , objetivos del proyecto a desarrollar	Cada farmacéutico, integrante del grupo de Gestión Asistencial	06 de octubre al 14 de noviembre 2015	06 farmacéuticos	Ninguno	Computadoras Acceso a internet
Elaboración de la encuesta para evaluar a la población	Se construye con el aporte de cada farmacéutico, integrante del grupo de Gestión Asistencial y consolida Dra. Beatriz Elizondo	06 de octubre al 14 de noviembre 2015	06 farmacéuticos	Ninguno	Computadoras Acceso a internet Programa excel
Aplicación de cuestionarios a los adultos mayores	El Farmacéutico en cada una de las comunidades de Nuevo Arenal, Corralillo de Nicoya, San Ignacio de Loyola Cartago, Zarcero y Pérez Zeledón	01-11-2015 al 12-12-2015	05 Farmacéuticos	Transportes Papelería	No necesario
Consolidación de los datos obtenidos en los cuestionarios en cada comunidad	Cada Farmacéutico en cada comunidad, consolida sus encuestas Dra. Beatriz Elizondo consolida el total de los datos de todos los grupos de AM	14-12-2015 al 18-12-2015	05 Farmacéuticos 01 Farmacéutico	No requeridos	Computadora y programa Excel
Tabulación, graficación y análisis de los resultados consolidados Comparación de los resultados entre las poblaciones	Dra. Beatriz Elizondo y Dra. Jaglin Zúñiga	18 al 23 de diciembre de 2015	02 Farmacéutico	No requeridos	Computadora y programa Excel
Elaboración de los temas a abordar y la estructura de los talleres	Cada farmacéutico, integrante del grupo de Gestión Asistencial	28 -12-2015 al 15-01-2016.	06 farmacéuticos	Cartón de presentación Tijeras Cajas de cartón de las farmacias Material informativo confeccionado	Computadora Programa Power Point

Monitoreo y evaluación

Tipo de indicador	Indicador	Definición	Fórmula	Meta o Estándar
Formulación de Proyecto, introducción y marco referencial (Definición de la Población objeto de estudio)	Formulación del proyecto con todas sus partes consolidado y entregado en plazo	Formular y Presentar el proyecto con todas las siguientes partes: introducción, marco referencial y definición de las poblaciones objeto de estudio.	# de proyectos preparados y entregados	1
Elaboración del problema , causas , objetivos del proyecto a desarrollar así como la elaboración del cuestionario para evaluar a la población	Formulación del problema , causas , objetivos del proyecto consolidados con las partes anteriores y entregado en plazo	Formulación del problema , causas , objetivos del proyecto a desarrollar así como la elaboración del cuestionario para evaluar a la población	# de proyectos preparados y entregados	1
Elaboración de la encuesta para evaluar a la población	Encuesta formulada, revisada y aprobada por el tutor	Formulación de una encuesta para determinar los Determinar los DSS que afectan el cumplimiento de los tratamientos de los AM y evaluar sus CAP con respecto al uso de medicamentos.	# de encuestas preparadas y aprobadas	1
Aplicación de entrevistas a los adultos mayores	% encuestas aplicadas	Determinar el % de los grupos de adultos mayores a los que se les aplicó la encuesta en el plazo establecido	$(\# \text{ de Grupos de AM en los que se aplica la entrevista } / \# \text{ total de grupos de AM}) * 100$	100 %
Consolidación , tabulación y análisis de los resultados de los datos obtenidos en las encuestas en cada comunidad	% de datos consolidados y analizados	Determinar el % de encuestas que se consolidan y analizan en el plazo establecido	$\# \text{ de encuestas consolidadas} / \# \text{ total de encuestas aplicadas}$	100%
Priorización de los temas a abordar en los talleres y confección de la estructura de los mismos	Número de talleres diseñados según prioridades detectadas	Diseñar los talleres que resulten de la priorización de necesidades de mejora de CAP de los AM	Número de talleres diseñados= número de prioridades	3 a 4.
Aplicación de los talleres en cada grupo de adulto mayor	% de Talleres realizados	Determinar el % de Talleres que se realizaron en el plazo establecido	$(\# \text{ de talleres programados } / \# \text{ de talleres realizados}) * 100$	90 % a la fecha indicada en el plan de trabajo
Aplicación de cuestionario de Conocimientos Actitudes y Prácticas al finalizar el último taller	% encuestas aplicadas	Determinar el % de los grupos de adultos mayores a los que se les aplicó la encuesta sobre CAP al finalizar los talleres	$(\# \text{ de Grupos de AM en los que se aplica la encuesta final de los talleres para valorar nuevos CAP } / \# \text{ total de grupos de AM}) * 100$	100 %
Consolidación, tabulación, graficación y análisis de resultados del cuestionario de CAP adquiridos	% de datos consolidados y analizados	Determinar el % de encuestas sobre CAP adquiridos que se consolidan y analizan en el plazo establecido	$\# \text{ de encuestas consolidadas sobre CAP adquiridos} / \# \text{ total de encuestas aplicadas}$	100%
Preparación del informe final	Informe completo consolidado y entregado	Presentar un informe completo de los resultados obtenidos en los talleres y los CAP adquiridos por los AM.	# de Informes preparados y entregados	1

Resultados

Una vez que se realizó la primera entrevista a los adultos mayores de las cinco comunidades se logró identificar los siguientes DSS que influyen en el cumplimiento o adherencia a los medicamentos en esta población. Se encontrando que la mayoría de los adultos mayores tienen un seguro de salud aunque no tengan pensión. Más de la mitad, en total, un 68% de ellos, depende de una pensión del régimen no contributivo de la seguridad social o depende de terceras personas, mayoritariamente familiares. Esta última situación también deja ver que las familias juegan un papel muy importante en el sustento de los adultos mayores en estas comunidades y podría ser muy similar en el resto de las comunidades rurales de Costa

Rica, no puede decirse lo mismo de las comunidades urbanas donde casi todos los miembros de la familia laboran, pero para definir esto haría falta un estudio similar en comunidades urbanas.

La mayoría de los adultos mayores de las cinco comunidades en estudio saben leer y escribir. Esto representa una ventaja para poder comprender las instrucciones de los medicamentos. El acceso a las farmacias es amplio en estas comunidades. Aunque sólo un 52% tiene una farmacia privada cerca de su casa, el 100 % de ellos dispone en su comunidad de un EBAIS en el cual puede acceder a sus medicamentos. La mayoría de los adultos mayores (58%) demora sólo 10 minutos para llegar a una farmacia (pública o privada) y un porcentaje similar (43%), tarda sólo 30 minutos. Más del 80% de la población entrevistada adquiere sus medicamentos en la farmacia de la seguridad social. Ante este panorama es importante hacer hincapié en la importancia de reforzar los programas educativos en la dispensación de los medicamentos en estas farmacias, lo cual es además una de sus principales demandas de este grupo poblacional. El 85% de los Adultos Mayores declara no necesitar ayuda para tomar sus medicamentos, no obstante, más de la mitad no describen bien la enfermedad o enfermedades que padecen y un 30 % de ellos no sabía, antes de los talleres, relacionar esa enfermedad con los medicamentos que usa. Si a eso le sumamos el hecho de que sólo el 31% recibe siempre información cuando le dispensan sus medicamentos, y que un 30 % nunca recibe esa información, es de suponer que este porcentaje declarado obedezca mucho a la subjetividad de los adultos mayores entrevistados y es posible inferir que el uso de los mismos no sea el más adecuado aunque ellos los tomen por su cuenta, por lo que es prioritario palear esos vacíos de conocimiento que son necesarios para un verdadero empoderamiento sobre su salud.

Alrededor del 50% de la población entrevistada acude a la farmacia a pie. Aunque otros medio de transporte son usados con cierta frecuencia, un 3% de la población no retira los medicamentos debido a que no tiene cómo hacerlo. Un 17% hace uso del servicio de buses. Alrededor de la mitad de los adultos mayores reportan un horario poco accesible y buses que en su mayoría (64%) no cuentan con las adaptaciones necesarias que hagan para ellos un transporte seguro.

El tipo de discapacidad que más afecta a los adultos mayores de nuestro estudio son los problemas visuales. Un 35 % de ellos presenta alguna discapacidad a este nivel. A este tipo de discapacidad le siguen los problemas para movilizarse debido a afecciones articulares o desgastes óseos que les dificultan el realizar de forma autónoma muchas actividades de la vida diaria, requiriendo ayuda para el traslado de un lugar a otro. Problemas para oír bien están presentes pero en menor porcentaje.

También se indagó sobre las barreras físicas que se encontraban en sus hogares y que les impiden un tránsito seguro. Se determinó que un 30 % de ellos posee escaleras o gradas en su hogar y un 27 % usan alfombras decorativas en el piso o las colocan al pie de la cama. Esto representa un elevado riesgo de caídas. Si consideramos la edad de este grupo vemos que un 31% de ellos tienen más de 76 años y que un 11% supera los 80 años. En caso de sufrir una fractura por una caída la posibilidad de recuperación completa es poca. Debe indicarse a los adultos mayores la importancia de eliminar estas barreras y de prevenir caídas, lo cual se abordó en el taller de autocuidado.

No hay problemas en cuanto al tabaquismo, el alcoholismo y los hábitos de actividad física en los adultos mayores del estudio. Un alto porcentaje (69%) de los Adultos Mayores realizan algún tipo de actividad física de variable intensidad, a lo largo de los días de la semana. No obstante, si se encontró que los hábitos de higiene bucodental y de alimentación presentan ciertas deficiencias. La mayoría de los Adultos mayores tienen una dentadura postiza. Se vio la necesidad de orientarlos en el cuidado oral pues aunque la mayoría indica lavar su dentadura después de cada comida hay un 27% de ellos que lo hacen con menos frecuencia, afectando lo antes descrito. De la salud bucodental dependen también otros factores que influyen en la calidad de vida como la alimentación adecuada. Una dentadura higiénica mejora el sabor de las comidas y una dentadura sana y funcional favorece el poder masticar aún ciertos alimentos que de otro modo les obligarían a dietas blandas, muchas veces no deseadas por ellos. La mayoría de los adultos mayores consumen con frecuencia frutas y verduras. Esto es posible ya que viven en un medio rural donde es frecuente que en las casas o fincas vecinas existan árboles frutales y ciertas verduras. Pero, también las harinas son bastante consumidas. El 88% de los Adultos mayores de nuestra población, consume

harinas con frecuencia. Esto es parte posiblemente de la cultura costarricense donde el consumo de plátano verde, yuca, papa, tiquizque, maíz y el mismo pan está ampliamente aceptado y también en las poblaciones rurales están muy disponibles. Se debe hacer una intervención en el cuidado de la alimentación procurando educar respecto a tener una dieta balanceada, tema abordado en los talleres de autocuidado.

El 96% de los adultos mayores de las cinco comunidades presenta alguna patología y esto pudo comprobarse por los investigadores. El 88% de los adultos mayores que participaron de los talleres saben describir la enfermedad que padecen, este porcentaje es bastante más elevado después de los talleres que antes de realizarlos (era apenas de un 53%). De los participantes en los talleres, un 86 % sabe el nombre de sus medicamentos y un 87 % de ellos sabe relacionar su enfermedad con los medicamentos que utiliza. Esto representa una asimilación de los conocimientos bastante buena. Si comparamos los resultados con los obtenidos antes de los talleres podemos ver que casi el 30 % no lograba relacionar sus medicamentos con sus padecimientos, una vez concluidos los talleres, apenas un 13 % no logra hacerlo, dicho de otro modo, se redujo a menos de la mitad el número de personas mayores que no lograban este objetivo.

Los adultos mayores luego de recibir los talleres, donde también se abordó el tema del adecuado almacenamiento de los medicamentos en el hogar, logran definir los lugares de sus residencias que son adecuados o inadecuados para guardar sus medicamentos y logran dar razones de peso para justificar una posición u otra.

El número de personas adultas mayores que almacenarían sus medicamentos en la cocina o el baño después de los talleres estuvo en el 14% y el 3% respectivamente, considerados estos como los lugares menos adecuados en la casa para guardar los medicamentos. Estos porcentajes eran más elevados para la cocina antes de la realización de los talleres (36%) y se mantiene casi igual en el caso del baño. También se nota un aumento en el porcentaje de adultos mayores que usaría su habitación para guardar los medicamentos pasando de un 51% a 59% después de concluidos los talleres. Tal y como se mencionó antes, esto deja ver la gran capacidad de aprendizaje que tienen los adultos mayores y los resultados tan positivos que se pueden lograr con educación que responda a las necesidades detectadas previamente.

Conclusiones

Incidencia del proyecto en la salud y la calidad de vida de los adultos mayores.

Tanto en su medición global como en el análisis por comunidades se proyecta la necesidad de educación bucodental, además de educación en temas fundamentales tales como, la importancia de la adherencia a la terapia, la automedicación, alimentación saludable, aspectos básicos de las enfermedades más prevalentes (HTA y DM) y almacenamiento y conservación de los medicamentos en el hogar, todos ellos definidos como prioridades a abordar en los talleres que se desarrollaron en los meses de enero a abril de 2016.

Se demostró que existe una mejoría evidente en los **conocimientos** de los adultos mayores sobre sus enfermedades y los medicamentos que se utilizan para tratar las mismas y las **actitudes y prácticas** en cuanto al almacenamiento y conservación de los medicamentos en sus hogares después de las intervenciones educativas realizadas por los servicios farmacéuticos. Se acercó a la población adulta mayor a los servicios farmacéuticos y al profesional de farmacia de modo que se rompió la barrera de interacción que suele haber entre el profesional y el usuario de la farmacia. Los adultos mayores saben ahora que tienen en el farmacéutico un aliado al que le pueden consultar con confianza en cualquier momento.

Lecciones aprendidas.

1. Los servicios farmacéuticos no podemos influir en la reducción de inequidades relacionadas con aspectos socioeconómicos como el aseguramiento y disponibilidad de servicios en las comunidades, ni en el estado de los caminos o del transporte público, tampoco podemos hacer modificaciones en las viviendas de los adultos mayores para hacerlas más seguras ni podemos conseguir redes de apoyo para los adultos mayores que viven solos, o que tienen alguna limitación física o psíquica, pero sí podemos intervenir en aquellos DSS que se relacionan con los conocimientos, actitudes y prácticas de los adultos mayores y ayudar a mejorar aspectos en torno al autocuidado y al manejo de las enfermedades y los medicamentos de los adultos mayores con el fin último de mejorar la adherencia a los

tratamientos y promover un sano estilo de vida.

2. Los adultos mayores tienen plasticidad neural suficiente para aprender a utilizar correctamente sus medicamentos pero quizás los prejuicios en torno al envejecimiento como una etapa en la que no hay más nada que aprender no nos ha permitido ver su necesidad de conocimiento.
3. Las actividades de aprendizaje para adultos mayores deben realizarse en espacios idóneos con poco ruido y de ser posible libre de distractores.
4. El aprendizaje en los adultos mayores es mejor si ellos participan en la construcción del conocimiento.
5. Las actividades de aprendizaje con adultos mayores deben contar intervalos de actividades lúdicas. Esto les evita el cansancio y prestan más atención.
6. Las actividades con adultos mayores deben realizarse preferiblemente en grupos pequeños y con apoyo del personal técnico o de varios profesionales.
7. Los servicios farmacéuticos podemos expandir aún más nuestra cobertura hacia los adultos mayores y tenemos un reto al respecto. De las propias recomendaciones de los adultos mayores que se ven en el gráfico 37, se desprenden excelentes ideas que pueden desarrollarse como lo son las visitas domiciliarias para revisión de medicamentos y brindar atención farmacéutica en el entorno real del usuario, detectando sus limitaciones y fortalezas ahí mismo en el hogar de modo que el no poder ir al centro de salud no sea un factor excluyente de esta atención. Para ello se requieren políticas que le permitan al farmacéutico flexibilizar su desempeño no limitándolo a estar presente en el despacho de medicamentos.

Bibliografía

1. Cáceres Ivette. Estado de Salud físico y mental de los Adultos Mayores del Área rural de Costa Rica. Trabajo Final de Graduación de la Maestría Profesional en Población y Salud. Escuela de Estadística de la Universidad de Costa Rica. San José San José: UCR; 2000.
2. Carranza Ana, Plan Anual Operativo Servicio Farmacia Área de Salud Alfaro Ruiz. Caja Costarricense de Seguro Social. Zarcero: CCSS; 2015.
3. Del Pino, María, Japón María, Rodríguez Pilar, Rubio Ramona. Modelos de Protección Social: Modelos de Bienestar Social en el mundo. En Política Social para Personas Mayores. Material Asignatura Política Social para Mayores, de la Maestría en Gerontología Social. Fundación FUNIBER. Madrid; 2014.
4. Department of Health/National Health System/United Kingdom. Report and action plan of the steering group on improving the use of medicines (for better outcomes and reduced waste). London; NHS; 2012. Consultado el 31 de octubre de 2015. Disponible en: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/212837/Improving-the-use-of-medicines-for-better-outcomes-and-reduced-waste-An-action-plan.pdf
5. Fernández Xinia, Robles Arodys. (Coordinadores). I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica. San José, C.R. : s.n., 2008.
6. Infante Nuria, Cascante Xinia, Medina Alicia, Prado Teresa, Solís Luis. Análisis de Situación de Salud (ASIS). Área de Salud de Pérez Zeledón. Caja Costarricense de Seguro Social. Pérez Zeledón San José: CCSS; 2015.
7. Dirección Médica. Plan de Gestión Local Área de Salud de Nicoya 2014-2015. Caja Costarricense de Seguro Social. Nicoya: CCSS; 2014.
- Martínez Mir I, Palop Larrea V. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Madrid: Inf Ter SistNac Salud, 2004. Disponible en http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol28_5adherenciaTtoPacienteAnciano.pdf.
8. Muñoz Marily, Vargas Olga. Análisis de Situación de Salud (ASIS). Área de Salud de Tilarán. Caja Costarricense de Seguro Social. Tilarán: CCSS; 2001.
9. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Servicios Farmacéuticos Basados en Atención Primaria de Salud. Documento de Posición de la OPS/OMS. Washington DC: OPS/OMS; 2013.
10. Servicio de Enfermería. Pirámide Poblacional Local del Área de Salud de Nicoya 2014. Caja Costarricense de Seguro Social. CCSS; 2014.
11. Vidal Gutiérrez Daisy, Chamblas García Isis, Zavala Gutiérrez Mercedes, Müller Gilchrist Ralph, Rodríguez Torres María Cecilia, Chávez Montecino Alejandra. Determinantes Sociales en salud y estilos de vida en población adulta de concepción. Concepción: Cienc. Enferm., 2014. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-5532014000100006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000100006>.

ANEXOS

Extracto de las entrevistas usadas respectivamente para diagnóstico de las necesidades de capacitación y determinación de las DSS que influyen en el cumplimiento de los tratamientos de los AM y la evaluación de los conocimientos, actitudes y prácticas después de los talleres

ENTREVISTA SOBRE DETERMINANTES SOCIALES, CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS QUE AFECTA EL CUMPLIMIENTO

La presente entrevista es parte de un proyecto académico que se realiza como parte del Curso de Servicios Farmacéuticos en Atención Primaria de Salud que se desarrolla en este momento con la Organización Panamericana de la Salud, y tiene por objetivo identificar los determinantes sociales de la salud y los conocimientos, actitudes y prácticas que intervienen en el cumplimiento o no de los Adultos Mayores para poder definir estrategias que ayuden a mejorar ese cumplimiento.

1. Edad:

60 a 65 años	<input type="text"/>
66 a 70 años	<input type="text"/>
71 a 75 años	<input type="text"/>
76 a 80 años	<input type="text"/>
Más de 80 años	<input type="text"/>

2. Sexo:

Femenino	<input type="text"/>
Masculino	<input type="text"/>

4. Usted reside en:

Zona Rural	<input type="text"/>
Zona urbana	<input type="text"/>

5. Fuente de ingresos económicos actualmente:

Trabaja	<input type="text"/>
Trabaja ocasionalmente	<input type="text"/>
Pensionado (a) de IVM	<input type="text"/>
Pensionado del RNC	<input type="text"/>
Depende de un hijo (a) o de otros familiares	<input type="text"/>
Otros	<input type="text"/>

6. ¿Condición de aseguramiento?

Asegurado	<input type="text"/>
No Asegurado	<input type="text"/>

7. ¿Sabe leer?

Si	<input type="text"/>
No	<input type="text"/>

8. ¿Sabe escribir?

Si	<input type="text"/>
No	<input type="text"/>

9. Por favor indiquenos su nivel de escolaridad

Ninguno	<input type="text"/>
---------	----------------------

ENTREVISTA SOBRE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS QUE AFECTA EL CUMPLIMIENTO Y LA ADHERENCIA TEREAPÉUTICA EN EL ADUTLO MAYOR

La presente entrevista es parte de un proyecto académico que se realiza como parte del Curso de Serivios Farmacéticos basados en Atención Primaria en Salud que se desarrolla en este momento con la Organización Panamericana de la Salud, y tiene por objetivo indagar cuáles son los determinantes sociales de la salud y los concimientos, actitudes y prácticas que intervienen en el cumplimiento o no de los tratamientos en los Adultos Mayores para poder definir estrategias que ayuden a mejorar ese cumplimiento.

1. Podría indicarme por favor si usted padece de alguna enfermedad? Me podría decir el nombre de esa (s) enfermedad (es)?

SI	NO

2. ¿Usted me puede decir en qué consiste esta (s) enfermedad (es) (coloque sí, si sabe cuáles son las principalesm cuasas y consecuencias ?

	SI	NO
Sabe describirlas		

3. Por favor indíqueme para las enfermedades que usted padece cuáles medicamentos utiliza

	SI	NO
Sabe el nombre de los medicamentos		
Sabe relacionar correctamente el medicamento con la enfermedad		

4. Cuáles de los siguientes lugares de la casa son y cuáles no son

Lista:

SALA

COMEDOR

COCINA

ADECUADO	NO ADECUADO

Cuadro N° 1. Porcentaje de Personas Adultas Mayores que saben describir correctamente su enfermedad antes de los talleres

	Saben describir correctamente su enfermedad		
	SI	NO	TOTALES
Pérez Zeledón	12	23	35
Cartago	5	13	18
Nuevo Arenal	3	8	11
Zarceo	8	7	15
Corralillo de Nicoya	29	0	29
TOTALES	57	51	108
Porcentajes	53	47	100

Fuente: Entrevista anónima dirigida al Adulto Mayor de las poblaciones en estudio. Pregunta N° 30 del cuestionario aplicado antes de los talleres.

Cuadro N° 2. Porcentaje de adultos mayores que saben describir correctamente su enfermedad después de realizados los talleres.

	Saben describir correctamente su enfermedad una vez realizados los talleres		
	SI	NO	TOTALES
Pérez Zeledón	22	7	29
Cartago	15	3	18
Nuevo Arenal	14	0	14
Zarceo	9	2	11
Corralillo de Nicoya	30	0	30
TOTALES	90	12	102
Porcentajes	88	12	100

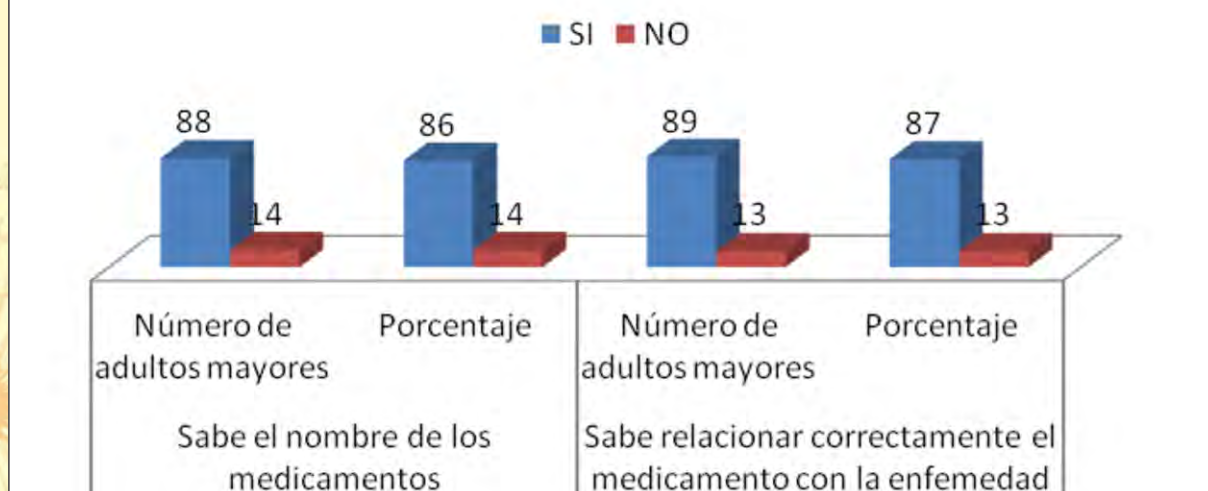
Fuente: Propia. Entrevista final anónima dirigida al Adulto Mayor de las poblaciones en estudio. Pregunta N° 2 del cuestionario aplicado después de los talleres.

Cuadro N° 3. Porcentaje de adultos mayores de las cinco comunidades que relacionan correctamente sus medicamentos con las enfermedades que padecen, antes de los talleres.

	Relacionan correctamente su medicamento con su enfermedad			
	SI	NO	Parcialmente	TOTALES
Pérez Zeledón	23	12	0	35
Cartago	15	0	0	15
Nuevo Arenal	3	8	0	11
Zarceo	3	7	5	15
Corralillo de Nicoya	27	4	0	31
TOTALES	71	31	5	107
Porcentajes	66	29	5	100

Fuente: Entrevista anónima dirigida al Adulto Mayor de las poblaciones en estudio. Pregunta N° 31 del cuestionario aplicado antes de los talleres.

Gráfico N° 1 . Porcentaje de adultos mayores de las cinco comunidades que relacionan correctamente sus medicamentos con las enfermedades que padecen después de los talleres.



Fuente: Propia relacionado con la respuesta a la pregunta N° 3 del cuestionario aplicado después de los talleres.

Cuadro N° 35. Lugares de la residencia donde los de adultos mayores de las cinco comunidades almacenan sus medicamentos, antes de los talleres.

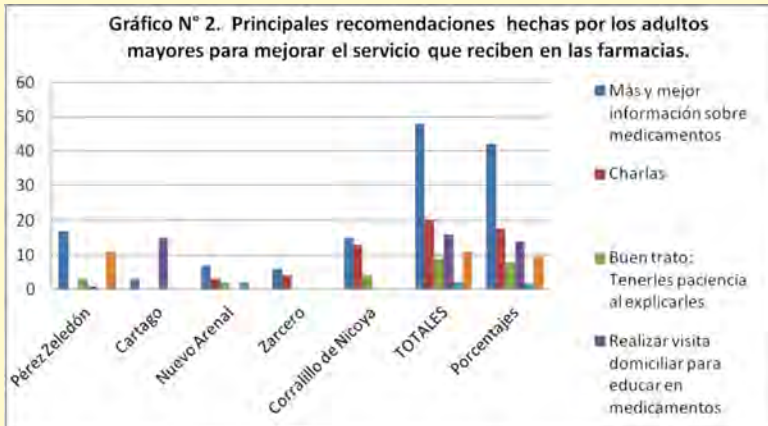
Aposento donde guardan los medicamentos	Cantidad	Porcentaje
Cocina	41	36
Baño	2	2
Sala	11	10
Cuarto	58	51
Refrigerador	2	2

Fuente: Entrevista anónima dirigida al Adulto Mayor de las poblaciones en estudio. Pregunta N° 34 del cuestionario aplicado antes de los talleres.

Cuadro N° 44. Lugares de la residencia donde los adultos mayores indican almacenarían sus medicamentos, después de los talleres.

Aposento donde guardan los medicamentos	Número de adultos mayores	Porcentaje
Sala	11	10
Comedor	15	14
Cocina	14	13
Baño	3	3
Cuarto o habitación	63	59
Totales	106	100

Fuente: Propia. Entrevista final anónima dirigida al Adulto Mayor de las poblaciones en estudio. Pregunta N° 5 del cuestionario aplicado después de los talleres



Fuente: Propia según relacionado con las respuestas a las preguntas N° 38 del cuestionario aplicado antes de los talleres.

ANEXOS: EVIDENCIA DE LOS TALLERES

Fotografías tomadas en los Talleres impartidos



Fuente. Dra. Dahyana Montiel Víquez



Fuente: Ana Maneth Carranza González



Fuente. Dra. Beatriz Elizondo León



Fuente: Dra. Jaglin Zúñiga Orías



Fuente: Dr. Juan Pablo Navarro Hernández

PROPUESTA DE ESTÁNDARES E INDICADORES DE GESTIÓN PARA LOS SERVICIOS DE FARMACIA DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

RESUMEN

Con la ejecución de este proyecto, la Coordinación Nacional de Servicios Farmacéuticos de la Caja Costarricense de Seguro Social, dispondrá de una propuesta de estándares e indicadores de gestión que permitirá medir, comparar y evaluar el desempeño de los servicios de farmacia en la obtención de mejoras en la salud y la calidad de vida de las personas, así como establecer el grado de incorporación de los elementos de atención primaria de salud en la provisión de los servicios farmacéuticos institucionales a nivel local, regional y nacional. Se podrá además, evaluar el cumplimiento de las metas y responsabilidades establecidas, analizar, detectar y prever desviaciones en el logro de los objetivos y generar alertas para la toma de decisiones oportunas. Durante la realización de este proyecto se identificaron tres procesos de gestión que son de oferta básica en todas las farmacias institucionales (suministro de medicamentos, despacho de recetas de medicamentos y prestación de servicios farmacéuticos clínicos generales), se delimitaron catorce actividades sustantivas inherentes a ellos y se establecieron treinta indicadores de gestión con sus estándares de desempeño, en concordancia con el nivel de atención de la salud y la complejidad del servicio farmacéutico. La implementación de este proyecto promoverá la provisión de servicios farmacéuticos institucionales de calidad, oportunos, continuos, eficaces, eficientes, sin discriminación, adaptables, transparentes y solidarios a favor de los usuarios, como garantía del derecho a la salud que les asiste, incidiendo de forma indirecta pero positiva en su salud y calidad de vida.

Palabras claves: servicios farmacéuticos, gestión, indicadores, estándares.

SUMMARY

With the implementation of this project, the National Coordination of Pharmaceutical Services of the Costa Rican Department of Social Security, will have a proposal for standards and performance indicators that will measure, compare and evaluate the performance of pharmacy services in obtaining health improvements and quality of life improvements, and establish the degree of incorporation of the elements of primary health care in providing institutional pharmacy services at local, regional and national levels. It may also evaluate compliance with established goals and responsibilities, analyze, detect and predict deviations in achieving the objectives and generate alerts for timely decision making. During the realization of this project, three management processes that are basic offer in all institutional pharmacies were identified (drug supply, drugs dispensing and providing general clinical pharmacy services) fourteen substantive activities inherent in them were defined and thirty indicators with performance standards were established, consistent with the level of health care and the complexity of the pharmaceutical services. The implementation of this project will promote the provision of quality, timely, continuous, effective, efficient, without discrimination, adaptable, transparent and supportive institutional pharmaceutical services for users, as a guarantee of the right to health that assists them, focusing on indirect but positive effect on their health and quality of life.

Keywords: pharmaceutical services, management, indicators, standards.

I. INTRODUCCIÓN

A. Justificación del proyecto

Dentro del marco conceptual de los servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud (APS), la reorientación de su prestación con un enfoque hacia la persona, la familia y la comunidad, como eje principal y no solamente en la ejecución de acciones orientadas al medicamento como un fin en sí mismo, resulta impostergable la necesidad de organizar y optimizar los recursos de este servicio de asistencia sanitaria. Por esta razón, dentro de la implementación y fortalecimiento de los servicios farmacéuticos en esta modalidad de atención, se han identificado factores críticos de éxito que pueden agruparse en cuatro grandes áreas: la política, la regulación, la práctica y la educación. En este sentido, los cambios en la gestión, la planificación y la entrega del servicio son elementos clave para el desarrollo del modelo.

En el año 2014, la Gerencia Médica de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) aprobó y oficializó el *Manual Técnico de Gestión de los Servicios de Farmacia*, el cual tiene como objetivo articular la regulación y sistematización de los servicios farmacéuticos en sus componentes técnico-administrativo y técnico-clínico, siendo que es aplicable a todas las actividades relacionadas con la gestión y conducción de los servicios de farmacia institucionales y los contratados para este fin. El Manual establece un marco legal, un marco estratégico y un marco conceptual, proponiendo una estructura organizacional y funcional por procesos que promueve el desarrollo de servicios farmacéuticos basados en la APS empleando como estrategias claves de su prestación, la atención farmacéutica y las buenas prácticas de farmacia. A pesar de lo anterior, la norma mencionada adolece de una definición de estándares e indicadores de desempeño que permitan medir y evaluar si la prestación de los servicios farmacéuticos en la CCSS se brinda en arreglo a los valores, principios y elementos de la APS; la identificación de oportunidades de mejora en los diferentes procesos que conforman la prestación del servicio, y lo más importante, la obtención de mejoras en la salud y en la calidad de vida, así como en la satisfacción de las personas y la comunidad.

Se propone que el sistema de gestión de servicios de salud, aplicable también para los servicios farmacéuticos, se fundamente en determinadas características de gobernanza, profesionalización, financiamiento, gestión de personas, gestión de suministros, tecnología de la información, organización de la atención y calidad del desempeño. En este sentido, la calidad de práctica sanitaria asistencial se logra mediante el cumplimiento de los atributos de efectividad, acceso, eficiencia, respeto a los derechos de las personas, aceptabilidad, continuidad, adecuación y seguridad, mediante los cuales se pueden definir estándares e indicadores que permitan evaluar el desempeño real del servicio proporcionado. Para desarrollar e implementar un sistema de gestión de calidad para los servicios farmacéuticos, se debe incluir el establecimiento de buenas prácticas y procedimientos operativos para todas las actividades inherentes al servicio, cumpliendo con la legislación y con las normas establecidas en el país, de acuerdo con principios éticos/bioéticos y de rendición de cuentas.

En concordancia con la misión de la CCSS y con la finalidad de contribuir a hacer efectivo el derecho a la salud del que gozan los habitantes del país, se considera relevante la ejecución de un proyecto de intervención mediante el cual se establezcan los estándares e indicadores de desempeño en la provisión de los servicios farmacéuticos públicos con enfoque en APS, en aras de contribuir al cuidado de la salud de la población y facilitar el desarrollo de la gestión.

B. Marco referencial

Se procedió a efectuar una búsqueda bibliográfica y a realizar consultas a informantes clave,

con relación a documentos, propuestas o experiencias prácticas relacionadas con estándares e indicadores de gestión de servicios farmacéuticos con enfoque en APS, sin que se pudieran identificar referencias específicas al respecto. Se dispone de un amplio registro relativo a estándares e indicadores de gestión de medicamentos, gestión clínica, atención farmacéutica y buenas prácticas de farmacia, así como de documentos conceptuales que servirán de consulta y conducirán la formulación del proyecto.

En el año 1993, apareció el informe de la reunión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) celebrada en Tokio, Japón (*El Papel del Farmacéutico en el Sistema de Atención de Salud*), conjuntamente con la Declaración de Tokio (*Buenas Prácticas de Farmacia: Normas de Calidad de los Servicios Farmacéuticos*) de la Federación Internacional Farmacéutica (FIP), siendo que en esta última, se recomienda que las organizaciones farmacéuticas y los gobiernos trabajen en común acuerdo para introducir o revisar las normas nacionales sobre los elementos principales de la buena práctica de farmacia: promoción de la salud y prevención de la enfermedad; suministro y uso de los medicamentos prescritos y otros productos para el cuidado de la salud; cuidado personal; influencia en la prescripción y utilización de los medicamentos e investigación y documentación de la práctica farmacéutica.

Es así como en el año 2006, en el documento *Desarrollo de la Práctica de Farmacia Centrada en la Atención del Paciente* (OMS-FIP, 2006) se identifican los cuatro principios básicos que deben orientar la garantía de calidad en la asistencia sanitaria y por ende de la asistencia farmacéutica, a saber: centrarse en el cliente/paciente, en los sistemas y procesos, en las medidas y en el trabajo en equipo; recomendando apoyar y mejorar la implementación y la práctica de la atención farmacéutica, midiendo, evaluando y mejorando sus actividades, utilizando el marco conceptual de una mejora continua de la calidad, indicando que la mismas debe dirigirse tanto a los recursos (estructuras), como a las actividades realizadas (procesos) para asegurar o mejorar la calidad de la atención farmacéutica con los pacientes (resultados).

Ahora bien, la OMS y la FIP, en continuación del camino iniciado en 1993, publica en el año 2011 el documento *Directrices conjuntas FIP/OMS sobre Buenas Prácticas en Farmacia. Estándares para la calidad de los servicios farmacéuticos*, con el objetivo de ofrecer una descripción mediante la cual los farmacéuticos puedan mejorar el acceso a la atención sanitaria, la promoción de la salud y el uso de los medicamentos en beneficio de los pacientes a los que atiende. En el documento se reconoce que en el desarrollo de normas nacionales de buenas prácticas en farmacia debe prestarse atención tanto a las necesidades de los usuarios de los servicios de atención sanitaria, como a la capacidad de los sistemas nacionales de salud para prestar estos servicios y se plantean 4 funciones, 15 tareas y 47 actividades sobre las que se espera que las organizaciones farmacéuticas nacionales tengan en cuenta para establecer los estándares nacionales mínimos de desempeño profesional.

En el año 2013, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) emitió el documento de posición OPS/OMS denominado *Servicios Farmacéuticos Basados en la Atención Primaria de Salud*, en el cual se identifican las funciones de los servicios farmacéuticos, congregadas en cinco grupos: las relacionadas con las políticas públicas; las vinculadas a la organización y gestión de los servicios farmacéuticos; las directamente vinculadas al conjunto individuo-familia-comunidad, intra y extramuros; las relacionadas con la investigación y gestión del conocimiento y las que tienen que ver con el desempeño profesional, siendo que para cada una de ellas, se definen las competencias que debe tener el profesional farmacéutico para desarrollar este tipo de servicios farmacéuticos, lo que a la postre se constituyen en las actividades farmacéuticas a implementar y sobre las cuales se deben establecer los estándares e indicadores de gestión que permitan evaluar la calidad y el impacto que tiene la ejecución de las mismas en el sistema de atención de salud.

C. Problema a resolver

Los servicios farmacéuticos de la CCSS actualmente están organizados en concordancia con las disposiciones del *Manual Técnico de Gestión de los Servicios de Farmacia*. Por medio de este Manual, se promueve el desarrollo de servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud, empleando como sus estrategias claves y pilares de la prestación, la atención farmacéutica y las buenas prácticas en farmacia, con la implementación de una estructura organizacional y una gestión mediante procesos.

Para conseguir los cometidos de la misión y alcanzar la visión planteada en el mencionado Manual, así como la provisión de servicios farmacéuticos basados en APS, se definen tres procesos de trabajo, a saber: el despacho de recetas de medicamentos, la prestación de servicios farmacéuticos clínicos y la gestión del sistema de suministro de medicamentos, con la ejecución de actividades organizadas en cuatro grupos estratégicos, en concordancia con la propuesta contenida en el documento de posición de la OPS/OMS sobre servicios farmacéuticos basados en APS.

Con la finalidad de llevar a cabo las actividades señaladas y cumplir con los objetivos y metas establecidas, así como para calcular el grado de incorporación de elementos de APS en la provisión de los servicios farmacéuticos institucionales, se debe disponer de indicadores de gestión eficaces y oportunos que permitan medir, comparar y evaluar el aporte que tienen estos servicios en la obtención de resultados de salud en la población adscrita al establecimiento de salud donde se ubica el servicio de farmacia que los provee.

La falta de indicadores de gestión se enmarca dentro de la macro-variable de resultados en términos de la información que debe producirse como parte consustancial de la provisión de servicios farmacéuticos en cuanto a la producción, la calidad de vida de los pacientes, la calidad técnica y la satisfacción de los usuarios, tanto a nivel nacional, regional y local.

El problema a intervenir con la ejecución del proyecto se define con la siguiente pregunta:

¿Cuál es el nivel de desempeño de las farmacias de la CCSS en la obtención de resultados de salud en la población adscrita al establecimiento donde se ubican, en cuanto a la provisión de servicios farmacéuticos basados en APS?

La población objetivo y beneficiaria directa de la ejecución de este proyecto, son la Coordinación Nacional de Servicios Farmacéuticos, los supervisores regionales de farmacia y los jefes de todos los servicios de farmacia de la CCSS, ya que dispondrán de un instrumento que les permitirá evaluar el desempeño de los servicios de farmacia frente a las metas, objetivos y responsabilidades establecidas; producir información para analizar y verificar el cumplimiento de los objetivos en término de resultados; detectar y prever desviaciones en el logro de los objetivos y generar alertas sobre la acción para la toma de decisiones. Se consideran como beneficiarios indirectos legítimos, las autoridades superiores institucionales, la autoridad rectora de salud del país y el Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica, quienes dispondrán de información que les permita cuantificar la contribución de los servicios farmacéuticos basados en APS a la obtención de resultados sanitarios en la población que habita el territorio nacional.

II. OBJETIVOS

A. Objetivo general

Establecer los estándares e indicadores de gestión que permitan la medición, la evaluación y el establecimiento del nivel de desempeño de las farmacias de la CCSS en la obtención de resultados de salud en la población en cuanto a la provisión de servicios farmacéuticos basados en atención primaria de salud, tanto a nivel local, regional como nacional.

B. Objetivos específicos

1. Caracterizar las actividades de los servicios farmacéuticos basados en atención primaria de salud que deben desarrollar los servicios de farmacia.
2. Identificar el factor crítico de éxito de cada una de las actividades farmacéuticas que contribuye a la obtención de resultados en salud.
3. Formular el indicador de gestión de cada una de las actividades de los servicios farmacéuticos basados en atención primaria de salud.
4. Determinar el estándar de desempeño para cada una de las actividades de los servicios farmacéuticos basados en atención primaria de salud.
5. Identificar la frecuencia de la medición de los indicadores de gestión y la fuente de información de los datos.
6. Caracterizar cada indicador según tipo y dimensión de la gestión de la calidad que pretenden medir.
7. Caracterizar cada uno de los indicadores de gestión mediante una ficha técnica que describa los principales elementos de su aplicación.

III. METODOLOGÍA

A. Análisis de situación y diagnóstico estratégico: Matriz FODA

Auditoría	FUERZAS POSITIVAS	FUERZAS NEGATIVAS
Interna	<p>FORTALEZAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Compromiso de la Coordinación Nacional de Servicios Farmacéuticos para establecer criterios de evaluación de los servicios farmacéuticos basados en atención primaria de salud. 2. Disponibilidad de una masa crítica de profesionales farmacéuticos en todos los niveles de atención comprometidos con el desarrollo de servicios farmacéuticos basados en atención primaria de salud. 3. Disponibilidad de manuales técnicos de organización, funcionamiento, normas y procedimientos específicos para muchos de los servicios farmacéuticos que brinda la CCSS. 4. Implementación de una herramienta estandarizada y sistematizada de registro de producción (según actividades farmacéuticas predeterminadas) de los servicios farmacéuticos aplicable a nivel local, regional y nacional, tanto de las actividades técnico-administrativas como técnico-clínicas. 5. Implementación y desarrollo del sistema integrado de farmacia (SIFA) como apoyo tecnológico de información y comunicación de los servicios farmacéuticos institucionales, tanto para los aspectos administrativos como para algunos aspectos clínicos. 6. Disponibilidad de algunas experiencias nacionales de medición y evaluación de resultados en salud derivados de la provisión de servicios farmacéuticos. 7. Desarrollo bajo el modelo de inteligencia del negocio con la consolidación de las bases de datos del SIFA, específicamente en lo atinente a las existencias y consumos de los medicamentos a nivel nacional. 	<p>DEBILIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Criterios institucionales oficiales de evaluación de los servicios farmacéuticos centrados en la estructura y en el proceso, no en el resultado ni en el impacto. 2. No se dispone de una definición oficial de estándares de buenas prácticas de farmacia para los servicios farmacéuticos institucionales. 3. Profesionales farmacéuticos en ejercicio presentan grandes vacíos de formación, capacitación y desarrollo de competencias referentes a la prestación de servicios farmacéuticos basados en atención primaria de salud. 4. Ausencia de un programa ordinario y permanente de capacitación en gestión de servicio farmacéuticos dirigido a farmacéuticos que ocupan puestos de dirección y conducción de los servicios de farmacia. 5. Profesionales farmacéuticos con poca cultura de rendición de cuentas. 6. Profesionales farmacéuticos con pocos criterios técnicos para el desarrollo de estudios de investigación y documentación de las actividades que ejecutan los servicios farmacéuticos y su impacto en la atención de salud de la población.

Auditoría	FUERZAS POSITIVAS	FUERZAS NEGATIVAS
Externa	<p>OPORTUNIDADES</p> <p>1. Apoyo de las autoridades institucionales al nuevo modelo de gestión de los servicios farmacéuticos establecido en el <i>Manual Técnico de Gestión de los Servicios de Farmacia</i> (2014).</p> <p>2. Autoridades institucionales demandan la demostración objetiva de la obtención de resultados de salud que justifiquen la inversión que se hace en la dotación de recursos humanos profesionales farmacéuticos para los servicios de farmacia.</p> <p>3. Disponibilidad de un órgano permanente que oferta programas de capacitación basados en la detección de necesidades, dirigidos a profesionales farmacéuticos y a personal de apoyo de farmacia (Consejo de Educación Permanente en Farmacia del CENDEISS)</p> <p>4. Disponibilidad y accesibilidad del <i>Curso Virtual de Servicios Farmacéuticos basados en Atención Primaria de Salud para Gestores</i>, a los farmacéuticos que laboran en la Caja Costarricense de Seguro Social.</p> <p>5. Orientación de las organizaciones internacionales relacionadas con salud pública y la profesión de farmacia (Organización Panamericana de la Salud, Federación Internacional Farmacéutica) hacia el desarrollo de servicios farmacéuticos centrados más en el paciente, la familia y la comunidad que en el producto medicamento.</p>	<p>AMENAZAS</p> <p>1. Ausencia de documentos, propuestas o experiencias prácticas relacionadas con estándares e indicadores de gestión de servicios farmacéuticos con enfoque en atención primaria de salud a nivel nacional e internacional.</p> <p>2. Formación universitaria de los profesionales farmacéuticos no acorde con el desempeño esperado del profesional farmacéutico en el sistema de salud de Costa Rica.</p>

B. Actividades y cronograma: Matriz de planificación

Actividad	Responsable	Periodo	Recursos humanos	Recursos económicos	Recursos tecnológicos
1. Presentación del proyecto al Director de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de la Gerencia Médica.	- Dr. Esteban Vega de la O, coordinador nacional de servicios farmacéuticos.	7 al 18 de diciembre de 2015	- Dr. Esteban Vega de la O. - Director, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. - Secretaria.	No se requieren.	- Computadora.
2. Integración y oficialización de un grupo técnico de trabajo para la elaboración de la propuesta de estándares e indicadores.	- Dr. Esteban Vega de la O, coordinador nacional de servicios farmacéuticos.	4 al 15 de enero de 2016	- Dr. Esteban Vega de la O. - Director, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. - Gerente Médica. - Secretaria.	No se requieren.	- Computadora. - Correo electrónico.
3. Formulación de la propuesta de estándares e indicadores de gestión para los servicios de farmacia de la Caja Costarricense de Seguro Social	- Grupo técnico de trabajo conformado.	18 de enero al 1° de abril de 2016	- Integrantes del grupo técnico conformado. - Integrantes del grupo del proyecto. - Secretaria.	No se requieren. Nota: El local acondicionado para realizar sesiones de trabajo fue cedido por el Colegio de Farmacéuticos sin costo.	- Computadora. - Equipo multimedia. - Acceso a internet. - Correo electrónico.
4. Elaboración del informe final de la ejecución del proyecto.	- Grupo técnico de trabajo conformado.	Del 4 al 15 de abril de 2016	- Integrantes del grupo del proyecto.	No se requieren.	- Computadora. - Acceso a internet. - Correo electrónico.

C. Monitoreo y evaluación: Matriz de indicadores

Actividad	Tipo indicador	Indicador	Definición	Fórmula	Meta	Tiempo	Recursos
1. Presentación del proyecto al Director de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de la Gerencia Médica.	- De estructura. - Cualitativo.	Una nota exponiendo el proyecto, dirigida al Director de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de la Gerencia Médica.	Documento elaborado por la Coordinación Nacional de Servicios Farmacéuticos, conteniendo la descripción del proyecto, cuya finalidad es la obtención del apoyo institucional en su ejecución.	No aplica.	Meta: Proyecto presentado al Director de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de la Gerencia Médica al 18 de diciembre de 2015	7 al 18 de diciembre de 2015	- Computadora. - Secretaria.
2. Integración y oficialización de un grupo técnico de trabajo para la elaboración de estándares e indicadores de gestión para los servicios de farmacia.	- De estructura. - Cualitativo.	Una nota emitida por la Gerencia Médica, integrando y otorgando permiso para que el grupo técnico elabore la propuesta de estándares e indicadores de gestión para los servicios de farmacia.	Grupo de farmacéuticos de diferentes niveles de atención de la salud, escogidos por la Coordinación Nacional de Servicios Farmacéuticos, que en conjunto con los integrantes del equipo del proyecto, ejecutarán el proyecto planteado.	No aplica.	Meta: Grupo técnico integrado y oficializado al 15 de enero de 2016	4 al 15 de enero de 2016	- Computadora. - Correo electrónico para comunicaciones.
3. Formulación de la propuesta de estándares e indicadores de gestión para los servicios de farmacia.	- De proceso. - Cuantitativo.	Número de sesiones de trabajo realizadas por el grupo técnico para elaborar la propuesta de estándares e indicadores de gestión para los servicios de farmacia.	Sesiones de trabajo del grupo técnico para elaborar la propuesta de gestión para los servicios de farmacia, en las cuales se desarrollarán los objetivos específicos del proyecto.	(Número de sesiones de trabajo realizadas / Número de sesiones de trabajo programadas) X 100	Estándar: Realización de una sesión de trabajo semanal de 8 horas diarias para la formulación de la propuesta. Meta: Realización del 100% de las sesiones de trabajo programadas.	18 de enero al 4 de abril de 2016	- Local acondicionado para realizar sesiones de trabajo. - Computadora. - Equipo multimedia. - Acceso a internet. - Correo electrónico para comunicaciones.
4. Elaboración del informe final de ejecución del proyecto.	- De resultado. - Cualitativo.	Un documento conteniendo el informe final de la ejecución del proyecto.	Escrito elaborado por el grupo técnico que contiene el informe final de ejecución del proyecto.	No aplica.	Meta: Informe final de ejecución proyecto elaborado al 15 de abril de 2016	Del 4 al 15 de abril de 2016	- Computadora. - Acceso a internet. - Correo electrónico para comunicaciones.

IV. RESULTADOS

A. Alcance de los objetivos propuestos

La Coordinación Nacional de Servicios Farmacéuticos de la CCSS conformó un equipo técnico integrado por cinco farmacéuticos que laboran en diferentes niveles de atención de la salud, que en conjunto con cuatro de los cinco farmacéuticos proponentes del trabajo final de intervención, ejecutaron el proyecto planteado. Para tales efectos se realizaron siete sesiones de trabajo, con inversión de tiempos fuera de las mismas destinados a la revisión de bibliografía de referencia, de escritos de avances de la ejecución, así como para la creación de criterios y consensos referentes a aspectos puntuales que se fueron generando durante todo el proceso de formulación de los indicadores, con los siguientes resultados:

- Para los cuatro procesos de gestión en los servicios de farmacia identificados (gestión del suministro de medicamentos; despacho de recetas de medicamentos según modalidad de atención; prestación de servicios farmacéuticos clínicos generales y prestación de servicios farmacéuticos clínicos especializados) se delimitaron las actividades sustantivas inherentes a cada uno de ellos, así como los factores de éxito relacionados con la prestación de los servicios farmacéuticos que contribuyen al logro de resultados en salud, tanto en los pacientes como en la comunidad, lo cual constituyó la base bajo la cual se definieron los indicadores de gestión. (Objetivos específicos 1 y 2)
- Para las actividades sustantivas de los tres procesos de prestación de servicios farmacéuticos identificados como de oferta básica en todas las farmacias institucionales, a saber, proceso de gestión de suministro de medicamentos, despacho de recetas de medicamentos según modalidad de atención y prestación de servicios farmacéuticos clínicos generales, se establecieron indicadores de gestión, así como el estándar de desempeño que se plantea obtener institucionalmente, en concordancia con el nivel de atención de salud y la complejidad del servicio de farmacia. No se propone indicador de gestión para la actividad de elaboración de preparaciones magistrales debido a que se encuentra en la etapa de implementación y normalización a nivel institucional. (Objetivos específicos 3 y 4)
- Para cada uno de los indicadores de gestión propuestos (treinta), se definió una fuente de datos objetiva, permanente y accesible, como elemento clave que permita garantizar la sostenibilidad del registro, documentación y evaluación de su comportamiento. Se estableció la periodicidad de la valoración de cada indicador, de acuerdo con su criticidad en la prestación de los servicios farmacéuticos y en la toma oportuna de decisiones que permita encausar la gestión hacia el logro de las metas. (Objetivo específico 5)
- Cada uno de los indicadores fue clasificado de conformidad con la valoración de la calidad asistencial definida por la OMS, según tipo (estructura, proceso o resultado) y dimensión (acceso, aceptabilidad, adecuación, continuidad, efectividad, eficiencia y seguridad), a sabiendas que a través de éstos se busca incidir en la calidad de la gestión de los servicios farmacéuticos. (Objetivo específico 6)
- Finalmente, para cada uno de los indicadores propuestos, se elaboró una ficha técnica que describe los elementos institucionalmente requeridos, así como otros componentes necesarios para una adecuada comprensión por parte de los servicios de farmacia, cuya gestión será objeto de evaluación mediante la aplicación de este instrumento de seguimiento y control. (Objetivo específico 7)

En el anexo 3, se aporta un cuadro resumen conteniendo los estándares e indicadores de

gestión propuestos para los servicios de farmacia de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Forma parte de la ejecución de este proyecto el documento que contiene la ficha técnica para cada uno de los indicadores establecidos, donde se consignan los siguientes elementos: código, título, proceso y actividad, declaración de interés o justificación, fórmula de cálculo, alcance, estándar o meta, ámbito de aplicación, periodicidad, fuente de toma de datos, definiciones y referencias.

B. Efectos de la ejecución del proyecto

Con la ejecución del proyecto, la Coordinación Nacional de Servicios Farmacéuticos de la CCSS, dispone de una propuesta de estándares e indicadores de gestión que con su aplicación permitirá medir, comparar y evaluar el desempeño de los servicios de farmacia en la obtención de mejoras en la salud y en la calidad de vida de las personas y la comunidad, así como establecer el grado de incorporación de los elementos de APS en la provisión de los servicios farmacéuticos institucionales.

Para medir el impacto de la herramienta de gestión propuesta, o sea, establecer el nivel de desempeño de las farmacias de la CCSS en la obtención de resultados de salud en la población en cuanto a la provisión de servicios farmacéuticos basados en APS, es necesario ejecutar una segunda etapa del proyecto, pues se requiere en primera instancia, efectuar un proceso de validación de los estándares e indicadores de gestión seleccionados, para posteriormente ser sometidos a la autorización de los mandos superiores institucionales para su implementación oficial.

V. CONCLUSIONES

A. Incidencia (directa o indirecta) del proyecto en la salud y la calidad de vida de las personas y la comunidad

El establecimiento de estándares e indicadores de gestión que promueven la provisión de servicios farmacéuticos institucionales de calidad, oportunos, continuos, eficaces, eficientes, sin discriminación, adaptables, transparentes y solidarios a favor de los usuarios, como garantía del derecho a la salud que les asiste, incide de forma indirecta pero positiva en la salud y la calidad de vida de los pacientes, la familia y la comunidad.

B. Lecciones aprendidas

En el análisis de los procesos de gestión de los servicios farmacéuticos, identificación de las actividades basadas en atención primaria de salud, caracterización de indicadores de gestión por actividad, definición de estándares, elaboración de fichas técnicas y la discusión generada en las sesiones de trabajo del equipo técnico conformado para este fin, se identificaron las siguientes oportunidades de mejora:

- Actualmente se dispone del Manual Técnico de Gestión de los Servicios de Farmacia, oficializado en el año 2014, base de la prestación de los servicios farmacéuticos en la CCSS el cual busca dirigir los esfuerzos de los niveles asistenciales a efectos de contribuir en alcanzar el uso correcto y racional de los medicamentos con el consecuente impacto en la calidad de vida del paciente, su familia y la comunidad. Con el avance del proyecto se identificó la necesidad de realizar la actualización del mismo con miras a refrescar los conceptos ya incluidos, así como una oportunidad para integrar los indicadores trabajados para cada una de las actividades de los procesos sustantivos de los servicios de farmacia.

- De la mano con lo anterior, se acuerda necesario homologar los conceptos base, revisar y readecuar los manuales y políticas que regulan las distintas actividades desarrolladas por los servicios de farmacia, así como el reporte mensual de actividades de farmacia, de forma que estén acordes con los que sean definidos primeramente en el Manual Técnico de Gestión de los Servicios de Farmacia.
- Igualmente se identifica la necesidad de disponer de manuales técnicos de procedimientos para la implementación y desarrollo de las actividades farmacéuticas catalogadas como sustantivas en cada uno de los procesos de prestación de los servicios farmacéuticos.
- En este contexto, se logró identificar la necesidad de armonizar la Política Institucional de Atención Farmacéutica con los conceptos, indicadores y estándares definidos para la gestión de los servicios farmacéuticos con enfoque en atención primaria de salud y a su vez, la inclusión de las actividades de atención farmacéutica dentro de la prestación de servicios farmacéuticos generales, como base para el desarrollo de la gestión con enfoque en atención primaria de salud desde un primer nivel de atención.
- Se requiere de una reformulación de la encuesta de satisfacción de los usuarios de los servicios de farmacia, como herramienta esencial en la identificación de oportunidades de mejora y que aporte elementos objetivos para la toma de decisiones.

VI. BIBLIOGRAFÍA

Coordinación Nacional de Servicios Farmacéuticos, Área de Regulación y Sistematización, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Gerencia Médica, Caja Costarricense de Seguro Social. **Manual Técnico de Gestión de los Servicios de Farmacia**. San José, C.R.: los autores, 2014

De Almeida Alves, Cinthia Kalyne; Natal, Sônia; Felisbero, Eronildo y Samico, Isabella. Capítulo 8. Interpretación y análisis de la información: el uso de matrices, criterios, indicadores y parámetros. En: https://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/121518/mod_resource/content/1/Indicadores.pdf

Federación Internacional Farmacéutica y Organización Mundial de la Salud. **Directrices conjuntas FIP/OMS sobre Buenas Prácticas en Farmacia. Estándares para la calidad de los servicios farmacéuticos**. En:

https://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=334&table_id=

Grupo Técnico Regional para el Desarrollo de las Buenas Prácticas de Farmacia en los Servicios Farmacéuticos. **Desarrollo Metodológico para la Implementación de Buenas Prácticas de Farmacia en los Servicios Farmacéuticos**. Versión Preliminar (Borrador de circulación restringida). Foro Farmacéutico de las Américas, agosto 2014

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de España. **Aspectos Básicos de la Gestión de Calidad en el Ámbito Sanitario (capítulo 2). La calidad asistencial en la Unión Europea (capítulo 3)**. En: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 20015. En:

<http://www.msssi.gob.es/gl/organizacion/sns/informeAnualSNS/docs/2005/Cap3CalidadAsistencia-Europa.pdf>

Organización Mundial de la Salud. **Cómo investigar el uso de medicamentos en los servicios de salud. Indicadores seleccionados del uso de medicamentos**. Ginebra, Suiza: Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales, 1993. En: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2975s/>

Organización Mundial de la Salud y Federación Internacional Farmacéutica. **El papel del Farmacéutico en el Sistema de Atención de Salud. Informe de la reunión de la OMS. Tokio, Japón, 31 de agosto al 3 de setiembre de 1993. Buenas Prácticas de Farmacia: Normas de Calidad de los Servicios Farmacéuticos. La Declaración de Tokio Federación Internacional Farmacéutica**. Washington D.C.: OPS, 1994

Organización Mundial de la Salud y Federación Internacional Farmacéutica. **Desarrollo de la práctica de farmacia centrada en la atención del paciente. Manual-edición 2006**. Ginebra, Suiza: los autores, 2006

Organización Panamericana de la Salud. **Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS**. Washington D.C.: OPS, 2013

Torres Bouza, Carlos; Mataix Sanjuán, Ángel y Morales Serna, Juan Carlos (coordinadores). **Manual de Farmacia en Atención Primaria**. Madrid, España: Drug Farma, S.L., 2006

World Health Organization. **WHO Operational package for assessing, monitoring and evaluating country pharmaceutical situations. Guide for coordinators and data collectors**. Geneva, Switzerland: Technical Cooperation for Essential Drugs and Traditional Medicine, WHO/TCM/2007.2, december 2007.

ANEXO

RESULTADOS
CUADRO RESUMEN

Propuesta de estándares e indicadores de gestión para los servicios de farmacia de la Caja Costarricense de Seguro Social

IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS Y LAS ACTIVIDADES DE LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL¹

PROCESO	ACTIVIDADES
01. Gestión del suministro de medicamentos	01. Selección de medicamentos
	02. Programación y adquisición de medicamentos
	03. Almacenamiento y distribución de medicamentos
	04. Control y evaluación del proceso de suministro de medicamentos
	05. Disposición final de medicamentos no utilizables
02. Despacho de recetas de medicamentos según modalidad de atención	01. Despacho de medicamentos a usuarios en áreas de hospitalización
	02. Despacho de medicamentos a usuarios del servicio de emergencias
	03. Despacho de medicamentos a usuarios de atención ambulatoria
03. Prestación de servicios farmacéuticos clínicos generales	01. Elaboración de preparaciones magistrales (normalizadas y extemporáneas)
	02. Información de medicamentos
	03. Farmacovigilancia
	04. Atención farmacéutica. Dispensación
	05. Atención farmacéutica. Consulta de atención farmacéutica sin y con seguimiento farmacoterapéutico
	06. Atención farmacéutica. Educación para la salud (Promoción de la salud, prevención de la enfermedad y uso racional de medicamentos)
04. Prestación de servicios farmacéuticos clínicos especializados	01. Soporte nutricional clínico
	02. Farmacia oncológica
	03. Radiofarmacia
	04. Farmacocinética clínica
	05. Información especializada de medicamentos, farmacoterapia y toxicología
	06. Investigación clínica

¹ Adaptación propia con base en:

Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia Médica, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Área de Regulación y Sistematización, Coordinación Nacional de Servicios Farmacéuticos. **Manual Técnico de Gestión de los Servicios de Farmacia**. San José, Costa Rica: los autores, código MT:GM.DDSS.ARSDT.CNSF.002, versión 01, 2014

ESTÁNDARES E INDICADORES DE GESTIÓN

ACTIVIDAD	INDICADOR	TIPO	DIMENSIÓN	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	FUENTE DEL DATO
PROCESO: 01. Gestión del suministro de medicamentos						
01. Selección de medicamentos	01. Porcentaje de comités locales de farmacoterapia con participación activa del profesional farmacéutico. • Número de comités locales de farmacoterapia con participación activa del farmacéutico / Número total de establecimientos de salud de la región con comité local de farmacoterapia activo X 100	Estructura	Adecuación	100%	Anual	<ul style="list-style-type: none"> Actas de las sesiones del comité local de farmacoterapia. Certificación del supervisor regional de farmacia de los comités locales de farmacoterapia con participación activa del farmacéutico.
	02. Porcentaje de medicamentos incluidos en la Lista Oficial de Medicamentos de la Caja Costarricense de Seguro Social como almacenables disponibles en el establecimiento de salud. • Número de medicamentos disponibles dentro del presupuesto de despacho en la farmacia según nivel de usuario establecido en la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) / Número total de medicamentos incluidos en la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) para ese nivel de usuario X 100	Estructura	Acceso	>95%	Semestral	<ul style="list-style-type: none"> Registro del presupuesto de despacho autorizado del servicio de farmacia Lista Oficial de Medicamentos de la Caja Costarricense de Seguro Social, última edición.
02. Programación y adquisición de medicamentos	01. Razón de las modificaciones extraordinarias del presupuesto de despacho realizadas por la farmacia con las modificaciones ordinarias del presupuesto de despacho programadas por la Gerencia de Logística. • Número de modificaciones extraordinarias del presupuesto de despacho solicitadas por la farmacia / Número de modificaciones ordinarias del presupuesto de despacho programadas por la Gerencia de Logística	Proceso	Eficiencia	≤ 1	Anual	Registro de solicitudes de modificaciones del presupuesto de despachos a nivel local (farmacia) y a nivel central (Gerencia de Logística)
	02. Porcentaje de medicamentos que ingresaron a la farmacia según el pedido ordinario de medicamentos realizado al Área de Almacenamiento y Distribución (ALDI). • Número de medicamentos que ingresaron a la farmacia en el pedido ordinario / Número total de medicamentos solicitados por la farmacia en el pedido ordinario al Área de Almacenamiento y Distribución (ALDI) X 100	Proceso	Acceso	≥ 95%	Mensual	Registro de pedidos mensuales ordinarios de medicamentos a nivel local (farmacia) y a nivel central (ALDI)
	03. Porcentaje de medicamentos que ingresaron a la farmacia según el pedido extraordinario (extrapedido) de medicamentos realizado al Área de Almacenamiento y Distribución (ALDI). • Número de medicamentos que ingresaron por extrapedido solicitado por la farmacia / Número de medicamentos solicitados por la farmacia en el extrapedido X 100	Proceso	Acceso	≥ 95%	Mensual	Registro de extrapedidos de medicamentos a nivel local (farmacia) y a nivel central (ALDI)
	04. Porcentaje de medicamentos almacenables con desabastecimiento real en la farmacia. • Número de medicamentos con cero existencias en la farmacia / Número de medicamentos que no ingresaron a la farmacia por pedido ordinario o por extrapedido que tienen cuota en el presupuesto de despacho X 100	Proceso	Acceso	≤ 5%	Mensual	<ul style="list-style-type: none"> Registro de inventario de medicamentos del almacén local y del recetario de la farmacia. Registro de medicamentos recibidos en la farmacia por pedido ordinario y por extrapedido.

TRABAJOS FINALES DE INTERVENCIÓN DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS

ACTIVIDAD	INDICADOR	TIPO	DIMENSIÓN	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	FUENTE DEL DATO
	<p>05. Porcentaje de medicamentos con desabastecimiento real por problemas de calidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> Número de medicamentos retirados de la red de abastecimiento por problemas de calidad / Número de medicamentos desabastecidos (cero existencias) en la farmacia X 100 	Proceso	Seguridad	Informativo	Mensual	<ul style="list-style-type: none"> Circulares emitidas por la Coordinación Nacional de Servicios Farmacéuticos y la regencia farmacéutica del ALDI comunicando medidas preventivas o retirando medicamentos. Inventario de medicamentos del almacén local y del recetario de la farmacia
03. Almacenamiento y distribución de medicamentos	<p>01. Porcentaje de medicamentos en el recetario y en el almacén local de la farmacia con revisión mensual de fecha de vencimiento.</p> <p>a) 01. Número de medicamentos incluidos en las revisiones de fechas de vencimiento en el recetario de farmacia / Número total de medicamentos disponibles en el recetario de la farmacia X 100</p> <p>b) 02. Número de medicamentos incluidos en las revisiones mensuales de fechas de vencimiento en el almacén local de la farmacia / Número total de medicamentos disponibles en el almacén local de la farmacia X 100</p>	Proceso	Seguridad	≥ 90%	Mensual	<ul style="list-style-type: none"> Inventario de medicamentos disponibles en el recetario y en el almacén local de la farmacia Registro de inventarios parciales o totales realizados en el recetario y en el almacén local de la farmacia.
	<p>02. Porcentaje de medicamentos que se vencen en el recetario y en el almacén local de la farmacia.</p> <p>a) 01. Número de medicamentos vencidos en el recetario de la farmacia / Número total de medicamentos disponibles en el recetario de la farmacia X 100</p> <p>b) 02. Número de medicamentos vencidos en almacén local de la farmacia / Número total de medicamentos disponibles en el almacén local de la farmacia X 100</p>	Proceso	Eficiencia	<p>≤ 1%</p> <p>Estándar especial: Una vez al año la farmacia deberá realizar un estudio técnico-económico de las causas de vencimiento de los medicamentos y sus costos en el establecimiento farmacéutico (recetario y almacén local de medicamentos)</p>	Semestral	Registro de medicamentos no utilizables vencidos retirados del recetario y del almacén local de la farmacia.
04. Control y evaluación del proceso de suministro de medicamentos	<p>01. Porcentaje de medicamentos con reporte de falla farmacéutica comunicados por la farmacia.</p> <ul style="list-style-type: none"> Número de reportes de falla farmacéutica de medicamentos tramitados por la farmacia / Número total de medicamentos almacenables disponibles en la farmacia (recetario y almacén local) X 100 	Proceso	Seguridad	Informativo	Semestral	<ul style="list-style-type: none"> Registro de reportes de falla farmacéutica de la farmacia. Registro de recibo de reportes de falla farmacéutica del Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos.
05. Disposición final de medicamentos no utilizables	<p>01. Razón de las disposiciones finales de medicamentos no utilizables realizadas por la farmacia con las disposiciones finales de medicamentos no utilizables programadas por la regencia farmacéutica del Área de Almacenamiento y Distribución (ALDI)</p> <ul style="list-style-type: none"> Número de disposiciones finales de medicamentos no utilizables realizadas por la farmacia / Número de disposiciones finales de medicamentos no utilizables programadas por la regencia farmacéutica del Área de Almacenamiento y Distribución (ALDI) 	Proceso	Seguridad	<p>1</p> <p>Estándar especial: Una vez al año la farmacia deberá realizar un estudio técnico-económico de los tipos y los costos de los medicamentos no utilizables generados por la farmacia, los devueltos o retirados de los servicios de atención del paciente del establecimiento de salud y los recibidos como devoluciones de los pacientes.</p>	Anual	Registro de farmacias que realizaron la destrucción de medicamentos no utilizables por mecanismo centralizado, disponible en el ALDI.

ACTIVIDAD	INDICADOR	TIPO	DIMENSIÓN	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	FUENTE DEL DATO
PROCESO: 02. Despacho de recetas de medicamentos según modalidad de atención						
01. Despacho de medicamentos a usuarios en áreas de hospitalización	01. Porcentaje de camas hospitalarias con sistema de distribución de medicamentos por dosis unitaria para 24 horas. • Número de camas dentro del sistema de distribución de medicamentos por dosis unitaria para 24 horas / Número total de camas de hospitalización del nosocomio	Proceso	Continuidad	≥75%	Anual	<input type="checkbox"/> Informe estadístico mensual, cuadro de desglose de camas hospitalarias. <input type="checkbox"/> Registro de despacho (dispensación) de medicamentos a pacientes hospitalizados de la farmacia.
	02. Tiempo promedio en minutos para el despacho de recetas de medicamentos a pacientes hospitalizados fuera del carro de medicación	Proceso	Eficiencia	Informativo	Mensual	Registro de tiempo de despacho de medicamentos a pacientes hospitalizados fuera del carro de medicación (Desde el ingreso de la receta hasta la colocación del medicamento en la estantería listo para ser entregado al funcionario de enfermería).
	03. Tiempo promedio en minutos para el despacho de recetas de medicamentos a pacientes hospitalizados con egreso hospitalario	Proceso	Eficiencia	Informativo	Mensual	Registro de tiempo de despacho de medicamentos a pacientes con egreso hospitalario (Desde el ingreso de la receta hasta la colocación del medicamento en la estantería listo para ser entregado al funcionario de enfermería o directamente al paciente).
02. Despacho de medicamentos a usuarios ambulatorios (incluye consulta externa y servicio de emergencias)	01. Porcentaje de medicamentos provenientes de la atención ambulatoria reintegrados al inventario de la farmacia por no retiro del paciente. • Número de recetas de medicamentos de atención ambulatoria reintegradas por no retiro del paciente / Número total de recetas de medicamentos de atención ambulatoria despachadas X 100	Resultado	Eficiencia	<input type="checkbox"/> Hospitales nacionales generales y hospitales regionales: ≤ 1,8% <input type="checkbox"/> Hospitales nacionales especializados, hospitales periféricos tipo 1, 2 y 3; áreas de salud tipo 1, 2 y 3: ≤ 1,5% Estándar especial: Una vez al año, se debe realizar un análisis del comportamiento de los porcentajes de no retiro de los medicamentos y la segmentación según tipo de paciente (crónico, agudo, profiláctico y riesgo clínico) y grupo terapéutico del medicamento	Mensual	<input type="checkbox"/> Registro en sistema automatizado de farmacia (SIFA). <input type="checkbox"/> Registro de medicamentos no retirados por tipo de paciente y grupo terapéutico.
	02. Porcentaje de errores de medicación detectados y reportados en el proceso de despacho de recetas de medicamentos de atención ambulatoria. • Número de errores de medicación detectados y reportados en el proceso de despacho de medicamentos a pacientes de atención ambulatoria / Número total de recetas de medicamentos despachadas) en atención ambulatoria X 100	Proceso	Seguridad	Informativo Estándar especial: Una vez al año, se debe realizar un análisis de los errores de medicación, sus causas y consecuencias así como la formulación de un plan de mejora a ejecutar.	Mensual	Registro de errores de medicación de la farmacia.
	03. Tiempo promedio en minutos para el despacho de recetas de medicamentos a pacientes: a) 01. Atendidos en el servicio de emergencias b) 02. Atendidos en el servicio de consulta externa	Proceso	Eficiencia	Informativo	Mensual	Registro de tiempo de despacho de medicamentos a pacientes de emergencias y de consulta externa (Desde el ingreso de la receta de medicamentos hasta la colocación en la estantería del paquete de medicamentos listo para ser entregado al paciente)

TRABAJOS FINALES DE INTERVENCIÓN DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS

ACTIVIDAD	INDICADOR	TIPO	DIMENSIÓN	ESTÁNDAR	PERIODICIDAD	FUENTE DEL DATO
PROCESO: 03. Prestación de servicios farmacéuticos clínicos generales						
02. Información de medicamentos	01. Porcentaje de consultas de información técnica sobre medicamentos realizadas por el paciente o su red de apoyo. • Número de consultas de información técnica sobre medicamentos realizadas por el paciente o su red de apoyo / Número total de consultas de información técnica de medicamentos recibidas y atendidas por la farmacia X 100	Proceso	Adecuación	Informativo	Mensual	Registro estandarizado de consultas de información de medicamentos de la farmacia.
	02. Número de documentos sobre información de medicamentos (folletos, boletines, panfletos, otros) elaborados por la farmacia y avalados por la Comisión de Información de Medicamentos y Educación a Pacientes (COIMEP) de la Coordinación Nacional de Servicios Farmacéuticos	Proceso	Adecuación	Informativo	Semestral	<input type="checkbox"/> Registro de documentos sobre información de medicamentos elaborados por la farmacia. <input type="checkbox"/> Registro de documentos de información de medicamentos recibidos y avalados la Comisión de Información de Medicamentos y Educación a Pacientes (COIMEP) de la Coordinación Nacional de Servicios Farmacéuticos.
03. Farmacovigilancia	01. Porcentaje de reportes de sospecha de reacción adversa a medicamentos detectadas y reportadas por el profesional farmacéutico. • Número de reportes de sospecha de reacción adversa a medicamentos (RAM) detectadas y reportadas por el farmacéutico / Número total de reportes de sospecha de reacción adversa a medicamentos recibidas y tramitadas por la farmacia X 100	Proceso	Seguridad	Informativo	Mensual	Registro de sospechas de reacciones adversas a medicamentos (RAM) recibidas en la farmacia.
	02. Porcentaje de reportes de sospecha de reacción adversa a medicamentos (RAM) por número de recetas de medicamentos despachados (dispensados) a pacientes ambulatorios • Número de notificaciones de sospecha de reacción adversa a medicamentos (RAM) recibidas en la farmacia / Número total de recetas de medicamentos despachadas a pacientes de atención ambulatoria X 100	Proceso	Seguridad	Informativo	Mensual	<input type="checkbox"/> Registro de sospechas de reacciones adversas a medicamentos (RAM) recibidas en la farmacia. <input type="checkbox"/> Registro en sistema automatizado de farmacia (SIFA)
04. Atención farmacéutica: Dispensación de medicamentos	01. Porcentaje de pacientes a los que el farmacéutico dispensa los medicamentos al egreso hospitalario o en la atención ambulatoria. a) 01. Número de pacientes con egreso hospitalario con información sobre medicamentos brindada por el farmacéutico con la entrega de sus medicamentos / Número de pacientes con receta de medicamentos despachada por la farmacia al egreso hospitalario X 100 b) 02. Número de pacientes de atención ambulatoria con información de medicamentos brindada por el farmacéutico con la entrega de sus medicamentos / Número de pacientes de atención ambulatoria atendidos en la farmacia X 100	Proceso	Adecuación	a) $\geq 25\%$ b) Informativo	Mensual	a) Registro de entrega informada de medicamentos a paciente con egreso hospitalario. b) Registro de entrega informada de medicamentos a pacientes de atención ambulatoria.

ACTIVIDAD	INDICADOR	TIPO	DIMEN-SIÓN	ESTÁNDAR	PERIODI-CIDAD	FUENTE DEL DATO
05. Atención farmacéutica: consulta sin o con seguimiento farmacoterapéutico	01. Razón de las consultas de atención farmacéutica subsiguientes con las consultas de atención farmacéutica de primera vez en pacientes de consulta externa. • Número de pacientes subsiguientes atendidos en la consulta de atención farmacéutica (CAF) / Número de pacientes de primera vez atendidos en la consulta de atención farmacéutica (CAF).	Proceso	Acceso	<ul style="list-style-type: none"> Hospitales nacionales generales y hospitales nacionales especializados: ≤ 6 Hospitales regionales, hospitales periféricos y áreas de salud: ≤ 3 	Mensual	Registro de consultas no médicas, cuadro N°12, Boletín Estadístico Mensual, Unidad de Registros y Estadísticas de Salud (REDES) del establecimiento de salud
	02. Razón de las interconsultas de atención farmacéutica subsiguientes con las interconsultas de atención farmacéutica de primera vez de pacientes hospitalizados. • Número de pacientes hospitalizados atendidos por interconsulta de atención farmacéutica subsiguiente / Número de pacientes hospitalizados atendidos por interconsulta de atención farmacéutica de primera vez.	Proceso	Acceso	Informativo	Mensual	Registro de atención de interconsultas del programa de atención farmacéutica.
	03. Porcentaje de pacientes hipertensos con disminución significativa o con control óptimo de la cifra de presión arterial atendidos en la consulta de atención farmacéutica. a) 01. Número de pacientes hipertensos con disminución significativa de la cifra de presión arterial atendidos en la consulta de atención farmacéutica (CAF) / Número de pacientes hipertensos atendidos en la consulta de atención farmacéutica (CAF) X 100 b) 02. Número de pacientes hipertensos con control óptimo de la cifra de presión arterial atendidos en la consulta de atención farmacéutica (CAF) / Número de pacientes hipertensos atendidos en la consulta de atención farmacéutica (CAF) X 100	Resultado	Efectividad	$\geq 65\%$ de los pacientes hipertensos atendidos en la consulta de atención farmacéutica (CAF) con disminución significativa o con control óptimo de la cifra de presión arterial. <ul style="list-style-type: none"> Disminución significativa de la cifra de presión arterial: ≥ 5 mm Hg Niveles óptimos de presión arterial: <ul style="list-style-type: none"> No comorbilidad asociada: $< 140/90$ mmHg Diabetes mellitus (DM), insuficiencia renal crónica (IRC) y cardiopatía isquémica: $< 130/90$ mmHg Proteinuria ≥ 1 g /24 horas: $< 120/90$ mmHg 	Anual	<ul style="list-style-type: none"> Registro de consultas no médicas, cuadro N°12, Boletín Estadístico Mensual, Unidad de Registros y Estadísticas de Salud (REDES) del establecimiento de salud Registro de consultas de atención farmacéutica (CAF) de la farmacia. Expediente clínico de salud del paciente.
	04. Porcentaje de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta de atención farmacéutica con disminución significativa o con control óptimo de la cifra de hemoglobina glicosilada (Hb1Ac). a) 01. Número de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con disminución significativa de la cifra de hemoglobina glicosilada (Hb1Ac) atendidos en la consulta de atención farmacéutica (CAF) / Número de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 incluidos en la consulta de atención farmacéutica (CAF) X 100 b) 02. Número de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con control óptimo de la cifra de hemoglobina glicosilada (Hb1Ac) atendidos en la consulta de atención farmacéutica (CAF) / Número de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 incluidos en la consulta de atención farmacéutica (CAF) X 100	Resultado	Efectividad	$\geq 52\%$ de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en la consulta de atención farmacéutica (CAF) con disminución significativa o con control óptimo de la cifra de hemoglobina glicosilada <ul style="list-style-type: none"> Disminución significativa de la hemoglobina glicosilada (Hb1Ac): ≥ 1 punto porcentual del valor de la hemoglobina glicosilada (Hb1Ac) Niveles óptimos de hemoglobina glicosilada (Hb1Ac): <ul style="list-style-type: none"> $< 7\%$ $< 8\%$ en personas mayores de 80 años 	Anual	<ul style="list-style-type: none"> Registro de consultas no médicas, cuadro N°12, Boletín Estadístico Mensual, Unidad de Registros y Estadísticas de Salud (REDES) del establecimiento de salud. Registro de consultas de atención farmacéutica (CAF) de la farmacia. Expediente clínico de salud del paciente.

TRABAJOS FINALES DE INTERVENCIÓN DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS

ACTIVIDAD	INDICADOR	TIPO	DIMEN-SIÓN	ESTÁNDAR	PERIODI-CIDAD	FUENTE DEL DATO
	<p>05. Porcentaje de pacientes dislipidémicos con disminución significativa o con control óptimo de la cifra de LDL-colesterol en consulta de atención farmacéutica.</p> <p>a) 01. Número de pacientes con disminución significativa de la cifra de LDL-colesterol atendidos en la consulta de atención farmacéutica (CAF) / Número de pacientes con dislipidemia incluidos en la consulta de atención farmacéutica (CAF) X 100</p> <p>b) 02. Número de pacientes con control óptimo de la cifra de LDL-colesterol atendidos en la consulta de atención farmacéutica (CAF) / Número de pacientes con dislipidemia incluidos en la consulta de atención farmacéutica (CAF) X 100</p>	Resultado	Efectividad	<p>≥ 55% de los pacientes con dislipidemia atendidos en la consulta de atención farmacéutica (CAF) con disminución significativa o con control óptimo de la cifra de LDL-colesterol.</p> <ul style="list-style-type: none"> Disminución significativa de la cifra de LDL-colesterol: Cualquier valor de reducción de la cifra de LDL-colesterol se considera significativa. Niveles óptimos de LDL-colesterol y de colesterol no-HDL: <ul style="list-style-type: none"> Ninguno o un factor de riesgo (riesgo bajo): LDL-colesterol < 160 mg/dl y colesterol no-HDL < 190 mg/dl Dos factores de riesgo (riesgo moderado): LDL-colesterol < 130 mg/dl y colesterol no-HDL < 160 mg/dl Tres o más factores de riesgo (alto riesgo): LDL-colesterol < 100 mg/dl y colesterol no-HDL < 130 mg/dl 	Anual	<ul style="list-style-type: none"> Registro de consultas no médicas, cuadro N°12, Boletín Estadístico Mensual, Unidad de Registros y Estadísticas de Salud (REDES) del establecimiento de salud. Registro de consultas de atención farmacéutica (CAF) de la farmacia. Expediente clínico de salud del paciente.
	<p>06. Porcentaje de pacientes con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) positivo con carga viral indetectable atendidos en consulta de atención farmacéutica (CAF)</p> <ul style="list-style-type: none"> Número de pacientes con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) positivo con carga viral (CV) indetectable atendidos en la consulta de atención farmacéutica (CAF) / Número de pacientes con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) positivo incluidos en la consulta de atención farmacéutica (CAF) X 100 	Resultado	Efectividad	<p>≥ 80% de los pacientes VIH positivo atendidos en la consulta de atención farmacéutica (CAF) con carga viral indetectable (< 20 copias/mm³) tras recibir como mínimo 6 meses de tratamiento con medicamentos antirretrovirales.</p>	Anual	<ul style="list-style-type: none"> Registro de consultas no médicas, cuadro N°12, Boletín Estadístico Mensual, Unidad de Registros y Estadísticas de Salud (REDES) del establecimiento de salud. Registro de consultas de atención farmacéutica (CAF) de la farmacia. Expediente clínico de salud del paciente.
	<p>07. Porcentaje de pacientes con tuberculosis con esputo negativo (curados) atendidos en la consulta atención farmacéutica (CAF)</p> <p>a) 01. Número de pacientes con esputo negativo (curados) que recibieron de forma supervisada el tratamiento antituberculoso y fueron atendidos en la consulta de atención farmacéutica (CAF) / Número de pacientes que recibieron de forma supervisada el tratamiento antituberculoso y fueron atendidos en la consulta de atención farmacéutica X 100</p> <p>b) 02. Número de pacientes con tuberculosis que reciben la primera consulta de atención farmacéutica a nivel hospitalario / Número de pacientes con tuberculosis detectados en el hospital X 100</p>	Resultado	Efectividad	<p>a) Para primer nivel de atención: ≥ 85% de los pacientes tuberculosos atendidos en la consulta de atención farmacéutica (CAF) con esputo negativo (curados) tras recibir tratamiento antituberculoso de forma supervisada.</p> <p>b) Para el segundo y tercer nivel de atención hospitalaria: Informativo</p>	Anual	<ul style="list-style-type: none"> Registro de consultas no médicas, cuadro N°12, Boletín Estadístico Mensual, Unidad de Registros y Estadísticas de Salud (REDES) del establecimiento de salud. Registro de consultas de atención farmacéutica (CAF) de la farmacia. Registro de pacientes con tuberculosis detectados en el establecimiento de salud. Expediente clínico de salud del paciente.
06. Atención farmacéutica: Educación para la salud	<p>01. Porcentaje de campañas estandarizadas de uso racional de medicamentos realizadas por el Servicio de Farmacia.</p> <ul style="list-style-type: none"> Número de campañas estandarizadas de uso racional de medicamentos realizadas por la farmacia / Número de campañas estandarizadas de uso racional de medicamentos programadas por la Coordinación Nacional de Servicios Farmacéuticos X 100 	Proceso	Adecuación	> 80%	Anual	Registro de campañas estandarizadas de uso racional de medicamentos realizadas por la farmacia.

ECUADOR

ELABORACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN PARA LOS PACIENTES HIPERTENSOS DEL CENTRO DE SALUD MACHACHI

Romina Acevedo, Viviana Allauca, Jacob Flores, Julia Jumbo

Tutora: María Gabriela Giornelli

INCREMENTO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN MEDIANTE ACCIONES EDUCATIVAS

Evelyn Egas, Mónica Garzón, Angélica Taco

Tutora: Estela Juana Izquierdo

ELABORACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN PARA LOS PACIENTES HIPERTENSOS DEL CENTRO DE SALUD MACHACHI

Resumen

El presente proyecto surge como una necesidad actual enfocada al correcto uso de medicamentos y almacenamiento de los mismos, orientado a profesionales de la salud como químicos farmacéuticos y para la comunidad, en este caso pertenecientes al Distrito 17D11 del Centro de Salud Machachi, una parroquia rural de la ciudad de Quito. Considerando que la Atención Primaria en Salud exige tener una cobertura de prevención y monitoreo de los pacientes desde el primer nivel de atención.

La elaboración de este material didáctico, tiene como finalidad ser una herramienta de fácil comprensión para el usuario y servir de apoyo para su adherencia al tratamiento, mejorando su calidad de vida. El profesional químico farmacéutico, al ser parte del equipo de salud, está en la obligación de apoyar a los pacientes en todo lo referente a la farmacoterapéutica del paciente.

Abstract

This project comes as a present focused on the correct use of medicines and storage thereof, aimed at health professionals and pharmaceutical chemicals and the community, need in this case belonging to the District 17D11 Center Machachi Health, a rural parish of the city of Quito. Whereas the primary health care coverage required to have prevention and monitoring of patients from the first level of care.

The development of this training material, is intended to be a tool easily understood by the user and provide support for treatment adherence, improving their quality of life. The pharmaceutical chemist professional, being part of the health team is obliged to support patients in all matters relating to patient pharmacotherapy.

Palabras Claves

Atención Primaria en Salud, Servicios farmacéuticos, Atención farmacéutica, Hipertensión Arterial, Medicamentos

1. Introducción

1.1 Justificación del Proyecto

La hipertensión, o presión arterial alta, es un problema grave en todo el mundo. Pero mientras los países desarrollados parecen estar logrando una reducción del trastorno, en América Latina la enfermedad está en aumento.

Cada año mueren cerca de 18 millones de personas a causa de enfermedades cardiovasculares (8 millones atribuidas a la hipertensión) y 80% de estas muertes ocurre en países en desarrollo; las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares en la región aumentará aproximadamente un 145% entre hombres y mujeres para el año 2020.

Investigaciones realizadas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) y el Instituto Nacional de Estadística y Censos del Ecuador (INEC - 2012), indican que 717.529 ciudadanos sufren de hipertensión arterial.

Con estos antecedentes, urge establecer mejores programas y proyectos para que la comunidad conozca los riesgos de este trastorno, el uso correcto de los medicamentos y los beneficios de un cambio en el estilo de vida. En el Ecuador la normativa legal vigente ha establecido que el químico farmacéutico forme parte integral del equipo de salud, basando

su labor a la gestión de suministro de medicamentos; sin embargo la formación no ha sido enfocada a los servicios farmacéuticos, como herramienta que solvente las necesidades de la comunidad y contribuya a un acceso equitativo y uso racional de los medicamentos. La atención farmacéutica es una filosofía de práctica que implica una interacción directa del farmacéutico con el paciente o la comunidad.

Los servicios farmacéuticos representan un proceso que abarca:

- El suministro de medicamentos en todas y cada una de las etapas constitutivas,
- La conservación y el control de la calidad,
- La seguridad y la eficacia terapéutica de los medicamentos,
- El seguimiento y la evaluación de la utilización,
- La obtención y difusión de información de medicamentos.

El personal farmacéutico en función de su formación profesional está capacitado para desarrollar y/o utilizar materiales educativos para programas de mantenimiento y promoción de la salud, y prevención de enfermedades dirigidos a un amplio rango de poblaciones de pacientes, grupos etarios y niveles de conocimiento.

La hipertensión arterial es un problema de salud pública en el cual nos hemos enfocado para desarrollar este proyecto, considerando que la atención farmacéutica es una filosofía de práctica que implica una interacción directa del farmacéutico con el paciente o la comunidad; en el contexto nacional no se realiza atención farmacéutica en Primer Nivel, lo que conlleva a que esta población sea más vulnerable al uso indebido de medicamentos y adquirir comorbilidades. El Ecuador cuenta con el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos del Ecuador con su registro terapéutico en el cual constan medicamentos esenciales que cubren el 98% del perfil epidemiológico del país.

Con esta finalidad, con el material didáctico a elaborar, se pretende incrementar la adherencia a la medicación, mediante información del tratamiento establecido para tratar esta patología, dado que se evidencia por visitas domiciliarias realizadas por profesionales de la salud en el primer nivel de atención, que los pacientes olvidan las pautas, dosis y régimen alimenticio de cada medicamento sin lograr el objetivo terapéutico.

1.2 Marco Referencial

La Constitución de la República del Ecuador en su Artículo 32) establece *“La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.”*

El Plan Nacional del Buen Vivir de la República del Ecuador, establece por su parte que, *“Las políticas de salud promoverán las prácticas de calidad de vida y la medicina preventiva e integral, no solamente la curación de enfermedades. Se impulsará la universalización en el acceso a la atención primaria de salud y la expansión de su calidad y cobertura.”*

La Atención Primaria de Salud (APS) es reconocida como componente clave de los Sistemas de Salud; este reconocimiento se sustenta en la evidencia de su impacto sobre la salud y desarrollo de la población. Así mismo, las experiencias acumuladas tanto en países desarrollados como en proceso de desarrollo han demostrado que la APS puede ser adaptada a los distintos contextos políticos, sociales y culturales. (OPS/OMS, La renovación de Atención Primaria en Salud de las Américas)

Los nuevos conceptos de organización del trabajo descrito por la mayoría de los autores están basados en la actividad de equipo. El equipo se define como:

- El equipo multidisciplinario se fundamenta en que las habilidades aportadas por los diversos profesionales aumentan la creatividad del grupo, ayudando a la innovación y potenciando la apertura de pensamiento de sus miembros, dando respuestas integrales.
- Aunque el equipo puede cambiar su composición a lo largo del tiempo, sus resultados serán mejores cuanto mayor sea la proporción de miembros estables en el grupo.

Como profesionales sanitarios, los farmacéuticos tienen un importante papel en la mejora del acceso a la atención sanitaria y para reducir la diferencia que existe entre el beneficio potencial de los medicamentos y el valor real obtenido, y deben formar parte de cualquier sistema sanitario en su más amplio sentido.

Dentro del equipo multidisciplinario, los farmacéuticos deben ofrecer a los pacientes suficiente información específica sobre temas de salud, enfermedades y medicamentos, para que ellos puedan participar en el proceso de toma de decisiones dentro del plan integral de gestión de sus cuidados de salud. Esta información debe tener por objeto respaldar el cumplimiento del tratamiento y el fomento de la autonomía del paciente.

La hipertensión arterial está considerada como una patología silenciosa (no da síntomas) y por ende el afectado se entera de su condición cuando sufre de cardiopatías y accidentes cardiovasculares. Es una de las causas más importantes de muerte prematura y de discapacidades. Uno de cada tres adultos mayores de 25 años sufre de hipertensión arterial (presión elevada), más de 1.000 millones de individuos, de acuerdo al último informe estadístico de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La hipertensión se sitúa entre las 10 primeras causas de morbi/mortalidad en Ecuador, de cada 100.000 ecuatorianos, la OMS afirma que 1.373 sufren de esta afección. Esta cifra coincide con la Encuesta Nacional de Salud (Ensanut), una investigación realizada por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), la cual indica que más de un tercio de los habitantes mayores de 10 años (3'187.665) es pre-hipertenso y 717.529 ciudadanos de 10 a 59 años sufre de hipertensión arterial.

Para el año 2011 la hipertensión se ubicó en el segundo lugar entre las causas de mortalidad general a nivel país (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2012).

Uno de cada tres adultos mayores de 25 años sufre de hipertensión arterial (presión elevada), más de 1.000 millones de individuos, de acuerdo al último informe estadístico de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

1.3 Problema a resolver/proceso a mejorar o innovar

Mejorar la adherencia de los pacientes al tratamiento farmacológico para la hipertensión arterial y cuidado integral para una mejor calidad de vida del paciente, mediante herramientas didácticas.

2. Objetivos

2.1 General

Elaborar herramientas de comunicación para los pacientes hipertensos del Centro de Salud "Machachi" para concientizar al paciente para el correcto uso del medicamento.

2.1 Específicos

- Determinar el número de pacientes hipertensos del Centro de Salud "Machachi" para el desarrollo de las herramientas
- Realizar un tríptico informativo de medidas preventivas y cuidados del paciente hipertenso.
- Socializar con charlas el correcto uso de medicamentos, almacenamiento en el hogar y cuidados en la alimentación del paciente

3. Metodología

3.1 Análisis de situación y diagnóstico estratégico (Matriz FODA)

	Fuerzas positivas	Fuerzas negativas
	Fortalezas	Debilidades
Auditoría interna	1. Equipo Multidisciplinario	o Ausencia de una normativa o guía de manejo del HTA nacional
	2. Equipo motivado	2. Falta de personal
	3. Abastecimiento adecuado función de la demanda	
	4. Profesionales prescriben los medicamentos acorde al Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos	3. Disponibilidad de tiempo
	5. Apertura de las autoridades del Hospital Básico para la coordinación con las áreas de promoción y prevención	4. Distribución de actividades (múltiples actividades)
	6. Clubs de pacientes con HTA	
Auditoría externa	Oportunidades	Amenazas
	1. Capacitaciones por parte de la Autoridad Sanitaria Nacional	<ul style="list-style-type: none"> Falta de normativa y protocolos para medir indicadores de adherencia a los medicamentos
	2. Vinculación con la academia	<ul style="list-style-type: none"> Estabilidad laboral
	3. Proyectos de titulación de vinculación con la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> Falta de presupuesto
	4. Visitas domiciliarias a pacientes que no pueden retirar el medicamento	

3.2 Actividades y Cronograma

Actividad A	Responsable B	Período C	Recursos humanos D	Recursos económicos E	Recursos tecnológicos F
Concientizar a los usuarios internos y externos sobre el uso correcto del medicamento, para mejorar la calidad de vida de los pacientes en el Centro de salud "Machachi" del Distrito 17D11 (Mejía – Rumiñahui, reduciendo el gasto público)	Equipo de Trabajo	5 días	Autoridades del, Distrito y comunidad	50 USD	Hojas Informes Proyector Computadora
Estructurar herramientas de comunicación, como material audiovisual, elaboración e impresión del folleto	Equipo de trabajo	20 días	x	150 USD	Computadora Impresión Cartulinas
Capacitar al profesional Químico farmacéutico	Equipo de trabajo	5 días	Profesional bioquímico farmacéutico	30 USD	Computadora Proyector
Capacitar a los pacientes del Club de hipertensión, acerca del folleto elaborado	Equipo de trabajo	3 días	Pacientes	50 USD	Proyector Computadora Hojas Folleto elaborado
Evaluar al usuario externo (paciente) acerca de la información recibida	Equipo de trabajo	3 días	Pacientes	75 USD	Hojas Folleto elaborado Cuestionario

3.3 Monitoreo y Evaluación (Matriz de indicadores)

Tipo de indicador	Indicador	Definición	Fórmula	Meta o Estándar
Actividad 1	Cantidad de pacientes con presión arterial elevada detectados que fueron invitados a las charlas	Determinar la cantidad en porcentaje de los pacientes diagnosticados con hipertensión en el distrito 17D11 y que serán capacitados, para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico.	Número de pacientes diagnosticados con hipertensión y que asistieron a las charlas / Número de pacientes convocados	85 % de asistencia
Actividad 2	Cantidad de capacitaciones realizadas, sobre la importancia del uso correcto del medicamentos dirigido a los profesionales químicos farmacéuticos del distrito 17D11	Capacitar a los profesionales químicos farmacéuticos que laboran en el Distrito 17D11 y realizan atención farmacéutica	Número de capacitaciones realizadas / Número total de capacitaciones orientadas a los profesionales Q.F.	Realizar dos capacitaciones, es decir 100%
Actividad 3	Cobertura en sensibilización y entrega de trípticos a los pacientes diagnosticados con hipertensión	Mide la cobertura y Sensibilización de los usuarios externos en la importancia de la adherencia y culminación del tratamiento farmacológico.	Número de usuarios externos sensibilizados / Número de usuarios determinados	100%
Tiempo	Optimización del tiempo establecido para el desarrollo de las actividades propuestas.	Determina el tiempo en que se desarrolla el TFI en el territorio con la intervención de factores internos y externos	Tiempo utilizado en el desarrollo del TFI	6 semanas
Recursos	Material edu-comunicacional entregado en la charla de capacitación	Mide la Distribución y entrega del material edu-comunicacional elaborado con una adecuada información.	Número de material edu-comunicacional entregado / Número de material edu comunicacional planificado X100	100%

4. Resultados

4.1 Alcance de los objetivos propuestos

Indicador	Meta propuesta	Meta alcanzada
Cantidad de pacientes con presión arterial elevada detectados que fueron invitados a las charlas	85% de asistencia	67% de asistencia
Cantidad de capacitaciones realizadas, sobre la importancia del uso correcto del medicamentos dirigido a los profesionales químicos farmacéuticos del distrito 17D11	Realizar dos capacitaciones, es decir 100%	100%
Cobertura en sensibilización y entrega de trípticos a los pacientes diagnosticados con hipertensión	100%	100%
Optimización del tiempo establecido para el desarrollo de las actividades propuestas.	El desarrollo del TFI en 6 semanas	Cumplido
Material edu comunicacional entregado en la charla de capacitación	100%	100%

4.2 Efectos de la ejecución del proyecto

- Para la obtención del número total de pacientes hipertensos del Centro de Salud Machachi, se trabajó de manera conjunta con el personal de estadística del establecimiento de salud, médicos y bioquímico farmacéutico del distrito.

Se determinó un total de 96 pacientes registrados en el Centro de Salud, de los cuales solo 60 forman parte del Club de pacientes hipertensos y se logró realizar las charlas de capacita-

ción a 40 pacientes; el ausentismo se debe a que en el horario que se realizaron las charlas, algunos de ellos manifestaron que por obligaciones laborales no podrían asistir. De la misma manera, la distancia fue otro factor que influyó en la inasistencia.

- Se realizó un análisis con el equipo de salud responsable de los pacientes que forman parte del Club de hipertensión; se desarrollaron dos capacitaciones para los químicos farmacéuticos del distrito.

- La cobertura de sensibilización a los usuarios del Centro Machachi, diagnosticados con Hipertensión Arterial, se realizó al 100% de los asistentes.

- El tiempo de desarrollo del TFI, se lo hizo en el tiempo establecido, optimizando de la mejor manera las actividades requeridas para las charlas de capacitación y difusión del tríptico, dado la distancia de traslado hacia el distrito, debimos ser muy estrictos en el tiempo y cumplimiento con los horarios establecidos.

- La elaboración del tríptico se realizó en base a las necesidades y falencias que tenía el Club de hipertensión, de manera que fuera de fácil entendimiento y comprensión. Es una herramienta muy importante para este tipo de pacientes que no han recibido un apoyo por seguimiento por parte del químico farmacéutico distrital.

5. Conclusiones

- Se determinó que el número de pacientes hipertensos del Centro de Salud “Machachi” es de 96 y los que forman parte del Club de hipertensión son 60 pacientes
- El tríptico informativo se realizó en base a las necesidades del paciente hipertenso enfocado en su cuidado
- Las charlas de socialización evidenciaron la importancia de que el químico farmacéutico debe estar presente en el Centro de Salud de manera permanente como parte del equipo de salud brindando atención farmacéutica.

6. Lecciones aprendidas

- De acuerdo al concepto de Servicios Farmacéuticos el rol del farmacéutico debe estar enfocado no solo en la seguridad y la eficacia terapéutica de los medicamentos, sino también en el seguimiento y evaluación de cada paciente de manera individual, dado que en las charlas realizadas, se evidencio muchas inquietudes respecto al uso y, almacenamiento de los medicamentos en general.
- El curso de Servicios Farmacéuticos, se proyectó en la enseñanza práctica de nuevos conceptos y metodología, para la labor diaria de un profesional químico farmacéutico; considerando que las actividades que realiza nuestro grupo de trabajo no son operativas ni solo se enfocan a un nivel específico de atención concluimos que no importa el lugar en el que laboremos, ya que nuestra formación complementada con los conocimientos de este curso nos permite apoyar a la comunidad desde el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- El primer nivel de atención, es la puerta de ingreso de la mayoría de pacientes y de la comunidad en general; si nosotros como farmacéuticos cumplimos las funciones que abarcan los Servicios Farmacéuticos de manera conjunta con el equipo de salud, lograremos una mejor funcionalidad de nuestro sistema de salud y descongestión del resto de niveles de atención.
- Las personas de la tercera edad son el grupo que presenta mayor dificultad en asimilación de conocimientos, sobre todo en las concentraciones de los medicamentos y la importancia del cumplimiento de los horarios, por lo que el tríptico elaborado de manera didáctica sirvió para una mayor comprensión en cuanto a las inquietudes expresadas por este grupo.
- En los establecimientos de salud existe un déficit de personal farmacéutico para el cumplimiento a cabalidad de Atención Farmacéutica, actualmente el personal labora en funcio-

nes administrativas y Sistema de Dosis Unitaria, pero no ha desarrollado actividades que se enmarcan en tan importante labor, sobre todo la inserción del personal farmacéutico en la comunidad.

- La conformación del equipo de salud debe estar enmarcado en las necesidades de la población y de los establecimientos de salud; por lo que es indispensable que el profesional farmacéutico como experto en medicamentos forme parte del mencionado conjunto, con la finalidad de alcanzar objetivos y metas propuestas en lo referente al uso racional de medicamentos utilizados en la población.

7. Bibliografía.

- OPS/OMS. Documento de Posición: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington. DC, 2008.
 - OPS/OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Washington. DC, 2004
 - OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2008, La atención primaria de salud. Ginebra, 2008
 - OPS/OMS. Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Washington. DC, 2013
 - Constitución de la República del Ecuador, Montecristi- Ecuador, 2008.
 - Plan Nacional del Buen Vivir de la República del Ecuador. Quito- Ecuador, 2013
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos – INEC, Ecuador: INEC; 2008 (actualizado a 04 de abril de 2016; citado 06 de abril de 2016). Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/>
- OPS/OMS, Washington: OPS; 2003(actualizado a abril de 2016; citado 06 de abril de 2016). Disponible en: <http://www.paho.org/hq/?lang=es>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual de Procesos para la Gestión de Suministro de Medicamentos. Quito, 2009

ANEXO



Figura 1.- Centro de Salud “Machachi”



Figura 2.- Charla de “Uso correcto del medicamento”



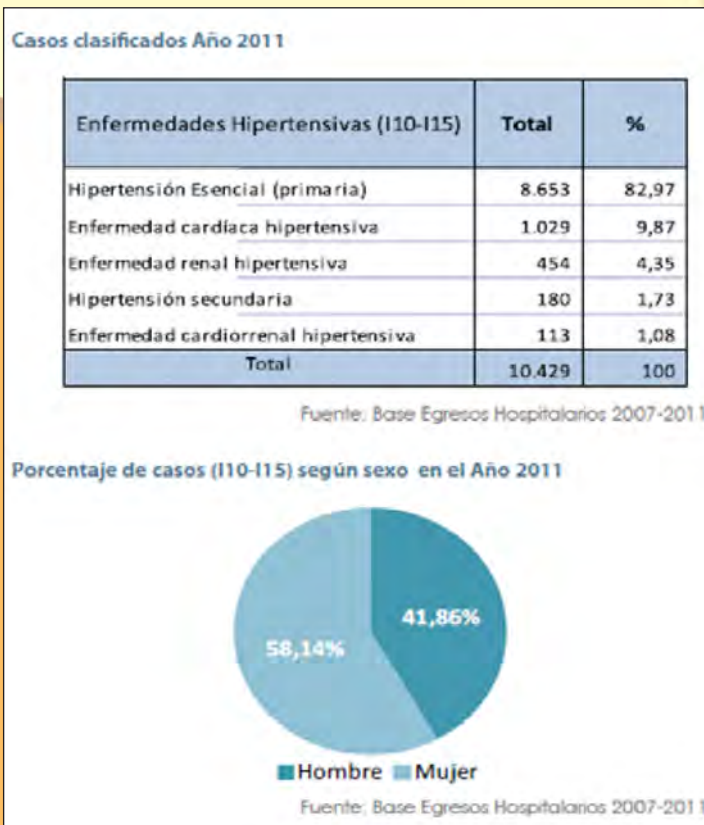
Figura 3.- Charla “Correcto almacenamiento de medicamentos en el hogar”



Figura 4.- Química Farmacéutica distrital responsable de la Gestión de medicamentos



Figura 5.- Químico Farmacéutico responsable del Centro de Salud y Hospital Básico Machachi



INCREMENTO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN MEDIANTE ACCIONES EDUCATIVAS

Resumen

Actualmente en Ecuador, se reconoce cada vez más que la seguridad del paciente y la calidad de la atención deben ser enfocadas como dimensiones fundamentales de la cobertura sanitaria universal, el Servicio de Farmacia del Hospital Carlos Andrade Marín alineado a estos esfuerzos reconoce como necesario el concientizar y difundir información sobre el tema, con el propósito de minimizar corregir y prevenir situaciones adversas, efectuando capacitaciones acerca del tema Seguridad al Paciente direccionado hacia el personal de salud del hospital, enfermeras, oficinistas y auxiliares de farmacia, difundiendo la importancia del trabajo consiente y la prevención de efectos no deseables derivados de errores de medicación cometidos, procurando minimizar errores comunes y disminuir la prevalencia de todos los errores detectados de manera general.

Con el fin de aumentar la cantidad del personal de salud informado adecuadamente, en el proceso de medicación con respecto a la Seguridad del Paciente se pretende generar una cultura de conciencia sobre el manejo de la medicación, de manera que se disminuya la prevalencia de errores de medicación en el hospital Carlos Andrade Marín. Proponiendo controles permanentes en la cadena de utilización de medicamentos. El presente trabajo se ejecutó en el Hospital Carlos Andrade Marín, a través de capacitaciones dirigidas al personal de salud, farmacéutico, auxiliar, oficinistas de farmacia y enfermeras, con el fin de incrementar la seguridad del paciente en el proceso de medicación mediante acciones educativas.

Summary

Currently in Ecuador, it is increasingly recognized that patient safety and quality of care should be focused as fundamental dimensions of universal health coverage, the Pharmacy Service of Hospital Carlos Andrade Marín aligned to these efforts recognized as necessary awareness and disseminate information on the subject, in order to minimize correct and prevent adverse situations, conducting training on the subject patient safety addressed to health personnel at the hospital, nurses, clerks and pharmacy assistants, spreading the importance of conscious work and prevention of undesirable effects from medication errors committed, trying to minimize common errors and reduce the prevalence of all errors detected generally. In order to increase the number of health personnel adequately informed in the medication process regarding Patient Safety is to create a culture of awareness about medication management, so that the prevalence of errors is decreased medication in the hospital Carlos Andrade Marín. Proposing permanent controls in the chain of drug use. This work was carried out in the Carlos Andrade Marín Hospital, through trainings for health personnel, pharmacist, assistant, office pharmacy and nurses, in order to increase patient safety in the medication process through educational actions.

Palabras claves, Seguridad al Paciente, Errores de Medicación, Cadena Terapéutica, Intervenciones Farmacéuticas, Medicación

1. Introducción

La seguridad del paciente es un componente crítico de la calidad de la atención sanitaria, su objetivo es evitar daños accidentales al paciente en cualquier interacción con el sistema de salud. Si bien es una propiedad inherente a la atención médica, diferentes estudios y reportes muestran que el cuidado de la salud no es tan seguro como debiera. Una de las principales barreras para mejorar la seguridad del paciente es la falta de conocimiento de la magnitud en que los errores ocurren diariamente en las organizaciones de salud. Estas deberían desarrollar y mantener un proceso continuo de detección, clarificación, incorporación de principios básicos e innovaciones para la reducción de errores, con una visión sistémica del problema. Dentro del tema de seguridad, los errores de medicación (EM) son la causa más común, utilización inapropiada de la medicación, Estos eventos pueden estar relacionados con la práctica profesional, los medicamentos, los procedimientos y/o sistemas, los errores aumentan con la complejidad y tienen diferentes orígenes, como es el caso de circuito del uso de medicamentos, que por ser multidimensional los mismos pueden generarse durante los procesos de prescripción, transcripción, dispensación, preparación y administración de cualquier fármaco. Todos estos eventos relacionados pueden ser prevenibles con la orientación profesional sobre el tema buscando alternativas que contribuyan al mejoramiento de la seguridad al paciente, uno de las herramientas fundamentales es la difusión de la información con la capacitación oportuna del tema al personal de salud.

Justificación

El proyecto se basa fundamentalmente en la recomendación que efectúa la OMS, de promover la Seguridad del Paciente como principio fundamental de los Servicios de Salud, así como de establecer y consolidar sistemas para mejorar la Seguridad al Paciente y la calidad de la atención. En la asistencia sanitaria, existe riesgo latente de fracaso terapéutico por los diferentes errores en la cadena terapéutica, errores de; prescripción, dispensación, preparación, transcripción, y de administración, eventos adversos en cualquiera de estos procesos, y un inadecuado almacenamiento de medicamentos, no permiten alcanzar los resultados terapéuticos esperados.

Por lo tanto en relación al tema de seguridad al paciente en el proceso de medicación, como profesionales Farmacéuticos es nuestro deber insertarnos y aportar al mejoramiento, con el enfoque a difundir la información mediante capacitaciones al personal de salud buscando generar conciencia e interés sobre el tema, alineándonos con la proyección mundial de mejorar el sistema de salud.

Marco Referencial del Proyecto

Marco Conceptual y Teórico

La Seguridad del paciente de acuerdo a la OMS se define como la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria.

Diversos estudios han puesto de manifiesto que la morbilidad y la mortalidad producidas por los medicamentos son muy elevadas y, lo que es más alarmante, que este problema se debe en gran medida a fallos o errores que se producen durante la cadena terapéutica, generados por errores de medicación.

Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los productos, con los procedimientos o con los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización, estos pueden ser un Acontecimiento Adverso al Medicamento (AAM), o Reacción Adversa al Medicamento (RAM), todo efecto perjudicial no deseado, inesperado, y no intencionado, causado con la administración de un Medicamento en condiciones de uso adecuadas según la práctica clínica habitual.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud se estima que a alrededor de uno de cada 10 pacientes que reciben atención en salud en el mundo les ocurre al menos un evento adverso. Para conocer de manera confiable la frecuencia con la cual se presentan los eventos

adversos se han utilizado los estudios de incidencia y de prevalencia. En contraste las cifras obtenidas de los sistemas de reporte de eventos adversos no son un buen medidor de esta frecuencia por el alto nivel de subregistro que estos sistemas presentan, puesto que se ha determinado que se notifican únicamente el 5% de los que se producen, siendo considerados solamente los pacientes que sus lesiones produjeron un daño muy específico y grave, solamente se conocen los errores documentados en la Historia Clínica (HCL).

Los errores de medicación se producen por fallos en el proceso de utilización de los medicamentos y se deben analizar como errores del sistema. Nunca se deben considerar como errores humanos, pensando que la solución se limita a encontrar al individuo "culpable" del error. No se trata de buscar QUIÉN causó el error, sino de analizar **QUÉ** circunstancias motivaron el error.

Análisis del Problema

Baja seguridad del paciente en el proceso de medicación.

La seguridad del paciente en el proceso de medicación, se considera un parámetro muy vulnerable debido a que existen procesos que no están siendo contemplados dentro del proceso de medicación sin abarcar todos los aspectos individuales o colectivos relacionados con la calidad en la utilización de los medicamentos, siendo que una farmacoterapia óptima, surge la necesidad de un seguimiento en todos los procesos relacionados con el medicamento y su seguridad, es necesario la implementación y difusión de un conjunto de medidas que se deben adoptarse con el fin de incrementar medidas para garantizar la seguridad del paciente, reforzando parámetros de cumplimiento en distintos puntos de almacenamiento como bodega, farmacia y las salas de enfermería de los hospitales.

Cada día una enorme cantidad de personas son tratadas y atendidas en los diferentes servicios de salud. En todo el proceso el potencial de riesgo para los pacientes es alto; algunas veces las cosas van mal y como consecuencia los pacientes sufren algún daño.

Cuando los pacientes se desplazan entre todos los sectores de atención, se incrementa más el potencial de problemas de seguridad del paciente.

Muchos pacientes son expertos en su propia enfermedad y esta experiencia puede utilizarse para ayudar a identificar riesgos y concebir soluciones a problemas de seguridad del paciente.

Los pacientes quieren estar involucrados como partícipes en su cuidado. El personal sanitario necesita incluir a los pacientes para alcanzar el diagnóstico correcto, decidir el tratamiento adecuado, tratar los riesgos, y asegurar la correcta administración, supervisión y cumplimiento del tratamiento. Ser abierto sobre lo que ha ocurrido y tratar el problema con rapidez, detalle y sensibilidad puede ayudar a los pacientes a sobrellevar mejor los efectos posteriores cuando se han cometido fallos.

2. Objetivos

Objetivo General

- El propósito de este proyecto es incrementar la seguridad del paciente en el proceso de medicación haciendo uso de herramientas y acciones educativas.

Objetivos Específicos

- Desarrollar una cultura de seguridad.
- Difundir lineamientos para generar un enfoque claro y sólido sobre seguridad del paciente en el proceso de medicación.
- Concientizar al personal de salud involucrado en la seguridad del paciente en el proceso de medicación.
- Fortalecer los conocimientos sobre seguridad al paciente en el proceso de medicación, dirigidos a: farmacéutico, auxiliares, oficinistas y personal de enfermería mediante charlas educativas, para el manejo adecuado de los medicamentos.
- Proponer el desarrollo de actividades que fortalezca el conocimiento de seguridad en el proceso de medicación en los pacientes mediante la utilización de herramientas didácticas, como pictogramas.

3. Metodología

Análisis FODA

El propósito de este proyecto es ofrecer recomendaciones basadas en la evidencia científica y de buena práctica fundadas en la experiencia clínica y garantizar la seguridad del paciente en el proceso de medicación. Al construir la matriz FODA en el desarrollo del trabajo se encontró lo siguiente:

	Fuerzas positivas	Fuerzas Negativas
Auditoría Interna	Fortalezas	Debilidades
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buena predisposición del personal para capacitarse. 2. Fortalecer las normas de calidad en los procesos involucrados con medicamentos. 3. Mejoras en los procesos involucrados seguridad al paciente 4. Acciones preventivas 5. Difusión de acciones correctivas 6. Interacción directa el equipo de Salud 7. Difusión gráfica y asistencia directa 	<ul style="list-style-type: none"> o Errores de medicación no reportados o Ausencia de denuncias de incidentes con medicamentos. o Subregistro de errores de medicación y bajo control. o Tiempo apremiante o Resistencia y cuestionamientos en los nuevos procedimientos o Turnos rotativos o Procesos burocráticos o Población diversa

	Oportunidades	Amenazas
Auditoría externa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concientización de todo el equipo de salud sobre los distintos procesos en los que participa el medicamento y la importancia en la seguridad del paciente 2. Generar cultura de seguridad. 3. Brindar asesoría en cuanto a los procedimientos para los medicamentos a todo el equipo de salud. 4. Crear consciencia de las importancia en la conservación de medicamentos 5. Difundir los parámetros más importantes de almacenamiento 6. Generar una cultura sana de la importancia de los medicamentos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comunidad en seria amenaza por desconocimiento sobre temas de seguridad de medicamentos. 2. Problemas de Salud que se derivaron por falta de seguridad en el medicamento. 3. Diferentes niveles de educación que no concientizan los peligros en la mala utilización de medicamentos. 4. Generar cuestionamientos en el manejo de medicamentos. 5. Tomar acciones inadecuadas 6. Distorsión entre generalidades y especificidades en la difusión. 7. Personal de salud no estable diversa y cambiante 8. Resistencia al seguimiento de procesos

Las principales dificultades encontradas en el trabajo realizado es la amplitud del tema, si se habla sobre seguridad de medicamentos se debe contemplar toda la cadena de utilización del medicamento, hasta su utilización, es necesario analizar los alcances y factores que influyen en el mismo tanto externos e internos, propios de cada fase del proceso de la medicación, por tanto para efectos del cumplimiento de los objetivos y de evaluaciones se realiza las intervenciones por grupos en diferentes días de manera que se pueda cubrir con la mayor parte de la población escogida.

Matriz de Planificación

Actividad A	Responsable B	Período C	Recursos humanos D	Recursos económicos E	Recursos tecnológicos F
1. Marco Teórico	Q.F. Evelyn Egas Q.F. Mónica Garzón Mgs. Angélica Taco	7 días	Evelyn Egas Mónica Garzón Angélica Taco	25\$	Computadora Personal
2. Investigación de campo.	Q.F. Evelyn Egas Q.F. Mónica Garzón Mgs. Angélica Taco	30 días	Evelyn Egas Mónica Garzón Angélica Taco Personal de salud	60\$	Computadora Personal, Tablet, Cámara fotográfica
3. Elaboración de cuestionarios.	Q.F. Evelyn Egas Q.F. Mónica Garzón Mgs. Angélica Taco	3 días	Evelyn Egas Mónica Garzón Angélica Taco	20\$	Computadora Personal, Impresora, Copiadora
4. Aplicación de evaluaciones (Recolección de datos).	Q.F. Evelyn Egas Q.F. Mónica Garzón Mgs. Angélica Taco	12 días	Evelyn Egas Mónica Garzón Angélica Taco Grupo Objetivo Pacientes y Familiares	80 \$	Computadora Personal, Tablet
5. Análisis de resultados.	Q.F. Evelyn Egas Q.F. Mónica Garzón Mgs. Angélica Taco	15 días	Evelyn Egas Mónica Garzón Angélica Taco	10\$	Computadora Personal, Software especializado en el análisis de datos (Excel).
6. Elaboración de la presentación de la capacitación	Q.F. Evelyn Egas Q.F. Mónica Garzón Mgs. Angélica Taco	5 días	Evelyn Egas Mónica Garzón Angélica Taco	10\$	Computadora Personal, Software especializado en la elaboración de presentaciones audiovisuales (Power Point)
7. Elaboración del material complementario	Q.F. Evelyn Egas Q.F. Mónica Garzón Mgs. Angélica Taco	7 días	Evelyn Egas Mónica Garzón Angélica Taco	35\$	Computadora Personal, Impresora, Copiadora
8. Organización de capacitación	Q.F. Evelyn Egas Q.F. Mónica Garzón Mgs. Angélica Taco	10 días	Evelyn Egas Mónica Garzón Angélica Taco	20 \$	Computadora Personal, Proyector
9. Capacitación	Q.F. Evelyn Egas Q.F. Mónica Garzón Mgs. Angélica Taco	Tres veces por semana hasta ajustar 1 mes	Evelyn Egas Mónica Garzón Angélica Taco Personal de salud Grupo Objetivo (Pacientes y Familiares)	700\$	Computadora Personal, Proyector, Tablet, Cámara fotográfica , coffe break
10. Elaboración de la evaluación final	Q.F. Evelyn Egas Q.F. Mónica Garzón Mgs. Angélica Taco	3 días	Evelyn Egas Mónica Garzón Angélica Taco	25\$	Computadora Personal, Impresora, Copiadora
11. Análisis de resultados y elaboración del trabajo final	Q.F. Evelyn Egas Q.F. Mónica Garzón Mgs. Angélica Taco	14 días	Evelyn Egas Mónica Garzón Angélica Taco	20 \$	Computadora Personal, Impresora, Copiadora

INDICADORES

Tipo de indicador	Definición	Indicador	Fórmula	Meta o Estándar
Actividad 1	Farmacéuticos, Enfermeras, auxiliares y oficinistas de farmacia del Hospital HCAM que acuden al 1 ^{er} llamado (Anexo 1)	% de personal de salud que acuden a la 1 ^o charla	Número de personal de salud que acuden a la 1 ^o charla/N ^o total de invitados x 100	≥75%
Actividad 2	Evaluación inicial Todo el personal (Anexo 2)	Grado de conocimiento previo	Total de preguntas respondidas correctamente / Total de preguntas realizadas en la encuesta Sobre el tema (10puntos)	>5/10
Actividad 3	2do llamado Capacitaciones por grupos: Farmacéuticos, Enfermeras, auxiliares y oficinistas de farmacia del Hospital HCAM	% de personal de salud que acuden a la 2 ^o llamado, por grupos.	Número de personal de salud de cada grupo que acuden a la 2 ^o charla/N ^o total de invitados x 100	Farmacéuticos ≥80% Enfermeras ≥70% Oficinistas y auxiliares ≥75%
Actividad 4	Evaluaciones de los conocimientos después de las capacitaciones en cada grupo. Farmacéuticos, Enfermeras, auxiliares y oficinistas de farmacia del Hospital HCAM (Anexo 3)	% de conocimiento del tema por grupo después de la capacitación.	Total de preguntas respondidas correctamente /Total de preguntas (10puntos)	Farmacéuticos ≥8.5/10 Enfermeras ≥7.5/10 Oficinistas y auxiliares ≥7.0/10
Actividad 5	Difusión de material didáctico (formulario y pictogramas) (Anexo 4) relacionado con la seguridad del medicamento a los pacientes	% de farmacéuticos capacitados que participan en la propuesta, utilizando el material didáctico.	Número de Farmacéuticos que participan activamente/ Total de Farmacéuticos Capacitados	≥70%
Tiempo 1	Invitación Orientada a Farmacéuticos, Enfermeras, auxiliares y oficinistas de farmacia	Tiempo utilizado para la Actividad 1	Tiempo real (en días) para la invitación 15 días	15 días
Tiempo 2	Evaluación dirigida a Farmacéuticos, Enfermeras, auxiliares y oficinistas de farmacia luego de cada intervención.	Tiempo utilizado para la Actividad 2	Tiempo para la evaluación inicial	15min
Tiempo 3	Capacitaciones por grupo de: Farmacéuticos, Enfermeras, auxiliares y oficinistas de farmacia.	Invitación al personal de salud a las capacitaciones por grupos.	Tiempo real (en días) para la invitación.	8 días
Tiempo 4	Evaluación por grupo de: Farmacéuticos, Enfermeras, auxiliares y oficinistas de farmacia.	Medición de asimilación de conocimientos por grupo.	Tiempo en minutos, posterior a cada capacitación efectuada.	15 min
Tiempo 5	Adherencia a la propuestas a implementar: Farmacéuticos, Enfermeras, auxiliares y oficinistas de farmacia.	Capacitación en la utilización de material didáctico adecuadamente	Tiempo en minutos, por grupos intervenidos.	45 min

Recursos 1	Invitaciones Difusión verbal y escrita de la capacitación a realizarse en el hospital Carlos Andrade Marín, a través de la Unidad de Farmacia	Entrega de invitaciones	Procedimientos acordados con la unidad de Farmacia	sí
Recursos 2	Material Educativo Cuestionarios a utilizarse previo a la intervención	Selección de preguntas sobre el tema a todo el personal invitado	Modelo de prueba 1 anexo 2	10 preguntas
Recursos 3	Sala de conferencias para las capacitación por grupo definidos	Invitaciones e intervención.	Procedimientos acordados por cada unidad del hospital	sí
Recursos 4	Material didáctico cuestionarios a utilizarse luego de la intervención.	Selección de preguntas sobre el tema expuesto para la evaluación.	Modelo de prueba 2 anexo 3	10 preguntas
Recursos 5	Elaboración de herramientas didácticas y pedagógicas como informativos a utilizar con los pacientes	Herramientas didácticas dirigidas al paciente, para su educación con respecto a la seguridad de la administración de medicamentos	Material seleccionado acorde al tema	sí

4. Resultados

Los resultados obtenidos del presente trabajo se resumen en la siguiente tabla, Todas las metas propuestas sobrepasan los porcentajes perseguidos, y cumplen con los objetivos planteados.

Personal de salud	Total Convocado	%Asistentes 1er llamado	Primera evaluación (antes de la capacitación)	Asistentes 2do llamado	Segunda evaluación	Aplicación de herramientas
Farmacéuticos	50	96%	Promedio general 6.5	92%	9,1	90%
Enfermeras	120	89%	Promedio general 6.5	83,3%	8,3	86%
Oficinistas y Auxiliares	60	91,6%	Promedio general 6.5	91,6%	7,4	75%

El tema de seguridad en el proceso de medicación generó aceptación inmediata e interés a las propuestas emitidas en las capacitaciones teniendo un universo muy extenso se determinó el personal a capacitar de acuerdo a los lineamientos emitidos por la unidad de farmacia como grupos prioritarios a capacitarse en el tema, teniendo un registro de 230 personas incluidas en el programa, de las cuales siguen todo el proceso 201 personas, es decir el 95,7 de adherencia al programa.

El resultado de las evaluaciones sugieren un aumento de conocimiento de causa después de las capacitaciones, determinado mediante promedio general un aumento del 17% en el personal capacitado, denotando mayor incidencia en el personal auxiliar y oficinista de farmacia así como en el personal de enfermería.

La adherencia a las propuestas de la utilización de herramientas educativas, didácticas en el proceso de medicación para incrementar la seguridad del paciente relacionado con la adecuada utilización de los medicamentos en el personal farmacéutico fue positiva, fomentando al desarrollo de una cultura de seguridad. Los lineamientos emitidos hacia el mejoramiento

en los procesos que involucran el proceso de medicación y la seguridad de los mismos tuvo gran aceptación en las unidades de enfermería, solicitando intervenciones periódicas del personal farmacéutico como inspector y asesor en las áreas de enfermería. El incremento en el conocimiento sobre el tema fue notorio en cada uno de los grupos. El personal auxiliar y oficina emitió su conformidad en la inclusión de capacitaciones de seguridad en el proceso de medicación puesto que asumen un desconocimiento significativo antes de la capacitación. La aceptación de los pacientes en la entrega de materiales didácticos en su atención es muy evidente su conformidad y abarca a todo tipo de población.

5. Conclusiones

Incidencia en la Salud

- Con las capacitaciones realizadas se consiguió la difusión de información oportuna del tema de Seguridad al Paciente en el proceso de medicación en los Servicios de Salud puesto que constituye un punto de partida fundamental, básico y de mucha relevancia, el tema fue abordado por profesionales Farmacéuticos, direccionado al personal de salud directamente involucrado en la consecución de la concientización de prevenir eventos no deseados, y minimizar en lo posible errores en la cadena terapéutica, evitar fracasos en la farmacoterapia y contribuyendo al mejoramiento del paciente, promoviendo en toda instancia el trabajo en equipo del personal de salud para la consecución de resultados favorables permanentes, el tema en abordaje generó resultados positivos existió gran empatía en los tópicos tratados, de los mismos se deslindaron procesos a implementar, de las intervenciones realizadas se genera la necesidad de la implementación de controles periódicos, el trabajo realizado tubo gran acogida y será implementado de manera consecutiva con acción preventiva dentro del HCAM (Hospital Carlos Andrade Marín).
- Se determinó que los errores de medicación, sus factores relacionados, frecuencia y peligrosidad, es sumamente trascendental para direccionar acciones correctivas inmediatas, de acuerdo a los resultados podemos señalar que una de las más acertadas son las educativas, puesto que mediante el conocimiento de causa se puede generar, promover o instaurar acciones de prevención, basadas en el análisis y evaluación, procurando la utilización de herramientas de difusión, su periodicidad y extensión de las mismas a todo el personal de salud.
- Se concluye del trabajo que para lograr aumentar la seguridad del paciente en el proceso de medicación, la educación y el uso de materiales didácticos es indispensable, por ende una capacitación continua al personal de salud ayuda a socializar los problemas más comunes en el proceso, y así poder solucionar los mismos con la formación de un grupo interdisciplinario, que a su vez ofrecen puntos de vista complementarios y con esto, las soluciones son más eficaces, rápidas y técnicas.

Lecciones aprendidas

- Es importante el trabajo en equipo la capacitación continua y la inclusión de todos los actores involucrados en los temas de salud relevantes.
- Existen temas en abordaje respecto a los medicamentos que generan alcances muy extensos y que están siendo olvidados o pasados por alto, por el profesional farmacéutico, por lo que es fundamental involucrarse directamente para mejorar los procesos que estén relacionados con los medicamentos.
- Se debe tomar en cuenta que la seguridad en el medicamento también involucra educar al paciente pues mucho depende de su accionar, siendo que muchos son propensos a abandonar el ciclo de medicación, por temor a sufrir de estos síntomas por periodos largos de tiempo, lo que empeora en muchos casos el cuadro general de los pacientes, y ocasiones que su entorno socio afectivo, se vea afectado negativamente por el deterioro de la condición del usuario final, por lo que es de suma importancia, proporcionar la información adecuada, en el momento oportuno al paciente, el farmacéutico debe involucrarse en temas de seguridad del medicamento para con los pacientes.

- Es necesario entender que para reducir los problemas de medicación, es fundamental que el personal de salud desarrolle procesos sencillos y prácticos, para encaminar al paciente por ejemplo mediante un lenguaje que pueda facilitar la comunicación, de las dosis recomendadas, situación de administración, efectos secundarios, precauciones básicas, recomendaciones generales y específicas, el lenguaje, por definición debe ser universal y fácilmente decodificado para cualquier usuario, es así que también se hace necesario la creación de un código para la comunicación de la información importante, que alerte al usuario final acerca de los usos apropiados de la medicación, y a su vez garantizar la seguridad del paciente y su entorno.
- Se observó, que la subjetividad puede ocasionar errores involuntarios por parte del paciente tratado en los procesos de medicación, errores de memoria pueden llevar a que la administración de medicamento por parte del paciente, sea deficiente o inadecuado, por lo que soportes lingüísticos, visuales, y nemotécnicos son necesarios para, educar, al usuario final acerca del uso apropiado de los medicamentos, además de que, otras causas de error en el sistema de medicación, se da por el almacenamiento y transporte ineficiente, de la medicación por parte del paciente, lo que puede afectar en gran medida el estado de salud y la recuperación de la condición tratada.

6. Bibliografía

1. La Política de Seguridad del paciente. Una necesidad del Sistema Nacional de Salud – 2006 – España
2. Pharmacotherapy 21(9):1023-1036- 2001
3. Torres,A- Seguimiento Farmacoterapéutico en el Proceso de Asistencia al Paciente- 2008-Esp.
<http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-hospitalaria-121-articulo-medicamentos-termolabiles-protocolo-actuacion-rotura-90024808>
<http://www.sefh.es/pdfs/ConservacionDeMedicamentos.pdf>
http://www.hospitalangol.cl/documentos/acreditacion/9.-%20servicios%20de%20apoyo%20diagnostico%20o%20terapeutico/apoyo%20unidad%20de%20farmacia/apf%201.5/_manual_medicamentos.pdf

ANEXO 2 Primera Evaluación antes de la capacitación

CUESTIONARIO

1. **Que se debe hacer para disminuir los eventos adversos asociados al uso de medicamentos?**

2. **Está de acuerdo en la participación del Químico Farmacéutico en los procesos de validación de los medicamentos prescrito por el medico?**
 SI
 NO

3. **Cree usted que es importante mantener la cadena de frío de los medicamentos termolábiles?**
 SI
 NO

4. **Los errores de medicación y sus consecuencias negativas, constituyen en la actualidad un grave problema de salud pública?**

5. **Señale V o F cuales son los pasos a seguir para una administración correcta:**
 -Administrar el medicamento correcto, al paciente indicado, dosis correcta, vía correcta, hora correcta.
 -Administrar el medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta, hora correcta.
 -Administrar el medicamento correcto, al paciente indicado, vía correcta, hora correcta.

6. **¿Uno de los errores de administración es la falta de entrenamiento y orientación?**
 a. Verdadero
 b. Falso

7. **¿Los factores relacionados con el entorno no causan errores de medicación?**
 c. Verdadero
 d. Falso

8. **El almacenamiento de los medicamentos va a permitir: verdadero o falso?**
 a) Encontrar y entregar los medicamentos con mayorrapidez. V
 b) Conservarlos en buen estado. V
 c) Facilitar que se entreguen medicamentos en mal estado. F

9. **Mediante el almacenamiento a los medicamentos se le protege de: subraye lo correcto:**
 a) La exposición directa del sol
 b) Que no esté en lugares húmedos
 c) Que tenga una temperatura controlada
 d) **Todas las anteriores correctas**

10. **Esta dispuesto tener charlas con respecto a la seguridad del paciente durante la medicación:**
 SI
 NO

ANEXO 3 Segunda Evaluación después de la capacitación

CUESTIONARIO

1. **¿Defina que es un error de medicación?**

Un error de medicación abarca todos los incidentes o problemas que pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los productos, con los usuarios y con los procedimientos empleados.

2. **¿Enumere tres ventajas del Sistema de Dosis Unitaria?**

Más seguro para el paciente
 Más eficaz desde el punto de vista económico
 Facilita la monitorización de la farmacoterapia

3. **¿En qué consiste la validación farmacéutica?**

Revisión de la prescripción
 Revisión del diagnóstico
 Análisis de las indicaciones médicas

4. **¿Los errores son inherentes a la condición humana e inevitable?**

- a. Verdadero
- b. Falso

5. **¿Las medidas menos eficaces de corrección se centran en cambios de la sistemática de trabajo?**

- a. Verdadero
- b. Falso

6. **¿Qué clases de errores se originan en el proceso de la cadena terapéutica señale el correcto o correctos?**

- a. Errores de prescripción
- b. Errores de dispensación
- c. Errores de preparación
- d. Errores de transcripción
- e. Errores de Administración
- f. Ninguna de las anteriores

7. **¿Enumere las reglas de las cinco C?**

Paciente Correcto
 Medicamento Correcto
 Dosis Correcta
 Vía Correcta
 Tiempo Correcto

8. **¿Uno de los errores de administración es la falta de entrenamiento y orientación?**

- a. Verdadero
- b. Falso

9. **¿Los factores relacionados con el entorno no causan errores de medicación?**

- a. Verdadero
- b. Falso

10. **¿El almacenamiento es esencial para asegurar la conservación y protección de medicamentos?**

- a. Verdadero
- b. Falso

ANEXO 4

 <p>TOMAR CON COMIDA O LECHE</p> <p>HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN SERVICIO DE FARMACIA</p>	 <p>TOME ESTE MEDICAMENTO SIN INTERRUPCIÓN DE ACUERDO A LA INDICACIÓN DEL MÉDICO.</p> <p>HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN SERVICIO DE FARMACIA</p>	<p>NO</p>  <p>NO TOME LECHE, ANTIÁCIDOS, NI COMA PRODUCTOS LÁCTEOS CON ESTE MEDICAMENTO.</p> <p>HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN SERVICIO DE FARMACIA</p>	<p>NO</p>  <p>NO TOME LECHE, ANTIÁCIDOS, NI COMA PRODUCTOS LÁCTEOS CON ESTE MEDICAMENTO.</p> <p>HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN SERVICIO DE FARMACIA</p>
 <p>ALMACENE EN EL REFRIGERADOR PERO NO CONGEELE.</p> <p>HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN SERVICIO DE FARMACIA</p>	 <p>CUANDO TOMÉ ESTE MEDICAMENTO EVITE ASOLEARSE.</p> <p>HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN SERVICIO DE FARMACIA</p>	 <p>PUEDEN PRODUCIR SUEÑO, TENGA CUIDADO AL MANEJAR.</p> <p>HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN SERVICIO DE FARMACIA</p>	 <p>PUEDEN PRODUCIR SUEÑO, TENGA CUIDADO AL MANEJAR.</p> <p>HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN SERVICIO DE FARMACIA</p>
 <p>ESTE MEDICAMENTO ES SOLO PARA LA NARIZ.</p> <p>HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN SERVICIO DE FARMACIA</p>	 <p>ESTE MEDICAMENTO ES SOLO PARA LA NARIZ.</p> <p>HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN SERVICIO DE FARMACIA</p>	 <p>ESTE MEDICAMENTO DEBE TOMAR CON MUCHA AGUA.</p> <p>HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN SERVICIO DE FARMACIA</p>	 <p>ESTE MEDICAMENTO DEBE TOMAR CON MUCHA AGUA.</p> <p>HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN SERVICIO DE FARMACIA</p>
<p>NO</p>  <p>NO TOMAR CON LAS COMIDAS.</p> <p>HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN SERVICIO DE FARMACIA</p>			

ANEXO 5



PARAGUAY

EVALUACIÓN DE LA COMPRESIÓN DE PICTOGRAMAS PARA EL USO DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES DIABÉTICOS

Alcaraz Rosa, Cáceres Noelia, Delvalle Maribel, Rojas Ana Luz, Vera Patricia

Tutora: Prof. Dra. Zully Vera de Molinas

PLAN DE CAPACITACIÓN EN GESTIÓN DE MEDICAMENTOS BASADOS EN APS EN LA U.S.F. PUERTA DEL SOL, CAPIATA, PARAGUAY

Vilma Villalba, Jazmín Blaires, Lourdes Díaz, Sandra Sánchez, Fátima Jiménez, Celeste Pavón

Tutora: Prof. Dra. Zully Vera Molinas

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL REALIZADO EN LA CLÍNICA NANAWA DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

Fabiola Araujo, Carolina Chamorro Busto, María Raquel González, Gustavo Bernal, Damián Sedliak

Tutora: Prof. Dra. Zully Vera Molinas

IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE DESPARASITACIÓN EN PACIENTES DE LA COMUNIDAD INDÍGENA TOBA QOM DE CERRITO-CHACO PARAGUAY

Josefina Ferreira, Mónica Paniagua, Serafina Arguello, Natalia Morinigo, Alberto Ortiz Fleytas

Tutora: Q.F Ana Senatore

EVALUACIÓN DE LA COMPRESIÓN DE PICTOGRAMAS PARA EL USO DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES DIABÉTICOS

RESUMEN

La mayoría de los fallos de la farmacoterapia pueden ser atribuidos a una mala utilización de los medicamentos por parte de los pacientes. El trabajo tiene como objetivo evaluar la comprensión de pictogramas para el uso de medicamentos en pacientes diabéticos, de manera a que ayuden al profesional farmacéutico a transmitir las indicaciones médicas, de forma más sencilla y clara, en el momento de la dispensación. La metodología consistió en seleccionar 5 (cinco) pictogramas USP – DI y se realizaron entrevistas a los pacientes diabéticos empadronados, que recurrían al Instituto de Previsión Social de Capiatá. Los resultados fueron: no hay diferencias significativas en el nivel de comprensión entre hombres y mujeres, los pacientes más jóvenes (entre 18 y 39 años) comprendieron mejor los pictogramas, y se comprobó que hay una tendencia creciente de la comprensión a medida que aumenta el nivel de educación. Ninguno de los pictogramas propuestos alcanzó el nivel de comprensión requerido (mayor al 67%, según *ISO 3864-3*).

Estos resultados sirven para sentar un precedente importante, ya que fue el primer trabajo realizado para evaluar el nivel de comprensión de los pictogramas en pacientes, y puede impulsar estudios posteriores con una población más amplia, que daría resultados más representativos sobre la utilidad de la incorporación de estas herramientas al servicio de salud.

Palabras claves: pictogramas, paciente diabético, comprensión, indicaciones médicas.

SUMMARY

Most failures of pharmacotherapy can be attributed to misuse of drugs by patients. The study aims to evaluate the pictograms compression for the use of drugs in diabetic patients, to assist the pharmaceutical professional to transmit the medical indications, way more simply and clearly, at the time of dispensing.

The methodology was to select five (5) pictograms USP - DI and interviews were conducted with diabetic patients registered, who resorted to the Institute of Social Previsión Capiata. The results were: no significant differences in the level of understanding between men and women; younger patients (aged 18 to 39 years old) better understood the pictograms, is prove that there is a growing trend of understanding as increases level of education. None of the proposed pictograms reached the required level of understanding (greater than 67%, according to *ISO 3864-3*).

These results serve to set an important precedent because it was the first work to assess the level of understanding of the pictographs in patients, and may encourage further studies with a larger population, which would give more representative results on the usefulness of incorporation of these tools to the health service.

Keywords: pictograms, diabetic patient, understanding, medical indications.

INTRODUCCION

Justificación

Los pacientes precisan informaciones, instrucciones y recomendaciones para que puedan tener el conocimiento necesario para aceptar y seguir el tratamiento y para adquirir las habilidades necesarias para tomar los medicamentos apropiadamente. En algunos estudios, menos del 60% de los pacientes habían entendido como tomar los medicamentos prescritos. Las informaciones deben de ser proporcionadas de manera clara, en lenguaje sencillo. ⁽¹⁾ En un estudio realizado en Paraguay a pacientes diabéticos revelo que solo el 53,7% de los pacientes recuerda realmente la indicación médica. ⁽²⁾

Muchas intervenciones se han diseñado para tratar de mejorar la comprensión de las instrucciones de uso de la medicación. Un enfoque prometedor es añadir ayudas o pictogramas pictóricos a los materiales informativos, que son entregados al paciente, en el momento de la dispensación. Muchos estudios han demostrado que los pictogramas pueden ayudar a entender mejor las instrucciones escritas y verbales, ya que captan en mayor grado la atención de los pacientes, posibilitando la comprensión y el recuerdo de los detalles de las indicaciones dadas por el profesional farmacéutico. ^{(3), (4)}

En países como en los Estados Unidos de América (EEUU) y, Brasil, se llevaron a cabo estudios en los que se han evaluado el grado de comprensión de pictogramas de la United States Pharmacopeia Dispensing Information (por sus siglas en ingles, USP-DI), de 1998, en ambos casos el nivel de comprensión de más de la mitad de los pictogramas seleccionados estuvo entre el 67% y el 72,5%. Los resultados de estos estudios también confirmaron que la educación tiene un efecto significativo en la comprensión de los pictogramas. ^{(4), (5), (6)}

En las bases de búsqueda no se han encontrado o publicado estudios en Paraguay relacionados con el uso y la comprensión de pictogramas para el uso de medicamentos. El objetivo del presente trabajo, es realizar un estudio piloto en el que se evaluarán pictogramas a ser utilizados para la comprensión de las instrucciones sobre medicamentos por parte de pacientes diabéticos empadronados que recurren a la Clínica Periférica Campo Vía. Entendiéndose por paciente empadronado, aquel paciente asegurado que posee una patología crónica y que está reconocido por el sistema para el retiro mensual de los medicamentos prescritos en forma electrónica. Con este trabajo se pretende en una primera fase evaluar la comprensión de los pictogramas, y en una segunda etapa, incluir a esta importante herramienta, en el proceso de dispensación, de modo que acompañen y sirvan de soporte a las instrucciones dadas en forma verbal, por el profesional farmacéutico o médico.

Marco teórico

Los pictogramas son símbolos gráficos que indican, señalan e informan, constituyéndose en un instrumento particular de comunicación, que asocia figuras y conceptos con el fin de transmitir de forma clara, ágil y simple información sobre los productos para los consumidores. Amplifican el significado del lenguaje hablado, y sirven como un sistema de comunicación complementaria visual, a la que el farmacéutico y otros profesionales de la salud, puede recurrir para tratar de proporcionar al paciente la información más importante sobre el tratamiento farmacológico. ⁽⁵⁾

En el campo de la salud, la inclusión de los pictogramas, tiene que ver con la representación de las instrucciones de uso de medicamentos, presentes en los envases, folletos, instrucciones y recetas médicas. Los pictogramas en este caso servirían para apoyar esas informaciones, que son proporcionados a los pacientes por los profesionales de salud en el momento de la consulta médica, o en la farmacia, a través de instrucciones escritas y verbales. El paciente entendiendo adecuadamente esas instrucciones, y al observar el pictograma correspondiente, podría recordar más fácilmente la forma de uso del medicamento, facilitando de ese modo el cumplimiento de las instrucciones que le fueron dadas, garantizando el uso racional de los mismos, y por ende su adherencia al tratamiento. ^{(7), (8)}

La más importante iniciativa en el sentido de establecer un repertorio de pictogramas para la representación del uso de medicamentos es el proyecto elaborado por la *United States Pharmacopeia* (Farmacopea de los Estados Unidos) (USP). El proyecto, fue desarrollado en Estados Unidos entre 1989 y 1997, y cuenta con 81 pictogramas que representan instrucciones básicas para el uso de medicamentos, que tienen como objetivo reforzar las instrucciones médicas. ⁽⁷⁾

Para evaluar el grado de interpretación de un pictograma se puede recurrir a pruebas de legibilidad, que presentan diferentes metodologías y criterios de validación, siendo una de las más conocidas la desarrollada por la *International Standards Organizations* (ISO) (Organización Internacional de Normalización), responsable de la publicación de la norma internacional ISO 3864-3, de Colores de seguridad y señales de seguridad, que requiere de un 67% de acierto para validar un pictograma. ⁽⁵⁾

Los investigadores observaron que el tamaño del pictograma, es crítico para su comprensión, tanto que constataron que los pacientes entrevistados entendían con mayor facilidad aquellos que se les presentaban en formato de mayor tamaño (9x9), en relación a los que se les presentaban en menor tamaño (3x3). ^{(6), (9), (10)}

A la hora de implementar estudios en donde se busque evaluar el grado de comprensión de los pictogramas, los investigadores han resaltado la importancia de dar una explicación previa a los participantes del estudio, sobre la incorporación de los pictogramas y su significado en el contexto que se desea estudiar, para que los mismos puedan relacionar las imágenes con los horarios y la forma de uso de los medicamentos. De modo a evitar malas interpretaciones que nada tiene que ver con el estudio. ⁽⁶⁾ Punto que será tomado en cuenta cuando se realice el estudio.

Problema

Baja comprensión de los pacientes de las indicaciones dada por el médico.

Causas del problema:

- *Recursos humanos limitados en el proceso de dispensación.
- Información insuficiente en el proceso de dispensación del medicamento.
- *Analfabetismo del paciente.
- *Indicación médica escrita ilegible.
- *Indicación médica oral insuficiente.
- *Entrega de medicamentos sin sus respectivos prospectos debido a la política de entrega según la duración del tratamiento.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de comprensión de pictogramas relacionados con el uso de medicamentos, por paciente diabéticos empadronados de la Clínica Campo Vía de Capiatá.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar el nivel de comprensión de cada pictograma, utilizando metodologías estandarizadas
- Determinar la relación entre el nivel de la educación formal de los pacientes y la correcta interpretación de los pictogramas.
- Determinar la relación entre las variables demográficas (sexo y edad) y la correcta interpretación de los pictogramas.

MÉTODOLOGIA

Se seleccionaron 5 (cinco) pictogramas USP – DI, teniendo en cuenta que 3 de ellos se utilizaron en el estudio realizado en E.E.U.U., en el 2013 (Yu B., Willis M., et al.), y 2 (dos) se utilizaron en un estudio piloto realizado en el Brasil, en el 2006 (Galato F., Just M., et al.). (Anexo 1). Las dimensiones establecidas para cada pictograma fue de 14 x 11 cm. Fueron identificados con letras y números del P1 al P5 e impreso en blanco y negro. (Anexo 2)

La selección de los pacientes se realizó por conveniencia, ya que fueron pacientes diabéticos empadronados. Para la recolección de datos sociodemográficos se utilizó un cuestionario (Anexo 3) que fue llenado por el investigador, mediante la entrevista a los pacientes, que previamente fueron informados sobre el objetivo del trabajo a realizar, para evitar otras interpretaciones que no estén relacionadas al estudio (Anexo 4). Los pacientes que aceptaron participar de la investigación firmaron el formulario de consentimiento (Anexo 5).

Se realizó una entrevista personalizada con el paciente o con una persona responsable del cuidado del paciente, a quienes se les mostró los pictogramas y se le realizó la siguiente pregunta: **¿Podría decir / o explicar, que entiende por cada figura?**. Seguidamente expusieron la interpretación de los mismos, y las investigadoras procedieron a registrar sus respuestas completas, para finalmente clasificarlas en base a los criterios de evaluación y calcular el promedio de comprensión por cada pictograma.

Las respuestas, fueron clasificadas como: correctas, parcialmente correctas e incorrectas.

Los criterios a tener en cuenta para la evaluación de las interpretaciones fueron los siguientes:

Categoría	Criterio	Puntaje
Correcta	La interpretación es la misma, o muy cerca de, la descripción oficial. La descripción mantiene el significado y la semántica de la descripción oficial.	2
Parcialmente correcta	La interpretación pierde alguna información, o añade información no incluida en la descripción oficial. Sin embargo, las discrepancias son menores.	1
Incorrecta	La interpretación es muy diferente de la descripción oficial, es difícil de entender o es confuso.	0

Para cada pictograma, se calcularon los porcentajes de respuestas: correctas, parcialmente correctas e incorrectas.

Con las respuestas y los datos socio-demográficos que se obtuvieron se elaboró

una planilla, que posteriormente sirvió para realizar el análisis estadístico en la que se examinó la relación entre las características demográficas (edad, sexo, nivel de educación) y el desempeño en la comprensión del pictograma y se presentaron los resultados en tablas.

Para que un pictograma se considere como entendido, debe lograr el 67% de aciertos. (ISO 3864-3)

MATRIZ FODA:

	Fuerzas Positivas	Fuerzas Negativas
	Fortalezas	Debilidades
Auditoría interna	1. La Institución cuenta con una estructura jerárquica cuya Visión y Misión están bien definida.	1. El desarrollo de los Servicios Farmacéuticos, tales como: seguimiento fármaco terapéutico, atención farmacéutica o simplemente la correcta dispensación es escasa, ya que se dedica más tiempo a tareas administrativas.
	2. Existen resoluciones, procedimientos para expedición de medicamentos.	2. Falta de espacio físico adecuado en farmacia para ofrecer los servicios farmacéuticos.
	3. La farmacia cuenta con un Profesional Químico Farmacéutico, que puede comunicarse con los demás profesionales del área de Salud.	3. Recursos humanos limitados para prestar los servicios farmacéuticos, en relación a la demanda de asegurados.
Auditoría interna	4. Cuenta con un Sistema informático Hospitalario (SIH), que permite al farmacéutico acceder a la información del paciente a través de un usuario.	4. En el departamento de capacitación, falta un Farmacéutico responsable, de orientar en que servicios se necesita capacitar al personal.
	5. Buena predisposición del directorio, para implementar actividades de innovación tendientes a mejorar el servicio que presta a los asegurados.	5. Indicación médica escrita ilegible.
	6. Cuenta con departamento que se encarga de la capacitación de los funcionarios.	6. Información insuficiente en el proceso de la dispensación.
	Oportunidades	Amenazas
Auditoría externa	1. Existen nuevas herramientas, como los pictogramas que pueden ser implementados, para el mejoramiento de la calidad de los servicios farmacéuticos.	1. Escasa o poca coordinación del equipo multidisciplinar. 2. Falta de participación intersectorial para el desarrollo de políticas de salud pública.

MATRIZ DE PLANIFICACIÓN

Actividad A	Responsable B	Período C	Recursos humanos D	Recursos económicos E	Recursos tecnológicos F
Involucramiento de la dirección, personal de la farmacia y los responsables del proyecto	Integrantes del proyecto	Directivos , personal de la farmacia y responsables del proceso involucrados: 1 día	Director, personal de la farmacia, e integrantes del proyecto	N/A	N/A
Selección de pacientes que acuden a consulta	Integrantes del proyecto	Pacientes seleccionados: 1 día	Integrantes del proyecto	N/A	Sistema informático hospitalar (SIH)
Entrevista a pacientes	Integrantes del proyecto	Pacientes entrevistados: 7 días	Personal de la farmacia, e integrantes del proyecto	Propio	N/A
Revisión de los resultados del cuestionario	Integrantes del proyecto	Resultados obtenidos: 7 días	Integrantes del proyecto	N/A	Planillas Excel
Construcción de las tablas con los resultados obtenidos	Integrantes del proyecto	Tablas de resultados: 7 días	Integrantes del proyecto, estadista	N/A	Tablas
Evaluación final (Selección de los pictogramas de mayor comprensión)	Integrantes del proyecto	Trabajo final: 7 días	Tutor e Integrantes del proyecto	Propio	N/A

MATRIZ DE INDICADORES

Tipo de indicador	Indicador	Definición	Fórmula	Meta o Estándar
Indicadores de proceso	Porcentaje de pacientes con diabetes empadronados que son atendidos en el servicio de farmacia	Los indicadores de proceso se usan para monitorear la cantidad y clase de actividades.	(Número de pacientes con diabetes atendidos en el servicio/Número total de pacientes empadronados) por 100	30%
Indicadores de resultado	Porcentaje de respuestas correctas para cada pictograma	Los indicadores de resultado se usan para evaluar si la actividad alcanzó, o no, los objetivos o resultados propuestos	(Número de aciertos/ número de total de respuestas) por 100	67% (Criterio ISO 3864-8)
Indicadores de resultado	Relación entre nivel de educación y respuestas correctas	Los indicadores de resultado se usan para evaluar si la actividad alcanzó, o no, los objetivos o resultados propuestos	Promedio de respuestas correctas para cada nivel de educación	60% (de aciertos del total de pictogramas seleccionados correspondan al nivel terciario)
Tiempo 1	-----	-----	-----	1 día
Tiempo 2	-----	-----	-----	7 días
Tiempo 3	-----	-----	-----	7 días
Recursos 1,2,3	-----	-----	-----	Personales

RESULTADOS

La cantidad promedio de pacientes empadronados que recurrieron a la Clínica por mes fue de 1.112 pacientes (Promedio: Mes de Enero (874), Febrero (1.143) y Marzo (1.316)) y de pacientes diabéticos empadronados fue de 239 pacientes (Promedio: Mes de Enero (192), Febrero (226) y Marzo (299)). Según los trabajos de Yu B., Willis M., et al.2013, y Galato F., Just M., et al.2006, el porcentaje de comprensión de pictogramas varía entre el 67 a 72% (Anexo 6). Teniendo en cuenta una población finita, se calculó el tamaño de muestra mínima requerida, que resultó ser de 135, sin embargo, teniendo en cuenta la disponibilidad de tiempo y de recursos para la toma de datos, se entrevistaron a 110 personas.

En base a los registros de los entrevistados se obtuvieron los datos demográficos:

TABLA 1. Datos Socio-Demográficos

Datos demográficos		N	%
Sexo	1 Femenino	71	64,5
	2 Masculino	39	35,5
Rango de edad	18 a 29 años	2	1,8
	30 a 39 años	8	7,3
	40 a 49 años	16	14,5
	50 a 59 años	23	20,9
	60 a 69 años	44	40,0
	70 a 79 años	13	11,8
	≥80 años	4	3,6
Nivel académico	Analfabeta	5	4,5
	Primaria incompleta	13	11,8
	Primaria completa	42	38,2
	Secundaria incompleta	5	4,5
	Secundaria completa	27	24,5
	Terciaria	18	16,4

En la **Tabla 1** se observó que el 64.5% de los personas que fueron entrevistadas fueron mujeres. La franja etaria fue de 18 a 80 años, pero el 40% de los entrevistados presentó edad superior a 60 años. La mayoría de los entrevistados presentó un nivel académico primario completo (38,2%).



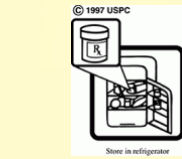
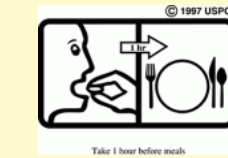
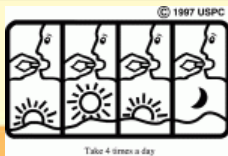
En las tablas 2 y 3 se presentan el promedio de comprensión por cada pictograma y en general

TABLA 2. Promedio de Comprensión para cada Pictograma.

Puntaje de comprensión	Promedio	DE	Mínimo	Máximo
Pictograma 1	0,87	0,54	0,00	2,00
Pictograma 2	1,22	0,91	0,00	2,00
Pictograma 3	1,13	0,97	0,00	2,00
Pictograma 4	0,79	0,69	0,00	2,00
Pictograma 5	1,05	0,89	0,00	2,00
Puntaje total (puntos)	5,05	2,80	0,00	10,00
Puntaje total (%)	50,55	28,02	0,00	100,00

En la **Tabla 2** se observó el promedio de comprensión de cada pictograma para un puntaje máximo de 2 puntos. Los pictogramas de mayor comprensión son los pictogramas **2** (1,22), **3** (1,13) y **5** (1,05); los de menor comprensión son el pictograma **1** (0,87) y el **4** (0,79).

TABLA 3. Frecuencia de Respuestas Correctas, Parcialmente Correctas e Incorrectas.

Pictograma	Descripción Oficial	Respuesta incorrecta		Respuesta parcialmente correcta		Respuesta correcta	
		n	%	n	%	n	%
 P1	Tomar con un vaso de agua	24	21,8	76	69,1	10	9,1
 P2	No beba alcohol mientras esté tomando este medicamento	36	32,7	14	12,7	60	54,5
 P3	Guardar en el refrigerador/heladera	45	40,9	6	5,5	59	53,6
 P4	Tomar 1 hora antes de las comidas	40	36,4	53	48,2	17	15,5
 P5	Tomar 4 veces al día	41	37,3	23	20,9	46	41,8

En la **Tabla 3** se observó el porcentaje de respuestas, de los pictogramas **2**, **3** y **5** tienen un mayor porcentaje de respuestas correctas, sin embargo no alcanzan el porcentaje requerido por la ISO 3864-3, de Colores de Seguridad y Señales de Seguridad (67%) para considerarlas como comprendidos para validar un pictograma.

Puntaje	Analfabeta		Primaria incompleta		Primaria completa		Secundaria incompleta		Secundaria completa		Terciaria Completa	
	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE
Pictograma 1	0,60	0,55	0,77	0,60	0,83	0,54	0,80	0,84	0,93	0,47	1,06	0,54
Pictograma 2	0,80	1,10	1,08	0,95	1,26	0,94	1,40	0,89	1,26	0,90	1,22	0,88
Pictograma 3	0,60	0,89	1,00	1,00	1,12	0,99	1,20	1,10	1,07	1,00	1,44	0,86
Pictograma 4	0,20	0,45	0,62	0,51	0,64	0,62	0,80	0,84	0,96	0,71	1,17	0,79
Pictograma 5	0,20	0,45	0,85	0,80	0,90	0,91	0,80	0,84	1,37	0,84	1,33	0,91
Total	2,40	2,51	4,31	2,02	4,76	3,02	5,00	3,81	5,59	2,44	6,22	2,62
Total (%)	24,00	25,10	43,08	20,16	47,62	30,19	50,00	38,08	55,93	24,38	62,22	26,25

TABLA 4. Promedio de Comprensión por nivel académico

En la **Tabla 4** se observó que a medida que aumenta el nivel académico de los

entrevistados mejora la comprensión. El nivel terciario presentó mejor promedio de comprensión (6,22).

TABLA 5. Promedio de Comprensión por rango de edad

Puntaje	Pictograma 1		Pictograma 2		Pictograma 3		Pictograma 4		Pictograma 5		Total (puntos)		Total (%)	
	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE
18 a 29 años	0,50	0,71	2,00	0,00	1,50	0,71	1,00	1,41	2,00	0,00	7,00	1,41	70,00	14,14
30 a 39 años	1,13	0,35	1,50	0,76	1,50	0,93	1,38	0,74	1,25	0,71	6,75	1,91	67,50	19,09
40 a 49 años	0,75	0,45	1,25	0,77	1,13	0,96	1,00	0,89	1,31	0,95	5,44	2,61	54,38	26,07
50 a 59 años	0,96	0,47	1,30	0,93	1,09	1,00	0,87	0,63	0,87	0,87	5,09	2,61	50,87	26,10
60 a 69 años	0,89	0,62	1,18	0,97	1,09	1,01	0,61	0,54	1,16	0,91	4,93	2,94	49,32	29,44
70 a 79 años	0,77	0,60	0,92	0,95	1,08	0,95	0,62	0,65	0,46	0,78	3,85	2,94	38,46	29,40
≥80 años	0,75	0,50	1,00	1,15	1,00	1,15	0,75	0,96	0,75	0,50	4,25	3,86	42,50	

En la **Tabla 5** se puede ver que los rangos de edad de los más jóvenes 18 a 39 años que obtuvieron un mayor promedio de los puntajes entre 67,5% y 70%, lo que evidenció un mejor nivel de comprensión de los pictogramas.

TABLA 6. Porcentaje de Comprensión según datos socio demográficos.

Datos demográficos		Comprensión insuficiente		Comprensión suficiente (≥67%)	
		n	%	n	%
Sexo	1 Femenino	46	63,9	26	36,1
	2 Masculino	26	66,7	13	33,3
Rango de edad	18 a 29 años	1	50,0	1	50,0
	30 a 39 años	2	25,0	6	75,0
	40 a 49 años	9	56,3	7	43,8
	50 a 59 años	17	73,9	6	26,1
	60 a 69 años	29	65,9	15	34,1
	70 a 79 años	11	84,6	2	15,4
	≥80 años	2	50,0	2	50,0
Nivel académico	Analfabeta	5	100,0	0	0,0
	Primaria incompleta	11	84,6	2	15,4
	Primaria completa	27	64,3	15	35,7
	Secundaria incompleta	2	40,0	3	60,0
	Secundaria completa	15	55,6	12	44,4
	Terciaria	11	61,1	7	38,9

En la **Tabla 5** se observó que **no** existen diferencias significativas de comprensión entre mujeres (36,1%) y hombres (33,3%). La comprensión fue mayor (75%) en personas jóvenes (30 a 39 años); otro dato importante fue que los analfabetos no comprendieron o les resultó difícil comprender los pictogramas.

CONCLUSION Y LECCIONES APRENDIDAS

Ninguno de los pictogramas propuestos alcanzó el porcentaje de comprensión esperado

($\geq 67\%$) en la población de estudio. Sin embargo al igual que en los estudios de referencia utilizados se observó que a mayor nivel de educación se obtiene mejor comprensión de los pictogramas.

La mayoría de los entrevistados coincidieron en manifestar que sería de gran ayuda la implementación de estas herramientas, como un soporte a la información verbal y escrita dada por el profesional de la salud, ya sea en el momento de la consulta o durante la entrega del medicamento.

Mediante este trabajo se pudo verificar que los determinantes sociales de la salud como la falta de educación, pueden influir sobre la comprensión de esta herramienta, ya que las personas menos preparadas (analfabetas) tuvieron más dificultades para entenderlas. Por lo que sería importante realizar estudios posteriores teniendo cuenta sólo a este tipo de personas, de modo a poder determinar con mayor precisión la incidencia de esta determinante social.

Estos resultados sirven como antecedente muy importante, ya que fue el primer trabajo realizado para evaluar la comprensión de estas herramientas, además servirá para impulsar otros estudios en población más amplia, que darían resultados para seguir complementando, y que ayuden a determinar factibilidad de la incorporación de estos materiales al servicio de salud. Este trabajo evidenció lo importante de la labor del farmacéutico, dentro del equipo de salud, en pro del paciente, y así a su familia y su comunidad; en su calidad de experto en medicamentos, ya que debe buscar estrategias que faciliten la comprensión de las instrucciones para el uso de los medicamentos, y de esta forma apoyar el labor del médico, y de otros profesionales de la salud, con el fin de que entre todos puedan contribuir al uso racional de los medicamentos, y de este modo beneficiar al paciente, que es el centro de atención de todos los servicios de salud.

PROYECCIONES

Se espera poder replicar el mismo estudio en otros centros de atención, especialmente del interior del país, en poblaciones vulnerables, como las personas menos preparadas (analfabetas), ya que las mismas presentan mayor dificultad para la comprensión de las indicaciones médicas.

Ampliar el número de pictogramas, con la ayuda de organizaciones como la Asociación de Químicos Farmacéuticos AQUIMFARP, y colegas que trabajan en una oficina de farmacia, para realizar un estudio a nivel país.

Rediseñar aquellos pictogramas, que presenten más dificultades en su interpretación por parte de los pacientes, haciendo los ajustes necesarios, de forma que se adapten a la cultura de la población de nuestro país, para que posteriormente puedan ser implementados en los servicios de salud.

Capacitación de todo el personal de la farmacia (farmacéutico y no farmacéutico) para la implementación de los pictogramas.

Involucrar a otros profesionales de la salud como ser: médicos, enfermeros, odontólogos, para que utilicen estos materiales en sus respectivos servicios.

BIBLIOGRAFÍA

1. TEIXEIRA, J. ; PACHECO, G.; TORETI, I. 2003. Evaluación del uso de pictogramas como ayuda a la adherencia al tratamiento farmacológico. *Seguim Farmacoter*, 1(3): 127-135. <http://www.cipf-es.org/sft/>

vol-01/127-135.pdf#page=1&zoom=auto,0,849 , consultado el 03/10/15

2. VERA, P.; 2010. Adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos tipo 2, del Programa Nacional de Diabetes del MSP y BS. Trabajo de Grado presentado para obtener el título de Químico Farmacéutico: 40, consultado 11/11/15.

3. KATZ, M.G.; KRIPALANI, S.; WEISS, B.D. 2006. Use of pictorial aids in medication instructions: A review of the literature. *Am J Health-Sys Pharm*; 63(23):2391-97, disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17106013>, consultado el 03/10/15

4. YU, B.; WILLIS, M.; SUN, P.; WANG, J. 2013. Crowdsourcing Participatory Evaluation of Medical Pictograms Using Amazon Mechanical Turk. *JMIR Publications Vol. 15 N°6*, disponible en: <http://www.jmir.org/2013/6/e108/> , consultado 11/10/15.

5. GALATO, F.; JUST, M.C.; GALATO, D.; SILVA, W.B.2005. Desenvolvimento e Validação de Pictogramas para o Uso Correto de Medicamentos: descrição de um estudo-piloto. *Acta Farm. Bonaerense*. 25(1): 131-8, 2006. http://www.latamjpharm.org/trabajos/25/1/LAJOP_25_1_4_2_839R0O9BUN.pdf, consultado el 03/10/15

6. SAMPAIO, L.F.; SILVA, L.M.L.; VELHOS, G.C.C.; MARTINS, M.G.G.; CASTILHO, S.R.; ALTENBURG, S.P. 2008. Pictogramas como Linguagem para a Compreensão da Prescrição Medicamentosa. *Rev. Bras. Farm.* 89(2): 150-154, 2008. http://rbfarma.org.br/files/pag_150a154_pictogramas.pdf, consultado el 05/10/15.

7. I Jornada Acadêmica PPGCOM – USP, 2008. Disponible en https://1a81c380-a-62cb3a1a-s/sites.google.com/site/jappgcom/artigos/mt2_ciro_matos.pdf?attachauth=ANoY7cogbpsDU3Xu7Q1rny4MRgXsAcEGF1ZZtQXLj_moX9fKWdl6SiQAHR-9-K2_GaLZz_4nodNEbhpgp7-uN8jeRfSpg9EBnle-robVUgatUusYzukurKLQO7ZLSeY32r5-HJg_nFCyxpTslTQuThSMG_OATpKt_9ajhSBbR05DZJggtmRXGYG39nlkHuvzKS5-_LHFNG_YHTDLsSD_yCv0iOnw-LM9KP_mLigy0N4gdTVNztEdvBXpY%3D&attredirects=0, consultado el 03/10/15



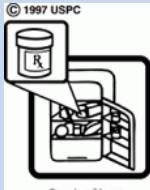
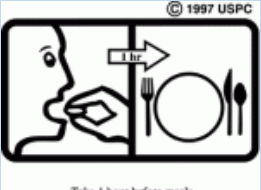
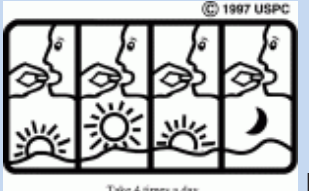
8. DOWSE, R; EHLERS, M.2003. The influence of education on interpretation of pharmaceutical pictograms for communicating medicine instructions. In: *Information Journal of Pharmacy Practice*, Vol. 11, pp. 11-18, disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1211/002235702810/abstrac>, consultado en 03/10/15.

9. KNAPP, P; RAYNOR, D.K .; JEBAR, A.H.; PRICE, S.J.2005. Interpretation of Medication Pictograms by Adults in the UK. *Ann Pharmacol* 2005; 39: 1227-33. Disponible en: <http://aop.sagepub.com/content/39/7-8/1227.short>, consultado el 05/10/15



10. Centro de Información de Medicamentos. Colegio de Farmacéuticos de Barcelona. (2003). Uso de pictogramas una posible solución. Disponible en: <http://www.farmaceuticonline.com/es/el-medicamento/628-presentacion-de-los-medicamentos?start=5>

ANEXOS

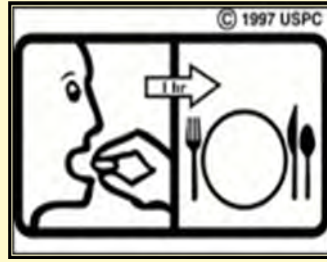
ANEXO 1. Resultados del estudio realizado en los Estados Unidos.

PICTOGRAMAS	DESCRIPCIÓN OFICIAL
 <p>P1</p>	<p>Tomar con un vaso de agua</p>
 <p>P2</p>	<p>No beba alcohol mientras esté tomando este medicamento</p>
 <p>P3</p>	<p>Guardar en el refrigerador / heladera</p>
 <p>P4</p>	<p>Tomar 1 hora antes de las comidas</p>
 <p>P5</p>	<p>Tomar 4 veces al día</p>

REFERENCIA

-  Pictogramas utilizados en el estudio que se realizó en los E.E.U.U. (YuB., Willis M., et al, 2013)
-  Pictogramas utilizados en el estudio piloto realizado en el Brasil. (Galato F., Just M., et al., 2006)

ANEXO 2. Dimensiones de los pictogramas utilizados (Ejemplo)



ANEXO 3. Instrumento para la recolección de datos

FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS

“SERVICIOS FARMACÉUTICOS BASADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD”

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

“EVALUACIÓN DE LA COMPRESIÓN DE PICTOGRAMAS QUE REPRESENTAN EL USO DE MEDICAMENTOS, EN PACIENTES DIABÉTICOS QUE RECURREN AL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL DE CAPIATÁ”

1. Datos personales

1.1. Nombre del participante:

1.2. Edad: años

1.3. Sexo: Fem. Masc.

1.4. Nivel de educación

- a) Primario terminado
- b) Secundario terminado
- c) Terciario terminado
- d) Ninguno de los anteriores

Especificar:

2- Para cada pictograma está asignado un casillero, identificado con la letra P y el número que le corresponde, de acuerdo al orden secuencial en que aparece (de **P1** a **P5**). Por favor seguir dicho orden para completar los casilleros.

2.1. Pictograma P1

2.2. Pictograma P2

2.3. Pictograma P3

2.4. Pictograma P4

2.5. Pictograma P5

PLAN DE CAPACITACIÓN EN GESTIÓN DE MEDICAMENTOS BASADOS EN APS EN LA U.S.F. PUERTA DEL SOL, CAPIATA, PARAGUAY

Resumen

En este trabajo final de integración investigación nos enfocamos en la capacitación en gestión de medicamentos, como uno de los principales elementos en los servicios farmacéuticos basados en APS. Fue seleccionada la Unidad de Salud Familiar (USF) Puerta del Sol de la ciudad de Capiatá del Departamento Central del Paraguay, se evaluó la gestión de medicamentos del SF de la USF a través de la aplicación de la Guía de Verificación de Cumplimiento de las Buenas Prácticas de Farmacia (BPF) del Ministerio de Salud. Los problemas detectados abarcan fueron: el área de los recursos humanos, área la estructural, los procesos de gestión, la escasa regulación y la no aplicación implementación de las BPF. Con los resultados obtenidos se elaboró una propuesta de adecuaciones en Buenas Prácticas de Farmacia para que sea aplicada en el Servicio de Farmacia de la USF Puerta del Sol de Capiatá, y así lograr beneficiar a la población que acude a ella y optimizar el proceso de gestión de medicamento. Tras las adecuaciones los resultados fueron positivos en la evaluación del cumplimiento de BPF: BPF I del 53% a 70%; BPF N del 32% a 73%; BPF R del 43% a 57% y BPF INF del 38% al 43%. Y se espera que sirva de base para otras USF puedan realizar y así lograr mejorar la gestión del SF

Para el financiamiento se utilizaron fondos propios de quienes realizamos el trabajo, los mismos que permitieron la movilización a las farmacias y la preparación del documento final.

PALABRAS CLAVES: Buenas Prácticas de Farmacia, medicamentos, servicios farmacéuticos

SUMMARY

In this research we focus on medication management training as one of the main elements in pharmaceutical services based on PHC. She was selected the USF Puerta del Sol city of Capiatá Central Department of Paraguay, drug management of SF USF through the implementation of the Guideline for GMP Compliance was assessed. The problems identified covering the area of human resources, structural area, management processes, poor regulation and the non-application of BPF. With the results a proposal for adjustments in Good Pharmacy Practice to be applied in the SF Gate USF Sun Capiatá, benefit the people who come to her and optimize medication management process was developed. After the adjustments were positive results in the assessment of compliance with BPF: BPF I of 53% to 70%; BPF N of 32% to 73%; R BPF 43% to 57% and INF BPF 38% to 43%. To finance themselves who do the work funds were used, which allowed them to pharmacies mobilization and preparation of the final document.

KEYWORDS: Good Practice of Pharmacy, drugs, pharmaceutical services

1. Introducción

La Unidad de Salud Familiar Puerta del Sol se ubica en el distrito de Capiatá del departamento Central, depende administrativamente de la Undécima Región Sanitaria y normativamente de la Dirección General de APS dependiente del Vice Ministerio de Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSyBS). El equipo de salud se encuentra conformado por un médico, un licenciado y 3 agentes comunitarios, tiene una población de más de 3000 personas dividido en 3 micro territorios, realiza el Análisis de Situación de Salud (ASSI) de la población con el objetivo de identificar los determinantes de la salud y de planificar acciones conjuntas con la comunidad para lograr el acceso y mejores condiciones de salud.

Las USF en la Red de Atención Primaria de Salud tienen la misión de contribuir a la implementación de las políticas públicas para la calidad de vida y salud con equidad, vertebrada y articula la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud (Resolución S.G. 730 del MSPBS, por la cual se aprueba la Guía para la Implementación de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud-RIISS-basadas en la Estrategia de APS), con el fin de garantizar la universalidad con equidad, gratuidad, integralidad y participación ciudadana, pasando del modo asistencialista y fragmentado de la salud a un modo promocional e integral que involucra a la comunidad en todo el proceso. La visión es el mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población, mediante el acceso universal equitativo, integral, oportuno y sin restricciones a los servicios de salud y a una intervención integral, programada y participativa sobre los factores de determinación social, como respuesta a las grandes y postergadas necesidades de salud del pueblo paraguayo.

Las actuales 798 Unidades de Salud han logrado el ingreso al sistema de salud de más de 2.500.000 personas y una cobertura del 40% de la población total pero la sostenibilidad se puede ver comprometida ante solo un 22% de las USF con equipos de salud completos. El fortalecimiento en RRHH, infraestructura y equipamientos obligará a un mayor financiamiento que deberá superar el actual 6,7% del presupuesto del MSPBS.

El acceso a los medicamentos es un pilar para el logro de los objetivos en la salud, con medicamentos que respondan a las necesidades de la población, con financiamientos que aseguren su provisión constante, eficaces, y con una eficiencia puesta a prueba en la comunidad. Los servicios farmacéuticos deben garantizar este acceso a medicamentos eficientes para lo cual se necesitan de personal con conocimientos y habilidades que aseguren el acceso a medicamentos. Los servicios farmacéuticos insertos en las USF constituyen dependencias sólo de dispensación de medicamentos, con mínimos controles sobre la implementación de normas de Buenas Prácticas de Farmacia, son atendidos por miembros del equipo de salud sin las habilidades y conocimientos en la gestión de medicamentos, el personal de farmacia no es identificado como miembro del equipo de salud familiar en la planificación de acciones y menos con las capacidades de cuidador, educador, comunicador, líder e investigador.

Consideramos con fundamentos que ante la ausencia de personal competente en los Servicios Farmacéuticos de las USF es importante proveer a los actuales miembros del equipo básico de salud familiar la información basada en la evidencia que garanticen la eficiencia de los medicamentos sumando a esta información los principios, valores y elementos de la APS. Con un Plan de Capacitación en la Gestión de Medicamentos basados en APS y la aplicación de Buenas Prácticas en Farmacia el impacto esperado es un equipo de salud familiar con conocimientos que promuevan estilos de vida saludables, el acceso equitativo y el uso racional de los medicamentos y otros insumos sanitarios de calidad.

2. Marco referencial

La salud es fundamental para la satisfacción y el bienestar de la población, es un componente central del desarrollo humano sostenible. Tal cual lo define la Constitución de la OMS-adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional 1946 “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” y es el valor central para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

El 53° Consejo Directivo-66° Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas en su Documento “Estrategia para el Acceso universal a la salud y la Cobertura universal de Salud” define el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.

La OMS y la FIP en “Directrices conjuntas FIP/OMS sobre Buenas Prácticas en Farmacia: estándares para la calidad de los servicios farmacéuticos” reconocen que los medicamentos son una parte esencial e indispensable en los servicios de atención sanitaria en todas las culturas y sociedades. Cuando se tiene acceso a ellos, son un componente esencial en muchos de los programas de prevención de enfermedades y en casi todos los tratamientos. Además de acceder a medicamentos de calidad, seguros y asequibles el siguiente desafío es garantizar la efectividad real de un medicamento el cual es puesto a prueba ante problemas de selección del medicamento, las dosis empleadas, una administración inadecuada, la falta de cumplimiento del tratamiento prescrito por parte de los pacientes, la prescripción e instrucciones de uso adecuado según posología y formas farmacéuticas adecuadas que prevengan interacciones medicamentosas y entre medicamentos y alimentos, las reacciones adversas de los medicamentos además de los problemas clínicos asociados a los problemas relacionados con los medicamentos. La OMS en el 2004 expone un material sobre “Adherencia a los Tratamientos a Largo Plazo-Pruebas para la acción” donde para pacientes, familiares y entorno con enfermedades crónicas hace un llamado a un enfoque reflexivo que comience con la revisión del modo en que se adiestran y son recompensados los profesionales de la salud e incluya el abordaje sistemático de las diversas barreras que encuentran los pacientes y sus familiares en sus esfuerzos diarios para mantener la salud óptima. Se suman a estos factores los relacionados al valor y calidad de los medicamentos como la licencia, la cadena de suministro, el almacenamiento adecuado, la manipulación, la correcta preparación y la minimización de tratamientos innecesarios.

La tarea de los servicios farmacéuticos sobre todo los de la red de atención primaria no deberían limitarse en dispensar medicamentos eficaces sino la de mantener a la población sana y con menos riesgos de complicaciones. Esto lleva a un cambio de enfoque de las políticas y estrategias en medicamentos pasando de la visión centrada en el producto medicamento a la visión centrada en el individuo, su familia y comunidad (IFC) con sus necesidades de salud. Con este nuevo enfoque fundamentados en la “Guía para el Desarrollo de los Servicios Farmacéuticos basados en la Atención Primaria de Salud”-OPS-OMS, se busca garantizar servicios farmacéuticos

con atención integral, integrada y continua de las necesidades y los problemas de salud de la población tanto individual como colectiva, incorporado al equipo de salud y con la participación comunitaria para el logro de objetivos con resultados concretos en salud que es la de mejorar la calidad de vida de la población. Para el logro de esta misión los SF adoptan los principios, valores y elementos de la APS Renovada fruto del “Documento de Posición de la OPS-OMS sobre la Renovación de la APS en las Américas” como parte integral de los sistemas y servicios de salud. Para las metas sociales, los valores constituyen la base; por su parte, los principios fundamentan la legislación en materia de salud, la evaluación y la generación y distribución de recursos y, finalmente, los elementos aportan la base estructural y funcional para los programas (operacional).

Para la implementación de servicios farmacéuticos basados en APS el Documento de Posición de la OPS/OMS Servicios Farmacéuticos basados en APS-2012 hace referencia a **factores críticos de éxito para el fortalecimiento de servicios farmacéuticos basados en APS**, los cuales se agrupan en 4 áreas claves:

1. **Política:** El Documento de posición de la OPS/OMS Servicios Farmacéuticos basados en APS-2012 contiene el marco teórico y metodológico y proporciona herramientas fundamentales que, en conjunto con otros recursos permiten comprender hacia dónde y cómo se pretende implementar el cambio. Esta área trasciende el ámbito de los servicios farmacéuticos y requerirá de abogacía ante las instituciones reguladoras y el gremio de profesionales farmacéuticos para el apoyo y validación de la propuesta.
2. **Gestión, planificación y entrega del servicio:** propone la reorganización con la gestión de los servicios en procesos, siendo la entrega del servicio basado en el IFC el proceso clave.
3. **El desarrollo de recursos humanos para los servicios farmacéuticos basados en la APS:** el Documento de posición de la OPS/OMS, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Farmacéutica Internacional (FIP) consideran y recomiendan a los países que los farmacéuticos son profesionales sanitarios específicamente capacitados e instruidos que disponen de la autorización correspondiente, para que gestionen la dispensación de medicamentos a los usuarios y realicen las tareas adecuadas para garantizar la seguridad y el uso eficaz de los medicamentos. Como profesionales sanitarios, los farmacéuticos tienen un importante papel en la mejora del acceso a la atención sanitaria y para reducir la diferencia que existe entre el beneficio potencial de los medicamentos y el valor real obtenido. Deben formar parte de cualquier sistema sanitario en su más amplio sentido. Además, la naturaleza cada vez más compleja y diversa de las funciones de los farmacéuticos en los sistemas de salud y en la salud pública, demanda un continuo mantenimiento de sus competencias como profesionales sanitarios con una experiencia y unas habilidades actualizadas. “El Farmacéutico de Siete Estrellas revisado (WHO, 1997; OMS, 2006) hace referencia a que para ser miembros eficaces del equipo de salud, los farmacéuticos necesitan habilidades y actitudes que les permitan asumir muchas funciones diferentes. El concepto del “farmacéutico siete-estrellas” fue introducido por la OMS y aceptado por la FIP en el año 2000 en su declaración estratégica sobre Buena Práctica de la Educación en Farmacia, para cubrir estos papeles: cuidador, tomador de decisiones, comunicador, gestor, estudiante permanente, profesor, líder e investigador.

4. Regulación de productos y servicios farmacéuticos: Es necesario contar con un componente de regulación de los servicios farmacéuticos, estándares de la práctica profesional y Directrices conjuntas de la OMS y la FIP de buenas prácticas de farmacia.

Además de describir estas cuatro áreas claves para el desarrollo de SF basados en APS, el Documento de Posición hace referencia a las herramientas que puedan contribuir a la puesta en práctica de las recomendaciones y del modelo propuesto:

1. Un marco regulatorio para los SF: Para apoyar estas prácticas, es fundamental que se establezca un marco nacional de estándares y directrices de calidad. Paraguay ha aprobado la Política Nacional de Medicamentos (Resolución S.G. 826/15) cuyo objetivo es “Acceso a Medicamentos seguros, eficaces y asequibles para toda la población”, también la Resolución S.G. N° 498/14 del MSPBS de la Guía de Verificación del Cumplimiento de Buenas Prácticas de Farmacia para la Obtención de Autorización de Apertura y Renovación de Apertura de SF tanto públicos como privados.
2. El desarrollo de un paquete de guías de buenas prácticas, protocolos, material informativo y de divulgación, para la implementación de la provisión de los SF: constituye las “Directrices conjuntas FIP/OMS sobre Buenas Prácticas en Farmacia: Estándares para la calidad de los servicios farmacéuticos”. Otro factor importante es que la Dirección General de APS forma parte del comité de selección del listado de medicamentos esenciales LME junto a otros servicios de salud, obteniendo las ventajas de trabajar con este listado, como lo indica el material “Medicamentos Esenciales y las ventajas de trabajar con este contexto” In: OPAS/OMS-Brasil.
3. Un programa de fortalecimiento de los recursos humanos: el cambio de paradigma y de reorientación de la práctica, sólo es posible con recursos humanos capacitados: es esta tercera herramienta la que consideramos clave, por las condiciones dadas, como estrategia para la implementación de un SF de calidad en las USF del país y en nuestra muestra la USF Puerta del Sol. Las condiciones para la aplicación de un cambio dirigido al personal de salud del servicio farmacéutico se ve favorecido al disponer de un servicio de salud dirigido a la comunidad pues así como lo describe el material de J.y R. Gofin “Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria hace una APS orientada a la Comunidad (APOC)” las UFS muestra y del resto del país cuentan con una población definida, un servicio que se caracteriza por ofrecer servicios de atención primaria, un equipo multidisciplinario, acceso libre a los servicios, sin barreras económicas, fiscales, de género, religiosas, culturales o políticas, un equipo que se moviliza fuera de las instalaciones para el diagnóstico y servicios y la participación comunitaria. Con servicios farmacéuticos en funcionamiento en las USF del país y sin personal calificado es de urgencia iniciar un proceso de capacitación al personal de salud de las USF sobre los SF basados en APS y sobre las buenas prácticas en farmacia basados en “Buenas Prácticas en Farmacia: Directrices conjuntas FIP/OMS sobre buenas prácticas en Farmacia: Estándares para la Calidad de Servicios Farmacéuticos”.

3. Problema

Problemas Se detectaron problemas de Gestión de los Medicamentos en el SF de la USF Puerta del Sol-Capiatá del MSPyBS.

Análisis del Problema.

- SF de la UFS Puerta del Sol sin personal competente y con escasa capacitación en la Gestión de Medicamentos.
- En cuanto a gestión-planificación y entrega del servicio: el SF en una USF es considerado solo como dependencia de dispensación de medicamentos, no se identifican y se desconocen las tareas adecuadas de seguridad y uso eficaz de los medicamentos a través de las BPF.
- Infraestructura inadecuada para la correcta gestión de medicamentos.

Matriz en espina de pescado. **Ver Anexo**

Análisis de Involucrados. **Ver Anexo.**

4. Objetivos

General

Mejorar la gestión de los medicamentos y reorientar los recursos humanos del servicio farmacéutico de la Unidad de Salud Familiar Puerta del Sol-MSPyBS

Específicos

- 1- Elaborar un plan de capacitación de SF en Gestión de medicamentos basado en APS y BPF al personal encargado del Servicio Farmacéutico de la USF Puerta del Sol.
- 2- Elaborar un plan de actividades con el equipo de Salud de la USF Capiatá basadas en las Buenas Prácticas de Farmacia.
3. Promover los principios, valores y elementos de la APS entre los miembros del equipo de salud de la unidad meta.

5. Análisis de situación y diagnóstico estratégico:

Situación: SF de la UFS Puerta del Sol sin personal competente en la gestión de medicamentos y el desconocimiento de las tareas adecuadas para garantizar la seguridad y el uso eficaz de los medicamentos a través de las BPF.

Auditoría interna

Fortalezas	Debilidades
1. Equipo multidisciplinario contituido por enfermeras y auxiliares.	1. Escasas USF con personal encargado de la Farmacia (no dependientes del MSPBS)
2. SF instalado en la USF (establecimiento de salud con política y organización basada en la Estrategia de APS)	2. USF sin profesional farmacéutico que participe en el equipo de salud.
3. Potencial de trabajo coordinado	3. Desconocimiento del potencial del SF en la gestión basada en APS.
4. Listado de Medicamentos Esenciales gratuitos y disponibles para la población.	4. No se considera al personal de farmacia de la USF como parte del equipo para las tomas de decisiones en relación a gestión
5. USF en la comunidad como Puerta de Entrada al Sistema de Salud	5. Falta de oportunidades de capacitación al personal encargado de farmacia de la USF.
6. Predisposición del personal de salud para capacitarse	6. Desconocimiento de la tareas que garanticen la seguridad y eficacia de los medicamentos-BPF
7. Personal proactivo para la realización talleres de concienciación a la población	8. Faltan procedimientos y especificaciones claras para el suministro de medicamentos.

Auditoría externa

Oportunidades	Amenazas
1.USF instalada en la comunidad	1. Institución rectora de salud no prioriza contratación de profesionales de farmacia para las USF
2.Comunidad comprometida con el servicio de salud	2. Institución rectora no genera oportunidades de capacitación a personal de farmacia
3.Organizaciones sociales apoyan a las USF	3. Falta de recursos financieros para capacitaciones.
4.Alta rotación de pacientes en el servicio	4. La no falta disponibilidad continua de medicamentos
5.Sistema de distribución de medicamentos establecidos	5. Riesgo de no compromiso al cambio, por institución rectora o personas tomadoras de decisión.
6.Apoyo técnico y financiero externo	6. Cambios de gobierno y riesgo de discontinuidad de planes o programas ante la falta de políticas de salud como Gobierno.

6. Actividades

Actividad A	Responsable B	Período C	Recursos humanos D	Recursos económicos E	Recursos tecnológicos F
Identificación de la población objetivo (Talentos humanos-RRHH de la USF)	Grupo 1	1 día	Grupo 1	Costos de traslado a la USF	Computador para carga de datos
Diagnóstico situacional-Implementación de la Guía de Verificación de BPF	Grupo 1	1 día	Grupo 1	Costos de traslado a la USF, Material impreso	Computador, toma de fotografías.
Elaboración del Programa de Capacitación.	Grupo 1	1 día	Grupo 1	Material impreso	Computador Impresora
Desarrollo del Programa de Capacitación	Grupo 1	1 día	Grupo 1 Miembros de la USF	Costo de traslados, servicio de catering y materiales de apoyo	Computador Impresora Proyector
Elaboración de Plan de Actividades en el SF de la USF basadas en BPF	Grupo 1	1 día	Grupo 1	Costos de material impreso	Computador Impresora
Desarrollo de actividades basadas en BPF	Grupo 1	3 días	Grupo 1 RRHH del SF de la USF	Costo de traslados, materiales de apoyo	Computador Impresora
Monitoreo y evaluación tras intervención del Cumplimiento de BPF en el SF de la USF	Grupo 1	1 día	Grupo 1 RRHH del SF de la USF	Costo de traslados, materiales impresos	Computador Impresora

Cronograma de Gantt. Ver Anexo.

8. Monitoreo y evaluación

Tipo de indicador	Indicador	Definición	Fórmula	Meta o Estándar
Actividad 1 de proceso	% Personal del SF de la USF	RRHH disponibles en SF de la USF a quien estará enfocado la capacitación	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de personal del SF}}{\text{N}^\circ \text{ Total personal USF}} \times 100$	100 % de RRHH del SF de la USF
Actividad 2 de resultado	% de Cumplimiento según Tipo de BPF en el SF de la USF Puerta del Sol	Diagnóstico situacional: Verificación de cumplimiento de BPF según Tipo BPF cumplidas en la USF* (*) Aplicables a una USF	$\frac{\text{Tipo de BPF cumplidas en el SF de la USF Puerta del Sol}}{\text{Total Tipo de BPF de la Guia (*)}} \times 100$	100% BPF I* 100% BPF N* 100% BPF R* 100% BPF INF*
Actividad 3 de proceso	% Programa de Capacitación elaborado	Programa de Capacitación con: Objetivo: Promover el modelo de SF basados en APS y adecuación del SF de la USF a las BPF Contenido: SF basado en APS y conocimientos y habilidades en Gestión de Medicamentos y BPF. Método: capacitación presencial y mesa redonda Materiales: impresos, cartelería Tiempo-Duración: 1 día con 4 horas.	Requerimientos elaborados/ Requerimientos estándar de elaboración de Programas de Capacitación x 100	100 % del Programa elaborado (Contenido, método, materiales, tiempo y duración)
Actividad 4 de proceso	% Programa de Capacitación desarrollado	Capacitación presencial al ESF de la USF Puerta del Sol, mesa redonda	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de temas desarrollados}}{\text{N}^\circ \text{ de temas programados}} \times 100$	100 % Contenido Programático
Actividad 5 de proceso	100% Plan de Actividades basados en BPF Elaborado	Plan de Actividades en el SF de la USF basadas en BPF: Adecuaciones y mejoras factibles e inmediatas.	Actividades de adecuación inmediata: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de actividades de adecuación factible}}{\text{N}^\circ \text{ total de adecuaciones a realizar}} \times 100$	70 % de Actividades de adecuación inmediata planificadas.
Actividad 6 de resultado	% Plan de Actividades de adecuación basadas en BPF Desarrollado	Plan de Actividades desarrolladas: Adecuaciones y mejoras factibles e inmediatas.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de actividades desarrolladas}}{\text{N}^\circ \text{ de actividades planificadas}} \times 100$ (inmediatas y nota)	100% del Plan desarrollado
Actividad 7 de resultado	% de Cumplimiento según Tipo de BPF en el SF de la USF Puerta del Sol tras luego de la intervención	Verificación de cumplimiento de BPF según Tipo BPF cumplidas en la USF tras intervención. (*) Aplicables a una USF	$\frac{\text{Tipo de BPF cumplidas tras intervención en el SF de la USF Puerta del Sol}}{\text{Total Tipo de BPF de la Guia}} \times 100$	100% BPF I* 100% BPF N* 100% BPF R* 100% BPF INF*

9. Conclusiones

Lecciones aprendidas

En la USF

- Se estimuló el trabajo en equipo entre los miembros del grupo del curso: compartir conocimientos y experiencias es fundamental para el logro del éxito, y esto se reflejó también en el trabajo realizado con los miembros de la USF.
- Alta expectativa, predisposición al aprendizaje y cooperación a las adecuaciones basadas en BPF del ESF de la los profesionales y técnicos de la USF Puerta del Sol.
- SF de la USF Puerta del Sol presenta problemas en la Gestión de Medicamentos: la ausencia de personal competente, la escasa capacitación en la Gestión de Medicamentos, se limita a dispensar medicamentos, el desconocimiento y la no aplicación de tareas adecuadas de seguridad y uso eficaz de los medicamentos y una infraestructura inadecuada para la gestión de los mismos.

Normativa nacionales e internacionales

- A través de la utilización de Documentos internacionales de la OMS y la FIP contribuyeron a los países miembros a encaminar hacia el logro de SF basados en APS y BPF, con 4 factores de éxitos y 3 herramientas. En Paraguay las herramientas desarrolladas fueron 1) Marco regulatorio con Política Nacional de Medicamentos y la Guía de Verificación del Cumplimiento de Buenas Prácticas de Farmacia para la Obtención de Autorización de Apertura y Renovación de Apertura de SF 2) Listado de BPF incluidas en la Guía de Verificación, y 3) Programa de fortalecimiento de RRHH de los SF

Logros

- La concienciación del ESF de la importancia del cambio de visión del SF (del medicamento a la del individuo-familia y comunidad) en base a los valores, principios y elementos de la APS y de los estándares de calidad.
- Resultados positivos en todas las categorías de BPF tras el Plan de Actividades de adecuación basadas en BPF. Hemos logrado estos resultados en el cumplimiento de BPF tras las adecuaciones: BPF I del 53% a 70%; BPF N del 32% a 73%; BPF R del 43% a 57% y BPF INF del 38% al 43%.

Como miembros del grupo de trabajo

- Con lo aprendido durante en el curso y el trabajo final de integración en terreno hemos sido miembros activos y visto la importancia que tienen las Unidades de Salud Familiar (USF) como puerta de entrada al Sistema de Salud y como eje vertebral de la red integral e integrada de servicios de salud.
- **Que los SF también como puerta de entrada al sistema de salud no deberían tener la visión centrada sólo en el producto medicamento (o sólo dispensar medicamentos) sino la visión acorde a la estrategia de APS, es decir, centrada en el individuo, su familia y comunidad (IFC) y que junto a otros factores se logre el Acceso universal a la salud y la Cobertura universal de Salud.**

RECOMENDACIONES

Instamos a las autoridades y dependencias normativas (DGAPS y DGVS) a iniciar Programas de Fortalecimiento del RRHH de las USF en Gestión de medicamentos basados en APS y aplicar sistemas de monitoreo y evaluación del cumplimiento de

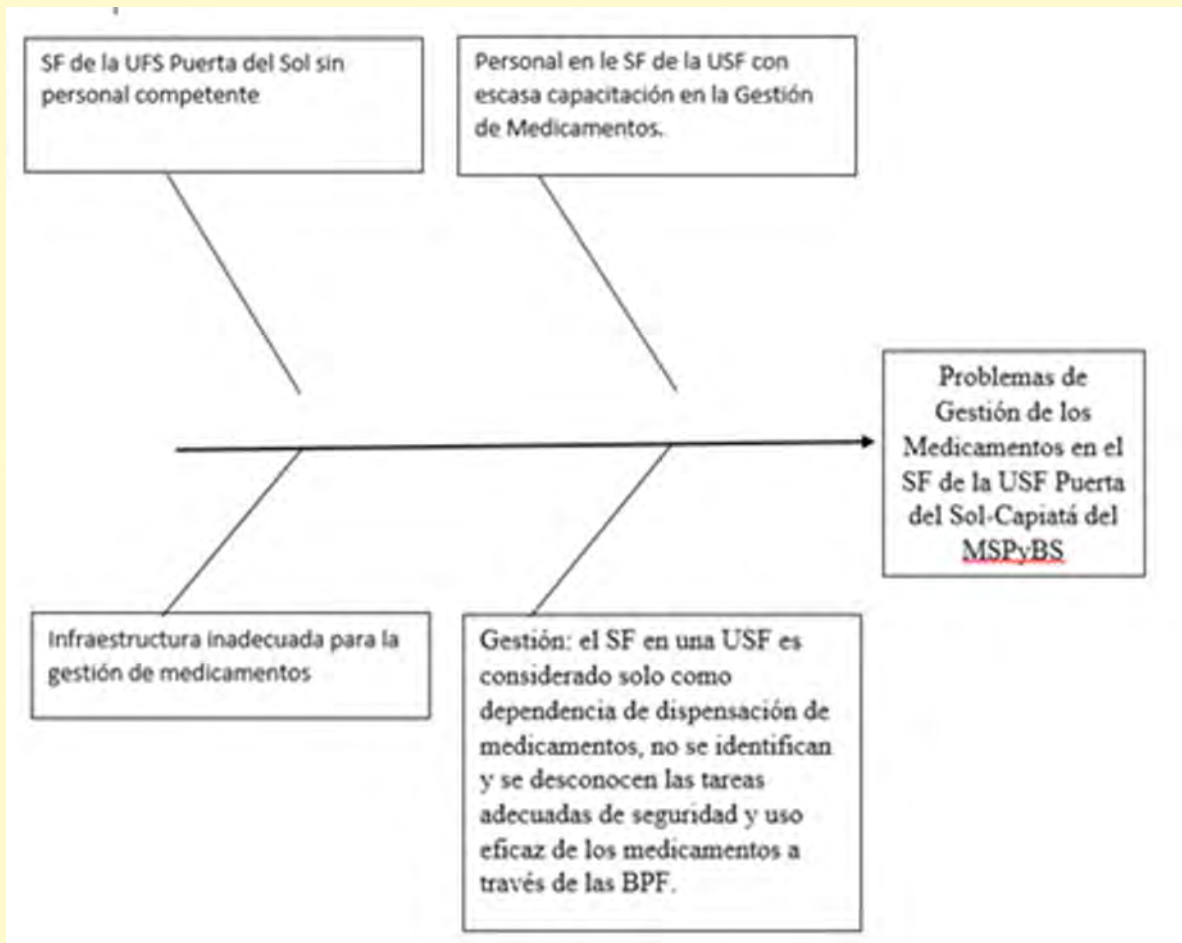
estándares de calidad ya establecidos y así apoyar a una mejor gestión del ciclo del medicamento que redundará para los pacientes, la familia y la comunidad .

10. Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas N° 1 sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington, D.C.: OPS, © 2008.
2. Organización Panamericana de la Salud. Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC: OPS, 2013.
3. Gofin J, Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. Rev. Panamericana Salud Pública. 2007; 21(2/3):177-85.
4. Organización Mundial de la Salud-OMS. Documentos Básicos. Constitución de la OMS. Conferencia Sanitaria Internacional 1946. Edición 48°, 2014. Sitio en <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
5. Organización Mundial de la Salud-OMS. Documento “Estrategia para el Acceso universal a la salud y la Cobertura universal de Salud”. El 53° Consejo Directivo-66° Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C. 2014. Sitio en <file:///C:/Users/User/Downloads/CD53-5-s.pdf>
6. Federación Internacional de Farmacéutica-FIP; Organización Mundial de la Salud-OMS. Directrices Conjuntas FIP/OMS sobre Buenas Practicas en Farmacia: Estándares para la Calidad de los Servicios Farmacéuticos. Buenas Practicas en Farmacia. FIP/OMS, 2007.
7. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los Tratamientos a largo Plazo. Pruebas para la Acción. Washington, D.C., 2004. Sitio en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid
8. Wiedenmayer, K; Mackie, C.; Gous, Andries; Everard, Marthe. El Farmaceutico Siete Estrellas. Desarrollo de la práctica de farmacia centrada en la atención del paciente. Organización Mundial de la Salud y Federación Internacional Farmacéutica, 2006: Pag. 17. Sitio en <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s14094s/s14094s.pdf>.
9. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Misión y Visión. Dirección General de Atención Primaria de Salud. Asunción, 2016: sitio en <http://www.mspbs.gov.py/aps/>
10. Giovanella, Ligia; Feo, Oscar; Faria, Mariana; Tobar, Sebastián. Sistemas de Salud en Suramérica. Desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012. Sitio en [http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/2/bb\[8\]ling\[2\]anx\[9\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/2/bb[8]ling[2]anx[9].pdf)
11. Wannmacher, L. Medicamentos essenciais: vantagens de trabalhar com este contexto. In: OPAS. Uso Racional de Medicamentos: Temas Seleccionados. Volume 3, Número 2. Brasília: OPAS; Janeiro. 2006. Sitio en: https://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/77891/mod_resource/content/4/M2O5_Wannmacher_2006.pdf

ANEXOS

Análisis del Problema: Matriz en espina de pescado



Análisis de Involucrados

Actor (A)	Interés en el problema (B)	Posibles contribuciones al proyecto (C)
Unidad de Salud Familiar Puerta del Sol	Mejorar las funciones, tareas y actividades del personal del SF para garantizar medicamentos eficaces, seguros y de calidad.	SF de la USF adecuado a estándares de calidad en la Gestión de Medicamentos como parte de la implementación de las BPF
Comunidad (pacientes, cuidadores, familia)	Pacientes con mejor acceso a medicamentos eficaces, seguros y de calidad.	Mejorar el uso de medicamentos, la adherencia al tratamiento y resultados terapéuticos deseados.
MSPBS	Fortalecer RRHH de las USF, adecuación de SF de USF a estándares de calidad.	SF de la USF Puerta de Sol obtiene autorización de apertura/renovación según Resolución vigente S.G. N° 498/14

Cronograma de Gantt

Actividad	Día								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Identificación de la población objetivo	■								
Diagnóstico situacional		■							
Elaboración del Programa de Capacitación			■						
Desarrollo de la capacitación				■					
Elaboración de Plan de Actividades					■				
Desarrollo de actividades sobre BPF					■	■	■	■	■
Monitoreo y evaluación								■	■

Plan de Capacitación en Gestión de Medicamentos basados en APS

Actividad 1: Población objetivo. ESF de la USF Puerta del SOL



Foto 1 - Grupo de capacitación

Actividad 2: Diagnóstico Situacional: USF Puerta del Sol-Capiatá y SF de la USF



Calle de acceso a la USF



Local



Estas son fotos de área de farmacia antes de la capacitación



Área Farmacia después de la capacitación




Actividad 4: Desarrollo de la Capacitación





Actividad 4: Desarrollo de la Capacitación


Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
 Resolución S.G. N° 498

POR LA CUAL SE APRUEBA LA GUÍA DE VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FARMACIA PARA LA OBTENCIÓN DE AUTORIZACIÓN DE APERTURA Y RENOVACIÓN DE APERTURA.

Asunción, 09 de setiembre de 2014

VISTO:

El Memorando D.N.V.S. N° 247, de fecha 02 de setiembre de 2014, a través del cual la Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria solicita la aprobación de la Guía de Verificación de Buenas Prácticas de Farmacia para la obtención de autorización de apertura y renovación de apertura; y

CONSIDERANDO:

Que la Constitución Nacional en su Capítulo VI, De la Salud, Artículo 72º, Del Control de Calidad, establece: "...El Estado velará por el Control de Calidad de los productos alimenticios, químicos, farmacéuticos y biológicos, en las etapas de producción, importación y comercialización..." (sic).

Que la Ley N° 836/80 del Código Sanitario, en su artículo 3º dispone: "...El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, que en adelante se denominará el Ministerio, es la más alta dependencia del Estado competente en materia de salud y aspectos fundamentales del bienestar social..." (sic).

Que la Ley 1.032/96 "QUE CREA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD" tiene como fin un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado.

Que la Ley 1.119/97 "DE PRODUCTOS PARA LA SALUD Y OTROS", en su artículo 1º expresa: "...1.-La presente ley y sus correspondientes reglamentos regulan la fabricación, elaboración, fraccionamiento, control de calidad, distribución, prescripción, dispensación, comercialización, representación, importación, exportación, almacenamiento, uso racional, régimen de precios, información, publicidad y la evaluación, autorización y registro de los medicamentos de uso humano, drogas, productos químicos, reactivos y todo producto de uso y aplicación en medicina humana, y a los productos considerados como cosméticos y domosanitarios. 2. También regula los principios, normas, criterios y exigencias básicas sobre la eficacia, seguridad y calidad de los productos objeto de esta ley, y la actuación de las personas físicas o jurídicas que intervienen en las actividades mencionadas en el párrafo anterior..." (sic).

Que la mencionada ley, en su artículo 2º, dice: "...El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social es la autoridad sanitaria nacional responsable en todo el territorio de la República, de verificar el cumplimiento de las disposiciones emanadas de la presente ley, reglamentar las situaciones que lo requieran y sancionar las infracciones que se detecten..." (sic). Asimismo, en su artículo 3º, numeral 1, expresa: "...Como organismo executor, créase la Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria (DNVS), dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, con autonomía administrativa y financiera..." (sic).

Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
 Resolución S.G. N° 498

POR LA CUAL SE APRUEBA LA GUÍA DE VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FARMACIA PARA LA OBTENCIÓN DE AUTORIZACIÓN DE APERTURA Y RENOVACIÓN DE APERTURA.



09 de setiembre de 2014
Hoja N° 11/11

		10. CAPACITACIÓN		SI	NO
10.1	N	¿El Personal de la Farmacia recibe capacitación continua, teórico-práctico en lo que respecta a sus funciones específicas y a las buenas prácticas de farmacia? (Ej: manipulación de residuos comunes y punzo cortantes, control de la Temperatura y humedad, entre otros)			
10.2	N	El personal de Delivery se encuentra capacitado en cuanto al transporte de Medicamentos con características especiales (fotosensibles, termo-sensibles, sujetos a control y frágiles como jarabes y ampollas)			
10.3	N	¿Cuenta con un registro de las capacitaciones?			
10.4	INF	¿El establecimiento cuenta con un sistema de información escrita dirigida a los usuarios sobre los servicios ofertados, productos utilizados, cuidados posteriores e indicaciones especiales que se consideren según procedimiento?			

Obs:

REFERENCIAS:

I	Imprescindible
N	Necesario
R	Recomendado
INF	Informativo

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL REALIZADO EN LA CLÍNICA NANAWA DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL.

RESUMEN

El presente es un proyecto social que busca aumentar la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes diagnosticados con hipertensión arterial, en adelante HTA, y que acuden a la Farmacia Interna de la Clínica Nanawa del Instituto de Previsión Social a retirar sus medicamentos.

Como punto de partida, se captaron pacientes para realizar la medición de la adherencia al tratamiento farmacológico en su valor basal. Como segundo paso, se realizaron intervenciones y charlas informativas para aumentar el interés en mantener una buena adherencia al tratamiento. Como paso final se realizó una segunda medición para medir el valor final de la adherencia al tratamiento grupal.

La misión de este proyecto y del grupo de trabajo es aumentar la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes que acuden a la farmacia de la Clínica Nanawa mediante intervenciones cuyo objetivo principal es generar un compromiso personal del paciente al adquirir información de los beneficios de un tratamiento farmacológico llevado correctamente y de los posibles riesgos de realizarlo en forma interrumpida o sin seguir la prescripción médica.

Se lograron los objetivos de captación de pacientes y realización de intervenciones que se tradujeron en una notable mejoría en la adherencia al tratamiento farmacológico, obteniendo que el 95,5% de los pacientes que participaron de este trabajo mejoren su Adherencia al tratamiento y por lo tanto su calidad de vida.

Palabras claves: adherencia, tratamiento farmacológico

SUMMARY

This is a social project that seeks to increase adherence to drug treatment of patients diagnosed with hypertension, hypertension onwards. The patients are attending the Internal Pharmacy Nanawa Institute of Social Welfare Clinic to withdraw their medications.

As a starting point, patients were collected for measurement of adherence to drug treatment baseline. Then, interventions and information to increase interest in maintaining good adherence talks were conducted. Finally, a second measurement was performed to measure the final value of adherence to treatment group.

The mission of this project and the working group were to increase adherence to drug treatment of patients visiting the pharmacy Nanawa Clinic through interventions, to generate a personal commitment from the patient to acquire information on the benefits of drug treatment properly taken and the possible risks of doing or without medical prescription continue uninterruptedly.

The patient recruitment objectives and implementation of interventions resulted in a marked improvement in adherence to drug treatment were achieved, getting the 95,5% of the patient that participated in this study improve their adherence to drug treatment, and also their quality of life.

INTRODUCCIÓN

Justificación

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en Paraguay y en el mundo, además de ser la tercera causa de invalidez en nuestro país, estimándose que su prevalencia continuará en ascenso en el mundo, producto del envejecimiento de la población y la mayor expectativa de vida. Por otra parte, existe cada vez más evidencia de la importancia de la hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular, siendo uno de los más relevantes para la enfermedad coronaria y el de más importancia para la enfermedad cerebrovascular.

Aproximadamente el 20% de la población mundial padece hipertensión arterial (HTA) y sólo entre el 3% y el 34% de esa población controla las cifras tensionales con un tratamiento antihipertensivo.

Una de las causas principales de los pobres resultados obtenidos sería la falta de adherencia al tratamiento, entendiéndose por tal el no cumplimiento de las indicaciones sugeridas por el médico tratante. Varios estudios, han demostrado que sólo entre el 40% y el 50% de los pacientes que inician un nuevo tratamiento farmacológico mantienen la medicación a los 6 meses de haberlo hecho, otro estudio sugiere que el 50% de los nuevos hipertensos abandona la medicación al año de iniciado el tratamiento. Además, el 50% de los pacientes que permanecen bajo tratamiento no toman correctamente la medicación.

La no-adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran magnitud. Esto se refleja estadísticamente en que en los países desarrollados, la adherencia a la terapéutica, promedia el 50%, mientras que en los países en vías de desarrollo, las tasas son inclusive menores (Sabate E. 2004). Esta realidad tiene como consecuencia el incumplimiento de las metas sanitarias, mayores costos en salud, mayor incidencia de las complicaciones propias de la enfermedad, y finalmente agudización de la enfermedad y muerte (Osterberg L., Blaschke T. 2005). Por ende, no es conjetura afirmar que la adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo, compromete gravemente la efectividad del tratamiento, de manera que es un tema fundamental para la salud de la población, desde la perspectiva de calidad de vida y de economía en salud.

Controlar la Hipertensión Arterial significa controlar el riesgo de enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, mejorar la expectativa de vida en la edad adulta, con énfasis en la calidad de la misma, y sobre todo, una ganancia efectiva de años de vida saludables para el conjunto de la población.

MARCO REFERENCIAL DEL PROYECTO

Existen estudios diversos que tratan el objetivo del proyecto desde distintas aristas. Entre ellos, los más destacados tratan sobre:

- “Tratamiento farmacológico y no farmacológico de la Hipertensión arterial”, en la cual se resalta la importancia de tratamientos no farmacológicos para mejorar la respuesta a las drogas antihipertensivas. Sainz González de la Peña, Benito. La Habana, Cuba. 2002.
- “Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo”, donde se observa que la adherencia al tratamiento varía en función a la edad, el sexo, el nivel de instrucción, el estado civil, la politerapia versus la monoterapia y condiciones psicológicas del paciente como la importancia que estos dieron a su enfermedad. M.A. Rodríguez. Camagüey, Cuba. 2008.
- “Revisión de test de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica”, donde se indica que la combinación del test de Morisky-Green, un test de

4 preguntas para valorar el cumplimiento de la medicación de pacientes con HTA, y el test de Batalla, para medir el conocimiento del paciente sobre la enfermedad, arrojan resultados más cercanos a la realidad por su alta especificidad, alto valor predictivo y buena sensibilidad. M.A. Rodríguez. Cáceres, España. 2008.

PROBLEMA

Falta de adherencia de pacientes por ello se propone mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico mediante intervenciones como seguimiento farmacoterapéutico, charlas informativas y grupos de apoyo de pacientes.

OBJETIVOS

Objetivo General

Aumentar la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes con HTA que acuden a la Clínica Nanawa (Instituto de Previsión Social).

Objetivos Específicos:

- 1-Captar pacientes para la medición de la adherencia al tratamiento farmacológico utilizando el test Morisky – Green.
- 2-Realizar intervenciones con seguimiento farmacoterapéutico.
- 3-Realizar charlas informativas.

METODOLOGÍAS

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN Y EL DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO

	Fuerzas positivas	Fuerzas Negativas
	Fortalezas	Debilidades
Auditoría interna	Profesionales Médicos, Enfermeros, Farmacéuticos calificados.	No contamos con ambulancias para casos de extrema urgencia, dependemos únicamente en estos casos de la Clínica Nanawa
	Infraestructura con capacidad acorde a la población de la Clínica Nanawa	La Clínica Nanawa no incluye al Profesional Farmacéutico en la práctica de realizar un seguimiento al cumplimiento del tratamiento farmacoterapéutico.
	Farmacia de la Clínica Nanawa con amplio Stock acorde a la demanda mensual.	La Falta de un Sistema que facilite la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas para el personal de salud y los pacientes.
	Profesional de enfermería realizan un control ambulatorio en los pacientes con HTA para dar cumplimiento al tratamiento Farmacoterapéutico.	Poca cantidad de agentes comunitarios para la captación de pacientes en los censos realizados a la población.
	Laboratorio disponible las 24 horas.	Nula movilidad del personal médico en casos de urgencia para llegar a la asistencia de pacientes.

	Oportunidades	Amenazas
Auditoría externa	Reordenamiento de RR.HH en el servicio para explotar mejor las horas de guardia, esto afectará positivamente en los profesionales por que se simplificaría los trabajos de consultorio.	Como primera amenaza vemos los puntos de acceso a la Clínica, no se cuenta en el lugar con medios de transportes internos, esto dificulta la comodidad para los pacientes.
	Se puede trabajar conjuntamente con el Hospital Central y en elaboraciones de Proyecto Operativo Anual (POA) incluir a la Clínica Nanawa como eje primordial de una de las periferias en el uso de Ambulancias, Recursos de movilidad y personal para el mismo.	El nivel económico de los pacientes juegan un papel importante para con la adherencia al tratamiento, ya que el estilo de vida que lleva incide o repercute directamente en el tratamiento impuesto por el médico (alimentación, cuidados, fármacos que no llegan a retirar de los Servicios de Salud)

Dentro del plantel de RRHH de los Servicios de Salud de la Clínica Nanawa existen profesionales Farmacéuticos que pueden fortalecer los servicios de farmacia de la Clínica, así las enfermeras cumplen exclusivamente su rol de realizar el seguimiento al tratamiento impuesto por el médico al paciente.	Cambios climáticos constantes hacen que los pacientes muchas veces dejen de lado su tratamiento, por eso es indispensable los recursos para llevar a cabo una atención ambulatoria acorde a la comunidad.
Existen Programas de Enfermedades Cardiovasculares dentro de los Servicios de Salud con el cual se puede trabajar conjuntamente en la educación y concienciación del paciente como llevar un mejor tratamiento y estilo de vida saludable.	La ignorancia y falta de conocimientos de la población puede incidir negativamente en su salud, las enfermedades crónicas y los cuadros graves de otras enfermedades se pueden evitar, asistiendo a tiempo a las consultas y acceder a un tratamiento adecuado.
Existen recursos dentro de la administración central para fortalecer el stock de insumos (materiales educativos, insumos de papelería, instrumentales médicos, insumos de papelería) estos materiales son indispensables para la mejor atención de nuestros pacientes y es una oportunidad el cual se debe aprovechar ya que están disponible para su uso.	Las expansivas publicidades y aperturas de empresas que se dedican a la venta de comidas rápidas (Mc. Donald, Burger King, Don Vito, etc. Etc.) que contribuyen negativamente a una alimentación adecuada, situaciones con las que el personal de salud se encuentran constantemente incidiendo en el tratamiento del paciente.

¿Cuáles fueron las principales dificultades para realizar esta actividad? ¿Cómo las superaron?
Las principales dificultades fueron: el conocimiento a fondo de la situación actual desde el entorno de la organización (Clínica Nanawa), y los datos precisos sobre los RRHH.
Realizando algunas consultas con profesionales de la Clínica Nanawa se pudo disipar algunas dudas referentes a las actividades operacionales y entender el funcionamiento y organización de la misma.

ACTIVIDADES Y CRONOGRAMA

Matriz de Planificación

Actividad A	Responsable B	Período C	Recursos humanos D	Recursos económicos E	Recursos tecnológicos F
1. Captar pacientes para la medición de la adherencia al tratamiento farmacológico utilizando el test Morisky – Green.	Farmacéutico	14/03/2016 – 18/03/2016	Personal de Farmacia	Recursos propios de los rubros de pago a personal y útiles de oficina (papel y tinta)	Computadoras
2. Realizar intervenciones con seguimiento farmacoterapéutico, medición inicial de la adherencia al tratamiento farmacológico utilizando el test Morisky – Green.	Farmacéutico	14/03/2016 – 25/03/2016	Personal de Farmacia		Computadoras
3. Realizar charlas informativas.	Farmacéutico	14/03/2016 – 18/03/2016	Personal de Farmacia	Recursos propios de rubros para útiles de oficina (papel y tinta)	Computadoras
4. Medición final y Evaluación de la Adherencia al Tratamiento	Farmacéutico	14/03/2016 – 18/03/2016	Farmacéutico	Recursos propios de rubros para útiles de oficina (papel y tinta)	Computadoras

MONITOREO Y EVALUACIÓN

Tipo de indicador	Indicador	Definición	Fórmula	Meta o Estándar
Actividad 1: Pacientes captados para la medición de la adherencia	Pacientes captados	Pacientes con HTA que acceden a participar	Número de pacientes captados/ número propuesto para el estudio x 100	98%
Actividad 2: Intervenciones con seguimiento farmacoterapéutico	Intervención	Proceso que realiza un profesional sobre un individuo con dificultad	Número de intervenciones realizadas/ número de intervenciones propuesto x100	100%
Actividad 3: Charla informativa realizada	Charla informativa	Comunicación oral con datos educacional para pacientes	Número de charlas realizadas / número de charlas propuestas x 100	100%
Actividad 4 Medición y Evaluación de la Adherencia al Tratamiento	Adherencia al tratamiento	Cumplimiento de las indicaciones médicas sobre un tratamiento específico.	Número de Pacientes con buena adherencia/ Número de pacientes captados x 100	90%
Tiempo 1:	29 días	Recursos 1:	Personal Médico y de Farmacia, útiles de oficina y equipos informáticos.	
Tiempo 2:	45 días	Recursos 2:	Personal Médico y de Farmacia y equipos informáticos.	
Tiempo 3:	15 días	Recursos 3:	Personal Médico y de Farmacia, útiles de oficina y equipos informáticos.	
Tiempo 4:	5 días	Recursos 4:	Farmacéutico, útiles de oficina y equipos informáticos.	

RESULTADOS

EVALUACION INICAL

PREGUNTA	SI	NO	PUNTAJE
1 (25%)	10	10	12,5
2 (20%)	12	8	12
3 (15%)	7	13	9,75
4 (15%)	13	7	9,75
5 (15%)	12	8	6
6 (10%)	12	8	6
TOTAL			56%

EVALUACION FINAL

PREGUNTA	SI	NO	PUNTAJE
1 (25%)	0	20	25
2 (20%)	20	0	20
3 (15%)	0	20	15
4 (15%)	15	5	11,75
5 (15%)	2	18	13,75
6 (10%)	20	0	10
TOTAL			95,5%

Tipo de indicador	Indicador	Meta	Realizado	Fórmula	Logrado
Actividad 1: Pacientes captados para la medición de la adherencia	Pacientes captados	Captar 20 Pacientes	20 pacientes captados	Número de pacientes captados/número propuesto para el estudio x 100	100%
Actividad 2: Intervenciones con seguimiento farmacoterapéutico	Intervención	2 Intervenciones con un profesional farmacéutico	2 Intervenciones realizadas	Número de intervenciones realizadas/número de intervenciones propuesto x100	100%
Actividad 3: Charla informativa realizada	Charla informativa	2 Charlas informativas con pacientes con HTA	2 Charlas Informativas realizadas	Número de charlas realizadas / número de charlas propuestas x 100	100%
Actividad 4 Medición y Evaluación de la Adherencia al Tratamiento	Adherencia al tratamiento	90% de los pacientes captados presentan buena Adherencia al tratamiento	95,5% de los pacientes captados presentan buena Adherencia al tratamiento	Número de pacientes con buena Adherencia/ Número de pacientes captados x 100	95,5 %

CONCLUSIONES y LECCIONES APRENDIDAS

Se concluye que la intervención realizada por el profesional farmacéutico tuvo una excelente aceptación por parte de los pacientes, una participación activa de parte de los profesionales en la instrucción sobre la patología y la adherencia al tratamiento fue evidenciada en los resultados, los pacientes tuvieron una mejor adherencia al tratamiento, recordando las instrucciones y cuidando los detalles con respecto a su medicación.

Se cumplieron las metas establecidas por el grupo, captando la totalidad de los pacientes, y realizando las actividades de intervención propuestas, en cuanto al incremento de Adherencia al tratamiento pudimos evidenciar un aumento del 39,5% entre los valores iniciales y finales, consiguiendo así que el 95,5% de los pacientes captados a través de este proyecto, pudieran mejorar su tratamiento farmacológico, y que esperamos se pueda traducir en un mejoramiento en su calidad de vida.

Se logró promover trabajo en equipo y participación del farmacéutico dentro del equipo de Salud y se espera seguir trabajando en este tipo de actividades en los servicios.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Cramer JA. Effect of partial compliance on cardiovascular medication effectiveness. Heart 2002; 88:203-206.
- 2- Santana A., Castañeda R. Descontrol del paciente hipertenso e incumplimiento del tratamiento farmacológico. Rev Med IMSS 2001; 39(6):523-529
- 3- Sabaté E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Organización Mundial de la Salud/OMS, 2004; traducción de la Organización Panamericana de la Salud/OPS.

ANEXOS

Test de adherencia al tratamiento farmacológico (Combinación del test de Morisky-Green y el test de Batalla)

Nombre y Apellido del Paciente:

Edad:

Nº de teléfono:

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

5. ¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?

Si No

6. ¿Se puede controlar con dieta y medicación?

Si No

7. Cite 2 o más órganos que pueden dañarse por tener la presión arterial elevada.

Estudio de Adherencia al tratamiento de Pacientes con HTA Planilla de Captación de Pacientes

Nombre y Apellido:

Edad:

Sexo:

Estado Civil:

Ciudad donde Vive:

Tiempo de padecimiento de la enfermedad:

Nro de teléfono:

Medicamentos que consume:

Enfermedades que padece:

Profesión:

Médico tratante:

Firma del paciente:

(Consentimiento para participar del estudio)

IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE DESPARASITACIÓN EN PACIENTES DE LA COMUNIDAD INDÍGENA TOBA QOM DE CERRITO-CHACO PARAGUAY

RESUMEN

En Paraguay, en la zona rural, es un problema constante la parasitosis que es la población más vulnerable, ya que hay constante riesgo por la falta de acceso al agua potable, saneamiento básico, y educación. Si bien no es de forma continua los recursos, con una planificación estratégica habría mejor resultado y contando con un equipo multidisciplinario, que cuente con la participación de un farmacéutico que pueda gestionar los medicamentos para el tratamiento de desparasitación, implementar estrategias educativas, incluyendo medidas higiénico-dietética, uso racional del medicamento y una correcta administración y brindando un seguimiento farmacoterapéutico; logrando de esta manera la adherencia de la comunidad al tratamiento.

Para la implementación del programa la metodología utilizada ha sido la capacitación de la Unidad de Salud Familiar de la comunidad, de los promotores de salud y los mismos educadores, entrega de materiales educativos, provisión de la farmacoterapia con información y capacitación.

Los resultados más destacables incluye la aceptación por parte de la comunidad indígena hacia el programa debido a que solo el cacique de la comunidad puede aprobar el acceso a la comunidad de personas foráneas; la motivación de los promotores de salud al sentirse parte del trabajo; la oportunidad del equipo de farmacéuticos de trabajar en Atención Primaria en Salud con familias, colegas y profesionales afines.

Definitivamente el profesional farmacéutico enfocado en APS será aquel que esté dispuesto a servir, a enseñar, a aprender, a innovar, a investigar y a saber trabajar en equipo por el bien de la comunidad.

Palabras claves: parasitosis, farmacéutico, APS, educación.

SUMMARY

In Paraguay, in the rural zone, is a constant problem the parasitosis that is the most vulnerable population, since there is constant risk by the fault of access to the drinkable water, saneamiento basic, and education. Although it is not of continuous form the resources, with a strategic planning there would be better result and having a with a team multidisciplinario, that have the participation of a chemist that can manage the medicines for the treatment of desparasitación, implement educational strategies, including measured higienico-dietetica, rational use of txhe medicine and a correct administration and offering a follow-up farmacoterapéutico; Attaining of this way the adherencia of the community to the treatment.

For the implementation of the program the methodology used has been the qualification of the Unit of Familiar Health of the community, of the promoters of health and the same educators, delivery of educational materials, provision of the farmacoterapia with information and qualification.

The most remarkable results includes the acceptance by the native community to the program due to the fact that only the cacique of the community can approve the access to the community of people foráneas; the motivation of the promoters of health when feeling part of the work; the opportunity of the team of chemists to work in Primary attention in Health with families, colleagues and affine professionals.

Definitively the pharmaceutical professional focused in APS will be that that was had to serve, to teach, to learn, to innovar, to investigate and to know work in team for the sake of the community.

Key words: parasitosis, chemist, APS, education.

INTRODUCCION

Las enfermedades infecciosas desatendidas (EID) actualmente persisten en las comunidades más pobres y marginales del mundo y se caracterizan, entre otras cosas, porque a menudo no ocasionan la muerte de manera directa ni rápida.

En Paraguay, en la zona rural, es un problema constante la parasitosis que es la población más vulnerable, ya que hay constante riesgo por la falta de acceso al agua potable, saneamiento básico, y educación.

Los parásitos son los que viven a costa de otro ser vivo de distinta especie, alimentándose de forma temporal o permanente de la sustancias producidas o ingeridas por el pero sin llegar a matarlo.

Uno de los medicamentos de amplio espectro es el Albendazol que es un derivado Bencimidazol con actividad frente a un gran número de nematodos y cestodos de localización tisular e intestinal. Se adsorbe en el intestino y su absorción aumenta con comida grasas. Se une a la proteínas plasmáticas, 70% y tiene una semivida de 7 a 8 horas.

Es metabolizado en el hígado a albendazol sufoxido, que es activo, por la enzimas flavina-monooxigenasa y citocromo p450 y se excreta por la vía urinaria. Es el fármaco de elección para el tratamiento de la helmintiasis intestinal por *Áscari Lumbricoides*, *Trichuri trichuria*, *Enterobius vermicularis* *Strongyloides stercoralis*.

Reacción Adversa: Vómitos, diarrea, urticarias, cefaleas.

Dosis: Posee una buena actividad frente a nematodos su eficacia es casi 100% , como el *Áscari lumbricoides* (dosis única de 400 mg) y *Enterobius vermicularis* (300 mg, dos veces por día durante 3 días).

Actualmente la etnia TOBA QOM posee una población total de 1861 habitantes, distribuidos en 893 mujeres y 968 varones.

Están distribuidos en tres comunidades: Cerrito, Rio Verde, Rosarino.

Las mujeres dedicadas a la artesanía, los varones a la caza, pesca y actividades como jornaleros; son comunidades nómadas, la mayoría de las familias no cuentan aún con servicios básicos por lo que patologías tales como la parasitosis son prevalentes en ellas.

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a elevar la calidad de vida de la comunidad indígena Toba Qom por medio de la disminución de casos de Parasitosis.

OBJETIVO ESPECIFICOS

Desarrollar un programa de desparasitación en la comunidad indígena Toba Qom. Implementación de estrategias educativas sobre la utilización correcta de antiparasitarios.

Concienciar a la comunidad indígena sobre los hábitos higiénicos.

METODOLOGIA

Para la realización del trabajo final de integración se determinó realizar una capacitación considerando como tema educativo la desparasitación en los escolares de la zona de CERRITO el cual conto con la ayuda de profesores, los promotores de salud y los farmacéuticos que participaron del curso.

El mismo se desarrolló en 3 sesiones donde se presentó y se explicó del proyecto a los escolares, para luego proceder a la dispensación de los antiparasitarios en base a datos dados por la coordinadora del proyecto.

Matriz FODA

	Fuerzas positivas	Fuerzas Negativas
	Fortalezas	Debilidades
Auditoría interna	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contamos con un equipo de APS dentro de la comunidad 2. Promotores de salud que pertenecen a la comunidad indígena 3. Capacitación continua al personal de salud. 4. El buen relacionamiento con el paciente, familia y comunidad. 5. Disponibilidad de los insumos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. No cuenta con SF en la comunidad para un mejor seguimiento del tratamiento 2. Falta de seguimiento del tratamiento de la desparasitación, por parte del servicio farmacéutico. 3. Falta de disponibilidad de transporte. 4. No hay rubros para contratar recursos humanos

	Oportunidades	Amenazas
Auditoría externa	<ol style="list-style-type: none"> 1. La buena predisposición de las autoridades sanitarias 2. Apoyo de la educación escolar por parte del Ministerio de Educación y Cultura 3. Buena predisposición del Consejo Local de Salud de la Municipalidad de Benjamín Aceval. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de agua potable 2. No cuenta con letrinas sanitarias. 3. La dispersión geográfica muchas veces no permite llegar a todas las familias indígenas con las respectivas informaciones.

PLAN DE ACTIVIDADES

Actividad A	Responsable B	Período C	Recursos humanos D	Recursos económicos E	Recursos tecnológicos F
Coordinar con el equipo de salud de APS que trabaja en la zona de cerrito-chaco , para mejorar los servicios farmacéuticos en la Comunidad	Q.F Josefina Ferreira	M1 SEMANA1-	Médicos Lic. Enfermería, Promotores de Salud.	Apoyo Logístico proveído por el ministerio de salud	Computadora, Celulares, cámara fotográfica.
Coordinar con los Farmacéuticos de la región sanitaria para el desarrollo de la actividad en la comunidad indígena.	Q.F Mónica Paniagua Q.F Serafina arguello	M1 SEMANA2	Farmacéuticos de la región sanitaria	Autogestión. Viáticos. Insumos de oficina. Combustible	Computadora Celulares.

Capacitar a los Promotores de Salud para proseguir en el proceso de estrategias educativas sobre la correcta utilización de antiparasitarios	QF: Alberto Ortiz Q.F Natalia Morinigo	M1 SEMANA3	Promotores de salud de la comunidad cerrito	Folletos. Dípticos. Sacar fotos Materiales proveídos por Ministerio de Salud	Computadora. Cámara fotográfica
Implementación del programa de desparasitación	Q. F Serafina Arguello	M1 SEMANA4	Comunidad indígena: escolares de la comunidad.	Autogestión: vehículo, combustible, viatico. Materiales proveídos por Ministerio de Salud. Apoyo logístico de las Autoridades departamentales y Distritales.	Computadora, Celulares, Cámara fotográfica

INDICADORES

Tipo de indicador	Indicador	Definición	Fórmula	Meta o Estándar
Actividad 1	Cantidad de funcionarios de USF (unidad de salud familiar) capacitados.	Es aquella cantidad de funcionarios capacitados con relación a la cantidad total de funcionarios de la comunidad cerrito-chaco	$\% \text{ personal USF capacitado} = \frac{\text{cant. de funcionarios capacitados}}{\text{total funcionarios de USF de la comunidad cerrito-chaco}}$	80%.
Actividad 2	Cantidad de farmacéuticos de la región entrenados para la actividad.	Aquella cantidad de farmacéuticos entrenados con relación a la cantidad total de farmacéuticos de la región.	$\% \text{ de farmacéuticos entrenados} = \frac{\text{cantidad de farmacéuticos entrenados}}{\text{total de farmacéuticos}}$	80 %.
Actividad 3	Promotores de salud capacitados	Aquella cantidad de promotores de salud capacitados con relación a la cantidad total de promotores de salud de la comunidad.	$\% \text{ de promotores de salud capacitados} = \frac{\text{cantidad de promotores de salud capacitados}}{\text{total de promotores de salud}}$	80 %.
Actividad 4	Implementación del programa de desparasitación.	Cantidad de niños abarcados en el tiempo de implementación con respecto del total de niños de la comunidad.	$\% \text{ logrado con implementación del programa} = \frac{\text{n}^{\circ} \text{ de niños que reciben tratamiento}}{\text{total de niños de la comunidad}}$	70 %.
Tiempo 1	M1 Semana 1	Días de la semana utilizados para la capacitación con relación del total de días de la semana.	$\text{Días de capacitación} = \frac{\text{días de la semana utilizados}}{\text{total de días de la semana}}$	70 %.

Tipo de indicador	Indicador	Definición	Fórmula	Meta o Estándar
Tiempo 2	M1 Semana 2	Días de la semana utilizados para la información a los farmacéuticos de la región con relación al total de días de la semana	$\text{Días de información} = \frac{\text{días de la semana utilizados}}{\text{total de días de la semana}}$	70 %.
Tiempo 3	M1 Semana 3	Días de la semana utilizados para la capacitación con relación del total de días de la semana.	$\text{Días de capacitación} = \frac{\text{días de la semana utilizados}}{\text{total de días de la semana}}$	70 %.
Tiempo 4	M1 Semana 4	Días de la semana utilizados para la implementación del programa respecto del total de días de la semana.	$\text{Días de implementación} = \frac{\text{días de la semana utilizados}}{\text{total de días de la semana}}$	Mínimo 70 %.
Recursos Económicos actividad 1	Recursos proveídos por el M.S.P y B.S a través de la XV región sanitaria.	Relación entre los recursos proveídos respecto del total de recursos solicitados.	$\% \text{ de apoyo recibido} = \frac{\text{recursos recibidos}}{\text{total de recursos solicitados}}$	60% de Ayuda para que sea sostenible el proyecto
Recurso económicos actividad 2	Recursos obtenidos mediante autogestión.	Relación entre los recursos obtenidos respecto de los recursos requeridos.	$\% \text{ de apoyo recibido} = \frac{\text{recursos recibidos}}{\text{total de recursos solicitados}}$	80 %.
Recursos económicos actividad 3	Recursos obtenidos mediante autogestión y aquellos materiales proveídos por la región sanitaria.	Relación entre los recursos obtenidos respecto de los recursos requeridos.	$\% \text{ de apoyo recibido} = \frac{\text{recursos recibidos}}{\text{total de recursos solicitados}}$	80 %.
Recursos económicos actividad 4	Recursos obtenidos mediante autogestión y aquellos materiales proveídos por la región sanitaria.	Relación entre los recursos obtenidos respecto de los recursos requeridos.	$\% \text{ de apoyo recibido} = \frac{\text{recursos recibidos}}{\text{total de recursos solicitados}}$	90 %.

RESULTADOS

Se ha logrado desarrollar el programa de desparasitación en la comunidad indígena de Cerrito Chaco para lo cual la XV Región Sanitaria ha proveído la medicación, los insumos (guantes, jabón, seca manos), recursos humanos (Licenciadas en enfermería, médico, Químico Farmacéutico).

En cuanto a la educación sobre la correcta utilización del tratamiento antiparasitario y la concienciación sobre las medidas higiénico-dietéticas se han ejecutado charlas sobre uso racional de medicamentos y correcto lavado de manos; actividades llevadas a cabo por el equipo de Farmacéuticos responsables del trabajo.

Logros:

- Con la comunidad

Los mismos se sintieron acompañados y se traduce por la aceptación a la actividad que era la educación a los niños. Porque normalmente eso solo se puede realizar con la autorización del cacique.

- Promotores de salud

Se sintieron útiles por participar en esta actividad de educación para los niños de la escuela.

- Los farmacéuticos

A través de este proyecto logramos mejorar nuestros conocimientos sobre APS considerando no solo al paciente, sino también la familia y la comunidad, y más en este caso por el hecho de que los indígenas constituyen un grupo muy vulnerable dadas las condiciones en la cuales ellos viven, y a través de esta actividad logramos también acercarnos y darles atención a la salud de los escolares de la zona de Cerrito. Y lograr unir conocimientos con otros colegas por un objetivo común que es la salud de los pacientes.

CONCLUSIÓN

La implementación del programa ha tenido impacto directo sobre la comunidad trabajada (niños, promotores de salud, educadores, familias); USF (unidad de salud familiar: medico, licenciadas y auxiliares) instalada en la comunidad.

Ha permitido visualizar y experimentar la ayuda que el Farmacéutico entrenado en APS puede brindar dentro del equipo multidisciplinario de salud.

Para lograr el fin propuesto con la implementación del programa cual es elevar la calidad de vida de las familias de la comunidad; además de todas las actividades desarrolladas es necesario darle seguimiento a las demás actividades planificadas en el presente programa.

Enseñanzas tales como servicio, trabajo en equipo, profesorado, estudio continuo, actualizaciones, compañerismo y otros son algunas de las tantas capacidades requeridas y adquiridas durante el proceso de elaboración del trabajo de los farmacéuticos entrenados en APS.

BIBLIOGRAFÍA

ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS A LARGO PLAZO. Pruebas para la acción

© Organización Mundial de la Salud 2003

© Organización Panamericana de la Salud 2004

SERVICIOS FARMACÉUTICOS BASADOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. Documentos de Posición de la OPS/OMS

Proyecto de Medicamentos y tecnologías sanitarias (Mt)

Área de sistemas de salud basados en la atención Primaria de salud (Hss)

SERVICIOS FARMACÉUTICOS BASADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS)

Versión modificada- Spadafora

Agosto de 2015

MEDICAMENTOS+ESENCIALES: VENTAJAS DE TRABAJAR CON ESTE CONTEXTO

Adaptación de: Wannmacher L. Medicamentos essenciais: vantagens de trabalhar com este contexto.

In: OPAS. Uso Racional de Medicamentos:

Temas Seleccionados. Volume 3, Número 2. Brasília: OPAS; Janeiro de 2006.

PROCESOS DE APOYO DEL SERVICIO FARMACÉUTICO (Resumen tomado del Texto: "Gerencia y Administración de Sistemas de Suministro de Medicamentos Esenciales" Cooperativa de Hospitales de Antioquia. Cuarta edición. Medellín- Colombia, 2005)

BUENAS PRÁCTICAS FARMACÉUTICAS.

Directrices conjuntas FIP/OMS sobre buenas prácticas en farmacia: estándares para la calidad de los servicios farmacéuticos

La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas

Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)

Versión original en inglés (2007) con el título: Renewing Primary Health Care in the Americas, 2007 Edition

ANEXO

- (1 al 4) Jornada de capacitación a funcionarios de USF (unidad de salud familiar).
(5 al 12) Charla educativa e implementación del programa de deparasitación.
(13 al 17) Jornada educativa con promotores de salud, profesores y escolares.



1



2



3



4



5



6



7



8



9



10



11



12



13



14



15



16



17

URUGUAY

USO DE OMEPRAZOL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Paola Peluss, Silvana Ravía, Cecilia González, Ximena Hopper

Tutora: Q.F. Ana Senatore.

CONCILIACION FARMACEUTICA EN PACIENTES CON FIBROSIS QUISTICA

Anna Boronat, Verónica Bruné, Karina Castro, Carolina Ciurkinas, Ivette Olano

Tutora: Q.F. Ana Senatore.

USO DE OMEPRAZOL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Resumen

El uso de omeprazol en la Red de Atención primaria de Florida genera preocupación debido a que es el segundo medicamento más prescrito con una demanda que supera ampliamente la oferta, debido entre otras causas a que el tratamiento crónico es habitual. En la institución se están llevando a cabo medidas para solucionar esta problemática y este trabajo pretende contribuir a este proceso de cambio, desarrollando acciones para promover el uso racional del omeprazol y lograr equidad en el acceso. Se determinan las actividades a realizar a través de un diagnóstico del uso actual del omeprazol utilizando los datos de dispensación y encuestas a médicos y pacientes y del desarrollo de una Matriz FODA. Para medir el grado de cumplimiento de las mismas se definen indicadores.

Se genera una guía de uso del omeprazol en base a la discusión del equipo de salud de la información que surge de la búsqueda bibliográfica realizada. A su vez un equipo multidisciplinario realiza un folleto con información para los pacientes.

Este trabajo fortalece el trabajo en conjunto de todo el equipo de salud, genera interés por parte de médicos y pacientes en el uso racional de omeprazol; lo cual brinda la oportunidad de seguir trabajando sobre el uso racional de los medicamentos en general.

Summary

The use of omeprazole in Primary Care Network of Florida raises concerns because it is the second most prescribed drug with demand outstripped supply, among other reasons due to chronic treatment is common. In the institution they are taking steps to solve this problem and this work aims to contribute to this process of change, developing actions to promote rational use of omeprazole and achieve equitable access. Activities to be undertaken through a diagnosis of the current use of omeprazole using data and surveys dispensing doctors and patients and the development of a FODA matrix are determined. To measure the degree of compliance of these indicators are defined.

A user guide of omeprazole based on the discussion of the health team the information that emerges from the literature search is generated. In turn a multidisciplinary team performs a brochure with information for patients.

This work strengthens the joint work of all the health team, generates interest from doctors and patients on the rational use of omeprazole; which provides the opportunity to continue working on the rational use of medicines in general.

Introducción

Este proyecto surge de la preocupación por el uso de Omeprazol en la Red de Atención Primaria (RAP) de Florida.

El Omeprazol es el segundo medicamento más prescrito en la RAP de Florida, por lo que es importante verificar si la prescripción se está realizando de forma racional. Por esta razón se analizará el uso que se está haciendo del mismo.

Esta medicación de uso gastroenterológico presenta efectos adversos secundarios que pueden llevar a que el paciente tenga que realizar nuevas consultas médicas.

Para que el uso del medicamento sea correcto, es fundamental que se le informe al paciente la forma en que se debe administrar, las posibles interacciones tanto con alimentos, hierbas, otros medicamentos; la importancia de la adherencia al tratamiento (dosis, posología y duración del tratamiento); así como también otros hábitos que deberían acompañar al mismo como dieta o abandono del hábito de fumar. El uso indiscriminado además del posible impacto negativo en la salud de los pacientes para los cuales no estaría indicado también tiene un impacto económico para la institución, ya que su costo asociado es significativo. Esto provoca faltante del medicamento en las policlínicas contribuyendo a la falta de equidad, al no poder dispensar el mismo a pacientes que si requieren tratamiento con dicho fármaco.

Actualmente el médico de Atención Primaria (AP) dispone de un amplio arsenal terapéutico para dar respuesta a un gran número de situaciones clínicas, pero el envejecimiento de la población, junto a la pluripatología que ello conlleva, hace que sea necesario administrar cada vez más fármacos por paciente, con el riesgo de originar interacciones medicamentosas (IM)¹ (influencia recíproca entre dos o más medicamentos administrados simultáneamente, cuyo efecto puede ser un incremento o un decremento en la acción de cada fármaco)², la mayoría de escasa relevancia clínica. Sin embargo, algunas son importantes y deben ser conocidas por el médico de AP. Son muchos los casos en los que la polimedicación (según la OMS es la administración de muchos fármacos a la vez¹¹) está justificada, pero en numerosos estudios el aumento del número de medicamentos prescritos condiciona un mayor número de interacciones fármaco-fármaco⁴.

En ocasiones, cuando la interacción origina clínica, puede confundirse con una nueva enfermedad y administramos más fármacos, con lo que aumentamos la probabilidad de que aparezcan nuevas IM. Se calcula que hasta un 6% de los acontecimientos mortales de los pacientes que ingresan en un hospital son debidos a IM potencialmente peligrosas⁵.

La probabilidad de que un paciente sufra IM o reacciones adversas aumenta exponencialmente con el número de fármacos que recibe, de manera que los pacientes que toman entre 2 y 5 fármacos tienen un 20% de posibilidades de presentar interacciones y aquellos que reciben más de 6, un 80%¹.

Las publicaciones sobre IM en el ámbito de la AP son escasas, a pesar de ser el lugar donde se prescriben el 85% de los fármacos; sin embargo, el impacto sobre la salud de dichos pacientes puede ser importante, motivo por el cual es interesante la realización de estudios con el objetivo de describir las IM entre fármacos prescritos para patologías crónicas, así mismo describir las que ocasionan los fármacos prescritos para patologías agudas y que el paciente toma simultáneamente con la medicación crónica¹.

Se han realizado estudios en donde se evalúan las IM más encontradas a nivel de atención primaria. Entre los fármacos más prescritos se encuentran los inhibidores de la bomba de protones (78,2%) y ansiolíticos-hipnóticos (50%), seguidos de analgésicos.

cos (40%) y antiagregantes plaquetarios (39,4%)^{1,2}.

Los fármacos más frecuentemente implicados en las interacciones han sido los diuréticos, seguidos de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), en un tercer lugar los inhibidores de la bomba de protones, junto con los inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina y en un cuarto lugar el acenocumarol, Tabla 1.

TABLA 1 Clasificación y relevancia clínica de interacciones medicamentosas más frecuentes			
Clasificación-interacción	Interacciones encontradas (%)	Fármacos implicados	Consideraciones
1	0	-	-
2	1,36%	Metotrexato-AINE	Aumento de toxicidad de metotrexato a altas dosis Menor toxicidad con metotrexato semanal
3	8,22%	Acenocumarol-omeprazol	Hipoprotrombinemia
	9,59%	AINE-diuréticos	Disminuye el riesgo hipotensor. Riesgo en ancianos e insuficiencia renal
	1,36%	AAS-verapamilo	Potencia efecto antiagregante. Sólo casos aislados
	5,48%	Digital-IBP	Aumento de concentraciones séricas de digoxina
	1,36%	Digital-verapamilo	Aumenta el efecto de digoxina, es preciso reducir dosis
	2,73%	Digital-diuréticos	Toxicidad por hipopotasemia. Precisa monitorización
	1,36%	Captopril-diuréticos de asa	Riesgo de hipotensión severa
	4-5	68,49%	Alopurinol-captopril
		Diuréticos-bloqueadores beta	Elevación de glucemia y triglicéridos. Evitar en diabetes mellitus e HTA
		Diuréticos-AAS	Interacción importante, sólo descrita de forma teórica
		IECA-insulina	Hipoglucemia. Sólo carácter teórico. Descrito con captopril y enalapril
		IECA-antidiabéticos orales	Hipoglucemia. Sólo carácter teórico. Descrito con captopril y enalapril
		Digital-captopril	Acumulación de digoxina. Sólo casos aislados

AAS: ácido acetilsalicílico; AINE: antiinflamatorios no esteroideos; HTA: hipertensión arterial; IBP: inhibidores de la bomba de protones; IECA: inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina.

En otros estudios realizados en España se confirmó la elevada hiperprescripción de los inhibidores de bomba de protones como gastroprotectores, muchas veces sin una indicación que lo justifique (63,6%). Ante esta situación y las diferencias encontradas entre Atención Primaria y Especializada es que surge en estos trabajos la necesidad de creación de protocolos de actuación conjuntos para intentar mejorar la adecuación de la prescripción de estos fármacos⁶.

Si bien, no hay una relación directa entre la polimedicación y la toxicidad gastrointestinal, hay que tenerlo en cuenta porque su riesgo aumenta con el número de fármacos ingeridos, especialmente si se asocian fármacos gastrolesivos (como AINEs, corticoides, antiinflamatorios inhibidores selectivos de COX-2, analgésicos no AINE, antidepresivos inhibidores de la recaptación selectiva de la serotonina, antiagregantes, anticoagulantes) o potenciales de gastrolesividad. Es por esto que frecuentemente los pacientes polimedcados reciben omeprazol para aliviar molestias gastrointestinales. Este uso en muchos casos es inadecuado, especialmente cuando se prescriben sin cumplir con criterios de indicación (no teniendo en cuenta si realmente está indicado y es necesario)³.

El omeprazol es profármaco que bloquea la bomba de protones (enzima ATPasa de K^+/H^+) de forma irreversible, la cual interviene en la formación de HCl en respuesta a un estímulo de la secreción ácida⁷. El omeprazol es inactivo, pero en medio ácido al

pasar a la forma activa sulfenamida reacciona formando una unión covalente con la bomba de protones, inhibiéndola de forma irreversible⁸. Este tipo de unión provoca que el efecto sea prolongado a pesar de su corta semivida de eliminación (60 minutos). El omeprazol se elimina rápida y casi completamente por metabolismo a través del citocromo P450⁹.

Las IM que presenta el omeprazol se deben fundamentalmente a⁸:

- La inducción o inhibición del citocromo P450, por ejemplo:
 - o Diazepam: por inhibición de CYP2C19 aumenta su semivida de eliminación.
 - o Carbamazepina: por inhibición competitiva del metabolismo aumenta su semivida de eliminación.
 - o Clozapina: por inducción de CYP1A2 disminuye su semivida de eliminación.
 - o Clopidogrel: compite por la metabolización.
 - o Tracolimus: compite por la metabolización.
- La inhibición de la glucoproteína P, por ejemplo:
 - o Digoxina: aumenta la absorción por inhibición de la gp-P.
- La inhibición de la absorción oral por aumento de pH gástrico, por ejemplo:
 - o Suplementos de Hierro: disminuye la absorción por el aumento de pH.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que aunque en general el omeprazol es un fármaco bien tolerado y con eventos adversos leves y reversibles como cefaleas, náuseas, dolor abdominal, estreñimiento, flatulencia y diarrea. Recientemente se han notificado reacciones adversas potencialmente graves, pero poco frecuentes, generalmente asociadas al consumo por largos períodos de tiempo³:

- Riesgo de fractura: puede alterar la absorción de calcio y a largo plazo puede aumentar la pérdida de masa ósea y el riesgo de fractura.
- Nefritis intersticial aguda
- Infecciones: al inhibir la secreción ácida produce una alteración de la flora bacteriana intestinal y como consecuencia, puede aumentar el riesgo de infecciones entéricas.
- Déficit de vitamina B12 y hierro: por disminución de la absorción de vitamina B12 y hierro con el tratamiento prolongado a largo plazo de omeprazol.
- Cáncer: la disminución de la secreción ácida provoca como respuesta fisiológica una ligera hipergastrinemia, lo que podría asociarse al desarrollo de cáncer gástrico.
- Hipomagnesemia: en pacientes con tratamientos prolongados.

Se aconseja que el tratamiento con omeprazol dure entre 4-8 semanas, los tratamientos prolongados no son recomendados ya que aumentan el riesgo de reacciones adversas potencialmente graves¹².

Cada vez es más la necesidad evaluar cualitativamente la calidad de la prescripción mediante estudios de prescripción-indicación e indicación-prescripción. Para esto debería considerarse la normativa de la American Society of Hospital Pharmacist sobre el papel del farmacéutico en la evaluación¹⁰ en la que sugiere que las evaluaciones deben ser predominantemente cualitativas, enfocadas hacia la racionalidad del uso del medicamento y aporta siete razones por las que deben seleccionarse los fármacos para evaluar:

- Reacciones adversas o interacciones, conocidas o sospechadas, con otros fármacos y/o alimentos,

- Utilización en el tratamiento de enfermos que puedan tener un alto riesgo de reacciones adversas a medicamentos,
- Fármacos prescritos con frecuencia o caros,
- Sustancias potencialmente tóxicas o que causen molestias a las dosis terapéuticas usuales,
- Medicamentos más eficaces cuando se utilizan de una forma específica,
- Medicamentos que han de ser evaluados para su posible inclusión, adición o permanencia en el Formulario de medicamentos, y
- Fármacos seleccionados mediante un método protocolizado, para su evaluación.

Como puede observarse, en este proyecto se está considerando uno de los puntos anteriormente mencionados.

La demanda de omeprazol es ampliamente mayor a la oferta disponible (stock de un mes se agota en 15 días), debido entre otras causas a que el tratamiento crónico es habitual cosa que hasta el momento es permitido por el sistema. En virtud de solucionar este problema se están tomando las siguientes medidas: restricción para su prescripción de acuerdo a los criterios de uso racional y posible incorporación de alternativa terapéutica.

Para fortalecer estas medidas se debe trabajar en conjunto con todos los integrantes del equipo de salud y usuarios, desarrollando acciones con dicho equipo para que el uso de omeprazol sea racional y de esta forma se logre equidad en cuanto al acceso. Por otro lado, empoderar a los pacientes para minimizar las interacciones, reacciones adversas y evitar la presión para la cronificación de los tratamientos.

Las causas posibles que hemos identificado para el problema descrito son:

- Falta de internalización de los protocolos o guías clínicas ya existentes sobre uso racional de omeprazol e incorporación al equipo médico.
- Falta de información de los pacientes acerca de las potenciales interacciones y también sobre los perjuicios de los tratamientos prolongados, lo cual provoca que sigan solicitando la repetición de la medicación.
- Deficiente revisión de las potenciales interacciones y de la duración del tratamiento al momento de prescribir o repetir la medicación.

Análisis de los involucrados:

Actor	Interés en el problema	Posibles contribuciones al proyecto
Servicio de Farmacia	Asegurar stock mensual suficiente y propiciar el uso racional	Favorecer entre los usuarios el empoderamiento de la información sobre uso racional Trabajo en conjunto con el equipo de salud para el uso racional
Médicos	Prescripción del medicamento	Prescripción racional
Pacientes	Disponibilidad y accesibilidad al medicamento	Difusión sobre el problema en el uso no racional del omeprazol y las adecuadas prácticas en su administración
Dirección del Centro de Salud	Disminuir el costo asociado a la compra mensual en pesos para la institución Apoyar acciones que favorezcan la salud de los usuarios	Evaluación del costo efectivo para asegurar la demanda según la oferta Apoyo real en las actividades que se planteen

Por lo tanto con este trabajo se pretende contribuir al cambio en el perfil de uso de omeprazol, evaluando la prescripción de omeprazol, crear una guía de prescripción y un folleto de información para los pacientes.

Objetivos

Objetivo General:

Contribuir al proceso de cambio en la utilización de Omeprazol que se está llevando a cabo en la institución de acuerdo a un uso racional.

Objetivos Específicos:

- Internalizar y difundir protocolos y/o guías clínicas nacionales o internacionales sobre el uso racional de omeprazol en el equipo médico.
- Educar a la comunidad sobre el uso adecuado del omeprazol.

Metodología

En este proyecto se pretende contribuir al proceso de cambio en la utilización del Omeprazol que se está llevando a cabo en la RAP - Florida.

Para la planificación del proyecto se elaboran:

- Matriz FODA (Ver Anexo 1)
- Plan de actividades (Ver Anexo 2)
- Matriz de indicadores (Ver Anexo 3)

Además se realiza la evaluación del perfil de uso actual de Omeprazol mediante:

- Los datos de dispensación del sistema informático entre el 1 de setiembre y el 31 de diciembre de 2015 (ver anexo 4).
- Encuesta a médicos del Centro Asistencial Sarandí Grande (ver anexo 5).
- Encuesta a pacientes que dejaron sus datos al realizar retiro de Omeprazol del Centro Asistencial Sarandí Grande (ver anexo 6).

Por otro lado, se realiza búsqueda bibliográfica de guías clínicas nacionales e internacionales. Las cuáles son discutidas con el equipo médico para realizar una guía propia para ser utilizada en la institución de forma escalonada, comenzando con el Centro Auxiliar Sarandí Grande.

Esto fue posible gracias al interés y predisposición del personal tanto del servicio farmacéutico como del cuerpo médico en trabajar en este tema. Por otro lado, plantea el desafío del trabajo en equipo multidisciplinario con poco personal disponible.

Con la información recabada en la búsqueda bibliográfica se realiza un folleto para contribuir con la educación de la comunidad en el correcto uso del Omeprazol. Esto fue realizado por un equipo multidisciplinario integrado por químicas farmacéuticas, médicos, asistente social, licenciadas y personal administrativo.

Resultados

Los resultados del presente trabajo se presentan en la siguiente tabla:

Tipo de indicador	Indicador	Meta o Estándar	Resultado
Actividad 1	Búsqueda de guías y/o protocolos de uso de omeprazol.	Búsqueda realizada	Búsqueda realizada
Actividad 2	Porcentaje de Reuniones realizadas	80%	100% ¹
Actividad 3	Guía Realizada	Guía realizada	Guía realizada ²
	Porcentaje de médicos a los que se les entrega la guía	80%	Aún no se entregó

Actividad 4	Folleto para paciente realizado	Folleto realizado	Folleto realizado ³
Actividad 5	Folleto entregado a los pacientes	100 %	30 % en tres días de entrega. (Se sigue la entrega hasta terminar la totalidad de los folletos)
Tiempo 1	Realización de la actividad en tiempo	Búsqueda realizada en la fecha prevista	Se realizó en el tiempo previsto
Tiempo 2	Realización de la actividad en tiempo	Cumplimiento de las reuniones en el período de tiempo establecido	Cumplimiento de las reuniones en el período de tiempo establecido
Tiempo 3	Realización de la actividad en tiempo	Creación de la guía en el tiempo establecido	Creación de la guía a tiempo
Tiempo 4	Realización de la actividad en tiempo	Creación del folleto en la fecha prevista	Creación del folleto en la fecha prevista.
Tiempo 5	Realización de la actividad en tiempo	Entrega de folletos en el período de tiempo establecido	Se están entregando.
Recurso 1	Contar con sistema informático y conexión a Internet	Búsqueda bibliográfica realizada a tiempo.	Búsqueda bibliográfica realizada a tiempo.
Recurso 2	N/A	N/A	N/A
Recurso 3	Contar con sistema informático y conexión a Internet	Guía realizada a tiempo	Guía realizada a tiempo
Recurso 4	Contar con sistema informático y conexión a Internet. Contar con los recursos económicos necesarios	Folleto realizado a tiempo.	Folleto realizado a tiempo.
Recurso 5	N/A	N/A	N/A

¹ Se realizaron 3 reuniones, de la última de las cuales se adjunta el acta correspondiente (Ver Anexo 7).

² Ver Anexo 8.

³ Ver Anexo 9.

⁴ Ver Anexo 10.

Se ha logrado alcanzar el objetivo general propuesto de contribuir al proceso de cambio que se está llevando a cabo en la institución, mediante la concreción de los objetivos específicos: elaboración de una guía de uso de omeprazol y del folleto de información para los pacientes.

Con la realización de este proyecto se logró captar el interés de los médicos y demás integrantes del equipo de salud así como también en los usuarios del Servicio de Farmacia. Estos últimos se acercan al Servicio de Farmacia para interesarse más en el tema.

Hasta este momento no se ha entregado la guía al cuerpo médico pero se ha observado un cambio en el uso, dirigiéndose hacia un uso racional.

Conclusiones

Durante la ejecución de este proyecto se logró trabajar conformando un equipo multi-

disciplinario, donde el servicio farmacéutico se pudo integrar al equipo de salud para contribuir en un proceso de cambio que se había propuesto la institución.

A través de la generación de la guía de uso de omeprazol, se logra captar el interés del cuerpo médico en realizar un uso racional de este medicamento. Lo cual brinda la posibilidad de seguir trabajando sobre el uso racional de medicamentos en general. Por otro lado, con la entrega del folleto a los pacientes, se observa una muy buena recepción del mismo. Logrando generar interés en los pacientes que retiran esta medicación. Esto es una puerta de entrada para seguir empoderando a los pacientes en el uso racional de los medicamentos. También demuestra al equipo de salud, que los pacientes están ávidos de recibir información acerca de sus tratamientos.

El uso racional de omeprazol, tendrá un impacto positivo tanto en la salud de los pacientes que lo reciben así como en la equidad del servicio, ya que es de esperar que solo se les prescriba el medicamento a aquellos usuarios que lo requieran.

Bibliografía

1. Marín Lluch P *et al.* Interacciones medicamentosas en la práctica asistencial de un equipo de Atención Primaria, *Semergen*, 2007; 33(4): 167-170.
2. De Cos MA. Interacciones de fármacos y sus implicaciones clínicas. En: Flórez J, Armijo JA, Mediavilla A, editores. *Farmacología Humana*. 4.a ed. Barcelona: Masson; 2003. p. 175-176.
3. Larrañaga, B. Uso correcto de los inhibidores de la bomba de protones como fármacos gastroprotectores. *Medicamentos*. Enero – febrero 2013: 51-56.
4. CanudaCanadell C., RicartMuns S, SayósFreixer G, Encarna Zapata Romero E, y Albert Figueras, *Aten Primaria*. 2008; 40(11): 581-587.
5. Morales FC, Estañ L. Interacciones farmacológicas de los fármacos antihipertensivos. *Medicina Clínica (Barc)*. 2005; 124: 782-789.
6. Burgos Lunar C *et al.* Estudio de Prescripción-indicación de inhibidores de la bomba de protones, *RevClin Esp*. 2006; 206(6): 266-270.
7. Alsasua Del Valle, A., *Fármacos antiulcerosos*, *Actualidad en Farmacología y Terapéutica*. 2012; 10 (3):180-193.
8. Li, W., Zeng, S., Yu, L., Zhou, Q., *Pharmokinteic drug interaction profile of omeprazol with adverse consequence and clinical risk management*. *Therapeutics and ClinicalRisk Management*. 2013; 9: 259-271.
9. Molero Gómez R, López Arranz C, Mangues Bafalluy I, Socias Manzano M, Piñeiro Corrales G, *Utilización terapéutica del omeprazol*. *FarmHosp* 1997; 21(5): 243-256.
10. Norris CM, McManus PV, Petty D, Kay A. *A drug usage review of omeprazole* 1992; *J Clin Pharm Ther* 1993; 17: 369-372.
11. WHO Centre for Health Development Ageing and Health Technical Report, *A glossary of terms for community health care and services for older persons*, Volume 5, 2004. Prilosec, Prescribing Information FDA disponible en http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2014/022056s0171bl019810s1011bl.pdf

Anexo 1 - Matriz FODA

	Fuerzas positivas	Fuerzas Negativas
	Fortalezas	Debilidades
Auditoría interna	1. Interés y predisposición del personal de SF a trabajar en la temática 2. Interés del cuerpo médico para realizar los cambios propuestos	1. Poco trabajo en conjunto del equipo de salud en lo referido al uso racional de medicamentos 2. Insuficiente recursos humanos en el SF 3. Falta de políticas institucionales respecto a la temática planteada
	Oportunidades	Amenazas
Auditoría externa	1. Formación de los QF, por parte de la academia, para el desarrollo e implementación de sistemas gestión y mejora continua 2. Necesidad de informarse sobre las buenas prácticas de uso y administración del omeprazol por parte de la comunidad 3. Existencia de bibliografía nacional e internacional respecto al uso racional de omeprazol a ser tenida en cuenta en el desarrollo del proyecto	1. Escasa legislación nacional respecto al tema 2. Escasa formación de los profesionales de salud en el trabajo multidisciplinario. 3. Escasa actualización del cuerpo médico en cuanto a las nuevas pautas de prescripción de estos fármacos.

Anexo 2 – Plan de Actividades

Actividad A	Responsable B	Periodo C	Recursos humanos D	Recursos Económicos E	Recursos tecnológicos F
Búsqueda bibliográfica de guías de uso racional de omeprazol.	Silvana	1 semana	Cecilia y Ximena	No aplica	Sistemas informáticos, red internet
Evaluar su internalización dentro de la institución mediante reuniones con el equipo médico	Paola	2 semanas	Directorio, cuerpo médico y SF	No aplica	No aplica
Crear una guía de prescripción del medicamento	Paola	1 semana y media	Medico designado por el grupo para efectuar (medico colaborador) la guía junto con el grupo de trabajo del TFI	No aplica	Sistemas informáticos, red internet
Realizar un taller con los usuarios de la comunidad sobre las buenas prácticas de uso y administración del omeprazol.	Paola	1 semana	Licenciada en Enfermería, médico colaborador, directorio, SF y grupo de TFI	Alquiler del local, catering	Cañón para pasar una presentación de diapositivas
En función de las inquietudes planteadas por la comunidad y la información relevante a difundir generar un folleto explicativo sobre el uso correcto del omeprazol	Cecilia	1 semana	Grupo TFI	Impresión de folletería	Computadoras, internet
Hacer llegar el folleto a todos los usuarios objetivos	Paola	2 semanas	Grupo TFI	Servicio de cadetería	No aplica

Anexo 3 - Matriz de Indicadores

Tipo de indicador	Indicador	Definición	Fórmula	Meta o Estándar
Actividad 1	Búsqueda de guías y/o protocolos de uso de omeprazol	Búsqueda bibliográfica de guías y/o protocolos de uso de omeprazol nacionales o internacionales	N/A	Búsqueda realizada
Actividad 2	Porcentaje de Reuniones realizadas	Cantidad de reuniones realizadas con todos los representantes convocados	(Cantidad de reuniones realizadas/cantidad de reuniones planificadas) * 100	80%
Actividad 3	Guía Realizada	Protocolo para el uso del omeprazol	NA	Guía realizada
	Porcentaje de médicos a los que se les entrega la guía	Cantidad de médicos identificados que se les entrega la guía	(Cantidad de médicos a los que se le entrega la guía/cantidad de médicos a los que se planifica entregar) * 100	80%

Actividad 4	Folleto para paciente realizado	Folleto informativo con pautas para el usuario de uso de Omeprazol	NA	Folleto realizado con las pautas evaluadas en las entrevistas
Actividad 5	Folleto entregado a los pacientes	Folleto informativo con pautas para el usuario de uso de Omeprazol	Cantidad de folletos entregados/cantidad total de folletos realizados	100 %
Tiempo 1	Realización de la actividad en tiempo	La actividad se debe realizar entre el 15/02/2016 y el 22/02/2016	N/A	Búsqueda realizada en la fecha prevista
Tiempo 2	Realización de la actividad en tiempo	Las reuniones deben realizarse entre el 22/02/2016 y el 20/03/2015	N/A	Cumplimiento de las reuniones en el período de tiempo establecido
Tiempo 3	Realización de la actividad en tiempo	La creación de la guía debe realizarse entre el 01/2/2016 y el 10/3/2016	N/A	Creación de la guía en el tiempo establecido.
Tiempo 4	Realización de la actividad en tiempo	La creación del folleto para el paciente debe realizarse entre el 19/03/2016 al 26/03/2016	N/A	Creación del folleto en la fecha prevista
Tiempo 5	Realización de la actividad en tiempo	La entrega de los folletos a los pacientes debe realizarse entre el 28/3/2016 al 10/4/2016	N/A	Entrega de folletos en el período de tiempo establecido
Recursos 1	Contar con sistema informático y conexión a Internet	Contar con computadoras y conexión a Internet para realizar la búsqueda bibliográfica	N/A	Búsqueda bibliográfica realizada a tiempo.
Recursos 2	N/A	N/A	N/A	N/A
Recursos 3	Contar con sistema informático y conexión a Internet	Contar con computadoras y conexión a Internet para realizar la guía	N/A	Guía realizada a tiempo
Recursos 5	Contar con sistema informático y conexión a Internet. Contar con los recursos económicos necesarios	Contar con computadoras y conexión a Internet para realizar el folleto. Contar con los recursos económicos para imprimir los folletos.	N/A	Folleto realizado a tiempo.
Recursos 6	N/A	N/A	N/A	N/A

Anexo 4 – Datos de las dispensaciones del sistema informático del 1 de setiembre al 31 de diciembre de 2015.

De los datos de dispensación del sistema informático se desprende que:

- 81 % son indicaciones crónicas (cuentas corrientes) y 19 % son indicaciones agudas.
- De la población cuya indicación es crónica, un 95 % son indicaciones de una cápsula diaria y un 5% tiene indicación de dos cápsulas diarias.
- Si observamos las cuentas corrientes de todo el año 2015 nos encontramos con que 56.8 % lo utiliza durante tres meses o menos y un 43.2 % lo utiliza más de tres meses. Un 6.6 % lo utiliza entre 10 y 12 meses. (tenemos otro anexo donde se vea esto?).

Anexo 5 – Encuesta a médicos del Centro Asistencial Sarandí Grande

De los 10 médicos pertenecientes al servicio, 6 contestan a la encuesta realizada.

Preguntas de la Encuesta:

1. ¿En qué momento del día indica que se tome omeprazol?
2. ¿Tiene en cuenta que otra medicación tiene indicado el paciente?
3. ¿Lo considera la primera opción?

4. ¿Cuánto tiempo considera que una persona puede usar este medicamento de forma ininterrumpida?
5. ¿Conoce los efectos adversos de este medicamento?

Las respuestas obtenidas son las siguientes:

1. ayunas	6
2. si	6
3. si	2
3. no	4
4.1 mes	1
4.3 meses	3
4.6 meses	1
4.3 años	1
5. si	4
5. no	2

De la encuesta realizada podemos concluir que:

- Todos los médicos lo indican en ayunas.
- Todos los médicos tiene en cuenta si toma otra medicación.
- Un 33 % lo considera la primera opción.
- Un 66 % conoce los efectos adversos.

Anexo 6 – Encuesta a pacientes del Centro Asistencial Sarandí Grand

Paciente	Edad	Tiempo de consumo	Momento del día en que lo toma	Otros Medicamentos	Los toma juntos	Indicación	Plan de repetición
1	79	2 años	desayuno	no	-	nervios en el estomago	3 meses
2	45	4 años	desayuno	si	separado del t4	nervios al estomago	m eses
3	75	2 años	desayuno	si	junto con los medicamentos	gastritis por tomar varios medicamentos	3 meses
4	53	1 año	despues del desayuno	si	separado de los medicamentos	acidez de estomago por tomar 7 medicam	3 meses
5	86	4 años	desayuno	si	separado de los medicamentos	gastritis por tomar medicamentos	3 meses
6	65	1 mes	desayuno	si	junto con analgesicos	para evitar gastritis por los analgescicos	no
7	86	3 años	en ayunas	no	xxxxxx	gastritis	3 meses
8	25	2 años	en ayunas	si	alejado de los medicamentos	reflujo por la medicacion	3 meses
9	56	3 años	desayuno	si	separado del t4	gastritis	3 meses
10	65	10 años	desayuno	si	junto con el enalapril	ardor de estomago	3 meses
11	59	10 años	noche y en la mañana si tiene empu	no	junto con domper	empuje de gastritis	no
12	75	5 años	desayuno	si	no	gastritis	3 meses

De la encuesta realizada a los pacientes podemos observar que:

- 67 % lo consume en el desayuno, 25% lo consume en ayunas y 8.3% lo consume luego del desayuno.
- El 100 % tiene cuentas corrientes de tres meses.
- El 75 % son pacientes polimedicados.

Anexo 7 – Acta de la tercera reunión realizada.



Anexo 8 – Guía de uso de omeprazol



Documento de
Microsoft Office Word

Anexo 9 – Folleto de información para pacientes

¿ESTÁS TOMANDO OMEPRAZOL?

El Omeprazol es un protector gástrico que actúa disminuyendo la cantidad de ácido que el estómago produce.

¿Cómo debo tomarlo?
Debe tomar la cápsula con un vaso lleno de agua, al menos, 1 hora antes del desayuno.

¿Puedo modificar la dosis que me indicó el médico?
No aumente ni disminuya la dosis, ni lo tome con más frecuencia ni por más tiempo que el indicado por su médico.
No tome el omeprazol para el alivio inmediato de los síntomas de acidez estomacal. Es posible que trascierran entre 1 y 4 días para que experimente todos los beneficios del medicamento.

¿Puedo tomarlo con otros medicamentos?
Consulte a su médico y cuéntele que otros medicamentos y/o hierbas medicinales está tomando.

¿Qué tengo que hacer si me olvidé de tomar una dosis?
Tómela en cuanto se acuerde. Si está cerca de la próxima dosis, no tome una dosis doble para compensar la que olvidó.

¿Cómo debo almacenar o desechar este medicamento?
Manténgalo en su envase original, bien cerrado fuera del alcance de los niños.
Almacénelo a temperatura ambiente y en un lugar alejado de la luz, el calor excesivo y la humedad (nunca en el cuarto de baño).
Deseche todos los medicamentos que están vencidos o que ya no necesita.

¿QUE ES EL USO IRRACIONAL DE MEDICAMENTOS?
Cuando utilizamos los medicamentos en forma incorrecta.

¿Y EL USO RACIONAL?
Cuando es indicado por su médico.
Cuando se toma en dosis adecuadas.
Durante un período de tiempo determinado.
En las condiciones que el médico lo sugiere.

PROMOVAMOS EL USO RACIONAL.
CONSULTE A SU MÉDICO Y AL SERVICIO DE FARMACIA.

Anexo 10 – Entrega de folletos



CONCILIACION FARMACEUTICA EN PACIENTES CON FIBROSIS QUISTICA

Resumen

El Centro de Referencia Nacional de Defectos Congénitos y Enfermedades Raras (CRENADECER) es un centro de referencia que atiende a todo individuo que haya nacido con un defecto congénito o que se le haya diagnosticado una enfermedad rara. Debido a que este centro no cuenta con infraestructura dedicada, en caso de requerir internación de los pacientes en centro de cuidados intensivos, los mismos son derivados al Hospital Policial.

Cuando un paciente es dado de alta y retorna a la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento (UDT) de CRENADECER del Banco de Previsión Social (BPS) viene con el resumen del alta, información que el médico tratante de la UDT se encarga de transcribir a la Historia Clínica Informatizada.

En el caso de varios pacientes portadores de Fibrosis Quística, se han visto inconsistencias en cuanto a la medicación que recibió el paciente previo o posterior a su control o consulta en la UDT del BPS, con respecto a la medicación que estaba recibiendo en el centro de contra-referencia durante su internación. Esto trae aparejado complicaciones en el cuadro clínico de pacientes con una patología compleja.

Por lo antes mencionado se propone, como trabajo final de integración del curso "Servicios Farmacéuticos basados en Atención Primaria en Salud para gestores", una intervención desde el Servicio de Farmacia del BPS cuyo objetivo es lograr la conciliación farmacéutica y con ello disminuir el riesgo de ocurrencia de complicaciones clínicas.

Summary

The National Reference Center on Congenital Defects and Rare Diseases (CRENADECER) is a reference center that serves to every person who is born with a congenital defect or has been diagnosed with a rare disease. Because this center does not have dedicated infrastructure, if patients require hospitalization in intensive care unit, they are sent to the one inside of the Police's Hospital.

When a patient is discharged and returned to the Unit of Diagnosis and Treatment (UDT) of CRENADECER at the Social Security Bank (BPS), comes with the discharge summary, information from the treating doctor at the UDT, who is responsible for transcribing the Computerized Medical Record.

In several patients with cystic fibrosis, It has been seen inconsistencies regarding the medication received before or after patients' control or medical consultation in UDT-BPS to the medication he was receiving in the counter-referral center during their stay. This situation brings complications in the clinical state of patients with complex pathology.

As mentioned before, it is proposed as a final work of integration corresponding to the course "Pharmaceutical Services based on Primary Health Care for managers," an intervention from the Pharmacy Service BPS aimed to achieve pharmaceutical conciliation and thus reduce the risk of occurrence of clinical complications.

Palabras claves:

- Conciliación farmacéutica
- Fibrosis quística
- Centro de Referencia y Contra-referencia
- Redes integradas de servicios de salud

1. Introducción

Características de la Organización donde se realizará la intervención: (1)

La intervención será realizada en el Departamento de Farmacia del Banco de Previsión Social (BPS), o su denominación más reciente, Instituto de Seguridad Social. Ver Anexo Organigrama.

La Misión del BPS, como Instituto de Seguridad Social, es brindar servicios para asegurar la cobertura de las contingencias sociales a la comunidad en su conjunto y la recaudación de los recursos, en forma eficaz, eficiente y equitativa, promoviendo políticas e iniciativas en materia de seguridad social, aplicando los principios rectores de la misma en el marco de las competencias que le asigna la Constitución y las Leyes. En 2014 se crea el Centro de Referencia Nacional de Defectos Congénitos y Enfermedades Raras (CRENADECER). Su objetivo general es contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas con defectos congénitos y enfermedades raras a través de la puesta en funcionamiento de un Sistema de Referencia Nacional para su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación integral en el país.

1.1 Justificación del proyecto

En las instalaciones de la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento (UDT) del CRENADECER se tratan los pacientes del centro de referencia, pero a veces estos pacientes cuando necesitan ser hospitalizados deben ser internados en otros centros de salud, como por ejemplo el Hospital de Sanidad Policial para uso del CTI u otras instalaciones. Cuando un paciente es dado de alta y retorna a la UDT del BPS viene con el resumen del alta, información que el médico tratante de la UDT, se encarga de transcribir a la Historia Clínica Informatizada.

Con varios pacientes portadores de Fibrosis Quística, se han visto inconsistencias en cuanto a la medicación que recibió el paciente previo o posterior a su control o consulta en la UDT del BPS, con respecto a la medicación que estaba recibiendo en el centro de referencia, por lo que puede traer aparejado complicaciones en el cuadro clínico de estos pacientes complejos por su patología propiamente dicha, como consecuencia de efectos provocados por la medicación recibida en la internación en el centro de contra-referencia.

La transición del lugar donde se brinda la asistencia y los cambios sucesivos del profesional responsable del tratamiento del paciente, muchas veces conllevan a errores en la farmacoterapia, los cuales pueden afectar tanto a la efectividad de los medicamentos como a la seguridad del paciente. (2)

El objetivo del proceso de conciliación de la medicación es garantizar que los pacientes reciben todos los medicamentos necesarios (que estaban tomando previamente) asegurándose que están prescritos con la dosis, la vía de administración y la frecuencia correctas, y que son adecuados a la situación del paciente. (3)

La conciliación del tratamiento está alineada con la misión de la institución en el uso de los recursos, en forma eficaz y eficiente (1) y ha demostrado su validez como herramienta para disminuir los errores en la medicación, además de ser un asunto prioritario dentro de la estrategia de seguridad del paciente. (2) (3)

El hecho de que el Servicio Farmacéutico (SF) pueda implementar una herramienta como la que se desarrollará, implica la ventaja de la correcta administración de los tratamientos disminuyendo los errores debido a prescripciones incorrectas así como también la oportunidad de establecer un relacionamiento con los pacientes mediante las entrevistas que puede verse también como un acercamiento a la atención farmacéutica en el ámbito hospitalario.

1.2 Marco referencial

La seguridad del paciente es una de las metas que se persiguen en los sistemas de salud.

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente fue puesta en marcha por el Director General de la Organización Mundial de la Salud en octubre de 2004.

El National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention define a los errores de medicación como: «*cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor.*»

Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los procedimientos o con los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización» (4).

Una de las herramientas más usadas para disminuir los errores asociados con la medicación es la conciliación de la medicación. El *Institute for Health care Improvement (IHI)*, define a la *Conciliación de Medicación* como el proceso formal de obtener una lista completa de la medicación del paciente previo al ingreso, compararla con la que se le ha prescrito en el centro sanitario, en los traslados y al alta médica.

Al conciliar el tratamiento se debe comprobar, no sólo que la prescripción se mantenga durante la transición asistencial, sino valorar la concordancia de la medicación crónica con la prescrita en el hospital, así como la adecuación a la situación clínica del paciente, por lo que se debe considerar las duplicidades y/o interacciones que se producen entre el tratamiento crónico y el hospitalario y la posible existencia de contraindicaciones (5).

Se considera *discrepancia* a cualquier diferencia entre la medicación domiciliar crónica que el paciente tomaba previamente y la medicación prescrita en el hospital. Una discrepancia no constituye necesariamente un error. De hecho, la mayor parte de las discrepancias obedecen a la adaptación de la medicación crónica al nuevo estado clínico del paciente o a la realización de exploraciones y/o intervenciones con las que la medicación habitual pudiera interferir. (6)

Se han realizado estudios sobre discrepancias en diversos países con resultados contundentes. Se encontró un alto porcentaje de pacientes con errores de conciliación al ingreso hospitalario y dichos errores afectan hasta a un 70% de los medicamentos. Los estudios realizados al alta muestran que hasta un 60% de los medicamentos prescritos conllevan errores de conciliación. En cuanto a variables clínicas de estos datos, se han estudiado los efectos secundarios ocasionados por modificaciones de tratamiento de 87 pacientes que originaron 111 ingresos hospitalarios, y se halló que se produjeron 14 efectos adversos atribuibles a cambios de medicación. En cuanto al tipo de error, el que se produce con más frecuencia es el de omisión de medicamentos, seguido de diferencias en dosis, vía o pauta. Otras discrepancias son inicios innecesarios de medicamentos o cambios de medicación. (6)

En el CRENADECER, se atienden pacientes con defectos congénitos, estos se define como “cualquier anomalía, metabólica o funcional, debida a mutación génica, anomalía cromosómica o a un insulto físico, químico o infeccioso sobre el embrión o feto en desarrollo” (Pagano & Mastroiacovo, 1988) y/o con una enfermedad rara, estas se definen como las enfermedades que tiene una prevalencia de hasta 5 afectados por cada 10000 habitantes. Este Centro tiene entre sus objetivos establecer un sistema de referencia y contra-referencia entre los prestadores públicos y privados (7).

La referencia hace a la derivación del paciente de una institución a otra para que reciba cuidados que no pueden brindarse en la institución origen, el cual requiere un resumen de la historia clínica donde figure toda la información necesaria para la correcta asistencia en el lugar de recepción y la contra-referencia es la devolución del paciente a lugar de origen lo que requiere también de otro completo y cuidadoso informe.

El alcance de estos objetivos sanitarios en la referencia y contra-referencia de la po-

blación objetivo entre un centro de alta especialización con la red sanitaria tendrá un impacto muy importante en el sistema de atención de salud del país, porque mejorará la calidad de vida de las personas que tienen defectos congénitos y enfermedades raras así como de sus familias, a la vez que será una importante contribución para continuar disminuyendo la mortalidad infantil en el país. El desafío desde el punto de vista de los SF basados en Atención Primaria de Salud (APS) es coordinar entre los distintos niveles y puntos de atención, evitando la fragmentación del proceso asistencial, y desde nuestro lugar de trabajo evitar la incongruencia farmacoterapéutica que pudiera presentarse en el movimiento a través de la red. (8)

No se encuentran en la literatura científica artículos sobre las formas y condiciones generales bajo las que los SF basados en APS puedan cumplir estas prácticas, entre los distintos prestadores de la red, lo que hace aún más importante que les dediquemos en forma individual y grupal, en cada lugar donde se cumple nuestra actividad, una profunda reflexión (9).

1. 3 Problema a resolver

Se ha detectado que existe la posibilidad que la prescripción pautada por la UDT no se mantenga durante la transición asistencial entre la referencia y la contra-referencia, debido a las inconsistencias en los registros médicos. Solucionar estos temas desde los SF ayuda a fortalecer las Redes Integradas de Servicios de Salud

Una de las causantes, o situaciones que también contribuyen a generar el problema planteado es la falta de fluidez en las comunicaciones interinstitucionales, hay que trabajar para que los procesos de flujo de comunicación entre los distintos efectores de la red de atención encuentren canales rápidos y seguros.

Claramente la estrategia sería, que los Químicos Farmacéuticos (QQFF) del centro de referencia y de contra-referencia validaran la medicación que el paciente tiene indicada; lo que conlleva a un cambio mayor en la organización y el funcionamiento de ambos SF. Para lograr éste cambio es necesario el compromiso de otros actores (Gerentes, Directores, Médicos, Administrativos) y el tiempo necesario para implementarlo.

Por tal motivo se decide actuar sobre el problema desde el punto de vista del Químico Farmacéutico (QF) del BPS, realizando la conciliación de la medicación indicada en los registros informáticos y en los registros manuales (transcripciones).

2. Objetivos

Objetivo general: Cumplimiento del tratamiento farmacológico indicado a los pacientes que deben ser trasladados desde y hacia la UDT del BPS.

Objetivos específicos: Elaborar una herramienta de trabajo que utilizando conciliación farmacéutica (CF) especifique las etapas que deben cumplirse desde los SF cuando se traslada un paciente desde y hacia BPS, para disminuir la probabilidad de inconsistencias en las prescripciones médicas.

3. Metodología

La metodología que se eligió por el grupo del TFI, fue la de elaborar y presentar a los SF involucrados un método sencillo de comunicarse entre si la información del perfil farmacoterapéutico (FT) del paciente, para viabilizar la instrumentación de la CF del paciente con fibrosis quística en su pasaje entre la referencia y contra-referencia, en la red de prestadores. Esta forma de comunicación subsanará la debilidad detectada en el FODA referente a distintos formatos de historias clínicas de los dos centros. Dada la falta de recursos humanos que el FODA detalla en los SF involucrados y su poca disponibilidad de tiempo pero también su compromiso con APS, es que se ha optado por presentar este instrumento, en reuniones acordadas con la entrega previa del material elaborado además de un flujograma que ayude a explicar las etapas del proceso de conciliación y su importancia. Ver anexo 1 flujograma.

3. 1 Análisis de situación y el diagnóstico estratégico (Matriz FODA).

	Fuerzas positivas	Fuerzas Negativas
	Fortalezas	Debilidades
Auditoría interna	<ul style="list-style-type: none"> • Un grupo de colegas comprometidas con APS y las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). • El área de la salud del BPS está informatizada desde la Historia Clínica incluyendo la prescripción electrónica, desde hace más de diez años. 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere interesar e involucrar a un número importante de profesionales tanto de la institución de referencia así como de la contra-referencia. • Falta de tiempo de los Químicos Farmacéuticos (QQFF) del centro de referencia y de contra-referencia para validar la medicación que el paciente tiene indicada. Para lograr este cambio es necesario el compromiso de otros actores (Gerentes, Directores, Médicos, Administrativos) y el tiempo necesario para implementarlo. • Desconocimiento, total o parcial, del tratamiento actual de los pacientes, con lo que se omiten medicamentos necesarios, se producen duplicidades, se prescriben dosis y formas farmacéuticas incorrectas, etc.

	Oportunidades	Amenazas
Auditoría externa	<ul style="list-style-type: none"> • El Sistema Nacional Integrado de Salud, (SNIS) se encuentra en una etapa de consolidación y con la madurez suficiente como para iniciar temas como la CF para continuar avanzando en las RISS. • Contar con una institución comprometida con el SNIS, referente a nivel nacional en el tratamiento de enfermedades raras como la Fibrosis Quística, que habilite la oportunidad de incorporar la CF, como forma de beneficiar la calidad asistencial de los pacientes y mejorar el nivel de vida del entorno familiar. • El BPS tiene como Misión brindar servicios para asegurar la cobertura de las contingencias sociales a la comunidad en su conjunto y la recaudación de los recursos, en forma eficaz, eficiente y equitativa. • Dentro de la Visión de la Institución se destaca como oportunidad el servicio orientado a la ciudadanía, apuntando a la mejora permanente de los niveles de servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Al ser la CF un tema novedoso en el medio hospitalario, puede ser interpretada por los profesionales médicos involucrados en la prescripción, cómo un rol que no corresponde sea desarrollado por un QF. • Las otras instituciones no cuentan con Historia Clínica Electrónica lo que dificulta la conciliación o, cuando el paciente retorna al BPS dado que se deben transcribir las indicaciones médicas, por lo que los riesgos de errores en la medicación aumentan.

3. 2 Actividades y cronograma (Matriz de planificación).

Actividad A	Responsable B	Período C	Recursos humanos D	Recursos económicos E	Recursos tecnológicos F
1-Elaboración de un diagrama de flujo de las etapas del proceso de CF al egreso y reingreso al Centro de Referencia.	Grupo de TFI	1 semana	Grupo de TFI	No aplica	Computadora, acceso a Internet
2-Elaboración de un procedimiento operativo estándar de CF.	Grupo de TFI	1 semana	Grupo de TFI	No aplica	Computadora, acceso a Internet
3-Involucramiento del personal del Departamento de Farmacia de Sanidad Policial y de UDT BPS (vía e-mail).	Grupo de TFI	1 semana	Grupo de TFI y personal del Servicio de Farmacia de Sanidad Policial y de UDT BPS	No aplica	Computadora, acceso a Internet
4-Reunión con RRHH del Servicio de Farmacia de UDT BPS que aplicarán la CF, para evaluación crítica del diagrama de flujo e instructivos.	QQ.FF. Ivette Olano y Verónica Bruné	1 día	Grupo de TFI y personal del Servicio de Farmacia de UDT BPS	No aplica	Computadora, presentación PDF
5-Reunión con RRHH del Servicio de Farmacia de Sanidad Policial que aplicarán la CF, para evaluación crítica del diagrama de flujo e instructivos	QQ.FF. Ivette Olano y Verónica Bruné	1 día	Grupo de TFI y personal del Servicio de Farmacia de Sanidad Policial	No aplica	Computadora, proyector, presentación PDF

3. 3 Indicadores

Tipo de indicador	Indicador	Definición	Fórmula	Meta o estándar
Actividad 1	Elaboración de un diagrama de flujo.	Se determina el grado de cumplimiento en la elaboración del diagrama de flujo.	$(N^{\circ} \text{de actividades en el diagrama de flujo cumplidas} / N^{\circ} \text{total de actividades previstas}) \times 100$	100%
Actividad	Cumplimiento de la Actividad 1 en el tiempo previsto.	Se determina el grado de cumplimiento de la Actividad 1 en el tiempo previsto.	$(N^{\circ} \text{de actividades en el diagrama de flujo cumplidas en una semana} / N^{\circ} \text{total de actividades previstas}) \times 100$	100%
Recursos	Disponibilidad de los recursos tecnológicos previstos para la Actividad 1.	Se determina el grado de disponibilidad de recursos tecnológicos, con la calidad mínima necesaria y en número suficiente.	$N^{\circ} \text{recursos tecnológicos} / N^{\circ} \text{total de recursos tecnológicos previstos}) \times 100$	100%

Tipo de indicador	Indicador	Definición	Fórmula	Meta o estándar	
Actividad 2	Actividad	Elaboración de un procedimiento o instructivo.	Se determina el grado de cumplimiento en la elaboración del procedimiento o instructivo.	$(\text{N}^\circ \text{ de instructivos del procedimiento realizados en una semana} / \text{N}^\circ \text{ total de instructivos previstos en el proceso}) \times 100$	100%
	Tiempo	Cumplimiento de la Actividad 2 en el tiempo previsto (1 semana)	Se determina el grado de cumplimiento de instructivos del procedimiento, realizados en el tiempo previsto	$(\text{N}^\circ \text{ de instructivos del procedimiento realizados en una semana} / \text{N}^\circ \text{ total de instructivos previstos en el proceso}) \times 100$	100%
	Recursos	Disponibilidad de los recursos tecnológicos previstos para la Actividad 2.	Se determina el grado de disponibilidad de recursos tecnológicos, con la calidad mínima necesaria y en número suficiente.	$\text{N}^\circ \text{ recursos tecnológicos} / \text{N}^\circ \text{ total de recursos tecnológicos previstos}) \times 100$	100%
Actividad 3	Actividad	Involucramiento del Departamento de Farmacia.	Se determina el grado de participación de RRHH del Departamento de Farmacia.	$(\text{N}^\circ \text{ de funcionarios del SF implicados} / \text{N}^\circ \text{ total de funcionarios del SF}) \times 100$	100%
	Tiempo	Cumplimiento de la Actividad 3 en el tiempo previsto.	Se determina el grado de RRHH del Departamento de Farmacia convocados para la Actividad 4 en el tiempo previsto.	$(\text{N}^\circ \text{ de RRHH convocados en una semana} / \text{N}^\circ \text{ total de RRHH previsto en la convocatoria}) \times 100$	100%
	Recursos	Disponibilidad de los recursos tecnológicos y económicos previstos para la Actividad 3.	Se determina el grado de disponibilidad de recursos, con la calidad mínima necesaria y suficiente.	$\text{N}^\circ \text{ recursos} / \text{N}^\circ \text{ total de recursos previstos}) \times 100$	100%
Actividad 4	Actividad	Participación de los convocados en Actividad 3 en el proceso de CF.	Se determina el grado de asistencias a las reuniones de difusión e inclusión de RRHH al proceso de CF.	$(\text{N}^\circ \text{ asistentes a la reunión} / \text{N}^\circ \text{ total de RRHH}) \times 100$	75%
	Tiempo	Cumplimiento de la Actividad 4 en el tiempo previsto.	Se determina el grado de asistencia a la reunión en cada SF en el tiempo previsto.	$(\text{N}^\circ \text{ de RRHH asistentes} / \text{N}^\circ \text{ total de RRHH convocados en Actividad 3}) \times 100$	100%
	Recursos	Disponibilidad de los recursos tecnológicos y económicos previstos para la Actividad 4.	Se determina el grado de disponibilidad de recursos, con la calidad mínima necesaria y suficiente.	$\text{N}^\circ \text{ recursos} / \text{N}^\circ \text{ total de recursos previstos}) \times 100$	100%

Tipo de indicador	Indicador	Definición	Fórmula	Meta o estándar
Actividad 5	Participación de los convocados en Actividad 3 en el proceso de CF.	Se determina el grado de asistencias a las reuniones de difusión e inclusión de RRHH al proceso de CF.	$(N^{\circ} \text{ asistentes a la reunión} / N^{\circ} \text{ total de RRHH}) \times 100$	75%
Actividad	Cumplimiento de la Actividad 5 en el tiempo previsto.	Se determina el grado de asistencia a la reunión en cada SF en el tiempo previsto.	$(N^{\circ} \text{ de RRHH asistentes} / N^{\circ} \text{ total de RRHH convocados en Actividad 3}) \times 100$	100%
Tiempo	Disponibilidad de los recursos tecnológicos y económicos previstos para la Actividad 5.	Se determina el grado de disponibilidad de recursos, con la calidad mínima necesaria y suficiente.	$N^{\circ} \text{ recursos} / N^{\circ} \text{ total de recursos previstos}) \times 100$	100%
Recursos				

4. Resultados

- Se logró involucrar e informar al personal de los Servicios Farmacéuticos de ambas instituciones sobre la importancia de realizar la Conciliación Farmacéutica.
- Se elaboraron las herramientas de trabajo: Procedimiento Operativo Estándar y Planilla de Conciliación Farmacéutica (los cuales debe ser aprobados por UDT-BPS en posteriores instancias). Anexo 2.
- **Los indicadores de avance pudieron alcanzarse según el estándar establecido en la metodología en lo referente a las concurrencias del personal de los SF involucrados y fue necesario ajustar el cronograma de reuniones concentrando las actividades 3, 4 y 5 por motivos de licencia de personal. Ver anexo 3 resultados de indicadores.**

5. Conclusiones

La propuesta presentada por el grupo del TFI fue valorada positivamente por los involucrados de ambos SF, quienes iniciarán su aplicación.

Si bien no se logró implementar la CF en pacientes con fibrosis quística, todos los involucrados coincidieron en que impactará positivamente en los principales beneficiarios: los pacientes con fibrosis quística. Se optimizarán los tiempos de tratamiento, los recursos materiales y humanos, mejorando la seguridad del paciente desde el punto de vista farmacoterapéutico.

No se planteó en esta oportunidad cuantificar y analizar el número de ajustes farmacoterapéuticos, que eventualmente surjan de la CF en la referencia y contra-referencia, pero queda planteado como un interesante trabajo que puede dar continuidad al presente (proyección del TFI).

La realización de este TFI nos ha dejado como enseñanza para el grupo, que con pocos recursos se puede impactar en la calidad de atención. Los SF usando la herramienta de la CF pueden avanzar en pos de la seguridad del paciente y su calidad asistencial, subsanando las debilidades de una atención fragmentada, creando redes integradas que humanizan la atención, es decir redes que tengan al paciente como el centro de atención de su recorrido, así como también a la familia y a la comunidad.

6. Bibliografía

<http://www.bps.gub.uy/>

Conciliación de la Medicación. Información Farmacoterapéutica. 2013 volumen 21 N°10. Disponible en: <http://www.osakidetza.euskadi.net/cevime>.

Delgado, O. Conciliación de la Medicación. Med Clin (Barc). 2007. 129 (9):6

Errores de Medicación. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/estaticos/view/19>.

Institute for safe Medication Practice / www.ismp.org.

“Conciliación de la medicación” Olga Delgado Sánchez, Laura Anoz Jiménez, Amparo Serrano Fabiá y Jordi Nicolás Pico en representación del Grupo de Investigación de la I Beca Joaquim Bonal 2006. Proyecto Centro de Referencia Nacional de Defectos Congénitos y Enfermedades Raras, BPS. Segunda Versión mayo 2014.

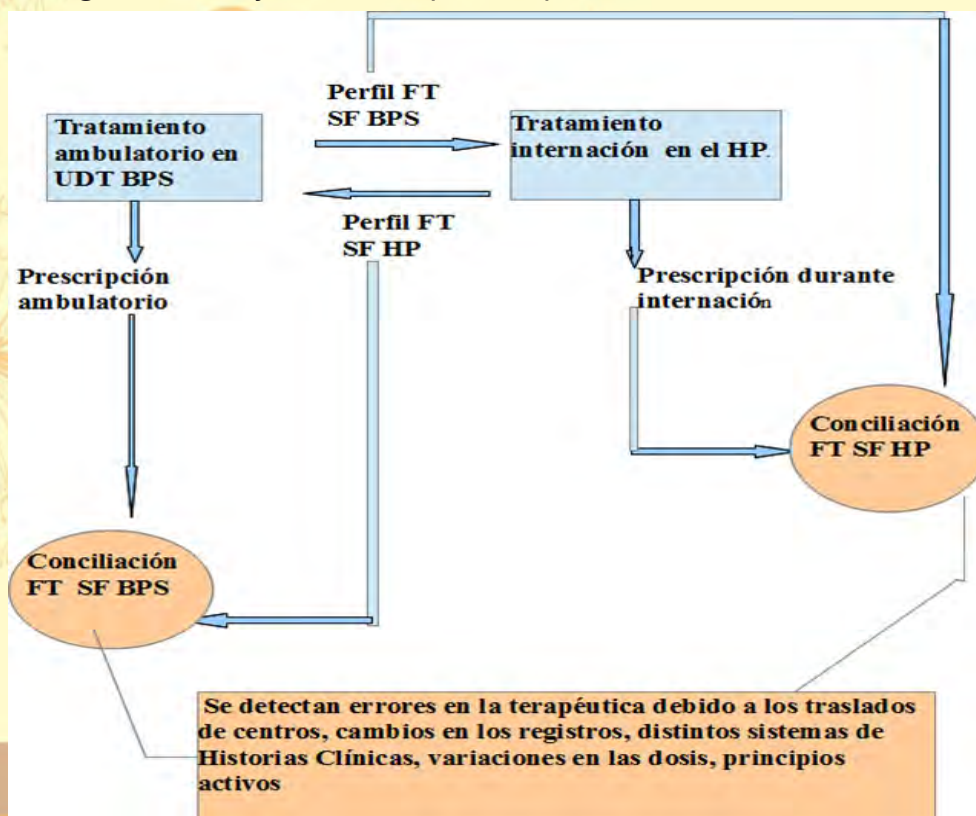
OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud) Redes Integradas de Servicios de Salud: El Desafío de los Hospitales. Documento OPS/OMS-Chile. Santiago, Chile, 2011

La gestión de la referencia y contrareferencia y las normas de calidad en la atención ambulatoria, Angela Gentile Infectóloga Pediatra Jefa de Epidemiología Hospital de Niños “Ricardo Gutiérrez”.

ANEXOS

Anexo: Organigrama

Anexo 1: Diagrama de flujo de las etapas del proceso de Conciliación Farmacéutica.



Anexo 2: Procedimiento Operativo Estándar de Conciliación Farmacéutica.

Anexo 3: Tabla con resultados de indicadores.

Esta publicación contó con el apoyo de la Fundación FIP
para Educación e Investigación





**FORO FARMACÉUTICO
DE LAS AMÉRICAS**